

# 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**



# 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**

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 [Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018]

ISBN 978-92-4-251380-6

© Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) 2019

Ce rapport commun reflète les activités menées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS ou l'UNICEF approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS ou de l'UNICEF est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). En aucun cas, l'OMS ou l'UNICEF ne sauraient être tenues pour responsables du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

**Citation suggérée.** 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 [Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018]. Genève : Organisation mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF); 2019. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS ou de l'UNICEF aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS ou l'UNICEF, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF ont pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ou l'UNICEF ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé en Suisse.

# Table des matières

<b>Avant-propos</b>	<b>v</b>
<b>Remerciements</b>	<b>vi</b>
<b>Résumé analytique</b>	<b>vii</b>
<b>Portée et objet</b>	<b>viii</b>
<b>1. Introduction</b>	<b>1</b>
1.1. Importance de l'allaitement maternel	1
1.2. L'initiative Hôpitaux amis des bébés : vue d'ensemble	2
1.3. Avantages et impact de l'initiative Hôpitaux amis des bébés	3
1.4. Problèmes rencontrés dans la mise en œuvre de l'initiative Hôpitaux amis des bébés	4
1.5. Révision des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel et orientations de mise en œuvre	6
Révision des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel	7
Révision des orientations de mise en œuvre au niveau des pays	9
<b>2. Rôle des établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés</b>	<b>11</b>
2.1. Procédures de gestion critiques de soutien à l'allaitement maternel	12
Conditions 1 : Politiques des établissements	12
Condition 2 : Compétences du personnel	14
2.2. Pratiques cliniques essentiels de soutien à l'allaitement maternel	15
Conditions 3 : Informations prénatales	15
Condition 4 : Soins postnatals immédiats	17
Condition 5 : Soutien de l'allaitement maternel	18
Condition 6 : Supplémentation	19
Condition 7 : Enfant et mère dans la même chambre	20
Conditions 8 : Alimentation en cas de besoin	20
Condition 9 : Biberons, tétines et sucettes	21
Conditions 10 : Soins à la sortie de l'établissement	22
2.3. Coordination	22
2.4. Processus d'amélioration de la qualité	23

<b>3. Mise en œuvre et pérennisation au niveau national</b>	<b>25</b>
3.1. Leadership et coordination au niveau national	26
3.2. Politiques et normes professionnelles de soins	27
3.3. Renforcement des compétences des professionnels de santé	27
3.4. Évaluation externe	29
3.5. Mesures incitatives et sanctions	30
3.6. Assistance technique aux établissements	32
3.7. Suivi national	33
3.8. Communication et plaidoyer	33
3.9. Financement	34
<b>4. Coordination de l'initiative Hôpitaux amis des bébés avec d'autres initiatives de soutien de l'allaitement maternel en dehors des établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés</b>	<b>37</b>
<b>5. Transition de la mise en œuvre de l'IHAB</b>	<b>39</b>
5.1. Pays dont le programme national de désignation des hôpitaux « amis des bébés » fonctionne bien	39
5.2. Pays ne disposant pas d'un programme IHAB actif ou ne disposant pas d'un programme fonctionnant avec succès	39
<b>Annexe 1. Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel – version révisée 2018 : comparaison avec les Dix conditions originales et les lignes directrices OMS 2017</b>	<b>41</b>
<b>Annexe 2. Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel en termes simples</b>	<b>45</b>
<b>Annexe 3. Membres du groupe d'examen externe</b>	<b>47</b>
<b>Références</b>	<b>49</b>

# Avant-propos

On estime que plus de 820 000 décès d'enfants de moins de cinq ans pourraient être évités chaque année dans le monde si tous les enfants étaient correctement allaités au sein. L'allaitement maternel favorise le développement du cerveau, réduit le risque d'obésité chez les enfants et protège les femmes du cancer du sein, du cancer des ovaires et aussi du diabète. Les établissements qui assurent des services de maternité et de soins aux nouveau-nés ont un rôle unique à jouer en fournissant aux futures mères et aux bébés le soutien et l'encouragement opportuns et appropriés dont elles ont besoin pour allaiter avec succès, ce qui permet aux gouvernements d'économiser de l'argent tout en sauvant des vies.

Il y a près de 30 ans, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) se sont réunis pour plaider en faveur de la protection, de la promotion et du soutien de l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. La déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF de 1989 comprenait une liste de mesures ayant pour titre « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel ».

Traduite en plus de 25 langues, la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF est devenue l'élément central de l'initiative Hôpitaux amis des bébés. Depuis 1991, les maternités et les hôpitaux qui appliquent les Dix conditions reçoivent l'appellation « amis des bébés » pour attirer l'attention du public sur leur soutien à de bonnes pratiques d'alimentation des nourrissons.

Jusqu'à présent, presque tous les pays du monde ont mis en œuvre l'IHAB, contribuant ainsi à sauver la vie de nombreux nourrissons et à privilégier la santé des mères. Mais de nombreux pays ont encore du mal à maintenir le programme et à l'appliquer à pleine échelle.

Depuis 2015, l'OMS et l'UNICEF coordonnent un processus censé examiner les données scientifiques justifiant les Dix conditions et renforcer la mise en œuvre de l'initiative par des examens systématiques de la littérature, un examen approfondi des facteurs de succès de l'initiative et des défis qu'elle rencontre. S'ajoute à cela un Congrès consacré à l'IHAB qui a eu lieu en 2016 et au cours duquel 130 pays se sont réunis pour discuter des nouvelles orientations nécessaires pour atteindre une couverture universelle et rendre l'IHAB pérenne.

Les nouvelles lignes directrices publiées ici sont la traduction de cet effort de collaboration fourni pour rendre le programme plus solide et plus apte à soutenir l'amélioration de la qualité des soins dans le temps. Elles décrivent les mesures pratiques que les pays peuvent et doivent prendre pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les établissements offrant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. Les lignes directrices soulignent l'importance d'appliquer les Dix conditions dans tous les établissements, pour tous les bébés, qu'ils soient prématurés ou à terme, nés dans des établissements privés ou publics, dans des pays riches ou pauvres.

L'OMS et l'UNICEF se sont engagés à soutenir l'allaitement maternel en tant que moyen efficace et rentable de promouvoir la survie, la nutrition, la croissance et le développement des nourrissons et des jeunes enfants, de protéger la santé et le bien-être de leurs mères et d'aider tous les enfants à atteindre leur plein potentiel. Nous croyons que les Dix conditions offrent aux établissements de santé et aux agents de santé du monde entier les orientations dont ils ont besoin pour aider un plus grand nombre de mères à allaiter avec succès. Ensemble, nous pouvons donner à chaque nouveau-né le plus sain des départs dans la vie.



**D<sup>r</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus**  
Directeur général de l'OMS



**Henrietta H. Fore**  
Directrice générale de l'UNICEF

## Remerciements

L'élaboration du présent document d'orientation a été coordonnée par le Département Nutrition pour la santé et le développement de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Section Nutrition de la Division des programmes du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Le D<sup>r</sup> Laurence Grummer-Strawn et M<sup>me</sup> Maaïke Arts ont supervisé la préparation de ce document.

Nous tenons à remercier le groupe d'étude externe pour son apport technique, son aide à la planification et sa réflexion stratégique tout au long du processus (par ordre alphabétique) : M<sup>me</sup> Genevieve Becker, D<sup>r</sup> Ala Curteanu, D<sup>re</sup> Teresita Gonzalez de Cosío, D<sup>re</sup> Rukhsana Haider, D<sup>re</sup> Miriam H. Labbok, D<sup>r</sup> Duong Huy Luong, D<sup>re</sup> Chessa Lutter, D<sup>r</sup> Cria G. Perrine, M<sup>me</sup> Randa Saadeh, D<sup>re</sup> Isabella Sagoe-Moses et M<sup>me</sup> Julie Stufkens.

En 2016, plus de 300 participants au Congrès consacré à l'initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB), représentant 130 pays et de nombreuses organisations non gouvernementales, donateurs et associations professionnelles, ont fourni des informations précieuses sur les succès et les défis rencontrés par l'IHAB, et ont mis en avant un grand nombre de priorités pour les activités futures. Nous tenons à remercier les membres du comité de planification du Congrès de l'IHAB pour leur contribution à l'organisation de cette réunion utile (par ordre alphabétique) : M<sup>me</sup> Maite Hernández Aguilar, M<sup>me</sup> Funke Bolujoko, D<sup>r</sup> Anthony Calibo, M<sup>me</sup> Elsa Giuliani, M<sup>me</sup> Trish MacEnroe et M<sup>me</sup> Agnes Sitati.

Nous aimerions exprimer notre gratitude aux collègues dont les noms suivent pour leur aide et leur contribution technique tout au long du processus (par ordre alphabétique) : OMS-M<sup>me</sup> Shannon Barkley, D<sup>r</sup> Francesco Branca, M<sup>me</sup> Olive Cocoman, D<sup>r</sup> Bernadette Daelmans, M<sup>me</sup> Diana Estevez, M<sup>me</sup> Ann-Lise Guisset, D<sup>re</sup> Frances McConville, M<sup>me</sup> Natalie Murphy, D<sup>r</sup> Lincetto Ornella, D<sup>r</sup> Juan Pablo Peña-Rosas, D<sup>re</sup> Pura Rayco-Solon, M. Marcus Stahlhofer, D<sup>re</sup> Helen Louise Taylor, D<sup>r</sup> Wilson Were et les conseillers régionaux en nutrition de l'OMS ; UNICEF - D<sup>r</sup> Victor Aguayo, D<sup>re</sup> France Bégin, M. David Clark, D<sup>re</sup> Aashima Garg, D<sup>r</sup> David Hipgrave, M<sup>me</sup> Diane Holland, M<sup>me</sup> Irum Taqi, M<sup>me</sup> Joanna Wiseman Souza, D<sup>re</sup> Marilena Viviani, D<sup>re</sup> Nabila Zaka, ainsi que les conseillers en nutrition régionaux et conseillers santé régionaux de l'UNICEF.

Nous remercions pour leur contribution les 300 examinateurs externes qui ont apporté leurs commentaires à la première version du document en octobre 2017, ainsi que le personnel, les bénévoles et les membres du réseau IHAB, la Leche League (LLL), l'International Baby Food Action Network (IBFAN), l'International Lactation Consultants' Association (ILCA) et la World Alliance for Breastfeeding Action (WABA), pour leurs informations complémentaires. Nous remercions également le D<sup>r</sup> Pierre Barker pour sa contribution sur les processus d'amélioration de la qualité.

Pour terminer, nous aimerions remercier les nombreux coordonnateurs de l'IHAB et les administrateurs d'hôpitaux qui ont mis en œuvre l'IHAB aux niveaux national et régional et au niveau des établissements au cours des 27 dernières années. Leur travail acharné et leur passion pour la santé des mères et des bébés a permis de renforcer l'initiative dans le monde entier.



## Résumé analytique

Les premières heures et les premiers jours de la vie d'un nouveau-né sont le moment idéal pour établir la lactation et fournir aux mères le soutien dont elles ont besoin pour allaiter avec succès. Depuis 1991, l'initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) a contribué à motiver les établissements offrant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés dans le monde entier à mieux soutenir l'allaitement maternel.<sup>1</sup> Basé sur les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (les Dix conditions),<sup>2</sup> l'IHAB se concentre sur la prestation de soins cliniques optimaux aux nouvelles mères et à leur nourrisson. Il existe des preuves suffisantes attestant que la mise en œuvre des Dix conditions améliore de manière significative les taux d'allaitement maternel.

L'IHAB a été mise en œuvre dans presque tous les pays du monde, avec plus ou moins de succès. Après plus d'un quart de siècle, la couverture au niveau mondial reste faible. En 2017, seuls 10 % des nourrissons dans le monde sont nés dans un établissement actuellement désigné comme « ami des bébés ».<sup>3</sup> Les pays ont éprouvé des difficultés à maintenir un programme IHAB, dont la mise en œuvre repose souvent sur des ressources individuelles et externes spécifiques. Le programme a été le plus souvent mis en œuvre sous la forme d'une intervention verticale axée sur la désignation des établissements qui se portent volontaires pour participer au programme et qui peuvent documenter leur adhésion totale aux Dix conditions. Les établissements peuvent apporter des changements à leurs politiques et procédures pour obtenir la désignation, mais ces changements ne sont pas toujours durables, surtout lorsqu'il n'y a pas de systèmes de surveillance réguliers en place.

En 2015, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont entamé un processus de réévaluation et de redynamisation du programme IHAB. Des études de cas, des entretiens avec des informateurs clés, une étude sur les politiques mondiales et des analyses documentaires ont été menées pour mieux comprendre le statut et l'impact de l'initiative. Des analyses documentaires systématiques ont été commandées afin d'examiner attentivement les données probantes pour chacune des Dix conditions. L'OMS a réuni un groupe spécial pour rédiger des lignes directrices OMS intitulées *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*<sup>4</sup> et un groupe d'examen externe pour mettre à jour les directives sur la mise en œuvre de l'IHAB au niveau des pays. En octobre 2016, lors du Congrès IHAB auquel ont participé environ 300 participants de plus de 130 pays, les principaux concepts et les grandes lignes des orientations de mise en œuvre actualisées ont fait l'objet de discussions approfondies. L'avant-projet du document d'orientation actualisé a été diffusé par le biais d'une consultation en ligne en octobre 2017 et les commentaires de plus de 300 personnes consultées ont été pris en compte dans les révisions finales du document.

Ces orientations de mise en œuvre actualisées sont destinées à tous ceux qui définissent les politiques ou offrent des soins aux femmes enceintes, aux familles et aux nourrissons : aux gouvernements ; aux responsables nationaux des programmes de santé maternelle et infantile en général, et des programmes liés à l'allaitement maternel et à l'IHAB en particulier ; et aux responsables des établissements de santé à différents niveaux (directeurs d'établissements, directeurs médicaux, chefs des services de maternité et de soins aux nouveau-nés). Le document contient la première révision des Dix conditions depuis 1989. Le sujet de chaque condition reste inchangé, mais le libellé de chacune d'entre elles a été mis à jour conformément aux lignes directrices fondées sur des données probantes et à la politique mondiale de santé publique. Les conditions s'articulent en deux volets : i) les procédures institutionnelles nécessaires pour s'assurer que les soins sont dispensés de manière cohérente et éthique (procédures de gestion critiques) ; et ii) les normes relatives aux soins individuels apportés aux mères et aux nourrissons (pratiques cliniques essentielles). La pleine application du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*<sup>5</sup> et des résolutions connexes de l'Assemblée mondiale de la Santé (le Code),<sup>6</sup> ainsi que la surveillance interne continue du respect des pratiques cliniques ont été intégrées à la condition 1 relative aux politiques d'alimentation du nourrisson.

1 World Health Organization, United Nations Children's Fund. *The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress*. Geneva: World Health Organization; 1991 (WHO/NHD/99.2; <http://apps.who.int/iris/handle/10665/65380>).

2 *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services*. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva: World Health Organization; 1989 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf>).

3 Mise en œuvre de l'initiative Hôpitaux amis des bébés dans les pays en 2017. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255420/WHO-NMH-NHD-17.4-fre.pdf?sequence=1>).

4 *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-eng.pdf?ua=1>).

5 *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981 ([http://www.who.int/nutrition/publications/code\\_french.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf)) ; *The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes – 2017 update: frequently asked questions*. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254911/1/WHO-NMH-NHD-17.1-eng.pdf?ua=1>).

6 *World Health Organization. Code and subsequent resolutions* (<http://www.who.int/nutrition/netcode/resolutions/en/>).

Les orientations de mise en œuvre recommandent également des révisions concernant la mise en œuvre nationale de l'IHAB, l'accent étant mis sur l'élargissement de la couverture universelle et la pérennité. Les orientations sont axées sur une intégration plus complète du programme dans le système de soins de santé, afin de garantir une application des Dix conditions par tous les établissements d'un pays. Les pays sont appelés à assumer neuf responsabilités clés par le biais d'un programme IHAB national, à savoir la création ou le renforcement d'un organe national de coordination ; l'intégration des Dix conditions dans les politiques et les normes nationales ; la garantie des capacités nécessaires à tous les professionnels de la santé ; le recours à l'évaluation externe pour évaluer régulièrement le respect des Dix conditions ; l'encouragement du changement ; la fourniture de l'assistance technique nécessaire ; le suivi de la mise en œuvre ; la communication et le plaidoyer continus ; et l'identification et l'allocation de ressources suffisantes.

L'IHAB porte sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. Il est entendu que de nombreuses autres interventions sont requises pour apporter un soutien adéquat à l'allaitement maternel, notamment dans les soins prénatals et postnatals, les communautés et les lieux de travail, ainsi qu'une protection de la maternité et une législation relative au Code adéquates. Il est essentiel que le programme IHAB soit intégré à tous les autres aspects de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement maternel.

En redynamisant l'IHAB et en veillant à ce que tous les établissements adhèrent à des recommandations fondées sur des données probantes en matière de soins de maternité et de soins aux nouveau-nés, il est possible de faire augmenter sensiblement les taux d'allaitement maternel et d'améliorer considérablement la santé des mères et des enfants.

## Portée et objet

Le présent document contient la dernière version des orientations pour la mise en œuvre de l'initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) (1) dans les établissements assurant des services de maternité et de néonatalogie, ainsi que des orientations pour la coordination et la gestion de l'IHAB au niveau national (ou infranational, le cas échéant).

L'objectif principal de l'IHAB est de veiller à ce que les mères et les nouveau-nés reçoivent des soins appropriés et en temps opportun avant et pendant leur séjour dans un établissement offrant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés, afin de permettre la mise en place d'une alimentation optimale des nouveau-nés, favorisant ainsi leur santé et leur développement. Étant donné l'importance avérée de l'allaitement maternel (2), l'IHAB protège, encourage et soutient l'allaitement maternel, tout en garantissant des soins et une alimentation appropriés et en temps opportun aux nouveau-nés qui ne sont pas allaités au sein.

Le présent document complète les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) intitulées *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services* (3). Il complète également *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé* (4), *Guidelines on the optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries* (5), *Recommandations de l'OMS sur les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive* (6) et d'autres documents d'orientation sur les soins maternels et néonataux. Il est essentiel que l'IHAB soit mise en œuvre dans un contexte plus large de soutien à l'allaitement maternel dans les familles, les communautés et sur le lieu de travail. Le présent document ne traite pas spécifiquement de ces domaines.

Le public visé par le présent document comprend tous ceux qui définissent les politiques ou offrent des soins aux femmes enceintes, aux familles et aux nourrissons ; les gouvernements ; les responsables nationaux des programmes de santé maternelle et infantile en général, et des programmes liés à l'allaitement maternel et à l'IHAB en particulier ; et les responsables des établissements de santé à différents niveaux (directeurs d'établissements, directeurs médicaux, chefs des services de maternité et de soins néonataux).

# 1. Introduction

## 1.1. Importance de l'allaitement maternel

L'allaitement maternel est la norme biologique pour tous les mammifères, y compris l'homme. L'allaitement maternel est essentiel pour atteindre les objectifs mondiaux en matière de nutrition, de santé et de survie, de croissance économique et de viabilité écologique. L'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) recommandent que l'allaitement maternel commence dans l'heure qui suit la naissance, se poursuive exclusivement pendant les six premiers mois de la vie et continue, parallèlement à des aliments complémentaires sains et satisfaisants, jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà (7). Globalement, ces recommandations ne touchent qu'une minorité de nourrissons et d'enfants : seulement 44 % des nourrissons commencent à être allaités dans l'heure qui suit la naissance et 40 % de tous les nourrissons de moins de 6 mois sont exclusivement allaités au sein. À deux ans, 45 % des enfants sont encore allaités (8).

Le contact immédiat et ininterrompu peau à peau et le démarrage de l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance sont importants pour l'établissement de l'allaitement maternel, ainsi que pour la survie et le développement du nouveau-né et de l'enfant. Le risque de décès au cours des 28 premiers jours de vie est 33 % plus élevé chez les nouveau-nés qui ont commencé à être allaités de 2 à 23 heures après la naissance, et plus de deux fois plus élevé chez ceux pour qui l'allaitement s'est fait un jour ou plus après la naissance, par rapport aux nouveau-nés qui ont été mis au sein dans la première heure suivant la naissance (9). Le bénéfice protecteur du démarrage précoce de l'allaitement s'étend jusqu'à l'âge de six mois (10).

L'allaitement maternel exclusif pendant six mois fournit les nutriments et l'énergie nécessaires à la croissance et au développement physique et neurologique. Au-delà de six mois, l'allaitement maternel continue à fournir de l'énergie et des nutriments de haute qualité qui, conjointement avec une alimentation complémentaire saine et satisfaisante, aident à prévenir la faim, la dénutrition et l'obésité (11). L'allaitement maternel garantit la sécurité alimentaire des nourrissons (8).

Des pratiques d'allaitement maternel inadéquates compromettent considérablement la santé, le développement et la survie des nourrissons, des enfants et des mères. L'amélioration de ces pratiques pourrait sauver plus de 820 000 vies par an (2). Près de la moitié des épisodes de diarrhée et un tiers des infections respiratoires sont dus à des pratiques d'allaitement inadéquates. L'allongement de la durée de l'allaitement est associé à une réduction de 13 % de la probabilité de surpoids et/ou de prévalence de l'obésité et à une réduction de 35 % de l'incidence du diabète de type 2 (2). On estime que 20 000 décès maternels dus au cancer du sein pourraient être

évités chaque année en améliorant les taux d'allaitement maternel (2).

De récentes analyses ont montré que l'augmentation des taux d'allaitement pourrait injecter US \$300 milliards dans l'économie mondiale chaque année, par l'entrée sur le marché du travail de travailleurs et leaders plus intelligents et plus productifs (13). Au Brésil, les adultes qui avaient été allaités au sein pendant au moins 12 mois avaient des revenus supérieurs de 33 % à ceux qui avaient été allaités pendant des périodes plus courtes (14). Un allaitement maternel inadéquat a un impact significatif sur les coûts des soins de santé des enfants et des femmes (15, 16). Les mères qui nourrissent leur nourrisson avec des préparations pour nourrissons sont plus souvent absentes au travail que les mères qui allaitent, en raison d'une fréquence et d'une gravité plus élevées des maladies infantiles (17).

---

**De récentes analyses  
ont montré que  
l'augmentation des  
taux d'allaitement  
pourrait injecter  
US \$300 milliards dans  
l'économie mondiale  
chaque année**

---

L'allaitement maternel est une source de nutrition et de subsistance non polluante, non consommatrice de ressources, durable et naturelle. Les substituts du lait maternel participent aux émissions de gaz à effet de serre à chaque étape de la production, du transport, de la préparation et de l'utilisation. Ils génèrent également des déchets, qui doivent être éliminés. Les gaz à effet de serre comprennent le méthane, l'oxyde nitreux et le dioxyde de carbone ; un rapport récent a estimé les émissions de dioxyde de carbone résultant de la fabrication de préparations pour nourrissons en Asie à 2,9 millions de tonnes (18).

Dans les situations de crise humanitaire, la capacité de l'allaitement maternel à sauver des vies est encore plus cruciale (7). Les orientations internationales recommandent que toutes les activités visant à protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel soient renforcées dans les situations de crise humanitaire, afin de maintenir ou d'améliorer les pratiques d'allaitement maternel (19).

L'allaitement maternel est une composante essentielle de la réalisation du droit de chaque enfant à bénéficier du meilleur état de santé possible, tout en respectant le droit de chaque mère de prendre une décision éclairée sur la façon de nourrir son bébé, sur la base d'informations complètes, fondées sur des données probantes et exemptes de tout intérêt commercial, et en disposant du soutien nécessaire pour lui permettre d'appliquer son choix (20).

L'amélioration de l'allaitement maternel peut être un facteur clé pour la réalisation des objectifs de développement durable (21). L'allaitement maternel est lié à plusieurs des objectifs, notamment les objectifs 1 (mettre fin à la pauvreté sous toutes ses formes et partout) ; 2 (éliminer la faim, assurer la sécurité, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable) ; 3 (permettre à tous de vivre en bonne santé une vie et promouvoir le bien-être pour tous à tout âge) ; 4 (assurer l'accès à tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie) ; 5 (parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles) ; 8 (promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, l'emploi et un travail décent pour tous) ; 10 (réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre) ; et 12 (établir des modes de consommation et de production durables).

## 1.2. L'initiative Hôpitaux amis des bébés : vue d'ensemble

Les premières heures et les premiers jours de la vie d'un nouveau-né sont le moment idéal pour établir la lactation et fournir aux mères le soutien dont elles ont besoin pour allaiter avec succès. Ce soutien n'est pas toujours fourni, comme l'illustre un examen des données de l'UNICEF montrant que 78 % des accouchements ont été effectués par un personnel de santé qualifié, mais que seulement 45 % des nouveau-nés ont été allaités au sein dans l'heure qui a suivi la naissance (8, 22). Bien que l'allaitement maternel soit la norme biologique, les professionnels de santé peuvent engager des procédures inappropriées qui interfèrent avec le début de l'allaitement, comme la séparation de la mère d'avec son enfant, le retardement du démarrage de l'allaitement, la fourniture d'aliments pré-lactés et une supplémentation inutile. Ces procédures augmentent considérablement le risque de problèmes qui conduisent à un arrêt précoce de l'allaitement. Les familles ont besoin de recevoir des informations et des conseils fondés sur des données probantes en matière d'allaitement maternel et doivent être protégées des intérêts commerciaux qui ont un impact négatif sur l'allaitement maternel.

En 1989, l'OMS et l'UNICEF ont publié les Dix conditions pour le succès de l'allaitement (les Dix conditions), dans le cadre d'un ensemble de politiques et de procédures que les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés devraient mettre en œuvre pour soutenir l'allaitement maternel (23). La *Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement*

*de l'allaitement maternel*, adoptée à Florence en 1990 (24), stipulait que tous les gouvernements devaient veiller à ce que tous les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés mettent pleinement en application les Dix conditions. En 1991, l'OMS et l'UNICEF ont lancé l'initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) (1), afin de motiver les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés dans le monde entier à mettre en œuvre les Dix conditions. Les établissements qui ont documenté leur pleine adhésion aux Dix conditions, ainsi que leur conformité au *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (25, 26) et aux résolutions connexes de l'Assemblée mondiale de la Santé (le Code) (27), pouvaient être désignés « amis des bébés ». L'OMS a publié des données probantes pour chacune des Dix conditions en 1998 (28).

---

Les premières heures  
et les premiers jours de  
la vie d'un nouveau-né  
sont le moment  
idéal pour établir la  
lactation et fournir aux  
mères le soutien dont  
elles ont besoin pour  
allaiter avec succès

---

Au niveau mondial, plusieurs documents de politique en matière de santé ont souligné l'importance des Dix conditions. Les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1994 et 1996 appelaient à des actions spécifiques liées à l'IHAB (29, 30). La *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* de 2002 a appelé tous les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés dans le monde entier à mettre en œuvre les Dix conditions (7). En 2005, lors du 15<sup>ème</sup> anniversaire de la *Déclaration Innocenti* (24), les partenaires Innocenti ont lancé un appel à l'action, qui comprenait un appel à redynamiser l'IHAB, en maintenant les critères mondiaux comme exigence minimale pour tous les établissements et en élargissant l'application de l'initiative afin d'inclure les maternités, les services néonataux et pédiatriques et les services communautaires d'aide aux femmes allaitantes et aux personnes qui s'occupent de jeunes enfants (31).

Le module IHAB a été mis à jour en 2006 après de vastes enquêtes auprès des utilisateurs puis a été relancé en

2009 (32). La mise à jour reflétait les nouvelles données probantes concernant certaines des conditions (conditions 4 et 8, par exemple) et leur interprétation, et portait spécifiquement sur la situation des femmes vivant avec le VIH. Elle comprenait des lignes directrices pour des « soins adaptés aux mères » et décrivait les pratiques favorables à l'allaitement maternel dans d'autres établissements et communautés. Des normes pour le soutien aux « mères qui n'allaitaient pas » ont été incluses, car l'initiative vise à s'assurer que toutes les mères, quelle que soit la méthode d'alimentation, reçoivent le soutien dont elles ont besoin. Le paquet comprenait une mise à jour des outils de formation et d'évaluation.

## L'adhésion à six des pratiques de soins maternels spécifiques pourrait diviser par 13 les risques d'interruption précoce de l'allaitement

En 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé six cibles pour la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, notamment l'atteinte d'un taux mondial d'allaitement maternel exclusif d'au moins 50 % au cours des six premiers mois de la vie (33, 34). Les notes d'orientation et le plan global de mise en œuvre des objectifs recommandent une extension de l'IHAB (34). Le Cadre d'action de la deuxième Conférence internationale sur la nutrition (35), qui constitue le fondement de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (36), a appelé à des politiques, programmes et actions visant à garantir que les services de santé protègent, promeuvent et soutiennent l'allaitement maternel, « y compris l'initiative Hôpitaux amis des bébés ». Le cadre mondial de suivi concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2015 (37), comprend un indicateur sur le pourcentage de naissances dans des établissements désignés « amis des bébés » (38).

Pratiquement tous les pays du monde ont mis en œuvre l'IHAB à un moment donné. La couverture dans la plupart des pays est toutefois restée faible. En 2011, on estimait que 28 % de tous les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés avaient été désignés « amis des bébés à un moment donné » (39). Cependant, à partir de 2017, l'OMS a estimé qu'environ 10 % seulement des bébés dans le monde sont nés dans un établissement désigné « ami des bébés » (40). L'impact de l'initiative est probablement plus important que ce pourcentage ne le laisse supposer, puisque des établissements pourraient mettre en œuvre plusieurs des

Dix conditions sans pour autant être parvenu à recevoir la désignation, mais il n'existe actuellement aucun système global pour évaluer cela.

### 1.3. Avantages et impact de l'initiative Hôpitaux amis des bébés

Des données scientifiques importantes se sont multipliées prouvant que l'IHAB a la capacité d'influer de façon significative sur le succès de l'allaitement maternel. Au Bélarus, un essai randomisé de groupe entrepris à la fin des années 1990 a mis en évidence un taux d'allaitement maternel exclusif à trois mois s'établissant à 43 % dans les hôpitaux qui avaient mis en œuvre les Dix conditions, contre seulement 6 % dans les hôpitaux qui n'avaient pas bénéficié de l'intervention (41).

Un examen systématique de 58 études sur les soins à la mère et au nouveau-né publié en 2016 a clairement démontré que l'adhésion aux Dix conditions a un impact sur les taux d'allaitement (démarrage précoce immédiatement après la naissance, allaitement exclusif au sein et durée totale de l'allaitement) (42). Cet examen a révélé une relation dose-réponse entre le nombre de conditions IHAB auxquelles les femmes sont exposées et la probabilité d'une amélioration des résultats de l'allaitement maternel. Il a été démontré que le fait d'éviter la supplémentation des nouveau-nés avec des produits autres que le lait maternel (condition 6) est un facteur qui joue un rôle crucial sur les résultats de l'allaitement maternel, peut-être parce que, pour mettre en œuvre cette condition, d'autres étapes doivent également être en place. Le soutien de la communauté (condition 10) s'est avéré essentiel pour maintenir les meilleurs taux d'allaitement maternel obtenus dans les établissements offrant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés (42). Une étude réalisée aux États-Unis d'Amérique a montré que l'adhésion à six des pratiques de soins maternels spécifiques pourrait diviser par 13 les risques d'interruption précoce de l'allaitement (voir Figure 1) (43).

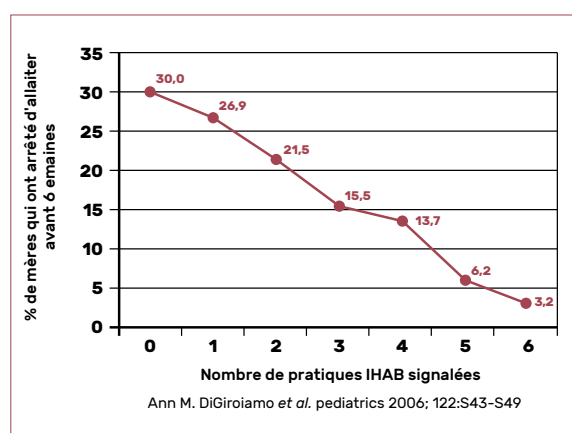


Figure 1. Parmi les femmes qui ont commencé à allaiter et avaient l'intention de le faire pendant plus de deux mois, pourcentage de celles qui ont arrêté d'allaiter avant six semaines, en fonction des pratiques IHAB qu'elles suivaient (43)

Les expériences de mise en œuvre de l'IHAB à cette époque a montré que le leadership national (notamment une participation et un soutien forts au niveau national) était primordial pour une mise en œuvre réussie de l'IHAB. L'adaptation au niveau national ou au niveau des établissements, la surveillance continue au niveau des établissements et l'intégration de l'IHAB dans le continuum des soins se sont également révélées importantes pour la mise en œuvre de l'IHAB (44).

Un article récent sur les États-Unis d'Amérique, qui a examiné deux documents de politique nationale et 16 études originales, a confirmé le rôle déterminant de l'IHAB à faciliter le démarrage de l'allaitement et son caractère exclusif (45). La durée de l'allaitement semble également augmenter lorsque les mères sont davantage exposées aux pratiques IHAB. Cependant, les mécanismes actuels de suivi de l'allaitement maternel ne sont pas suffisants et, par conséquent, il existe peu de données fiables sur la durée de l'allaitement maternel. Parmi les Dix conditions IHAB, la condition 3 (information prénatale) et la condition 10 (soutien de l'allaitement après l'accouchement) ont été mentionnées comme les conditions les plus difficiles à mettre en œuvre (45) ; cependant, ces deux conditions ont la capacité d'avoir un impact significatif sur les pratiques d'allaitement maternel.

En prévision du 25<sup>e</sup> anniversaire de l'IHAB, l'OMS et l'UNICEF ont entrepris une évaluation générale de l'état actuel de l'initiative. Une enquête mondiale auprès de tous les États Membres de l'OMS sur la mise en œuvre au niveau des pays a été menée de juin à août 2016, avec des réponses reçues de 117 pays (40). Des études de cas approfondies sur le fonctionnement de l'initiative dans 13 pays ont été demandées aux ministères de la santé, aux coordonnateurs non gouvernementaux de l'IHAB et au personnel de l'UNICEF ; des entretiens avec des informateurs clés au sein des coordonnateurs de l'IHAB (notamment des responsables gouvernementaux et du personnel d'organisations non gouvernementales (ONG) dans 22 pays) ont fourni des informations supplémentaires sur les défis rencontrés et les enseignements tirés au cours des 25 premières années de l'initiative (40, 46).

Les informations recueillies dans les études de cas et les entretiens avec des informateurs clés (40, 46) indiquent que la mise en œuvre de l'IHAB a permis d'améliorer les capacités des professionnels de santé et de renforcer la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel dans un grand nombre d'établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés, ce qui pourrait contribuer à accroître les taux de démarrage précoce de l'allaitement maternel dans le monde. L'approche systématique visant à améliorer les politiques et les pratiques des établissements, ainsi que la visibilité et le caractère gratifiant de la désignation « ami des bébés » sont appréciés par de nombreux acteurs.

Pour les établissements qui ont été désignés, le fait de recevoir cette distinction a souvent été un catalyseur,

débouchant sur une modification de tout l'environnement relatif à l'alimentation du nourrisson. Dans de nombreux pays, la désignation a été un facteur clé qui a incité les établissements à transformer leurs pratiques. En conséquence, les soins dans ces établissements ont été davantage axés sur le patient ; les attitudes du personnel à l'égard de l'alimentation du nourrisson se sont améliorées et les niveaux de compétences ont augmenté de façon spectaculaire. Le recours aux préparations pour nourrissons a généralement chuté très fortement, et le placement des nouveau-nés dans des pouponnières a été considérablement réduit. La qualité des soins pour l'allaitement maternel s'est nettement améliorée dans les établissements désignés « amis des bébés ».

Les études de cas et les entretiens ont également permis de repérer plusieurs problèmes, qui sont décrits dans la section suivante.

#### **1.4. Problèmes rencontrés dans la mise en œuvre de l'initiative Hôpitaux amis des bébés**

Les évaluations susmentionnées ont permis de mettre en évidence plusieurs problèmes majeurs dans la mise en œuvre de l'IHAB.

En résumé, les retours d'informations des études de cas et des entretiens avec les informateurs clés indiquent que la mise en œuvre verticale et souvent par type de projet de l'IHAB, bien qu'elle constitue un atout pour atteindre des objectifs précis et à court terme, s'est avérée être un obstacle à l'atteinte d'une couverture élevée des pratiques recommandées dans les Dix conditions, ainsi qu'à la pérennité de ces pratiques et au suivi de l'initiative. Les problèmes spécifiques rencontrés sont décrits ci-dessous.

- La mise en œuvre au niveau national et au niveau des établissements dépend souvent davantage de l'engagement d'individus ou de « champions » et moins de l'édification et du renforcement de systèmes durables. Lorsque les champions ne sont plus associés à l'IHAB, c'est la continuité des interventions qui en pâtit le plus souvent.
- Les processus d'assistance technique aux établissements, la formation et le maintien à leur poste des évaluateurs, la mise en œuvre des évaluations et des réévaluations et la communication relative à l'initiative exigent des ressources sur une base continue. Pour de nombreux pays, ces ressources sont fournies par des bailleurs de fonds extérieurs et ne sont pas incluses dans le budget ordinaire de l'État. Lorsque les bailleurs de fonds accordent leurs financements à d'autres priorités, cela a un impact sur l'IHAB.
- Les gouvernements nationaux, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire,

se sont généralement concentrés uniquement sur les établissements publics.

- L'un des principaux problèmes est le renforcement et le maintien des capacités du personnel des établissements offrant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel. Bien que les orientations de l'IHAB mentionnent l'importance de la formation initiale et de la formation en cours d'emploi, les processus et les outils d'évaluation mettent fortement l'accent sur la formation en cours d'emploi. Dans pratiquement tous les pays et territoires qui ont répondu aux études de cas ou aux entretiens avec des informateurs clés, l'intégration de l'allaitement maternel dans la formation initiale (notamment les écoles de médecine ou de soins infirmiers et autres institutions similaires pour d'autres professions) a été insuffisante. Cela a créé des obstacles à la mise en œuvre et au maintien de l'IHAB, puisque la formation continue en cours d'emploi exige beaucoup de ressources humaines et financières.
- En outre, des formateurs doivent être recrutés et parfois les professionnels de santé eux-mêmes et les stagiaires ne se consacrent plus à leurs tâches habituelles. Bien qu'il soit possible de recourir à des cours par voie électronique ou en ligne, il peut être coûteux d'élaborer les programmes de formation, en particulier lorsque les frais de participation doivent être payés à une entité commerciale ; de tels cours ne peuvent pas remplacer complètement le besoin de développement et d'évaluation des compétences par relations interpersonnelles et ils éloignent toujours les stagiaires de leur tâche principale. Il s'est également avéré difficile, dans un cours de 20 heures, de changer le comportement des professionnels de santé habitués à leurs propres pratiques depuis de nombreuses années.
- L'accent mis sur les établissements plutôt que sur les normes nationales de soins fait qu'il est difficile d'atteindre au niveau des établissements une couverture élevée des pratiques recommandées.
- Au niveau des établissements, l'IHAB a souvent mis l'accent sur l'obtention de la désignation « ami des bébés ». Il a souvent été difficile de maintenir les changements apportés. De nombreux établissements semblent apporter des changements à leurs politiques et procédures pour obtenir la désignation, mais elles retournent ensuite à leurs anciennes habitudes après un certain laps de temps, surtout lorsqu'il n'y a pas de systèmes de surveillance réguliers en place. Par conséquent, il est difficile de savoir dans quelle mesure les établissements désignés continuent d'adhérer aux critères de l'IHAB.
- Des Dix conditions (23), la condition 10 relative à la promotion de l'établissement de groupes de soutien à l'allaitement maternel s'est avérée très difficile à mettre en œuvre pour la plupart des établissements offrant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés, car beaucoup d'entre eux n'ont pas

suffisamment de personnel censé travailler à l'extérieur de leur propre établissement. Dans la plupart des contextes, les maternités et les établissements pour nouveau-nés n'étaient pas chargés de la sensibilisation de la communauté.

- La pleine conformité au Code (25-27) a également constitué un défi pour de nombreux établissements. Il a été constaté que les distributeurs de substituts de lait maternel enfreignaient souvent le Code en fournissant des produits gratuits ou subventionnés aux établissements ou aux gouvernements, et/ou en fournissant du matériel promotionnel aux établissements de santé ou aux professionnels de santé. Les établissements éprouvent souvent des difficultés à résister à ces offres en raison de leurs budgets de fonctionnement serrés. Les sociétés qui commercialisent des substituts de lait maternel exercent souvent une influence politique à de multiples niveaux, ce qui affaiblit les normes de protection de l'allaitement maternel et ne facilite pas l'adoption des normes recommandées par l'IHAB dans les établissements.

En 2016, l'Organisation panaméricaine de la Santé a publié un rapport sur l'IHAB dans les Amériques, dans lequel elle a examiné les années au cours desquelles les désignations ou redésignations IHAB ont eu lieu (47). Le rapport a montré que pour la plupart des pays de la région, les désignations ou redésignations IHAB se sont produites presque exclusivement au cours d'une seule période de cinq ans. Certains pays ont accordé la désignation à de nombreux établissements dans les années 1990 puis ont ensuite cessé de le faire ; d'autres ont commencé plus tard et se sont ensuite arrêtés ; et quelques pays ne se sont mis à accorder le titre d'établissement amis des bébés que récemment. Néanmoins, aucun pays n'a accordé plus d'une poignée de désignations en dehors d'une période de pointe de 10 ans (voir la Figure 2 qui illustre deux exemples). Ces résultats suggèrent qu'il est difficile pour les pays de maintenir un programme de désignation et de redésignation pendant plus de quelques années.

Alors que les Dix conditions étaient axées sur les soins apportés en établissement à des nourrissons en bonne santé et à terme, de nombreux pays ont étendu le concept « amis des bébés » à d'autres domaines du soutien à l'allaitement maternel en dehors des établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés, comme cela était préconisé dans la révision 2009 des orientations concernant l'IHAB (32). Si ces programmes ont permis d'améliorer la qualité des soins à la mère et au nourrisson dans de nombreux pays, des normes internationales n'ont pas été élaborées de manière à fournir un ensemble spécifique de critères et d'outils d'évaluation des programmes, débouchant sur des différences en matière d'application dans le monde entier. Des orientations sont nécessaires pour améliorer l'efficacité des groupes de soutien à l'allaitement maternel à l'extérieur des établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés, car chacun d'entre

eux possède des spécificités uniques qui ne peuvent être abordées dans le cadre de l'IHAB.

Le grand nombre de pays mettant en œuvre l'IHAB, d'une part, et le faible pourcentage d'établissements désignés, d'autre part, témoignent de la vaste portée de l'initiative, mais aussi de la nécessité d'une amélioration continue des soins apportés à la mère et au nourrisson. Tant que l'adhésion aux Dix conditions sera limitée à certains établissements seulement, les inégalités dans la qualité des soins de santé aux nouveau-nés persisteront. Pour obtenir l'adhésion de *tous* les établissements, il faudra redoubler d'efforts et adopter de nouvelles approches.

Les études de cas et les entretiens avec les informateurs clés (40, 46) ont montré que les pays ont adapté les orientations concernant l'IHAB à leur propre situation et à leurs propres possibilités. Il en est résulté plusieurs excellents exemples de processus de gestion et d'exploitation pouvant faciliter une mise en œuvre durable et une mise à l'échelle des pratiques qui soutiennent l'allaitement maternel. Ces exemples, ainsi qu'un large éventail d'enseignements

généraux et de recommandations visant à assurer la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés à grande échelle, obtenus à partir des études de cas et des entretiens avec les informateurs clés, et associés à un processus consultatif intensif avec le groupe d'examen externe (voir section 1.5), forment la base des présentes orientations de mise en œuvre révisées.

**Il est difficile pour les pays de maintenir un programme de désignation et de redésignation pendant plus de quelques années**

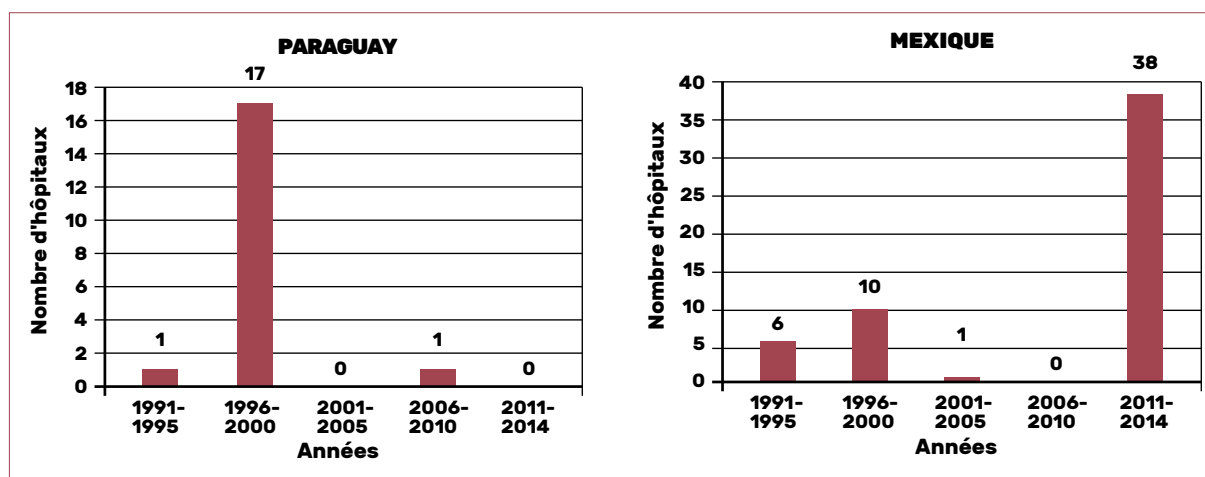


Figure 2. Nombre d'hôpitaux désignés ou redésignés par période de cinq ans au Paraguay et au Mexique (47)  
Tableaux reproduits avec l'autorisation de l'éditeur de : Organisation panaméricaine de la Santé, Bureau régional de l'OMS pour les Amériques. *The Baby Friendly Hospital Initiative in Latin America and the Caribbean: current status, challenges and opportunities*. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2016 ([http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18830/9789275118771\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18830/9789275118771_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)).

### 1.5. Révision des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel et orientations de mise en œuvre

En 2015, l'OMS et l'UNICEF ont entamé le processus de réexamen et de révision des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel et des orientations de mise en œuvre indiquant aux pays comment protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. En utilisant le processus normalisé d'élaboration de lignes directrices de l'OMS (4,8), l'OMS a constitué un groupe d'élaboration des lignes directrices.

Une description détaillée du processus d'élaboration des lignes directrices 2017 de l'OMS intitulées *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services* (3), notamment les examens systématiques de la littérature portant sur chaque condition, est fournie ailleurs (3). En outre, l'OMS a convoqué un groupe d'examen externe afin de fournir des conseils d'experts au groupe d'élaboration des lignes directrices et d'élaborer les orientations de mise en œuvre révisées à l'intention des pays, présentées dans le présent document.



Le groupe d'examen externe s'est réuni trois fois (décembre 2015, avril 2016 et octobre 2016), a organisé de nombreuses conférences téléphoniques et a examiné des documents de travail par courriel. Les études de cas et les entretiens avec les responsables IHAB nationaux décrits plus haut ont fourni des renseignements importants au groupe d'examen externe pour l'élaboration des orientations de mise en œuvre. Un avant-projet de ces orientations a été présenté au Congrès de l'IHAB en octobre 2016 (49). Environ 300 participants de plus de 130 pays et 20 partenaires de développement (ONG, associations professionnelles internationales et bailleurs de fonds) ont discuté des orientations en petits groupes de travail pendant trois jours et ont apporté une contribution importante aux révisions. Les orientations mises à jour ont été diffusées par le biais d'une consultation en ligne en octobre 2017 et les commentaires de plus de 300 répondants ont été pris en compte dans les révisions finales du document.

Les présentes orientations mises à jour ne couvrent que les activités spécifiquement pertinentes pour la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. Les soins aux nouveau-nés de petite taille, malades et/ou prématurés ne peuvent être séparés de ceux des nourrissons à terme, car ces deux types de soins se déroulent dans les mêmes établissements, souvent fréquentés par le même personnel. À ce titre, les soins dispensés à ces nouveau-nés dans les unités de soins intensifs pour nouveau-nés ou dans les services réguliers de maternité ou de soins aux nouveau-nés sont inclus dans le champ d'application du présent document. Toutefois, étant donné que ce document se concentre sur les normes mondiales et n'est pas un guide clinique, il ne fournit pas d'orientations approfondies sur la façon de soigner les nouveau-nés de petite taille, malades et/ou prématurés, mais décrit simplement les normes et les étapes clés pour l'allaitement maternel et/ou la fourniture de lait humain à ce groupe de nourrissons. Des conseils plus spécifiques sur l'alimentation des nouveau-nés de petite taille, malades et/ou prématurés sont disponibles ailleurs (5, 50).

Alors que les orientations IHAB de 2009 recommandaient d'inclure des actions favorables aux mères axées sur leur santé physique et psychologique (32), les présentes orientations IHAB actualisées n'incluent pas de conseils sur ces aspects. Les présentes orientations recommandent explicitement aux pays d'intégrer les Dix conditions dans d'autres programmes et initiatives en faveur de la santé maternelle et néonatale. Des conseils détaillés, pertinents et fondés sur des données probantes sur la qualité des soins en matière de santé maternelle sont déjà disponibles ailleurs (4), mais il est important que tous les professionnels de santé, qu'ils soient ou non responsables des accouchements ou des soins aux nouveau-nés, soient pleinement conscients des pratiques favorables aux mères et de la manière dont elles peuvent affecter la mère, le bébé et l'allaitement, afin qu'ils puissent s'assurer que

ces pratiques sont mises en œuvre et qu'elles apportent les avantages escomptés en termes de qualité de soins. Pour cette raison, un résumé de ces conseils est fourni à la [section 2](#).

De la même façon, le présent document ne couvre pas les critères concernant les communautés, unités pédiatriques et cabinets de médecins amis des bébés. Le soutien à l'allaitement maternel est essentiel dans tous ces contextes, mais il dépasse le champ d'application du présent document.

### Révision des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

Les lignes directrices 2017 de l'OMS intitulées *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services* (3) ont examiné les données probantes pour chacune des Dix conditions originales qui ont été publiées pour la première fois en 1989 (23). Basées sur les nouvelles lignes directrices, les présentes orientations de mise en œuvre reformulent les Dix conditions tout en maintenant le thème de base de chaque condition. L'objectif principal des conditions demeure le même que celui exprimé dans la version de 1989 des Dix conditions, à savoir la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. Les orientations font une distinction entre les deux premières conditions, qui traitent des procédures de gestion nécessaires pour garantir des soins dispensés de façon uniforme et éthique et les huit autres conditions, qui énoncent les normes de soins cliniques pour les mères et les nourrissons. Les Dix conditions mises à jour sont présentées dans l'Encadré 1.

La condition 1 relative à la politique d'allaitement des établissements a été modifiée pour inclure trois composantes. L'application du Code (25-27) a toujours été une composante majeure de l'IHAB, mais n'a pas été incluse dans les Dix conditions initiales. Cette révision intègre explicitement le respect total du Code en tant qu'étape. De plus, la nécessité d'une surveillance interne continue du respect des pratiques cliniques a été intégrée à la condition 1. Le suivi interne devrait permettre de s'assurer que l'adoption des Dix conditions se maintienne dans le temps.

Certaines conditions ont été simplifiées dans leur application afin de s'assurer qu'elles sont réalisables et applicables par tous les établissements. Pour faire en sorte que chaque nourrisson né dans un établissement dispose d'un accès équitable à la meilleure qualité de soins, les conditions doivent être à la portée de chaque établissement, et non pas seulement d'un petit nombre d'entre eux. Par exemple, la condition 2 relative à la formation du personnel porte davantage sur l'évaluation des compétences visant à s'assurer que le personnel possède les connaissances, les compétences et les aptitudes nécessaires pour soutenir l'allaitement maternel

que sur un programme de formation spécifique. La condition 5 relative au soutien pratique apportée aux mères sur la façon d'allaiter ne met pas l'accent sur un type d'expression du lait mais plutôt sur les positions à adopter, la tétée et la préparation de la mère à d'éventuelles difficultés d'allaitement.

La condition 9 sur l'utilisation des biberons, tétines et sucettes porte maintenant sur les conseils aux mères quant à leur utilisation, plutôt que sur leur interdiction complète. Les éléments probants concernant l'interdiction complète de leur utilisation ont été jugés faibles, puisque l'examen systématique effectué dans le cadre du processus d'élaboration des lignes directrices n'a révélé que peu ou pas de différence dans les taux d'allaitement entre les nourrissons en bonne santé nés à terme qui ont utilisé des biberons, des tétines ou des sucettes dans la période postnatale immédiate et ceux qui ne l'ont pas fait (51). Chez les prématurés, les examens systématiques sur la tétée non nutritive n'ont pas établi de différence dans les résultats liés à l'allaitement maternel et ont mis en évidence un impact positif sur la durée du séjour à l'hôpital (52, 53). Pour les nourrissons prématurés, l'utilisation de biberons et de tétines est encore déconseillée.

La condition 10 relative aux soins après la sortie de l'hôpital met davantage l'accent sur les responsabilités de l'établissement assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés dans la planification de la période post-maternité et la prise de contact avec des services utiles, ainsi que dans la collaboration et le travail visant à améliorer le soutien communautaire en faveur de l'allaitement maternel, que sur la création spécifique de groupes de soutien à l'allaitement composés de jeunes mères.

---

L'objectif principal des conditions demeure le même que celui exprimé dans la version de 1989 des Dix conditions, à savoir la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés

---

## Encadré 1. Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (révision 2018)

### Procédures de gestion critiques

1. a. Se conformer pleinement au *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et aux résolutions connexes de l'Assemblée mondiale de la Santé.
- b. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance du personnel et des parents.
- c. Établir des systèmes de surveillance continue et de gestion des données.
2. Veiller à ce que le personnel possède les connaissances, compétences et aptitudes nécessaires pour assurer un soutien à l'allaitement.

### Pratiques cliniques essentielles

3. Parler avec les femmes enceintes et leur famille de l'importance de l'allaitement maternel et de sa pratique.
4. Favoriser un contact peau à peau immédiat et ininterrompu entre la mère et l'enfant et encourager les mères à commencer l'allaitement dès que possible après la naissance.
5. Aider les mères à commencer et à maintenir l'allaitement et à gérer les difficultés les plus fréquentes.
6. Ne pas donner d'aliments ou de liquides autres que le lait maternel aux nouveau-nés allaités, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère, dans la même chambre, 24 heures sur 24.
8. Aider les mères à reconnaître les signaux de faim de leur nouveau-né et à y répondre.
9. Conseiller les mères sur l'utilisation et les risques des biberons, tétines et sucettes.
10. Coordonner la sortie de l'hôpital de sorte que les parents et leur nourrisson continuent d'avoir un accès en temps utile à des services de soutien et de soins.

### Révision des orientations de mise en œuvre au niveau des pays

Les présentes orientations de mise en œuvre proposent un certain nombre de révisions à la mise en œuvre de l'IHAB, afin de faciliter l'extension à l'échelle nationale et d'assurer un maintien dans la durée. Les orientations sont axées sur l'intégration plus complète de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement maternel dans le système de santé, notamment dans les établissements privés et publics. Les modifications et la plus grande faisabilité ont pour but d'accroître l'accès des nouveau-nés à l'allaitement maternel dans tous les établissements, et non pas seulement dans quelques-uns d'entre eux.

---

Les orientations sont axées sur l'intégration plus complète de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement maternel dans le système de santé

---

Les orientations comprennent également d'autres documents d'orientation technique de l'OMS ou de l'UNICEF, ou sont alignés sur eux, notamment les *Orientations en vue de mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants* (54), les lignes directrices OMS/UNICEF 2016 intitulées *Mises à jour sur l'infection à VIH et l'alimentation du nourrisson* (en anglais) (55), les *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé de l'OMS* (4) et le *Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne* de l'OMS (56).

Ces orientations actualisées visent à renforcer le système de santé et proposent une structure de gestion et de mise en œuvre moins verticale, nécessitant moins de ressources consacrées spécifiquement à l'initiative. Elles visent à coordonner les stratégies pour des services de santé intégrés centrés sur la personne (56) et à renforcer les aspects portant sur l'amélioration de la qualité déjà présents dans l'IHAB.

L'Encadré 2 résume les principales orientations actualisées pour la mise en œuvre de l'IHAB, telles que décrites en détail à la [section 3](#) et à la [section 4](#).

### **Encadré 2. Résumé des orientations actualisées relatives à la mise en œuvre de l'initiative Hôpitaux amis des bébés**

1. Les soins appropriés pour la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel relèvent de la responsabilité de chaque établissement assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. Sont concernés les établissements privés, ainsi que les établissements publics, et les grandes et petites structures.
2. Les pays doivent établir des normes nationales pour la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel dans tous les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés, sur la base des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel mises à jour et de critères mondiaux.
3. L'initiative Hôpitaux amis des bébés doit être intégrée à d'autres initiatives portant sur la santé maternelle et néonatale, l'amélioration de soins de santé, le renforcement des systèmes de santé et l'assurance qualité.
4. Pour s'assurer que les prestataires de soins de santé ont les compétences nécessaires à la mise en œuvre de l'IHAB, ce thème doit être inclus dans les programmes de formation initiale. En outre, une formation en cours d'emploi doit être dispensée lorsque les compétences ne sont pas encore atteintes.
5. La reconnaissance publique des établissements qui mettent en œuvre les Dix conditions et respectent les critères mondiaux est un moyen d'encourager l'amélioration de la qualité. Plusieurs autres mesures incitatives existent, allant du respect des normes nationales relatives aux établissements de santé aux financements accordés en fonction des résultats.
6. Un suivi interne régulier est un élément crucial de l'amélioration de la qualité et de l'assurance qualité continue.
7. L'évaluation externe est un outil précieux pour valider la qualité des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. Les évaluations externes devraient être suffisamment intégrées dans des mécanismes existants pouvant être mis en œuvre de façon durable.

## 2. Rôle des établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés

L'objectif principal de l'IHAB est de veiller à ce que les mères et les nouveau-nés reçoivent des soins appropriés et en temps opportun avant et pendant leur séjour dans un établissement assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés, afin de permettre la mise en place d'une alimentation optimale du nouveau-né, et donc de privilégier sa santé et son développement. Étant donné l'importance avérée de l'allaitement maternel, l'IHAB protège, encourage et soutient l'allaitement maternel. Dans le même temps, elle vise également à permettre des soins et une alimentation appropriés aux nouveau-nés qui ne sont pas (encore ou exclusivement) allaités au sein, ou qui n'en sont pas (encore) capables.

Les familles doivent recevoir des informations de qualité et impartiales sur l'alimentation du nourrisson. Les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés ont la responsabilité de promouvoir l'allaitement maternel, mais ils doivent aussi respecter les préférences de la mère et lui fournir les informations nécessaires pour prendre une décision éclairée quant à la meilleure option d'alimentation pour elle et son nourrisson. L'établissement de santé doit aider les mères à bien nourrir leur nouveau-né de la manière qu'elles auront choisie.

Conformément au *Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne* de l'OMS (56), il est important de faire en sorte que « toute personne a accès sur un pied d'égalité à des services de santé de qualité qui sont coproduits de façon à répondre à ses besoins tout au long de la vie et respecte les préférences sociales, qui sont coordonnés pour toute la gamme des soins et qui sont complets, sûrs, efficaces, fournis au moment voulu, efficaces et acceptables ; et que tous les aidants sont motivés, qualifiés et interviennent dans un milieu qui les soutient ». Un aspect particulier concernant ce qui précède concerne la prestation de soins d'une manière culturellement appropriée, notamment la distribution de documents d'information dans des langues que tous les clients comprennent.

Les Dix conditions n'englobent pas tous les aspects relatifs à des soins de maternité et de soins aux nouveau-nés de qualité. Des pratiques d'accouchement et de soins postnataux « amies des mères » ont été identifiées qui sont importantes pour le bien-être de la mère et le respect de sa dignité et de ses droits (4). Beaucoup de ces pratiques « amies des mères » contribuent également à permettre l'allaitement maternel (57). Il est important que les femmes ne soient pas soumises à des pratiques inutiles ou néfastes pendant le travail, l'accouchement et le début de la période postnatale. Ces pratiques comprennent, sans toutefois s'y limiter, le recours inutile (c'est-à-dire sans indication médicale) aux interventions suivantes :

épisiotomie, extraction instrumentale et césarienne. Les femmes devraient également être encouragées à adopter la position de leur choix pendant le travail. En outre, les femmes et les nouveau-nés doivent être traités avec respect, en garantissant leur dignité et leur intimité ; elles ne doivent pas faire l'objet de mauvais traitements (58) ; et doivent être en mesure de prendre des décisions en connaissance de cause. Les femmes doivent également pouvoir se faire aider d'une personne de leur choix.

En ce qui concerne le VIH, les lignes directrices OMS/UNICEF de 2016 sur l'infection à VIH et l'alimentation du nourrisson (55) recommandent que les autorités sanitaires nationales ou infranationales établissent des recommandations pour l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH, et décident si les services de santé doivent conseiller et soutenir les mères officiellement séropositives, soit i) pour allaiter et recevoir des médicaments antirétroviraux ; soit ii) pour éviter tout allaitement maternel. Lorsque les autorités recommandent l'allaitement maternel et une thérapie antirétrovirale, les mesures incluent le démarrage précoce de l'allaitement maternel, l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie du nourrisson et la poursuite de l'allaitement maternel, avec une alimentation complémentaire suffisante et saine au moins jusqu'à l'âge de 12 mois ; l'allaitement peut être poursuivi jusqu'à l'âge de 24 mois ou au-delà (comme dans la population générale), et la mère bénéficie d'un soutien total pour l'aider à continuer sa thérapie antirétrovirale. Lorsque les autorités recommandent d'éviter tout allaitement maternel, un soutien qualifié et coordonné concernant l'alimentation du nourrisson est nécessaire pour améliorer la sûreté de l'alimentation de substitution. L'IHAB peut être mise en œuvre dans les deux contextes.

Les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés doivent se conformer aux Dix conditions. La version 2018 des Dix conditions fait une distinction en procédures de gestion critiques, qui offrent un environnement favorable à une mise en œuvre durable au sein de l'établissement, et pratiques cliniques essentielles, qui délimitent les soins que chaque mère et chaque nourrisson devraient recevoir. Les pratiques cliniques essentielles sont des interventions fondées sur des données probantes destinées à aider les mères à réussir leur allaitement. Les Dix conditions sont indiquées dans l'Encadré 1 et décrites en détail dans les [sections 2.1](#) et [2.2](#). Les recommandations spécifiques des nouvelles lignes directrices de l'OMS intitulées *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services* (3) sont également présentées dans le texte, le numéro de la recommandation pertinente étant ajouté. L'[Annexe 1](#) montre la manière dont les Dix conditions révisées

intègrent l'ensemble des nouvelles lignes directrices de l'OMS (3) et leur lien avec les Dix conditions initiales.

Même si chacune des Dix conditions contribue à améliorer le soutien à l'allaitement maternel, l'impact optimal sur les pratiques d'allaitement maternel, et donc sur le bien-être de la mère et de l'enfant, n'est atteint que lorsque les Dix conditions, dans leur ensemble, sont mises en œuvre. Le texte qui suit doit être lu dans cette optique.

## 2.1. Procédures de gestion critiques de soutien à l'allaitement maternel

Les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés doivent adopter et maintenir quatre procédures de gestion critiques pour garantir l'application universelle et pérenne des pratiques cliniques essentielles. Les trois premières, soit l'application du Code (25-27), l'élaboration de politiques écrites et la mise en œuvre de systèmes de surveillance et de gestion des données, relèvent toutes de la condition 1 relative aux politiques des établissements. La condition 2 porte sur la nécessité de garantir les capacités de tout le personnel de l'établissement.

### Condition 1 : Politiques des établissements

**Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions connexes de l'Assemblée mondiale de la Santé (25-27).**

**Condition 1a : Se conformer pleinement au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions connexes de l'Assemblée mondiale de la Santé.**

**Justification :** Les familles sont très vulnérables concernant la commercialisation des substituts du lait maternel pendant toute la période prénatale, périnatale et postnatale lorsqu'elles prennent des décisions concernant l'alimentation du nourrisson. L'Assemblée mondiale de la Santé a demandé aux agents de santé et aux systèmes de soins de santé de se conformer au *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (25, 26) et aux résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé (27) (le Code), afin de protéger les familles contre les pressions commerciales. En outre, les professionnels de santé eux-mêmes ont besoin d'être protégés contre les influences commerciales qui pourraient affecter leurs activités professionnelles et leur jugement. Le respect du Code est important pour les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés car la promotion des substituts du lait maternel est l'un des principaux facteurs qui nuisent à l'allaitement maternel (59). Il a été établi que les sociétés qui commercialisent des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines enfrennent de façon répétée

le Code (60). On s'attend à ce que les ventes de substituts du lait maternel continuent d'augmenter dans le monde entier, ce qui est préjudiciable à la survie et au bien-être des enfants (13, 61). Cela signifie que des efforts continus et concertés seront nécessaires pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel, notamment dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés.

**Mise en œuvre :** Le Code (25-27) définit clairement les responsabilités des systèmes de soins de santé de ne pas promouvoir les préparations pour nourrissons, les biberons ou les tétines, et de ne pas être utilisés par les fabricants et les distributeurs de produits visés par le Code à cette fin. Une disposition stipule que tous les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés doivent acquérir les substituts du lait maternel, les biberons ou les tétines dont ils ont besoin par les voies normales d'achat et non sous forme de livraisons gratuites ou subventionnées (résolution 39.28 (62) de l'Assemblée mondiale de la Santé). En outre, le personnel des établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés ne devrait s'engager dans aucune forme de promotion ou permettre l'affichage de tout type de publicité pour les substituts du lait maternel, notamment l'affichage ou la distribution de tout équipement ou matériel portant la marque des fabricants de substituts de lait maternel, ou de coupons de réduction, et ne devrait pas donner des échantillons de préparations pour nourrissons aux mères pour qu'elles les utilisent dans l'établissement ou les emportent à la maison.

Conformément aux orientations de l'OMS intitulées *Mettre un terme à la promotion inappropriée des aliments pour nourrissons et jeunes enfants*, publiées en 2016 et approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé (54), les agents de santé et les systèmes de santé doivent éviter les conflits d'intérêts avec les sociétés qui commercialisent des aliments pour nourrissons et jeunes enfants. Les réunions entre professionnels de santé ne devraient jamais être parrainées par l'industrie et l'industrie ne devrait pas participer à l'éducation des parents.

#### Normes mondiales :

- Les préparations pour nourrissons, les biberons et les tétines utilisés dans l'établissement ont été acquis par les voies normales d'achat et non reçus sous forme de livraisons gratuites ou subventionnées.
- L'établissement n'expose pas les produits visés par le Code ni les articles portant le logo des sociétés qui produisent des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines, ni les noms des produits visés par le Code.
- L'établissement a une politique qui décrit les modalités d'application du Code, notamment en ce qui concerne l'achat de substituts du lait maternel, la nécessité de refuser tout soutien ou cadeau offerts par des producteurs ou distributeurs de produits visés par le Code et l'engagement à ne pas donner des échantillons

de substituts du lait maternel, de biberons ou de tétines aux mères.

- Au moins 80 % des professionnels de santé qui dispensent des soins prénatals, une aide à l'accouchement et/ou des soins aux nouveau-nés sont capables d'expliquer au moins deux éléments du Code.

#### Politique d'alimentation du nourrisson

**Condition 1b : Adopter une politique d'alimentation du nourrisson formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance du personnel et des parents.**

**Justification :** Les politiques ont une influence sur les pratiques. Les prestataires de soins de santé et les établissements de santé sont tenus de suivre les politiques établies. Les pratiques cliniques énoncées dans les Dix conditions doivent être intégrées dans les politiques des établissements, afin de garantir que des soins appropriés sont fournis équitablement à toutes les mères et à tous les bébés et que ces soins ne dépendent pas des préférences de chaque prestataire de soins. Des politiques écrites sont le moyen de s'assurer que les patients reçoivent des soins cohérents et fondés sur des données probantes et constituent un outil essentiel pour la responsabilisation du personnel. Les politiques aident à maintenir les pratiques dans la durée et à communiquer un ensemble normalisé d'attentes à respecter par tous les agents de santé.

**Mise en œuvre :** Les établissements de soins délivrant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés devront disposer d'une politique écrite claire en matière d'allaitement, qui sera systématiquement communiquée au personnel et aux parents (recommandation 12). La politique d'allaitement maternel d'un établissement peut être un document distinct, être incluse dans une politique plus large d'alimentation du nourrisson ou être incorporée à un certain nombre d'autres documents de politique générale. Quelle que soit la forme sous laquelle elle apparaît, la politique devrait comprendre des orientations sur la façon dont chacune des pratiques cliniques et de soins devrait être mise en œuvre afin de s'assurer qu'elles sont appliquées uniformément à toutes les mères. La politique devrait également préciser la manière dont les procédures de gestion devraient être mises en œuvre, de préférence par le biais de processus spécifiques qui sont institutionnalisés.

#### Normes mondiales :

- L'établissement dispose d'une politique écrite d'alimentation du nourrisson qui couvre l'application des huit pratiques cliniques essentielles figurant dans les Dix conditions, l'application du Code et l'évaluation régulière des compétences.

- Les observations faites dans l'établissement confirment qu'un résumé de la politique est affiché à l'intention des femmes enceintes, des mères et de leur famille.
- Un examen de tous les protocoles ou normes cliniques relatifs à l'allaitement maternel et à l'alimentation du nourrisson utilisés par les services de maternité indique qu'ils sont conformes aux normes de l'IHAB et aux lignes directrices actuelles fondées sur des données probantes.
- Au moins 80 % du personnel clinique qui dispense des soins prénatals, une aide à l'accouchement et/ou des soins aux nouveau-nés est capable d'expliquer au moins deux éléments de la politique d'alimentation du nourrisson ayant une incidence sur leur fonction au sein de l'établissement.

#### Systèmes de surveillance continue et de gestion des données

**Condition 1c : Établir des systèmes de surveillance continue et de gestion des données.**

**Justification :** Les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés doivent intégrer l'enregistrement et la surveillance des pratiques cliniques liées à l'allaitement maternel dans leurs systèmes d'amélioration de la qualité et de surveillance (voir [section 2.4](#)).

**Mise en œuvre :** Les indicateurs recommandés pour la surveillance des principales pratiques cliniques dans les établissements sont énumérés à l'[Appendice](#), Tableau 1. Deux des indicateurs, le démarrage précoce de l'allaitement maternel et l'allaitement maternel exclusif, sont considérés comme des « indicateurs sentinelles ». Tous les établissements devraient systématiquement suivre ces indicateurs pour chaque paire mère-enfant. Les informations sur ces indicateurs sentinelles devraient être indiquées dans les dossiers médicaux et rassemblées dans des registres pertinents. Le groupe ou le comité qui coordonne les activités liées à l'IHAB au sein d'un établissement doit examiner les progrès accomplis au moins tous les six mois. Lors de périodes d'amélioration de la qualité intenses, un examen mensuel est nécessaire. L'objectif de l'examen est de suivre en permanence les valeurs de ces indicateurs, de déterminer si les objectifs fixés sont atteints et, dans le cas contraire, de planifier et de mettre en œuvre des mesures correctives. De plus, si l'établissement dispose d'un système continu d'enquêtes auprès des mères lors de leur sortie établi pour d'autres évaluations d'amélioration de la qualité et d'assurance de la qualité, et qu'il est possible d'ajouter des questions aux questionnaires, l'un ou les deux indicateurs pourraient être ajoutés à des fins de vérification supplémentaire ou de vérification périodique.

Il est également recommandé d'utiliser des indicateurs de processus supplémentaires pour surveiller le respect

des pratiques cliniques essentielles. Ces indicateurs sont particulièrement importants au cours d'un processus actif d'amélioration de la qualité et devraient être évalués mensuellement au cours d'un tel processus. Une fois que des niveaux acceptables de conformité ont été atteints, la fréquence de la collecte de données sur ces indicateurs supplémentaires peut être réduite, par exemple à une fois par an. Toutefois, si le niveau des indicateurs sentinelles tombe en dessous de 80 % (ou en dessous des normes nationales), il conviendra d'évaluer à la fois les pratiques cliniques et toutes les procédures de gestion, afin de déterminer où se situent les goulots d'étranglement et ce qui doit être fait pour atteindre les normes requises.

Les indicateurs recommandés ne couvrent pas toutes les normes mondiales énumérées plus haut en raison de la nécessité de garder le système de suivi aussi simple que possible. Les pays ou les établissements pourraient inclure des indicateurs supplémentaires lorsque cela est possible. Deux autres méthodes de vérification sont proposées : les registres des nouveau-nés et les enquêtes auprès des mères lors de leur sortie (qui peuvent se faire par écrit, oralement ou par téléphone cellulaire [SMS]). Les établissements ne sont pas tenus d'utiliser les deux méthodes en même temps. Selon les systèmes de surveillance utilisés par les établissements, l'une ou l'autre peut être plus pratique et plus réalisable.

Si les informations sont recueillies par le biais des registres des nouveau-nés et que les registres sont déjà en cours d'examen afin de recueillir des données sur les indicateurs de résultats sentinelles, il est recommandé de recueillir des données sur les pratiques cliniques essentielles pour tous les nouveau-nés. Par ailleurs, un échantillon de registres pourrait être examiné tous les six mois afin de recueillir ces informations et de réduire la charge de travail que représentent les activités consacrées à condenser, résumer et examiner de grandes quantités de données provenant des registres. Si un nouveau système d'enquêtes auprès des mères à leur sortie de la maternité est mis en place, une périodicité minimale de 6 mois est nécessaire. Toutefois, les besoins en matière de surveillance doivent être rationalisés et doivent pouvoir être gérés dans les limites des ressources dont disposent les établissements.

Par conséquent, dans la mesure du possible, il est préférable de ne pas mettre en œuvre de nouvelles méthodes de collecte de données, à moins que cela ne soit nécessaire ou à des fins de vérification périodique. Il en va de même pour la quantité de données recueillies ; une grande quantité de données n'est pas nécessairement préférable si les systèmes ne sont pas en place pour analyser et utiliser les informations afin d'améliorer le soutien à l'allaitement maternel.

Pour les indicateurs de pratiques cliniques essentiels, la surveillance est meilleure si elle est basée sur des informations fournies par les mères. La collecte de données pour certains indicateurs pourrait se faire par le biais des dossiers médicaux électroniques ou de rapports papier sur

chaque paire mère-enfant, mais le personnel qui remplit ces dossiers risque de signaler davantage les pratiques qu'on leur a demandé d'appliquer. Les options pour la collecte de données sur les mères sont les suivantes :

- des entretiens de sortie avec les mères (de préférence par une personne qui n'est pas directement responsable de leurs soins) ;
- de courts questionnaires sur papier remplis par les mères en toute confidentialité à leur sortie de la maternité ;
- l'envoi de questions à la mère par SMS.

Il est recommandé d'inclure un minimum de 20 paires mère-enfant pour chaque indicateur, à chaque fois que les données sont examinées, même si les petits établissements peuvent se contenter d'un nombre plus restreint si les 20 paires ne sont pas disponibles.

Les normes mondiales exigent une conformité minimale de 80 % pour tous les indicateurs de processus et de résultats, notamment le démarrage précoce de l'allaitement maternel et l'allaitement maternel exclusif. Il est reconnu que dans les contextes où de nombreuses femmes choisissent de ne pas allaiter, ces taux peuvent être difficiles à atteindre. Il se peut que des normes plus basses doivent être fixées au niveau national ou local, avec l'espoir de les augmenter au fil du temps, au fur et à mesure que d'autres aspects liés au soutien de l'allaitement maternel dans la communauté s'améliorent. Chaque établissement devrait s'efforcer d'atteindre régulièrement un taux de conformité d'au moins 80 % pour chaque indicateur, et les établissements qui n'atteignent pas cet objectif devraient se concentrer sur l'augmentation du pourcentage dans le temps.

#### **Normes mondiales :**

- L'établissement dispose d'un protocole relatif au système de surveillance continue et de gestion des données pour veiller à l'application des huit pratiques cliniques essentielles.
- Le personnel clinique de l'établissement se réunit au moins tous les six mois pour examiner la mise en œuvre du système.

## **Condition 2 : Compétences du personnel**

---

**Condition 2 : Veiller à ce que le personnel possède les connaissances, compétences et aptitudes nécessaires pour assurer un soutien à l'allaitement.**

---

**Justification :** Des soins appropriés et en temps opportun pour les mères qui allaitent ne peuvent être dispensés que si le personnel possède les connaissances, les compétences et les aptitudes nécessaires. La formation qu'il reçoit permet au personnel de l'établissement de santé de développer des compétences efficaces, de transmettre des messages cohérents et de mettre en œuvre des normes



politiques. On ne peut pas attendre du personnel qu'il mette en œuvre une pratique ou éduque un patient s'il n'a pas reçu une formation adéquate.

**Mise en œuvre :** Le personnel de l'établissement de santé qui assure des services d'alimentation des nourrissons, notamment le soutien à l'allaitement maternel, devrait avoir des connaissances, des compétences et des aptitudes suffisantes pour aider les femmes à allaiter (recommandation 13). En général, la responsabilité du renforcement de cette capacité incombe au système national de formation initiale. Toutefois, si la capacité du personnel est insuffisante, les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés devront prendre des mesures correctives pour renforcer cette capacité, par exemple en dispensant des cours dans l'établissement ou en exigeant que le personnel suive des cours ailleurs. Même si certaines matières peuvent être enseignées dans le cadre de cours didactiques (y compris des ressources électroniques), une certaine expérience clinique supervisée avec évaluation des compétences est nécessaire. Il est important de ne pas se concentrer sur un programme spécifique mais sur les connaissances et les compétences acquises.

Tous les membres du personnel qui aident les mères à nourrir leur nourrisson devraient être évalués en fonction de leur capacité à :

1. utiliser des compétences d'écoute et d'apprentissage pour conseiller une mère ;
  2. utiliser des compétences pour renforcer la confiance et apporter un soutien à une mère ;
  3. conseiller une femme enceinte sur l'allaitement maternel ;
  4. évaluer un allaitement maternel ;
  5. aider une mère à adopter une bonne position et à positionner correctement son bébé lors de l'allaitement ;
  6. aider une mère à placer son bébé correctement pour une bonne prise du sein ;
  7. expliquer à la mère quelle est la manière optimale d'allaiter ;
  8. aider une mère à exprimer son lait maternel ;
  9. aider une mère à nourrir son bébé à l'aide d'une tasse ;
  10. aider une mère à commencer à allaiter dans l'heure qui suit la naissance ;
  11. aider une mère qui pense qu'elle n'a pas assez de lait ;
  12. aider une mère qui a un bébé qui pleure fréquemment ;
  13. aider une mère dont le bébé refuse de téter ;
  14. aider une mère dont les mamelons sont plats ou ombiliqués ;
  15. aider une mère dont les seins sont engorgés ;
16. aider une mère qui a des mamelons douloureux ou crevassés ;
  17. aider une mère souffrant de mastite ;
  18. aider une mère à allaiter un bébé de faible poids à la naissance ou un bébé malade ;
  19. conseiller une mère sur sa propre santé ;
  20. mettre en œuvre le Code dans un établissement de santé.

#### Normes mondiales :

- Au moins 80 % des professionnels de santé qui dispensent des soins prénatals, une aide à l'accouchement et/ou des soins aux nouveau-nés déclarent avoir bénéficié d'une formation sur l'allaitement maternel au cours des 2 années précédentes, que ce soit avant l'entrée en service ou en cours d'emploi.
- Au moins 80 % des professionnels de santé qui dispensent des soins prénatals, une aide à l'accouchement et/ou des soins aux nouveau-nés déclarent avoir fait l'objet d'une évaluation des compétences en matière d'allaitement maternel au cours des 2 années précédentes.
- Au moins 80 % des professionnels de santé qui dispensent des soins prénatals, à l'accouchement et/ou des soins aux nouveau-nés sont capables de répondre correctement à trois questions sur quatre pour démontrer leurs connaissances et leurs compétences en matière de soutien à l'allaitement.

## 2.2. Pratiques cliniques essentielles de soutien à l'allaitement maternel

L'IHAB actualisée souligne l'importance de huit pratiques cliniques essentielles, basées sur les lignes directrices de l'OMS intitulées *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services* (3) publiées en 2017. Ces pratiques essentielles sont abordées ci-après.

### Condition 3 : Informations prénatales

**Condition 3 : Parler avec les femmes enceintes et leur famille de l'importance de l'allaitement maternel et de sa pratique.**

**Justification :** Toutes les femmes enceintes doivent disposer d'informations de base sur l'allaitement maternel, afin de pouvoir prendre des décisions éclairées. Un examen de 18 études qualitatives a indiqué que les mères estiment généralement que l'alimentation du nourrisson n'est pas suffisamment abordée pendant la période prénatale et qu'il n'y a pas assez de discussions sur les tenants et aboutissants de l'allaitement maternel (42). Les mères veulent plus d'informations pratiques sur l'allaitement maternel. La grossesse est un moment clé

pour informer les femmes sur l'importance de l'allaitement maternel, soutenir leur prise de décisions et favoriser leur compréhension des pratiques de soins de maternité qui facilitent son succès. Les mères doivent également être informées que les pratiques d'accouchement ont un impact significatif sur la mise en place de l'allaitement maternel.

**Mise en œuvre :** Lorsque les établissements dispensent des soins prénatals, les femmes enceintes et leur famille devraient recevoir des conseils sur les avantages et la gestion de l'allaitement maternel (recommandation 14). Dans de nombreux contextes, les soins prénatals sont principalement dispensés par des dispensaires de soins de santé primaires ou par des agents de santé communautaires. Si les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés n'ont pas d'autorité directe sur ces prestataires de soins, ils devraient travailler avec eux pour veiller à ce que les mères et les familles soient pleinement informées de l'importance de l'allaitement maternel et sachent à quoi s'attendre au moment de l'accouchement dans l'établissement. Sinon, l'établissement assure directement des services de soins prénatals ou dispense des cours à l'intention des femmes enceintes. Dans ce cas de figure, la fourniture d'informations et de conseils sur l'allaitement maternel relève directement de la responsabilité de l'établissement.

L'éducation à l'allaitement maternel devrait inclure des informations sur l'importance de l'allaitement maternel et les risques qu'il y a à donner des préparations pour nourrissons ou d'autres substituts du lait maternel, ainsi que des recommandations nationales et de conseils de professionnels de santé sur l'alimentation du nourrisson. Les compétences pratiques telles que la position et la prise du sein, l'alimentation à la demande et la reconnaissance des signaux de faim sont une composante nécessaire du conseil prénatal. Les familles devraient disposer d'informations à jour sur les meilleures pratiques dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés en matière de contact peau à peau, de démarrage de l'allaitement, de placement 24 heures sur 24 du nouveau-né dans la pièce occupée par sa mère et de protocoles de supplémentation. Les femmes ont également besoin d'être informées des problèmes qu'elles pourraient rencontrer (comme le phénomène d'engorgement du sein ou la sensation de ne pas produire assez de lait) et de la façon de les résoudre.

Le conseil prénatal en matière d'allaitement doit être adapté aux besoins individuels de la femme et de sa famille et doit porter sur leurs préoccupations et interrogations, quelles qu'elles soient. Le conseil prénatal doit être donné avec tact et doit tenir compte du contexte social et culturel de chaque famille.

Dans la mesure du possible, les discussions sur l'allaitement maternel devraient commencer lors de la première ou de la deuxième visite prénatale, afin d'avoir le temps de discuter d'éventuelles difficultés, si nécessaire. Ceci est particulièrement important dans les contextes

où les femmes ont peu de visites prénatales et/ou lorsque celles-ci ont lieu tard pendant la grossesse. De plus, les femmes qui accouchent prématurément peuvent ne pas avoir suffisamment d'occasions de discuter de l'allaitement si les discussions ne sont prévues qu'à la fin de la grossesse.

Les informations sur l'allaitement maternel devraient être fournies de différentes manières. Des informations imprimées ou par voie électronique dans une langue que les mères (y compris les mères analphabètes) comprennent est un moyen de s'assurer que tous les sujets pertinents sont couverts. Toutefois, rien ne garantit que toutes les femmes liront ces informations, et il se peut que les informations ne répondent pas directement aux principales questions qu'elles se posent. Le conseil interpersonnel, en tête-à-tête ou en petits groupes, est important pour permettre aux femmes d'exprimer leurs sentiments, leurs doutes et leurs interrogations en matière d'alimentation du nourrisson.

Les informations doivent être fournies sans qu'il y ait de conflits d'intérêts en jeu. Comme stipulé dans le document intitulé *Orientations en vue de mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants* (54), les sociétés qui commercialisent des aliments pour nourrissons et jeunes enfants ne devraient pas « fournir directement ou indirectement dans les établissements de santé une formation aux parents et autres personnes chargées des soins aux enfants sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ».

Les femmes qui présentent un risque accru d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade (adolescentes enceintes, grossesses à haut risque, anomalies congénitales connues, par exemple) doivent commencer à discuter dès que possible avec des prestataires compétents des circonstances particulières liées à l'alimentation d'un bébé prématuré, de faible poids à la naissance ou malade (63).

**Normes mondiales :**

- Un protocole de discussion prénatale sur l'allaitement maternel comprend au minimum les points suivants :
  - l'importance de l'allaitement maternel ;
  - les recommandations mondiales sur l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, les risques de donner des préparations pour nourrissons ou d'autres substituts du lait maternel, et le fait que l'allaitement maternel continue d'être important après six mois lorsque d'autres aliments sont donnés ;
  - l'importance d'un contact peau à peau immédiat et ininterrompu ;
  - l'importance d'un démarrage précoce de l'allaitement maternel ;

- l'importance de laisser l'enfant avec sa mère, dans la même chambre, 24 heures sur 24 ;
- les bases en matière de position et de prise du sein ;
- la reconnaissance des signaux de faim.
- Au moins 80 % des mères qui ont reçu des soins prénatals dans l'établissement déclarent avoir reçu des conseils prénatals sur l'allaitement maternel.
- Au moins 80 % des mères qui ont reçu des soins prénatals dans l'établissement sont capables de décrire correctement les discussions qui se sont déroulées sur deux des sujets mentionnés plus haut.

#### Condition 4 : Soins postnatals immédiats

*Condition 4 : Favoriser un contact peau à peau immédiat et ininterrompu entre la mère et l'enfant et encourager les mères à commencer l'allaitement dès que possible après la naissance.*

**Justification :** Le contact peau à peau immédiat et le démarrage précoce de l'allaitement maternel sont deux interventions étroitement liées qui doivent avoir lieu parallèlement si l'on veut en obtenir un bénéfice optimal. Le contact peau à peau immédiat et ininterrompu facilite le réflexe des points cardinaux naturel au nouveau-né et permet de déclencher chez lui la recherche du sein et la tétée. De plus, le contact peau à peau immédiat aide à peupler le microbiome du nouveau-né et prévient l'hypothermie. Une tétée précoce au sein déclenchera la production de lait maternel et accélérera la lactogénèse. Beaucoup de mères cessent d'allaiter tôt ou croient qu'elles ne peuvent pas allaiter parce que le lait est insuffisant, aussi l'établissement d'une réserve de lait est d'une importance essentielle pour le succès de l'allaitement. En outre, il a été prouvé que l'allaitement maternel précoce réduit le risque de mortalité infantile (10).

**Mise en œuvre :** Le contact peau à peau précoce et ininterrompu entre la mère et le nourrisson devrait être facilité et encouragé dès que possible après la naissance (recommandation 1). Le contact peau à peau se produit lorsque le nourrisson est placé en position couchée sur l'abdomen ou la poitrine de la mère sans qu'aucun vêtement ne les sépare. Il est recommandé que le contact peau à peau commence immédiatement, quel que soit la méthode d'accouchement. Le contact doit être ininterrompu pendant au moins 60 minutes.

Le démarrage de l'allaitement est généralement une conséquence directe d'un contact peau à peau ininterrompu, car il est naturel pour la plupart des bébés de se tortiller ou de ramper lentement pour atteindre le sein. Les mères peuvent bénéficier d'un soutien pour aider le bébé à parvenir au sein si elles le désirent. Il est nécessaire d'aider les mères à comprendre comment aider le bébé et comment s'assurer qu'il est capable de prendre le sein et de téter. Toutes les mères devraient être encouragées à commencer d'allaiter

dès que possible après la naissance, dans l'heure qui suit l'accouchement (recommandation 2).

Il convient de noter que le lait qu'un nouveau-né consomme immédiatement après la naissance est le colostrum, qui est très nutritif et contient d'importants anticorps et substances immunitaires. La quantité de colostrum qu'un nouveau-né recevra au cours des premières tétées est très faible. La tétée précoce est importante pour stimuler la production de lait et établir l'approvisionnement en lait maternel. La quantité de lait ingérée est un facteur relativement peu important.

Lors d'un contact peau à peau immédiat, et pendant au moins les deux premières heures après l'accouchement, une vigilance et des précautions de sécurité raisonnables devraient être prises pour permettre aux professionnels de santé d'observer, d'évaluer et de gérer tout signe de détresse. Les mères somnolentes ou sous l'influence de l'anesthésie ou de médicaments devront faire l'objet d'une surveillance plus étroite. Lorsque les mères ne sont pas complètement éveillées et réactives, un professionnel de santé, une doula, un ami ou un membre de la famille devrait être présent aux côtés de la mère afin d'éviter que le bébé ne soit blessé accidentellement.

Un contact peau à peau et un démarrage de l'allaitement immédiats sont possibles après une césarienne sous anesthésie locale (épidurale) (64). Après une césarienne sous anesthésie générale, le contact peau à peau et le début de l'allaitement peuvent commencer lorsque la mère est suffisamment éveillée pour tenir le nourrisson. L'allaitement peut être retardé lorsque l'état de la mère ou du nourrisson n'est pas jugé suffisamment stable médicalement après l'accouchement. Toutefois, même si la mère n'est pas en mesure de commencer à allaiter pendant la première heure qui suit la naissance, il convient quand même de l'aider à établir un contact peau à peau et à allaiter dès qu'elle en est capable (65).

Le contact peau à peau est particulièrement important pour les prématurés et les nourrissons de faible poids à la naissance. La technique de soins maternels kangourou implique un contact cutané précoce, continu et prolongé entre la mère et le bébé (66), et devrait être utilisée comme mode principal de soins dès que le bébé est stable (terme sous-entendant l'absence d'apnée sévère, de désaturation et de bradycardie) en raison des avantages démontrés en termes de survie, de protection thermique et de mise en route de l'allaitement. Le nourrisson est généralement tenu ou soutenu fermement sur la poitrine de la mère, souvent entre les seins, la mère étant en position semi-inclinée et soutenue.

Les prématurés peuvent être capables de rechercher le sein, de le prendre et de téter dès la 27<sup>ème</sup> semaine de gestation (67). Tant que leur état est stable, sans signe d'apnée grave, de désaturation ou de bradycardie, les prématurés peuvent se mettre à téter. Toutefois, il peut être difficile pour ces nourrissons de bénéficier d'un allaitement maternel

efficace si le réflexe de tétée n'est pas encore établi et/ou si la mère n'a pas encore commencé à sécréter du lait en abondance. Pour les prématurés qui ne sont pas encore capables de téter, l'expression précoce et fréquente du lait est essentielle pour stimuler la production et la sécrétion de lait. La transition vers l'allaitement maternel direct et exclusif devrait être l'objectif chaque fois que cela est possible (50) et se trouve facilitée par un contact peau à peau prolongé.

**Normes mondiales :**

- Au moins 80 % des mères de nourrissons nés à terme déclarent avoir été mises en contact peau à peau avec leur enfant immédiatement après la naissance ou dans les 5 minutes suivantes, pendant au moins 1 heure, sauf en cas de raisons documentées justifiables sur le plan médical les obligeant de retarder le contact.
- Au moins 80 % des mères de nourrissons nés à terme déclarent que leur bébé a été mis au sein dans l'heure suivant la naissance, sauf en cas de raisons documentées justifiables sur le plan médical.

## Condition 5 : Soutien de l'allaitement maternel

### *Condition 5 : Aider les mères à commencer et maintenir l'allaitement et à gérer les difficultés les plus fréquentes.*

**Justification :** Même si l'allaitement maternel est un comportement humain naturel, la plupart des mères ont besoin d'une aide pratique pour apprendre à allaiter. Même les mères expérimentées peuvent faire face à des difficultés. Il a été démontré que le conseil et le soutien postnatals en matière d'allaitement maternel augmentent les taux d'allaitement du nourrisson jusqu'à l'âge de six mois (68). Des ajustements précoces quant à la position et à la prise du sein peuvent prévenir les problèmes d'allaitement à une date ultérieure. Un accompagnement et un soutien fréquents permettent de renforcer la confiance de la mère.

**Mise en œuvre :** Les mères devraient recevoir un soutien pratique pour leur permettre de commencer et de maintenir l'allaitement et de gérer les difficultés les plus fréquentes (recommandation 3). Le soutien pratique comprend un soutien émotionnel et motivationnel, la communication d'informations et un enseignement de compétences concrètes destinées à permettre aux mères d'allaiter avec succès. Le séjour dans l'établissement assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés est une occasion unique d'échanger et d'aider les mères faisant face à des interrogations ou à des problèmes liés à l'allaitement maternel et de renforcer leur confiance dans leur capacité d'allaiter.

Toutes les mères devraient recevoir une attention individualisée, mais les nouvelles mères et les mères qui n'ont pas allaité auparavant auront besoin d'un soutien

supplémentaire. Toutefois, même les mères ayant déjà enfanté peuvent avoir eu une expérience négative de l'allaitement et avoir besoin de soutien pour éviter qu'elles ne rencontrent les mêmes problèmes. Les mères qui accouchent par césarienne et les mères obèses devraient recevoir une aide supplémentaire sur le positionnement du bébé et la prise du sein.

Le soutien pratique en cas de naissance de prématurés, notamment de prématurés légers, est particulièrement important, afin d'établir et de maintenir la production de lait maternel. De nombreuses mères de prématurés ont leurs propres problèmes de santé et ont besoin de motivation et de soutien supplémentaire pour exprimer leur lait. Les prématurés légers sont généralement capables de téter exclusivement au sein, mais sont plus à risque de faire une jaunisse, une hypoglycémie et de faire face à des difficultés d'alimentation que les nourrissons nés à terme, et nécessitent donc une vigilance accrue (69). Les mères de jumeaux ont également besoin d'un soutien supplémentaire, en particulier pour le positionnement du bébé et la prise du sein.

Un certain nombre de sujets devraient être abordés lors de l'enseignement de l'allaitement maternel aux mères. Il est essentiel de montrer visuellement la bonne position que doit avoir le bébé et la prise sein correcte, qui sont des éléments essentiels pour stimuler la production de lait maternel et garantir une prise de lait suffisante. L'observation directe d'une tétée est nécessaire pour s'assurer que le nourrisson est capable de prendre le sein et de téter et que le transfert de lait a bien lieu. De plus, le personnel de l'établissement doit montrer aux mères sur ce qu'il convient de faire en cas de seins engorgés, les informer sur les moyens leur permettant d'avoir une quantité de lait suffisante, sur la manière de prévenir les crevasses ou douleurs aux mamelons et sur l'évaluation de la consommation de lait.

Les mères devraient recevoir des conseils sur la manière d'exprimer le lait maternel pour maintenir la lactation au cas où elles seraient temporairement séparées de leur nourrisson (recommandation 4). Il n'y a pas suffisamment de données prouvant qu'une méthode d'expression (expression manuelle, pompe manuelle ou pompe électrique) est plus efficace qu'une autre (70), et donc toute méthode peut être enseignée, en prenant en compte la situation de la mère. Toutefois, l'expression du lait à la main a l'avantage d'être possible dans tous les cas et de permettre à la mère de soulager une douleur au sein ou d'exprimer le lait lorsqu'une pompe n'est pas disponible. Les pompes peuvent parfois être le siège d'une contamination microbienne plus importante si leur nettoyage s'avère difficile. Les mères ont également besoin d'être soutenues dans la collecte et le stockage du lait exprimé.

**Normes mondiales :**

- Au moins 80 % des mères de nourrissons nés à terme qui allaitent déclarent qu'un membre du personnel

a apporté son aide pour l'allaitement maternel dans les 6 heures suivant la naissance.

- Au moins 80 % des mères de nourrissons prématurés ou malades déclarent avoir reçu de l'aide pour exprimer leur lait dans les 1 à 2 heures suivant la naissance.
- Au moins 80 % des mères de nourrissons nés à terme qui allaitent sont capables de démontrer comment positionner l'enfant pour l'allaitement, avec une tétée et un transfert de lait efficaces.
- Au moins 80 % des mères de nourrissons nés à terme qui allaitent sont capables de décrire au moins deux façons de faciliter la production de lait pour leur nourrisson.
- Au moins 80 % des mères de nourrissons nés à terme qui allaitent sont capables de décrire au moins deux indicateurs pour déterminer si l'enfant allaité consomme suffisamment de lait.
- Au moins 80 % des mères de nourrissons nés prématurément ou à terme qui allaitent sont capables de démontrer ou de décrire correctement comment exprimer leur lait maternel.

## Condition 6 : Supplémentation

**Condition 6 : Ne pas donner d'aliments ou de liquides autres que le lait maternel aux nouveau-nés allaités, sauf indication médicale.**

**Justification :** Le fait de donner aux nouveau-nés des aliments ou des liquides autres que le lait maternel dans les premiers jours suivant la naissance nuit à l'établissement de la production de lait maternel. Les estomacs des nouveau-nés sont très petits et se remplissent facilement. Les nouveau-nés qui reçoivent d'autres aliments ou liquides têtent moins vigoureusement le sein et stimulent donc inefficacement la production de lait, ce qui débouche sur une insuffisance de lait et une supplémentation responsables de l'échec de l'allaitement. Il a été constaté que les bébés qui reçoivent une supplémentation avant la sortie de l'établissement sont deux fois plus susceptibles d'arrêter complètement de téter au cours des six premières semaines de leur vie (43). De plus, les aliments et les liquides peuvent contenir des bactéries nocives et leur consommation peut présenter un risque de maladie. La supplémentation en lait artificiel modifie de manière significative la microflore intestinale (71).

**Mise en œuvre :** Il convient de dissuader les mères de donner des aliments ou des liquides autres que le lait maternel, sauf indication médicale (recommandation 7). Très peu d'affections du nourrisson ou de la mère empêchent l'allaitement au sein et nécessitent l'utilisation de substituts du lait maternel. Le document OMS/UNICEF intitulé *Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes* décrit les affections pour lesquelles l'allaitement maternel est contre-indiqué (72). Toutefois, certains nourrissons allaités au sein nécessitent une

supplémentation. L'Academy of Breastfeeding Medicine a élaboré un protocole clinique pour gérer les situations dans lesquelles la supplémentation en lait maternel serait nécessaire (73). Les nourrissons devraient être faire l'objet d'un examen pour déceler tout signe d'ingestion inadéquate de lait et bénéficier d'une supplémentation lorsque cela est indiqué, bien qu'une supplémentation systématique soit rarement nécessaire au cours des premiers jours de vie. Le manque de ressources, de temps chez le personnel ou de connaissances ne justifie pas le recours précoce à d'autres aliments ou liquides que le lait maternel.

Les mères qui ont l'intention de mettre en place un « allaitement mixte » (allaitement maternel et alimentation avec des substituts du lait maternel) devraient être informées de l'importance de l'allaitement maternel exclusif au cours des premières semaines de la vie du nourrisson, et de la façon d'avoir du lait en quantité suffisante et de s'assurer que le nourrisson est capable de téter et de tirer du lait du sein de sa mère. La supplémentation peut être introduite à une date ultérieure si la mère le souhaite. Les mères qui déclarent avoir choisi de ne pas allaiter devraient être informées de l'importance de l'allaitement maternel. Toutefois, si elles ne souhaitent toujours pas allaiter, l'alimentation avec des substituts du lait maternel sera nécessaire. Les mères qui nourrissent leur enfant avec des substituts du lait maternel, par nécessité ou par choix, doivent apprendre à préparer et à conserver les préparations pour nourrissons (56) en toute sécurité et à réagir comme il convient aux signaux de faim de leur enfant.

Les nourrissons qui ne peuvent pas être nourris avec le lait de leur mère ou qui ont besoin de recevoir une supplémentation, en particulier les nourrissons de faible poids à la naissance, y compris ceux de très faible poids (5, 75) et d'autres nourrissons vulnérables, devraient être nourris avec du lait humain provenant de donneuses. Si du lait de donneuse n'est pas disponible ou est culturellement inacceptable, des substituts du lait maternel sont nécessaires. Dans la plupart des cas, la supplémentation est temporaire, jusqu'à ce que le nouveau-né soit capable de téter et/ou que la mère soit disponible et capable d'allaiter. Les mères doivent également être soutenues et encouragées à exprimer leur lait pour continuer à stimuler la production de lait maternel et à donner la priorité à l'utilisation de leur propre lait, même si l'allaitement maternel direct est difficile pendant un certain temps.

### Normes mondiales :

- Au moins 80 % des nourrissons (nés prématurément ou à terme) n'ont reçu que du lait maternel (de leur propre mère ou d'une banque de lait maternel) pendant tout leur séjour dans l'établissement.
- Au moins 80 % des mères qui ont décidé de ne pas allaiter indiquent que le personnel s'est entretenu avec elles sur les différentes options d'alimentation

et les a aidées à décider ce qui était le plus approprié pour elles.

- Au moins 80 % des mères qui ont décidé de ne pas allaiter indiquent que le personnel s'est entretenu avec elles de la préparation, de l'administration et de l'entreposage sans risque de substituts du lait maternel.
- Au moins 80 % des bébés nés à terme allaités au sein qui ont reçu des suppléments alimentaires disposent d'une indication médicale documentée justifiant la supplémentation dans leur dossier médical.
- Au moins 80 % des bébés prématurés et autres nouveau-nés vulnérables qui ne peuvent être nourris avec le lait de leur mère sont nourris avec du lait humain provenant d'une donneuse.
- Au moins 80 % des mères ayant des bébés en soins spéciaux déclarent avoir reçu de l'aide pour commencer la lactogénèse II (sécrétion abondante de lait) et pour maintenir une quantité de lait suffisante, dans les 1 à 2 heures après la naissance de leur bébé.

### **Condition 7 : Enfant et mère dans la même chambre**

**Condition 7 : Laisser l'enfant avec sa mère, dans la même chambre, 24 heures sur 24.**

**Justification :** Laisser l'enfant avec sa mère dans la même chambre est nécessaire pour permettre aux mères de pratiquer une alimentation adaptée, car les mères ne peuvent pas apprendre à reconnaître et à répondre aux signaux de faim de leur nourrisson si elles ne sont pas à leurs côtés. Lorsque la mère et le nourrisson sont ensemble en permanence, nuit et jour, il est facile pour la mère d'apprendre à reconnaître les signaux de faim et d'y réagir. Ceci, ainsi que la présence de la mère auprès de son nourrisson, facilitera l'établissement de l'allaitement maternel.

**Mise en œuvre :** Les services de maternité et de soins aux nouveau-nés devraient permettre aux mères et à leur nourrisson de pouvoir rester ensemble dans la même chambre tout au long de la journée et de la nuit (recommandation 5). Laisser l'enfant avec sa mère dans la même chambre consiste à maintenir la mère et le nourrisson ensemble dans la même pièce, immédiatement après l'accouchement par voie vaginale ou par césarienne, ou à partir du moment où la mère est en mesure de répondre aux besoins du nourrisson, jusqu'à sa sortie de l'établissement. Cela signifie que la mère et l'enfant sont ensemble nuit et jour.

Les salles postnatales doivent être conçues de manière à ce qu'il y ait suffisamment d'espace pour que les mères et leurs nouveau-nés puissent être ensemble. Le personnel de l'établissement doit se rendre dans les salles régulièrement pour s'assurer que les bébés sont en sécurité. Les bébés ne devraient être séparés de leur mère que pour des raisons médicales et de sécurité justifiables. Pour réduire

au minimum les interruptions de l'allaitement maternel pendant le séjour dans l'établissement, il conviendra d'adopter des pratiques de soins de santé qui permettent à la mère d'allaiter aussi souvent et aussi longtemps que son bébé en a besoin.

Lorsqu'une mère est placée dans un service spécialisé pour se remettre d'une césarienne, le bébé doit séjourner dans la même chambre qu'elle, à proximité. La mère aura besoin d'un soutien pratique pour positionner son bébé correctement lors de l'allaitement, surtout lorsque le bébé se trouve dans un berceau ou un lit séparé.

Laisser l'enfant avec sa mère dans la même chambre peut ne pas être possible dans les cas où le nourrisson doit être déplacé pour recevoir des soins médicaux spécialisés (recommandation 5). Si des nourrissons prématurés ou malades doivent être placés dans une pièce séparée pour permettre un traitement et une observation adéquats, des efforts doivent être faits pour que la mère récupère de son accouchement avec son nourrisson, ou qu'il n'y ait aucune restriction lui interdisant de voir son nourrisson. Les mères devraient disposer de suffisamment d'espace pour exprimer leur lait à côté de leur nourrisson.

#### **Normes mondiales :**

- Au moins 80 % des mères de nourrissons nés à terme déclarent avoir gardé leur enfant près d'elles depuis la naissance, sans en être séparées pendant plus d'une heure.
- Les observations dans les salles postnatales et les zones d'observation de la bonne santé des bébés confirment qu'au moins 80 % des mères et des bébés sont ensemble ou, si ce n'est pas le cas, sont séparés les uns des autres pour des raisons médicales justifiables.
- Au moins 80 % des mères de nourrissons prématurés confirment avoir été encouragées à rester près de leur nourrisson, jour et nuit.

### **Condition 8 : Alimentation en cas de besoin**

**Condition 8 : Aider les mères à reconnaître les signaux de faim de leur nouveau-né et à y répondre.**

**Justification :** L'allaitement maternel consiste à reconnaître les signaux de faim du nourrisson et à y répondre, dans le cadre d'une relation aimante entre la mère et le nourrisson. Une alimentation adaptée (également appelée alimentation sur demande ou conduite par le bébé) n'impose aucune restriction quant à la fréquence ou la durée de l'alimentation du nourrisson, et les mères sont invitées à allaiter le nourrisson chaque fois qu'il a faim ou aussi souvent qu'il le souhaite. Une alimentation programmée, qui recommande une fréquence et une durée prédéterminées, n'est pas recommandée. Il est important que les mères sachent que les pleurs sont un

signal tardif de faim et qu'il est préférable de nourrir le bébé avant ce stade, car un positionnement et une prise du sein corrects sont plus difficiles lorsqu'un nourrisson est en détresse.

**Mise en œuvre :** Il convient d'aider les mères à pratiquer une alimentation basée sur les besoins du nourrisson dans le cadre d'une relation aimante (recommandation 6). Qu'elles allaitent ou non, les mères devraient être aidées à reconnaître les signaux de faim, de besoin de proximité ou de réconfort de leur nourrisson et à y répondre en conséquence de différentes manières, pendant leur séjour dans l'établissement assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés (recommandation 8). En aidant les mères à réagir de différentes manières aux signaux de faim, de besoin de proximité ou de réconfort, on leur permet d'établir une relation aimante et chaleureuse avec leur nourrisson et d'accroître leur confiance en elles-mêmes, en l'allaitement et en la croissance et le développement de leur nourrisson.

Lorsque la mère et le bébé ne sont pas dans la même pièce pour des raisons médicales (césarienne, nourrisson prématuré ou malade), le personnel de l'établissement doit aider la mère à voir son nourrisson aussi souvent que possible afin qu'elle puisse reconnaître les signaux de faim. Lorsque le personnel est témoin de signaux de faim chez le nourrisson, il devrait mettre en présence la mère avec son bébé.

#### **Normes mondiales :**

- Au moins 80 % des mères de nourrissons nés à terme qui allaitent sont capables de décrire au moins deux signaux de faim.
- Au moins 80 % des mères de nourrissons nés à terme qui allaitent déclarent qu'on leur a conseillé de nourrir leur bébé aussi souvent et aussi longtemps que le nourrisson le souhaite.

### **Condition 9 : Biberons, tétines et sucettes**

#### **Condition 9 : Conseiller les mères sur l'utilisation et les risques des biberons, tétines et sucettes.**

**Justification :** Des orientations et des conseils appropriés aux mères et aux autres membres de la famille leur permettent de prendre des décisions éclairées sur l'utilisation ou non de sucettes et/ou de biberons et tétines jusqu'à l'établissement réussi de l'allaitement maternel. Même si les lignes directrices de l'OMS (3) ne recommandent pas d'éviter absolument les biberons, les tétines et les sucettes dans le cas de nourrissons nés à terme, plusieurs raisons font qu'il est préférable d'être prudent quant à leur utilisation, notamment pour des raisons d'hygiène, de développement de la bouche et de reconnaissance des signaux de faim.

**Mise en œuvre :** Si du lait exprimé ou d'autres aliments sont médicalement indiqués pour les nourrissons nés à terme, des méthodes d'alimentation privilégiant l'usage de tasses, de cuillères ou de biberons et de tétines peuvent être utilisées pendant le séjour dans l'établissement (recommandation 10). Toutefois, il est important que le personnel ne compte pas seulement sur les tétines pour résoudre facilement les difficultés liées à la tétée. Il ne doit pas oublier de conseiller les mères afin qu'elles adoptent une bonne position pour la mise au sein pour que la tétée soit efficace.

Il est important que le personnel de l'établissement garantisse une hygiène appropriée lors du nettoyage de ces ustensiles, car ils peuvent être un terrain propice aux bactéries. Le personnel de l'établissement devrait également informer les mères et les membres de la famille des risques en matière d'hygiène liés à un nettoyage inadéquat des ustensiles d'alimentation, afin qu'ils puissent décider de leur méthode d'alimentation en toute connaissance de cause.

La physiologie de la tétée au sein est différente de celle de la tétée au biberon et tétine (76). Il est possible que l'utilisation du biberon et de la tétine puisse entraîner des problèmes d'allaitement, en particulier si l'utilisation est prolongée. Toutefois, la seule étude disponible à ce sujet n'a pas démontré d'effet de report spécifique sur la tétée au biberon et tétine par rapport à la tétée au sein (77).

La sucette est utilisée depuis longtemps pour calmer un nourrisson agité. Dans certains cas, elle a un but thérapeutique, comme atténuer la douleur pendant les procédures lorsque l'allaitement ou le contact peau à peau ne sont pas possibles. Toutefois, si la sucette remplace la tétée au sein et, par conséquent, réduit le nombre de fois qu'un nourrisson stimule physiologiquement le sein de la mère, cela peut entraîner une réduction de la production de lait maternel. Le recours à la tétine ou à la sucette peut nuire à la capacité de la mère de reconnaître les signaux de faim de son enfant. Si l'utilisation d'une sucette empêche la mère d'observer le claquement des lèvres ou la recherche du sein, elle peut retarder l'allaitement jusqu'à ce que le nourrisson pleure et s'agite.

Dans le cas de nourrissons nés prématurément, les données probantes démontrent que l'utilisation de biberons avec tétines nuit à l'apprentissage de la tétée au sein. Si le lait maternel exprimé ou d'autres aliments sont médicalement indiqués pour des nourrissons prématurés, une alimentation par l'intermédiaire d'une tasse ou d'une cuillère est préférable à une alimentation par l'intermédiaire d'un biberon et d'une tétine (recommandation 11). D'autre part, dans le cas de nourrissons prématurés qui ne peuvent pas téter au sein directement, la tétée non nutritive et la stimulation orale peuvent être bénéfiques jusqu'à ce que l'allaitement soit établi (recommandation 9). La tétée non nutritive ou la stimulation orale implique le recours à une sucette, un doigt ganté ou un sein qui ne produit pas encore de lait.

Les biberons ou tétines ne doivent faire l'objet d'aucune promotion dans aucune partie d'un établissement assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés, ou de la part d'aucun membre du personnel. Comme c'est le cas pour les substituts du lait maternel, ces produits sont visés par le Code (25-27).

**Normes mondiales :**

- Au moins 80 % des mères de nourrissons nés prématurément ou à terme qui allaitent déclarent qu'elles ont été informées des risques associés à l'utilisation de biberons, tétines et sucettes.

### **Condition 10 : Soins à la sortie de l'établissement**

***Condition 10 : Coordonner la sortie de l'hôpital de sorte que les parents et leur nourrisson continuent d'avoir un accès en temps utile à des services de soutien et de soins.***

**Justification :** Les mères ont besoin d'un soutien continu pour continuer à allaiter. Bien que le temps passé dans l'établissement assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés devrait permettre à la mère d'acquérir des compétences de base en matière d'allaitement, il est très possible que la garantie d'une quantité de lait suffisante n'ait été pleinement établie qu'après la sortie de l'établissement. Le soutien de l'allaitement maternel est particulièrement important dans les jours et les semaines qui suivent la sortie de l'établissement, afin d'identifier les problèmes spécifiques liés à l'allaitement maternel précoce et d'y répondre. La mère aura à gérer sa production de lait, la croissance de son nourrisson et sa situation personnelle (retour au travail ou à l'école, par exemple), et devra appliquer ses compétences en fonction des circonstances ; c'est pour cette raison qu'un soutien supplémentaire sera nécessaire. Le fait de recevoir un soutien en temps utile après la sortie de l'établissement est essentiel au maintien des taux d'allaitement maternel. Les maternités doivent suivre les mères et les orienter vers les différentes ressources disponibles dans la communauté.

**Mise en œuvre :** Dans le cadre de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement maternel, il convient de planifier et de coordonner la sortie d'un établissement assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés, afin que les parents et leur nourrisson aient accès à un soutien continu et reçoivent des soins appropriés (recommandation 15). Chaque mère devrait être mise en contact avec les ressources de soutien à la lactation de sa communauté à sa sortie de l'établissement de soins. Les établissements doivent fournir les coordonnées de services auxquels les mères et leur nourrisson devront recourir pour y être examinés par un agent de santé deux à quatre jours après la naissance et une nouvelle fois au cours de la deuxième semaine, afin d'évaluer la manière dont se passe l'allaitement.

Des informations imprimées et/ou en ligne pourraient être utiles pour trouver du soutien en cas d'interrogations, de doutes ou de difficultés, mais cela ne devrait pas remplacer un suivi actif par un professionnel qualifié.

Les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés doivent identifier les ressources communautaires appropriées capables d'offrir un soutien continu et cohérent à l'allaitement maternel adapté aux besoins et qui prenne en compte les réalités culturelles et sociales de chacun. Les établissements ont la responsabilité de consulter la communauté concernée afin d'améliorer ces ressources. Les ressources communautaires comprennent les centres de soins de santé primaires, les agents de santé communautaires, les visiteurs à domicile, les cliniques d'allaitement, les infirmières/sages-femmes, les conseillères en allaitement, les consultantes en lactation, les mères-conseillères, les groupes de soutien entre mères ou les lignes téléphoniques dédiées (« lignes d'urgence »). L'établissement devrait autant que possible maintenir un contact avec les groupes et les personnes qui fournissent un soutien et les inviter dans la mesure du possible.

Les soins de suivi sont particulièrement importants pour les nourrissons nés prématurément et les bébés de faible poids à la naissance. Dans ces cas, l'absence d'un plan de suivi clair pourrait entraîner des risques importants pour la santé. Un soutien continu apporté par des professionnels qualifiés est nécessaire.

**Normes mondiales :**

- Au moins 80 % mères de nourrissons nés prématurément ou à terme indiquent avoir été informées par un membre du personnel des sources de soutien à l'allaitement auxquelles elles peuvent avoir accès dans leur communauté.
- L'établissement peut démontrer que ses activités se font en coordination avec les services communautaires qui fournissent un soutien à l'allaitement maternel et à l'alimentation du nourrisson, notamment par une prise en charge clinique et un soutien entre mères.

### **2.3. Coordination**

Chaque établissement doit avoir une structure en place pour coordonner la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel. Il est recommandé que ce domaine de travail soit intégré aux responsabilités d'un comité ou d'un groupe de travail existant comprenant des décideurs dans les domaines de la santé maternelle et néonatale, de l'assurance de la qualité et de la gestion. Si aucune structure existante ne peut être utilisée à cette fin, il pourrait être approprié de créer un organisme distinct. Cet organisme devra avoir des liens étroits avec les structures et les décideurs en matière de santé maternelle et néonatale, d'assurance qualité et de gestion.



## 2.4. Processus d'amélioration de la qualité

Le processus de changement des pratiques de soins de santé prend du temps. Il existe des méthodes bien documentées pour mettre en œuvre les changements et construire des systèmes visant à pérenniser les changements une fois qu'un objectif spécifique a été atteint. L'amélioration de la qualité est une approche de gestion que les professionnels de santé peuvent utiliser pour réorganiser les soins afin de s'assurer que les patients reçoivent des soins de santé de bonne qualité (78). L'amélioration de la qualité peut être définie comme « des mesures systématiques et continues qui conduisent à une amélioration mesurable des services de soins de santé et de l'état de santé des groupes de patients ciblés » (79). Le processus d'amélioration de la qualité a été largement étudié et il existe des modèles bien élaborés d'amélioration de la qualité des soins de santé (notamment par le Bureau régional de l'OMS de l'Asie du Sud-Est (78, 80), l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) (81, 82) et le US Department for Health and Human Services (79).

Les processus d'amélioration de la qualité sont cycliques et comprennent les étapes suivantes : i) planifier un changement dans la qualité des soins ; ii) mettre en œuvre les changements ; iii) mesurer les changements dans les pratiques de soins et/ou les résultats ; et iv) analyser la nouvelle situation et prendre d'autres mesures pour améliorer ou pérenniser les pratiques. Dans le modèle de l'IHI, ces étapes sont appelées planifier, faire, étudier et agir (PDSA pour plan, do, study and act) et sont visualisées dans la Figure 3.

Dans le contexte de l'IHAB, un cycle PDSA peut être utilisé pour améliorer la mise en œuvre de chacune des Dix conditions. L'application de la méthodologie d'amélioration de la qualité est surtout importante pour les conditions que l'établissement a trouvées particulièrement difficiles et pour lesquelles les normes mondiales n'ont pas été atteintes. Une fois le niveau souhaité atteint, l'équipe de mise en œuvre peut se concentrer sur le suivi de la performance des indicateurs sentinelles. L'approche visant à améliorer la qualité est très pertinente pour l'IHAB, et les pays sont fortement encouragés à l'appliquer. Elle contribue à améliorer la pérennité, car les processus normalisés nécessitent moins de ressources externes ou de personnel supplémentaire. Les aspects liés à l'IHAB peuvent être associés à d'autres initiatives d'amélioration de la qualité déjà appliquées par l'établissement dans le domaine de la santé néonatale, maternelle et infantile.

Quel que soit le modèle d'amélioration de la qualité utilisé, certains principes clés en matière d'amélioration de la qualité sont essentiels :

- *la participation active des principaux prestataires de services ou des intervenants de première ligne* : une équipe de membres du personnel de l'établissement devrait examiner leurs propres pratiques et systèmes et décider des processus ou des mesures qui doivent être modifiés ; les prestataires de services quotidiens comme les infirmières et, éventuellement, un ou plusieurs médecins, sont plus au fait de ce qui fonctionne et des obstacles auxquels ils sont confrontés.
- *l'engagement du personnel de direction* : les administrateurs des établissements, les chefs des différents services médicaux et les leaders d'opinion doivent être convaincus de l'importance de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement maternel et de l'obtention de taux élevés de démarrage précoce d'allaitement exclusif au sein ; ils doivent encourager les responsables de première ligne à adapter leurs pratiques à chaque fois que cela est nécessaire, et faciliter et soutenir activement les changements nécessaires ; les directeurs d'établissement jouent également un rôle central dans la mise en œuvre des procédures de gestion critiques.
- *la mesure et l'analyse des progrès dans le temps* : l'utilisation des données pour identifier les endroits où les problèmes surviennent permet d'adopter une approche plus ciblée pour les résoudre (voir la liste des indicateurs possibles à l'Appendice, Tableau 1) ; l'équipe doit décider des indicateurs clés à mesurer en plus des deux indicateurs sentinelles.
- *l'évaluation externe* : les systèmes d'assurance de la qualité mis en œuvre par des autorités nationales ou décentralisées selon une fréquence fixée à l'avance peuvent être pertinents pour valider les résultats et pérenniser les normes convenues ; les indicateurs figurant à l'Appendice, Tableaux 1 et 2 peuvent être utilisés pour les évaluations externes.
- *la triade que représente la planification, l'amélioration et le contrôle est au cœur de l'approche* : les équipes de mise en œuvre ont besoin de conseils sur la façon de réaliser ces étapes.

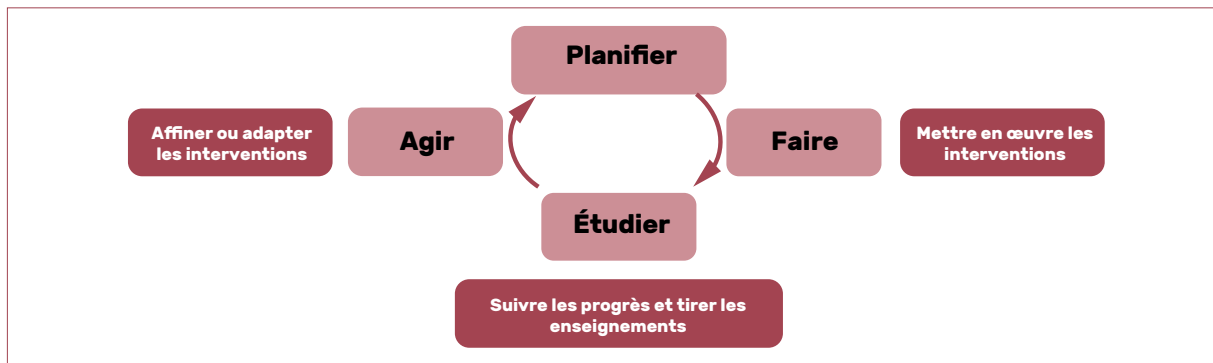


Figure 3. Visualisation des quatre étapes de l'amélioration de la qualité

### 3. Mise en œuvre et pérennisation au niveau national

Même si les changements apportés aux soins cliniques et au maintien d'un environnement favorable à l'allaitement maternel reposent nécessairement sur chaque établissement assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés, un leadership national est nécessaire pour s'assurer que toutes les mères et les nouveau-nés reçoivent en temps opportun des soins et des services fondés sur des données probantes et adaptés à leurs besoins. Transformer la qualité des services pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel dans tous les établissements nécessitera une approche à l'échelle du système de santé. L'OMS a élaboré un Cadre des systèmes de santé composé de six éléments essentiels, ou « blocs constitutifs » : prestation de services, ressources humaines, systèmes d'information sanitaire, accès aux médicaments essentiels, financement et leadership/gouvernance (83). Chacun de ces éléments est pertinent pour la mise en œuvre de l'IHAB.

Les principaux objectifs d'un programme IHAB national devraient être d'étendre à 100 % la couverture du

programme et de pérenniser les pratiques recommandées. Les pays sont invités à mettre en œuvre les neuf principales responsabilités qu'implique un programme IHAB national (voir Encadré 3). Celles-ci sont représentées sur la Figure 4.

Le leadership et la coordination à l'échelle nationale sont essentiels pour parvenir à une couverture et à une pérennisation élevées. Même si les neuf responsabilités sont interdépendantes, des aspects comme l'intégration du programme dans les politiques et les normes nationales, l'amélioration de la formation de tous les professionnels de santé, les processus d'évaluation externe, l'incitation au changement et la fourniture d'une assistance technique nécessaire au processus de changement sont particulièrement importants pour parvenir à une couverture universelle. Un suivi national, une communication et un plaidoyer continus, ainsi qu'un financement garanti sont particulièrement déterminants pour la pérennisation des changements. Ces responsabilités sont expliquées plus en détail tout au long de cette section.

#### Encadré 3. Les neuf principales responsabilités qu'implique un programme IHAB national

1. Créer un organisme national de coordination de l'allaitement maternel ou renforcer l'organisme existant.
2. Intégrer les Dix conditions dans les documents de politique nationale et normes professionnelles de soins pertinents.
3. Garantir les compétences des professionnels et responsables de santé dans la mise en œuvre des Dix conditions.
4. Utiliser des systèmes d'évaluation externe pour évaluer régulièrement l'adoption des Dix conditions.
5. Élaborer et mettre en œuvre des mesures incitatives à l'adoption des Dix conditions et/ou des sanctions dans le cas contraire.
6. Fournir une assistance technique aux établissements qui introduisent des changements afin d'adopter les Dix conditions.
7. Suivre la mise en œuvre de l'initiative.
8. Plaider en faveur de l'IHAB auprès des publics concernés.
9. Identifier et allouer des ressources suffisantes pour garantir le financement continu de l'initiative.

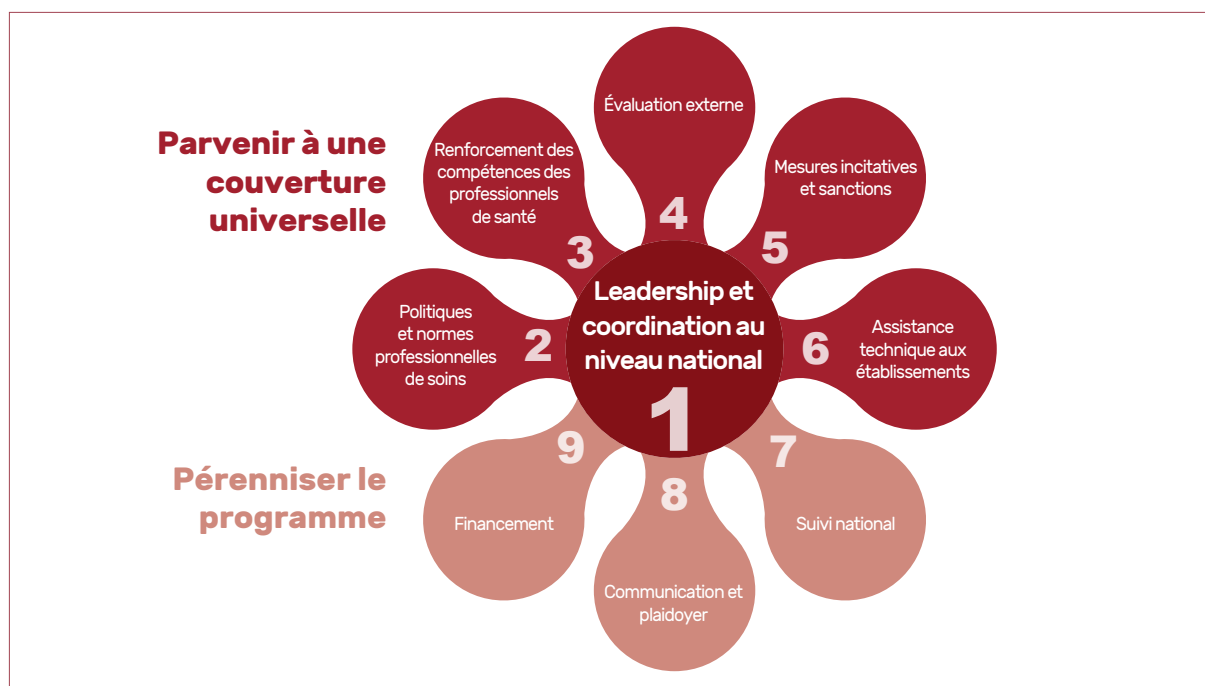


Figure 4. Principales responsabilités qu’implique un programme IHAB national

### 3.1. Leadership et coordination au niveau national

***Créer un organisme national de coordination de l’allaitement maternel ou renforcer l’organisme existant.***

Chaque pays devrait disposer d’un organisme de coordination nationale actif responsable de l’allaitement maternel en général et de sa protection, de son encouragement et de son soutien, notamment dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. L’organisme national de coordination de l’allaitement maternel devrait être multisectoriel et comprendre des représentants du gouvernement (notamment ceux responsables des services de santé et de nutrition, des services de financement et des services sociaux), du milieu de l’enseignement supérieur, des organisations professionnelles, des ONG et des organisations communautaires. Les organisations responsables des soins maternels et néonataux, tant à l’intérieur qu’à l’extérieur du gouvernement, doivent également faire partie de l’organisme de coordination de l’allaitement maternel. Certains pays ont jugé utile d’y inclure des organisations de consommateurs ou des groupes de mères, afin de s’assurer de la prise en compte des points de vue des populations cibles.

Les acteurs en conflit d’intérêts, en particulier les sociétés qui produisent et/ou commercialisent des aliments destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge, ou des biberons et tétines, ne peuvent pas être membres de l’organisme de coordination. Il en va de même des professionnels de santé, des chercheurs et autres personnes ayant reçu des financements de producteurs

ou de distributeurs de produits visés par le Code (25-27) ou de leurs sociétés mères ou filiales. Un conflit d’intérêts est un ensemble de circonstances dans lesquelles les intérêts de l’IHAB peuvent être indûment influencés par les intérêts conflictuels d’un partenaire d’une manière qui affecte, ou peut raisonnablement être perçu comme affectant l’intégrité, l’indépendance, la crédibilité de l’IHAB, la confiance du public dans cette initiative dans un pays donné, et sa capacité à protéger, promouvoir et soutenir l’allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. Il y a un risque que la pression susmentionnée de l’industrie des substituts du lait maternel continue de se faire sentir sur le long terme et tente de saper les efforts de l’IHAB à différents niveaux.

Il est préférable pour des raisons pratiques que les fonctions de l’organisme de coordination soient intégrées aux fonctions d’un organisme gouvernemental existant ou d’une institution ou ONG existante. Cela permet d’éviter que l’IHAB ne devienne une intervention verticale mise en œuvre sous forme d’initiative autonome ou de « silo », sans lien avec d’autres interventions en matière de santé maternelle, de santé infantile et de nutrition. Il est également recommandé que l’organisme de coordination de l’allaitement maternel soit intégré dans la stratégie nationale qui couvre l’IHAB.

Dans les pays où le système de santé est géré de manière décentralisée, les membres des niveaux décentralisés peuvent être intégrés dans un seul organisme national, ou des organismes de coordination infranationaux peuvent être créés. Dans la mesure du possible, l’OMS et l’UNICEF peuvent être inclus en tant que membres de l’organisme

de coordination, afin de fournir un appui technique et des conseils.

Il est recommandé de désigner de façon claire un point focal à contacter pour les questions relatives à la protection, l'encouragement, le soutien de l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. Il peut s'agir soit d'un fonctionnaire pour lequel ces questions font partie de ses attributions, soit, lorsque cela est nécessaire et réalisable, d'une personne désignée uniquement pour cette tâche. Dans certains pays, le point focal peut être le directeur d'une ONG désignée pour faire office d'organisme de coordination de l'IHAB.

Le mandat et le plan stratégique de l'organisme de coordination sera d'une durée d'au moins cinq ans, avec des plans de travail annuels. L'organisme national de coordination de l'allaitement maternel a pour responsabilité générale de planifier et de coordonner toutes les fonctions essentielles du programme IHAB national, telles que décrites dans l'Encadré 3, et de veiller à ce qu'elles correspondent au contexte national.

### 3.2. Politiques et normes professionnelles de soins

#### *Intégrer les Dix conditions dans les documents de politique nationale et normes professionnelles de soins pertinents.*

Les pays sont encouragés à explorer toutes les voies possibles pour rendre obligatoires les normes dites amies des bébés afin que toutes les paires mère-enfant puissent bénéficier en temps opportun de soins et de services fondés sur des données probantes et adaptés à leurs besoins. La mesure incitative la plus importante pour les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés consiste souvent en un mandat du gouvernement. Par le biais de la législation, de la réglementation, de l'accréditation ou de la certification, les gouvernements peuvent exiger des établissements de soins de santé qu'ils adhèrent à des politiques et procédures spécifiques. Ainsi, la législation peut exiger de tous les établissements de disposer d'une politique d'allaitement maternel et de ne pas accepter des dons de substituts du lait maternel. L'accréditation d'un établissement peut être subordonnée au respect d'un ensemble complet de normes cliniques et de procédures de gestion spécifiques.

La protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés doit être intégré dans tous les documents de politique et de planification pertinents, par exemple dans les politiques et plans d'action nationaux en matière de nutrition, les plans d'action en matière de santé maternelle, néonatale et infantile ou les initiatives d'accréditation d'établissements.

Les plans de développement plus larges, tels qu'une stratégie nationale pour la réduction de la mortalité néonatale ou une stratégie de développement nationale, devraient inclure explicitement la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. Cela facilitera l'intégration de la prestation de services et l'inclusion de cet aspect dans les budgets (nationaux). Il est également important de veiller à ce que d'autres documents stratégiques de soutien soient élaborés, notamment des documents portant sur la mise en œuvre du Code (25–27).

Les pratiques cliniques essentielles et les normes mondiales des Dix conditions révisées devraient être inscrites dans les normes de soins des organismes professionnels. Au minimum, les normes relatives aux soins infirmiers, aux soins des sages-femmes, à la médecine familiale, à l'obstétrique, à la pédiatrie, à la néonatalogie, à la diététique et à l'anesthésiologie devraient être présentées comme des normes de base à mettre en œuvre pour tous les nouveau-nés. Les protocoles nationaux relatifs à l'alimentation des nourrissons de mères séropositives au VIH, ainsi que les protocoles relatifs à l'utilisation du lait maternel provenant de donneuses, doivent également être incorporés dans ces normes. En outre, les procédures de gestion des Dix conditions révisées doivent se refléter dans des documents d'orientation pertinents destinés aux cliniciens, et les pays doivent développer des outils afin de mesurer le degré de respect des normes de soins (voir [section 3.7](#)).

Le document intitulé *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé* constitue un document d'orientation pertinent pour l'incorporation des pratiques cliniques essentielles dans les normes de soins (4). Ce document fournit des normes claires et intègre la plupart des Dix conditions. Plusieurs pays travaillent déjà à la mise en œuvre de ces normes dans le cadre de l'initiative sur la qualité des soins (84).

Il devrait être clair dans les politiques et normes de soins que la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés doivent être pérennisés et, le cas échéant, renforcés dans les situations de crise humanitaire.

### 3.3. Renforcement des compétences des professionnels de santé

#### *Garantir les compétences des professionnels et responsables de santé dans la mise en œuvre des Dix conditions.*

À tous les niveaux du système de soins de santé, les professionnels de santé doivent posséder les connaissances, les compétences et les aptitudes requises

pour mettre en œuvre les pratiques et procédures recommandées à l'échelle mondiale pour la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. Chaque établissement a la responsabilité d'évaluer les compétences et de s'assurer que tous ceux qui travaillent dans un établissement possèdent les connaissances et les aptitudes appropriées lorsque celles-ci sont jugées inférieures aux normes.

Un personnel éducatif désigné possédant les qualifications, le savoir et l'expérience appropriés devra être nommé pour assurer l'enseignement et, si nécessaire, adapter ou élaborer les outils et les programmes. Il s'agit d'un investissement essentiel pour un renforcement des capacités pérenne et à long terme.

La formation initiale destinée à toutes les professions qui interviendront auprès des femmes enceintes et des nouveau-nés ou lors des accouchements doit accorder une place suffisante à l'allaitement maternel, notamment aux Dix conditions, et devrait inclure des séances théoriques et pratiques. Sachant que la formation initiale actuelle consacrée à l'allaitement maternel est insuffisante dans de nombreux pays, il conviendra peut-être d'élaborer de nouveaux programmes nationaux axés sur les compétences et en garantir la qualité. Le document OMS intitulé *Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals* constitue une base utile (85). Les programmes d'enseignement portant sur l'allaitement maternel doivent inclure les pratiques cliniques et administratives liées à la protection, à l'encouragement et au soutien de l'allaitement maternel, ainsi que les responsabilités des agents de santé en vertu du Code (25-27). Il est entendu que la mise à jour d'un programme d'enseignement, en particulier dans le cas de programmes nationaux, est souvent un processus long qui implique de multiples parties prenantes qui n'interviennent généralement pas dans les activités liées à l'allaitement maternel (comme le ministère de l'éducation et, le cas échéant, d'autres institutions gouvernementales, ainsi que les établissements d'enseignement supérieur et les organisations délivrant des titres professionnels).

Même si la formation initiale est une composante essentielle de l'évolution à long terme des pratiques de soins de maternité, il est important que tous les professionnels de santé déjà en poste qui interviennent auprès de femmes enceintes, de mères et de nourrissons reçoivent également une formation sur les soins appropriés à apporter en temps utile. La formation continue et la formation en cours d'emploi sont importantes jusqu'à ce que plusieurs vagues de professionnels nouvellement formés dans toutes les professions et domaines techniques concernés soient diplômés. Lorsque des lignes directrices nationales ou des programmes nationaux de formation en cours d'emploi des professionnels de santé existent, les pratiques cliniques et le Code (25-27) doivent être incorporés dans les programmes d'enseignement. Cela permet de veiller à ce que les établissements ne

développent pas chacun de leur côté leurs propres outils ou procédures. De nombreux pays ont adapté le cours de 20 heures figurant dans les orientations de mise en œuvre de l'IHAB de 2009 (86). L'OMS et l'UNICEF sont en train de réviser ce cours, en prenant en compte les Dix conditions révisées et les normes mondiales du présent document, et sont en train de mettre au point un kit complet de formation aux activités de conseil en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

La formation en cours d'emploi doit être considérée comme une solution à court terme à un problème et non comme une méthode continue de développement des capacités. Des séances de perfectionnement et de formation continue en cours d'emploi sont nécessaires sur une base régulière et peuvent se faire de manière modulaire, de façon à ne pas trop empiéter sur la prestation des services. La formation doit être axée sur les compétences et mettre l'accent sur des savoir-faire pratiques plutôt que sur des connaissances théoriques uniquement.

Le personnel enseignant de toutes les écoles et universités concernées, ainsi que les formateurs impliqués dans la formation en cours d'emploi et la formation continue, devront être formés aux nouveaux outils. Il s'agit là d'un investissement essentiel pour le renforcement durable et à long terme des capacités et d'une tâche importante incombant à l'organisme national de coordination de l'allaitement maternel. Les approches consistant à former des formateurs afin de créer un grand nombre d'experts de l'IHAB à travers le pays sont susceptibles de constituer une stratégie rentable pour diffuser des informations détaillées sur les Dix conditions.

L'utilisation d'une grande partie des outils éducatifs nécessaires en matière de soins de maternité et de soins aux nouveau-nés peut être expliquée par le biais de cours électroniques ou en ligne. Cette option pourrait se révéler être un moyen d'enseignement efficace et peu coûteux, permettant également aux professionnels de santé d'apprendre à leur propre rythme et de revenir ultérieurement sur certains points à chaque fois qu'ils éprouvent le besoin de rafraîchir leurs connaissances. Des ressources sont déjà disponibles dans certains pays et pourraient être partagées. Du temps doit être accordé aux professionnels de santé qui souhaitent suivre des cours d'autoformation.

Toutefois, l'enseignement de certaines compétences nécessitera des interactions en présentiel. Certains membres du personnel bénéficieront également d'un apprentissage les mettant en présence avec des formateurs et de cours en groupe pour les aider à faire le bilan après une expérience personnelle difficile en matière d'allaitement maternel ou parce qu'ils ont travaillé dans des situations où ils n'ont pas été en mesure de fournir des soins efficaces et fondés sur des données probantes. De plus, l'évaluation des compétences nécessitera une observation directe. Par conséquent, un apprentissage avec

un formateur et une évaluation axée sur les compétences seront toujours nécessaires.

Le rôle des directeurs d'établissement dans la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés est crucial. Les contrats basés sur les performances avec objectifs pour les taux d'allaitement maternel en général, ou la mise en œuvre de l'IHAB en particulier, peuvent être utiles pour renforcer la responsabilisation. Les directeurs d'établissement doivent avoir une compréhension adéquate de l'allaitement maternel et de l'IHAB, afin de pouvoir guider et superviser la mise en œuvre de l'IHAB au niveau de l'établissement.

L'éducation proactive des administrateurs d'établissement et des directeurs des services médicaux, associée à une assistance technique au besoin, peut suffire pour favoriser des changements dans de nombreuses pratiques. La mise en œuvre de la plupart des normes amis des bébés ne coûte pas plus cher (certaines peuvent même faire économiser de l'argent aux établissements, parfois après un investissement initial réalisé dans l'adoption d'une nouvelle pratique), mais nécessite une volonté manifeste d'opérer des changements. Si les administrateurs comprennent la raison d'être des normes recommandées, obtiennent des réponses à leurs questions et bénéficient d'un soutien lorsqu'ils font face à des problèmes, ils seront plus motivés à opérer les changements nécessaires.

### 3.4. Évaluation externe

#### *Utiliser des systèmes d'évaluation externe pour évaluer régulièrement l'adoption des Dix conditions.*

Tous les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés ont pour responsabilité de fournir des soins appropriés et en temps opportun aux mères et aux nouveau-nés, conformément aux lignes directrices de l'initiative Hôpitaux amis des bébés (en anglais) (32) et aux normes nationales de qualité fondées sur des données probantes. Comme exposé ci-dessus, les établissements doivent mettre en place des mécanismes de surveillance interne pour garantir le respect des normes de qualité. Toutefois, l'évaluation externe est également essentielle pour l'assurance de la qualité. L'objectif premier de l'évaluation externe devrait être de faciliter l'assistance technique et la correction des pratiques inappropriées. L'assistance technique n'est pas nécessairement fournie par les évaluateurs externes eux-mêmes. Dans certains pays, les évaluateurs externes font rapport à un groupe spécifique, qui fournit ensuite des informations en retour à l'établissement.

Les observateurs extérieurs à l'établissement sont en mesure de valider les résultats et d'identifier les lacunes dans les soins et la non-conformité aux normes beaucoup plus facilement que ceux de l'établissement.

Par conséquent, les pays doivent maintenir un processus d'évaluation externe continu (avec évaluations et réévaluations) afin de valider l'adoption des Dix conditions et de fournir des retours d'information à chaque établissement sur les points à améliorer.

Il est recommandé qu'un processus d'évaluation externe soit intégré à d'autres processus d'assurance de la qualité, tels que la certification / l'accréditation des établissements ou les évaluations des régimes d'assurance-maladie. Dans certains systèmes de certification, le fait d'être désigné hôpital ami des bébés signifie que certains critères relatifs à l'assurance de la qualité sont considérés comme atteints, ce qui réduit les coûts de la certification. L'intégration des normes cliniques IHAB dans les procédures de certification des établissements contribuerait à les institutionnaliser et réduirait les coûts de l'ensemble du programme. Il est entendu que l'évaluation des Dix conditions comprend une évaluation clinique ainsi qu'une évaluation administrative, et qu'une formation supplémentaire pourrait être nécessaire pour intégrer les évaluations IHAB aux évaluations existantes.

L'évaluation externe devrait examiner la documentation portant sur tous les indicateurs de pratiques cliniques essentiels proposés à l'Appendice, Tableau 1, y compris les indicateurs sentinelles. Si les données sont régulièrement recueillies par les établissements, la documentation peut être examinée par l'équipe chargée de l'examen externe afin d'évaluer le respect cohérent des pratiques cliniques. L'évaluation externe devrait inclure un élément de validation des données de surveillance de l'établissement par le biais d'entretiens avec le personnel, les femmes enceintes et les mères, au moins pendant un certain temps. Un seuil particulier (une cible de 80 %, par exemple) pourrait être appliqué pour savoir si l'établissement respecte ou non chaque condition.

En outre, les indicateurs de respect des procédures de gestion critiques devraient être évalués à l'aide d'indicateurs normalisés. Le Tableau 2 de l'Appendice propose une liste d'indicateurs pour ces pratiques de gestion et les moyens de vérification correspondants. Les méthodes de vérification comprennent l'observation, des entretiens avec le personnel médical et l'examen des dossiers. Certains des indicateurs, comme celui sur l'existence dans l'établissement d'une politique écrite sur l'allaitement maternel et l'affichage d'un résumé de la politique à l'intention des femmes enceintes, des mères et de leur famille, sont facilement vérifiables.

Les évaluations externes devraient être effectuées régulièrement, au moins tous les cinq ans, mais de préférence plus souvent. Le degré et la fréquence des évaluations externes dépendent de la qualité et de la fréquence de la surveillance interne et des informations communiquées aux niveaux supérieurs.

Il pourrait être nécessaire de sélectionner un nombre restreint d'indicateurs à intégrer dans d'autres systèmes

de certification d'assurance qualité. Au minimum, les indicateurs sentinelles sur le démarrage de l'allaitement maternel et le taux d'allaitement maternel exclusif tout au long du séjour à l'hôpital devraient être inclus dans ces systèmes, puisque l'allaitement maternel devrait être la norme dans tous les soins de maternité et néonataux.

Si l'intégration de l'évaluation externe dans d'autres systèmes d'évaluation de la qualité est insuffisante pour garantir le respect des normes d'allaitement maternel, une évaluation verticale autonome peut être mise au point à la place ou en complément d'une évaluation intégrée, parce qu'une telle évaluation permettrait d'inclure des indicateurs plus spécifiques liés à l'allaitement maternel. Toutefois, les évaluations verticales pourraient être plus coûteuses et plus difficiles à maintenir à long terme.

Une autre option consiste à procéder à des vérifications ponctuelles. S'il dispose de ressources suffisantes, un service du ministère de la santé pourrait gérer un système d'évaluation externe. L'intégrer au sein d'organisations professionnelles existantes ou d'ONG au fonctionnement solide pourrait également être une option dans certains contextes. Dans ce dernier cas, il est important que le ministère de la santé et les ONG travaillent ensemble à la mise en œuvre d'un programme efficace.

### 3.5. Mesures incitatives et sanctions

---

***Élaborer et mettre en œuvre des mesures incitatives à l'adoption des Dix conditions et/ou des sanctions dans le cas contraire.***

---

Les établissements de soins de santé prennent des décisions au sujet de leurs politiques et procédures en fonction d'un certain nombre de considérations, notamment l'examen de preuves scientifiques, les recommandations nationales ou internationales, la réglementation, les coûts, la charge de travail, la satisfaction des clients et la perception du public. Les programmes nationaux doivent réfléchir aux mesures incitatives ou aux sanctions les plus appropriées pour pousser les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés à apporter les changements nécessaires pour protéger, encourager et soutenir pleinement l'allaitement maternel. Les mesures incitatives au changement dans les établissements publics et privés sont nombreuses. Le Tableau 1 indique plusieurs options permettant d'encourager l'adoption des normes IHAB, que les pays sont censés adopter comme normes nationales, et mentionne les principaux avantages et les caractéristiques de chacune d'entre elles.

Une mesure incitative forte consisterait à lier financièrement les paiements destinés aux établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés à un processus d'évaluation externe dans les pays où cette pratique a cours. Ainsi, les établissements identifiés comme présentant plus d'insuffisances en matière de pratiques pourraient se voir accorder un taux

de remboursement plus faible par prestation par rapport à ceux qui se conforment pleinement à toutes les normes. Ce modèle de « financement basé sur les performances » ou de « paiement à la performance » est de plus en plus utilisé pour encourager la qualité et l'efficacité (87). Un examen de 12 études de cas sur le paiement à la performance dans 10 pays a conclu que le paiement en fonction du rendement « n'a pas permis d'améliorer de manière significative les performances des différents programmes ». La plupart des programmes ont toutefois contribué à mettre davantage l'accent sur les objectifs du système de santé, une meilleure production et utilisation des informations, une plus grande responsabilisation et, dans certains cas, un dialogue plus productif entre acheteurs et prestataires de soins de santé. Ce modèle peut également être considéré comme permettant une gouvernance plus efficace du secteur de la santé et des achats plus stratégiques en matière de santé. (88).



Tableau 1. Options pour encourager le respect des normes de l'initiative Hôpitaux amis des bébés

Description	Avantages	Défis	Type de pays pour lesquels cette option serait la plus appropriée
Financement reposant sur les performances	L'adoption des normes profitera financièrement à l'établissement	La conformité doit faire l'objet d'un contrôle externe  Coûteux si la structure doit dépenser plus pour le respect des normes	Pays appliquant déjà un financement reposant sur les performances pour d'autres interventions pertinentes
Inclusion dans des contrats de performance	Responsabilités clairement définies	Nécessite des indicateurs qui aident à garantir la pérennité de pratiques appropriées dans l'établissement (et pas seulement l'atteinte d'une cible spécifique)	Pays ayant déjà recours à des contrats de performance
Reconnaissance publique de l'excellence, récompense, désignation	Les efforts du personnel sont reconnus  Motivant pour le personnel  L'adoption des normes améliorerait l'image de l'établissement et entraînerait une augmentation du nombre de clients et donc des revenus	La conformité doit faire l'objet d'un contrôle externe  Souvent perçu comme un indicateur de résultat par les responsables nationaux ainsi que par les directeurs et le personnel de l'établissement  La signification de la désignation doit être communiquée au public  Pertinent uniquement si limité dans le temps et supprimé lorsque l'adoption des normes est hésitante  En contradiction avec le principe selon lequel l'allaitement maternel est la norme ; le non-respect des normes est vu comme le fait d'apporter des « soins normaux »	Pays dont le programme de désignation IHAB a été un succès
Notification par le public des indicateurs de qualité et des résultats	Des évaluations externes à une fréquence spécifique pourraient ne pas être nécessaires	Le recours à l'auto-déclaration pourrait donner lieu à des déclarations manquant d'objectivité (même si des vérifications ponctuelles externes pourraient améliorer la qualité)  Nécessite une connaissance par le public des pratiques et des résultats jugés satisfaisants	Pays où l'opinion publique est un moteur important de la prestation des soins de santé

Par ailleurs, les tiers payeurs ou les compagnies d'assurance pourraient accorder leur préférence aux établissements qui respectent davantage les normes nationales.

Certains pays utilisent des contrats de performance auprès des responsables et/ou du personnel des services publics qui incluent des objectifs spécifiques à atteindre. Il peut

être utile d'inclure dans ces contrats un ou plusieurs indicateurs relatifs à la protection, à l'encouragement et au soutien de l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés.

La reconnaissance publique de l'excellence peut également pousser à l'amélioration de la qualité des soins. Les hôpitaux peuvent gagner en reconnaissance lorsqu'ils obtiennent certaines distinctions à la suite d'une évaluation externe. La reconnaissance publique obtenue du fait du respect des Dix conditions mises à jour pourrait inciter les établissements à adopter les normes amis des bébés. Dans le cas de ce type d'incitation, il est crucial que des systèmes internes et externes d'assurance de la qualité soient en place pour maintenir la qualité des services une fois le niveau désiré atteint. Ceux-ci doivent être conçus par les autorités nationales (l'organe de coordination national), afin qu'ils puissent être réalisables avec les ressources financières et humaines disponibles.

Le modèle traditionnel présenté dans l'initiative Hôpitaux amis des bébés s'articulait en grande partie autour de la désignation d'établissements amis des bébés. Même si la désignation constitue l'une des options offertes aux pays pour encourager les changements dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés, il en existe beaucoup d'autres.

La déclaration par le public des indicateurs de qualité et des résultats est une autre façon de tenir les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés responsables de la qualité des soins qu'ils dispensent et d'encourager les améliorations. Une liste publique de tous les établissements du pays offrant des services de maternité et des services aux nouveau-nés, avec indication de leurs taux d'allaitement maternel exclusif au moment de la sortie des mères, encouragerait probablement ceux qui ont les taux les plus bas à introduire des améliorations. De même, la communication des taux de contact peau à peau soulignerait l'importance de cette pratique et inviterait certains établissements à rattraper leur retard par rapport à d'autres. Les groupes de consommateurs et de patients ou de clients peuvent également jouer un rôle dans ce processus de responsabilisation.

Les pays doivent déterminer les mesures incitatives qui seraient les plus efficaces dans leur contexte. Certaines d'entre elles exigent une plus grande volonté politique mais auraient des effets durables. D'autres peuvent être plus réalisables sur le plan politique mais nécessitent un engagement continu et des ressources constantes.

### 3.6. Assistance technique aux établissements

---

***Fournir une assistance technique aux établissements qui introduisent des changements afin d'adopter les Dix conditions.***

---

Pour adopter les Dix conditions comme norme de soins, les établissements auront besoin d'une aide extérieure provenant d'experts ayant déjà mis en place un processus de changement dans d'autres établissements ou qui sont parfaitement au fait des complexités que recèlent chaque condition à adopter. La fourniture d'une assistance technique à chaque établissement est susceptible d'exiger des ressources importantes et, par conséquent, l'accès à tous les établissements du pays peut prendre des années. Cela vaut aussi bien pour les établissements publics que pour les établissements privés.

Les pays devraient mettre en place ou renforcer et renouveler un cadre composé de professionnels formés pour fournir une assistance technique aux établissements qui ont décidé de mettre en œuvre des processus de modification de leurs pratiques. Des ressources spécifiques et un engagement en temps de la part des professionnels formés et de leurs organisations (le cas échéant) doivent être garantis.

Travailler en collaboration avec des groupes d'établissements afin de se soutenir mutuellement dans le processus de changement peut être très efficace. L'IHI a mis au point un processus d'amélioration de la qualité par le biais d'initiatives de collaboration ou de groupes d'établissements similaires qui souhaitent opérer les changements dans leurs politiques et pratiques par l'apprentissage en groupe et le soutien mutuel (89). Les groupes peuvent se constituer en fonction de la géographie (groupes provinciaux, par exemple), de la bureaucratie (l'ensemble des établissements militaires, par exemple) ou d'un autre regroupement pertinent. Dans certains pays, les systèmes hospitaliers qui possèdent et gèrent une série d'établissements ont le pouvoir de définir une même politique qui s'appliquera à plusieurs hôpitaux. De tels systèmes offrent la possibilité de modifier les pratiques de nombreux établissements en même temps et d'adopter une approche plus rationnelle.

Lorsque les ressources sont limitées, il peut être nécessaire d'introduire l'assistance technique de manière progressive, en suivant un plan clair pour atteindre une couverture nationale dans un laps de temps donné. Diverses stratégies pour déterminer les établissements à cibler en premier pourraient être envisagées :

- Une stratégie basée sur des considérations géographiques, comme celle consistant à commencer par un établissement dans chaque province, permettrait de s'assurer que, dans l'ensemble du pays, tous les établissements peuvent se tourner vers un

établissement modèle situé à proximité pour la mise en œuvre des politiques et des pratiques recommandées.

- Une stratégie qui privilégie d'abord les établissements les plus susceptibles de se conformer aux recommandations (les établissements désignés « amis des bébés », ceux ayant déjà enregistré des progrès dans l'amélioration de la qualité, par exemple), et par laquelle des bons résultats pourraient être rapidement obtenus et qui pourrait apporter la preuve aux autres établissements que les recommandations sont réalisables.
- Une stratégie ciblant d'abord les grands établissements, grâce à laquelle les changements apportés pourraient avoir un effet positif sur la santé d'un grand nombre de mères et de bébés. De plus, les grands établissements servent souvent de point de comparaison à ceux plus petits, de sorte que l'existence de pratiques optimales dans ces établissements contribue à étendre les changements à un plus grand nombre d'établissements.
- Une stratégie ciblant les hôpitaux universitaires et qui peut se révéler particulièrement efficace pour s'assurer que les nouveaux professionnels de santé sont suffisamment informés des Dix conditions avant d'être affectés dans les différents établissements du pays.

### 3.7. Suivi national

#### *Suivre la mise en œuvre de l'initiative.*

Tout comme les établissements doivent suivre leurs activités de protection, d'encouragement et de soutien de l'allaitement maternel, ainsi que les comportements alimentaires, les pays doivent suivre leurs activités et les résultats en matière d'allaitement maternel au niveau national (et au niveau infranational le cas échéant). Les indicateurs essentiels des résultats dans le domaine de l'allaitement maternel, des pratiques cliniques et des activités du programme IHAB à suivre aux niveaux national et infranational sont fournis dans le Tableau 3 de l'[Appendice](#).

L'OMS a élaboré un Cadre mondial de suivi de la nutrition, qui a été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2015 (37, 38). L'Assemblée mondiale de la Santé a recommandé à tous les pays de faire rapport sur les indicateurs du cadre. Deux de ces indicateurs sont particulièrement pertinents pour l'IHAB : la prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de moins de six mois et le pourcentage de naissances se déroulant dans des structures certifiées par l'initiative Hôpitaux amis des bébés.

Ce dernier indicateur a été défini comme le pourcentage de bébés nés au cours d'une année civile dans des établissements qui sont actuellement désignés amis des bébés. Pour les pays qui choisissent de ne pas mettre en œuvre un programme de « désignation », un indicateur de remplacement sera nécessaire pour refléter le pourcentage

de bébés nés au cours d'une année civile qui bénéficient de soins conformes aux Dix conditions. Ce pourcentage pourrait être calculé à partir du nombre de naissances survenues dans les établissements qui satisfont aux normes d'évaluation nationales, ou à partir des rapports des mères sur leurs expériences après la naissance. En plus de faire rapport à l'OMS, il est recommandé aux pays de rendre compte des progrès réalisés dans la couverture de l'IHAB auprès du Comité sur le droit à l'alimentation, du Comité sur les droits de l'enfant et du Mouvement pour le renforcement de la nutrition.

Diverses sources de données peuvent être utilisées par les pays pour évaluer l'adhésion aux Dix conditions :

- Les enquêtes auprès des ménages, telles que les enquêtes démographiques et de santé, peuvent être utilisées pour estimer le pourcentage de mères dont l'expérience de la maternité est conforme aux normes recommandées. L'enquête démographique et de santé (90) comprend déjà des questions sur le démarrage précoce de l'allaitement maternel, l'allaitement maternel exclusif pendant le séjour dans l'établissement et le contact peau à peau. Des enquêtes de satisfaction de la clientèle ou des entretiens lors de la sortie de l'établissement ont régulièrement lieu dans de nombreux pays et pourraient également fournir l'occasion de recueillir des données nationales sur certains aspects en matière de soins de maternité.
- Lorsque les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés communiquent régulièrement des données aux systèmes d'information sanitaire, les données recueillies au niveau des établissements peuvent être transmises à la base de données du district, de la province ou du pays. Ces informations peuvent être utilisées pour évaluer le pourcentage global de bébés qui reçoivent les soins recommandés ou le pourcentage d'établissements qui atteignent un seuil donné de pratiques acceptables.
- Certains pays ont mis au point des mécanismes d'enquête permanente dans le cadre desquels les informateurs clés des établissements rendent compte de leur adhésion aux Dix conditions. Les rapports peuvent être fondés sur des dossiers cliniques réels ou sur la perception de la pratique habituelle ou des politiques de l'établissement. Même si de telles enquêtes peuvent contenir des biais de déclaration, elles peuvent être utiles pour mettre en évidence les tendances et identifier les points faibles. Ces enquêtes peuvent être basées sur un échantillon aléatoire d'établissements ou sur une évaluation complète de tous les établissements du pays.

### 3.8. Communication et plaidoyer

#### *Plaider en faveur de l'IHAB auprès des publics concernés.*

L'organe de coordination national devra entreprendre des efforts continus de communication et de plaidoyer afin de garantir une mise en œuvre pérenne de l'IHAB. Un plan de communication doit inclure les éléments mentionnés ci-après.

#### **1. Identification de principaux publics**

- Les responsables des établissements (gouvernementaux et non gouvernementaux), tels que les directeurs d'hôpitaux ou les chefs des services d'obstétrique, sont des décideurs qui jouent un rôle important dans la mise en œuvre des Dix conditions.
- Les associations professionnelles d'infirmières, de sages-femmes, de pédiatres, d'obstétriciens, de néonatalogistes et de diététiciens sont directement touchées par les changements apportés aux normes relatives aux soins en matière d'allaitement et doivent donc être des cibles à privilégier lorsqu'il est question de communication et de plaidoyer. Les associations hospitalières peuvent devenir d'importants alliés dans le plaidoyer en faveur de changements dans les systèmes.
- Les législateurs et les bailleurs de fonds (notamment les ministères des finances et les donateurs) constituent un public important qu'il faut tenir informé de l'IHAB, et plus généralement des programmes d'allaitement maternel, afin de garantir leur engagement et leurs investissements continus dans les programmes IHAB.
- Les femmes enceintes, leur famille et d'autres membres de la communauté constituent un public clé pour accroître la demande d'une protection, d'un encouragement et d'un soutien de l'allaitement maternel plus forts dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés.
- D'autres publics importants pour les programmes d'allaitement maternel et l'IHAB devraient être définis par chaque pays.

#### **2. Identification des connaissances et attitudes existantes**

Il est important de déterminer ce que les publics cibles savent déjà concernant l'allaitement maternel et l'IHAB avant d'élaborer des interventions de communication. La recherche des publics concernés identifiera les principaux domaines dans lesquels les acteurs sont prêts à agir, ainsi que les domaines difficiles dont la perception doit être modifiée ou les lacunes en matière d'information comblées.

#### **3. Élaboration/adaptation des messages clés**

Les messages doivent être adaptés à chaque public et élaborés en prenant en compte les connaissances et les attitudes des différents publics, et aussi le rôle qu'ils sont

censés avoir dans le soutien et/ou la mise en œuvre de l'IHAB. Un document pouvant servir d'exemple de messages sur l'importance de l'allaitement maternel est cité dans la partie consacrée aux références bibliographiques (91). Pour certains publics, il sera important de citer les Dix conditions dans un langage simple (l'Annexe 2 indique la manière dont cela pourrait être fait). L'importance de la mise en œuvre des Dix conditions pour obtenir des résultats optimaux en matière de santé est un message fondamental. Il est important de souligner la nécessité d'étendre l'IHAB à tous les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés dans les pays qui n'y sont pas parvenus.

#### **4. Identification des principaux canaux de communication**

Chaque public doit être atteint par les canaux qu'ils privilégient. Pour la communication au public, l'utilisation des médias de masse et des réseaux sociaux peut être pertinente, en plus des canaux de communication interpersonnels. La participation des organisations de consommateurs et de femmes, là où elles existent, et/ou le travail avec les chefs communautaires, pourraient être des canaux importants de plaidoyer auprès des législateurs. Des exposés réguliers sous forme de présentations lors de réunions ou de conférences d'associations professionnelles sont nécessaires pour obtenir le soutien continu des professionnels de santé. Il peut s'avérer utile d'adresser des messages ciblés aux chefs d'établissement par mailing direct ou lors de réunions (régionales) prévues à l'avance.

### 3.9. Financement

#### *Identifier et allouer des ressources suffisantes pour garantir le financement continu de l'initiative.*

Le financement de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement maternel dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés devrait provenir principalement des ressources gouvernementales, par le biais d'engagements pluriannuels. Les activités doivent être intégrées dans les processus du gouvernement au titre du budget ordinaire afin qu'elles puissent être financées de manière durable. Les gouvernements doivent veiller à ce que les stratégies et les activités soient conçues de telle sorte qu'elles puissent être financées par le gouvernement de manière durable, à court ou à moyen terme. Les approches les moins coûteuses et rentables consistent, entre autres, à :

- investir dans la mise à jour et le renforcement de la couverture de l'allaitement maternel et des compétences requises pour les Dix conditions dans le programme de formation initiale de tous les professionnels concernés (infirmières, sages-femmes, pédiatres, obstétriciens, néonatalogistes, diététiciens, etc.), ce qui réduira à terme la nécessité d'une formation en cours d'emploi ;

- si une formation en cours d'emploi est nécessaire, identifier les options qui demandent moins de temps (notamment en temps de transport) de la part des formateurs, et qui privilégient une certaine flexibilité dans la manière dont elle sera dispensée (formation électronique ou en ligne, par exemple), tout en garantissant la qualité et le renforcement des compétences ;
- intégrer les indicateurs IHAB pertinents dans les systèmes existants d'agrément, de suivi, d'assurance de la qualité et/ou d'accréditation des hôpitaux.

Dans la mesure du possible, les coûts des évaluations externes des normes IHAB pourraient être imputés aux établissements qui assurent eux-mêmes des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. Toutefois, il est important que ces coûts ne constituent pas un obstacle à la participation au processus d'évaluation.

Même si la responsabilité de l'IHAB doit incomber au gouvernement, d'autres bailleurs de fonds peuvent être nécessaires si le budget national ne peut soutenir l'initiative en raison de priorités concurrentes ou de ressources inadéquates. Des sources de financement externes (donateurs internationaux, fondations ou ONG, par exemple) peuvent être nécessaires, soit pour des interventions spécifiques liées à l'IHAB, soit pour les coûts de fonctionnement permanents. Toutefois, un effort concerté devrait être fait pour passer à un financement public chaque fois que cela est possible, étant donné que le financement extérieur n'est généralement pas viable. Les sources de financement de l'IHAB ne peuvent pas être en conflit d'intérêts avec l'allaitement maternel et ne devraient jamais être acceptées de sociétés qui commercialisent des aliments pour nourrissons et enfants en bas âge, ou des biberons et tétines.

Page laissée vierge intentionnellement.

## 4. Coordination de l'initiative Hôpitaux amis des bébés avec d'autres initiatives de soutien de l'allaitement maternel en dehors des établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés

De toute évidence, les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés ne constituent qu'un des nombreux points d'entrée pour la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel. De nombreuses autres interventions sont nécessaires dans les services de soins prénatals, postnatals et post-partum, les communautés et les lieux de travail. Il est essentiel que ceux qui travaillent à l'amélioration des politiques et des programmes dans les établissements offrant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés étendent leurs activités en collaborant avec ceux qui travaillent dans d'autres domaines.

Par exemple, la formation des professionnels de santé dans le domaine de l'allaitement maternel est généralement très faible et doit être renforcée. La formation sur les normes IHAB devra s'intégrer dans le cadre plus large de l'éducation à l'allaitement maternel dispensée aux professionnels de santé. Le document OMS intitulé *Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals* fournit des informations normalisées sur l'allaitement maternel (85). L'élaboration d'un programme d'études sur l'allaitement maternel destiné aux écoles de médecine ne relèverait probablement pas de la responsabilité d'un organisme de coordination de l'IHAB, mais le partage d'informations sur les normes IHAB pour un tel programme certainement.

De la même manière, même si l'organisme de coordination de l'IHAB n'est pas en charge de l'amélioration des services de conseil en matière d'allaitement maternel dans les établissements de soins de santé primaires ou les dispensaires prénatals, il devrait veiller à ce que les normes nationales en matière de soins prénatals offrent aux mères des connaissances adéquates sur l'allaitement maternel avant leur entrée dans l'établissement assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés.

Des passerelles devraient exister entre le programme IHAB et les programmes et initiatives existants afin de s'assurer qu'il y a dans la communauté suffisamment de structures de soutien à l'allaitement maternel auxquelles les mères puissent se tourner à leur sortie de l'établissement, même si le programme lui-même n'offre pas de services dans la communauté. Un soutien communautaire accru à l'allaitement maternel, notamment une meilleure qualité des soins de santé primaires et de solides réseaux de pairs, est d'une importance cruciale pour faire en sorte que les mères soient en mesure d'allaiter avec succès. Le professeur Pérez-Escamilla (2016) a montré que le soutien communautaire est un élément essentiel pour soutenir l'allaitement maternel au-delà des premières semaines de vie (42). Les interventions

visant à augmenter les taux d'allaitement maternel se sont révélées beaucoup plus efficaces lorsque les interventions des services de santé sont associées à des interventions communautaires (92).

Le Collectif mondial pour l'allaitement maternel dirigé par l'UNICEF et l'OMS (93) a identifié les liens qui existent entre établissements de santé et communautés et estime qu'une priorité absolue devrait être accordée aux réseaux communautaires qui œuvrent à la protection, à l'encouragement et au soutien de l'allaitement maternel. L'organisme national de coordination de l'IHAB devrait encourager le développement de nombreux types de soutien communautaire à l'allaitement maternel par l'intermédiaire des centres de soins de santé primaires, agents de santé communautaires, visiteurs à domicile, cliniques d'allaitement maternel, infirmières/sages-femmes, consultants en lactation, conseillers en allaitement, pairs et groupes de soutien entre mères.

---

Un soutien  
communautaire accru à  
l'allaitement maternel...  
est d'une importance  
cruciale pour faire en  
sorte que les mères  
soient en mesure  
d'allaiter avec succès

---

Page laissée vierge intentionnellement.



## 5. Transition de la mise en œuvre de l'IHAB

Les présentes orientations de mise en œuvre de l'IHAB décrivent les importants changements apportés aux Dix conditions et présente un certain nombre de nouvelles stratégies d'action nationale et de mise en œuvre dans les établissements. À ce titre, les pays devront examiner comment procéder à la modification des activités existantes liées à l'IHAB, à la lumière de ces changements.

### 5.1. Pays dont le programme national de désignation des hôpitaux « amis des bébés » fonctionne bien

Les présentes orientations de mise en œuvre actualisées éloignent l'IHAB d'un modèle traditionnel qui mettait l'accent sur la désignation des établissements comme résultat principal et moteur des changements dans la pratique. Pour les pays qui disposent actuellement d'un programme de désignation qui fonctionne bien et qui est capable d'atteindre la majorité des établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés à l'échelle nationale, ces nouvelles orientations ne devraient pas les obliger à mettre fin à un programme qui est une réussite.

Les organismes de coordination de ces pays devraient élaborer un plan visant à incorporer les Dix conditions mises à jour dans les normes nationales IHAB. Un plan de transition est nécessaire pour préciser à quel moment les établissements sont tenus de se conformer aux normes mises à jour et utiliser les nouveaux outils. Les établissements à qui a été accordée une désignation et ceux qui sont sur le point de la recevoir devront disposer d'un délai raisonnable pour apporter des changements à leurs pratiques avant que les nouvelles normes ne deviennent obligatoires. L'organisme de coordination devra :

- réviser les documents publics portant sur les Dix conditions ;
- modifier les cours et le matériel de formation ;
- élaborer ou mettre à jour des documents pour aider les établissements en matière de suivi interne ;
- réviser les normes d'évaluation externe.

Par le passé, de nombreux pays ont fait figurer le tableau de Picasso, Maternité, sur des plaques ou des affiches lors de l'octroi de la désignation « amis des bébés » à des établissements de santé. L'OMS et l'UNICEF ne fourniront plus de reproductions de ce tableau et les pays qui utilisent cette désignation comme mesure incitative au respect de l'IHAB devront créer leur propre iconographie.

Lorsque des critères « amis des mères » allant au-delà des Dix conditions sont incorporés dans les critères de

désignation, ceux-ci peuvent rester en place, à moins qu'il n'existe des raisons de les mettre à jour.

Tout en maintenant un programme de désignation, ces pays doivent également travailler à l'intégration des Dix conditions dans les politiques nationales et les programmes d'amélioration de la qualité et de santé maternelle et infantile, tel que décrit dans la [section 3](#). Les responsabilités d'un organisme national de coordination de l'allaitement maternel ou de l'IHAB résumées dans l'Encadré 3 s'appliquent également, qu'un pays applique ou non un programme de désignation.

### 5.2. Pays ne disposant pas d'un programme IHAB actif ou ne disposant pas d'un programme fonctionnant avec succès

Pour les pays où l'IHAB n'est actuellement pas mise en œuvre, ou bien où il n'a pas été possible à la désignation « amis des bébés » d'atteindre une majorité d'établissements, il est recommandé de se concentrer sur l'intégration et l'institutionnalisation des Dix conditions, en adoptant une approche d'amélioration de la qualité au niveau des établissements et en mettant en place un cadre politique fort et favorable et des mécanismes de suivi et de responsabilisation. Les activités de la [section 3](#) définissent les actions prioritaires à mettre en œuvre pour redynamiser l'IHAB d'une manière durable. Les membres du personnel et la direction des établissements qui ont reçu la désignation il y a longtemps devront être informés des changements en matière de politiques et des normes actualisées, ainsi que des mesures à prendre pour se conformer à ces normes.

Page laissée vierge intentionnellement.

# Annexe 1. Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel – version révisée 2018 : comparaison avec les Dix conditions originales et les lignes directrices OMS 2017

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel – révision 2018	Recommandations correspondantes des lignes directrices OMS : <i>protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services</i> (2017) (3)	Dix conditions pour la promotion, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité (23)
<b>Procédures de gestion critiques</b>		
<p><b>1a. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (25–27) :</b> Se conformer pleinement au <i>Code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i> et aux résolutions connexes de l'Assemblée mondiale de la Santé.</p>	s.o.	s.o. (incorporée dans les lignes directrices relatives à l'auto-évaluation et la surveillance de l'hôpital et l'évaluation externe)
<p><b>1b. Politique d'alimentation du nourrisson :</b> Adopter une politique d'alimentation du nourrisson formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance du personnel et des parents.</p>	<p><b>Recommandation 12 :</b> Les établissements de soins délivrant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés devront disposer d'une politique écrite claire en matière d'allaitement, qui sera systématiquement communiquée au personnel et aux parents.</p>	<p><b>Condition 1 :</b> Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.</p>
<p><b>1c. Systèmes de surveillance et de gestion des données :</b> Établir des systèmes de surveillance continue et de gestion des données.</p>	s.o.	s.o.
<p><b>2. Compétences du personnel :</b> Veiller à ce que le personnel possède les connaissances, compétences et aptitudes nécessaires pour assurer un soutien à l'allaitement.</p>	<p><b>Recommandation 13 :</b> Le personnel de l'établissement de santé qui assure des services d'alimentation des nourrissons, notamment le soutien à l'allaitement maternel, devrait avoir des connaissances, des compétences et des aptitudes suffisantes pour aider les femmes à allaiter.</p>	<p><b>Condition 2 :</b> Donner à tous les personnels soignants les techniques nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.</p>

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel – révision 2018	Recommandations correspondantes des lignes directrices OMS : <i>protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services</i> (2017) (3)	Dix conditions pour la promotion, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité (23)
<b>Pratiques cliniques essentielles</b>		
<p><b>3. Informations prénatales</b> : Parler avec les femmes enceintes et leur famille de l'importance de l'allaitement maternel et de sa pratique.</p>	<p><b>Recommandation 14</b> : Lorsque les établissements dispensent des soins prénatals, les femmes enceintes et leur famille devraient recevoir des conseils sur les avantages et la gestion de l'allaitement maternel.</p>	<p><b>Condition 3</b> : Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.</p>
<p><b>4. Soins postnatals immédiats</b> : Favoriser un contact peau à peau immédiat et ininterrompu entre la mère et l'enfant et encourager les mères à commencer l'allaitement dès que possible après la naissance.</p>	<p><b>Recommandation 1</b> : Le contact peau à peau précoce et ininterrompu entre la mère et le nourrisson devrait être facilité et encouragé dès que possible après la naissance.</p> <p><b>Recommandation 2</b> : Toutes les mères devraient être encouragées à commencer d'allaiter dès que possible après la naissance, dans l'heure qui suit l'accouchement.</p>	<p><b>Conditions 4</b> : Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.</p>
<p><b>5. Soutien à l'allaitement</b> : Aider les mères à commencer et à maintenir l'allaitement et à gérer les difficultés les plus fréquentes.</p>	<p><b>Recommandation 3</b> : Toutes les mères devraient recevoir un soutien pratique pour leur permettre de commencer et de maintenir l'allaitement et de gérer les difficultés les plus fréquentes.</p> <p><b>Recommandation 4</b> : Les mères devraient recevoir des conseils sur la manière d'exprimer le lait maternel afin de maintenir la lactation au cas où elles seraient temporairement séparées de leur nourrisson.</p>	<p><b>Condition 5</b> : Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.</p>
<p><b>6. Supplémentation</b> : Ne pas donner d'aliments ou de liquides autres que le lait maternel aux nouveau-nés allaités, sauf indication médicale.</p>	<p><b>Recommandation 7</b> : Il convient de dissuader les mères de donner des aliments ou des liquides autres que le lait maternel, sauf indication médicale.</p>	<p><b>Condition 6</b> : Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.</p>
<p><b>7. Enfant et mère dans la même chambre</b> : Laisser l'enfant avec sa mère, dans la même chambre, 24 heures sur 24.</p>	<p><b>Recommandation 5</b> : Les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés devraient permettre aux mères et à leur nourrisson de pouvoir rester ensemble dans la même chambre tout au long de la journée et de la nuit. Cela peut ne pas s'appliquer dans les cas où les nourrissons doivent être déplacés pour recevoir des soins médicaux spécialisés.</p>	<p><b>Condition 7</b> : Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.</p>

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel – révision 2018	Recommandations correspondantes des lignes directrices OMS : <i>protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services</i> (2017) (3)	Dix conditions pour la promotion, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité (23)
<p><b>8. Alimentation adaptée :</b> Aider les mères à reconnaître les signaux de faim de leur nouveau-né et à y répondre.</p>	<p><b>Recommandation 6 :</b> Il convient d'aider les mères à pratiquer une alimentation basée sur les besoins du nourrisson dans le cadre d'une relation aimante.</p> <p><b>Recommandation 8 :</b> Les mères devraient être aidées à reconnaître les signaux de faim, de besoin de proximité ou de réconfort de leur nourrisson et à y répondre en conséquence de différentes manières, pendant leur séjour dans l'établissement assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés.</p>	<p><b>Condition 8 :</b> Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.</p>
<p><b>9. Biberons, tétines et sucettes :</b> Conseiller les mères sur l'utilisation et les risques des biberons, tétines et sucettes.</p>	<p><b>Recommandation 9 :</b> Dans le cas de nourrissons prématurés qui ne peuvent pas téter au sein directement, la tétée non nutritive et la stimulation orale peuvent être bénéfiques jusqu'à ce que l'allaitement soit établi.</p> <p><b>Recommandation 10 :</b> Si du lait exprimé ou d'autres aliments sont médicalement indiqués pour les nourrissons nés à terme, des méthodes d'alimentation privilégiant l'utilisation de tasses, de cuillères ou de biberons et de tétines peuvent être utilisées pendant le séjour dans l'établissement.</p> <p><b>Recommandation 11 :</b> Si le lait maternel exprimé ou d'autres aliments sont médicalement indiqués pour des nourrissons prématurés, une alimentation par l'intermédiaire d'une tasse ou d'une cuillère est préférable à une alimentation par l'intermédiaire d'un biberon et d'une tétine.</p>	<p><b>Condition 9 :</b> Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.</p>
<p><b>10. Soins à la sortie de l'établissement :</b> Coordonner la sortie de l'hôpital de sorte que les parents et leur nourrisson continuent d'avoir un accès en temps utile à des services de soutien et de soins.</p>	<p><b>Recommandation 15 :</b> Dans le cadre de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement maternel, il convient de planifier et de coordonner la sortie d'un établissement assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés, afin que les parents et leur nourrisson aient accès à un soutien continu et reçoivent des soins appropriés.</p>	<p><b>Condition 10 :</b> Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.</p>

s.o. : sans objet.

Page laissée vierge intentionnellement.

## Annexe 2. Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel en termes simples

	Les hôpitaux aident les mères à allaiter en ...	Parce que...
1. <b>Politiques des hôpitaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n'encourageant pas les préparations pour nourrissons, les biberons ou les tétines</li> <li>• faisant des soins en matière d'allaitement une pratique habituelle</li> <li>• assurant le suivi du soutien à l'allaitement</li> </ul>	les politiques des hôpitaux aident à garantir que toutes les mères et tous les bébés recevront les meilleurs soins
2. <b>Compétences du personnel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• formant le personnel dans le domaine du soutien à apporter aux mères en matière d'allaitement</li> <li>• évaluant les connaissances et les compétences des agents de santé</li> </ul>	des agents de santé bien formés offrent le meilleur soutien à l'allaitement possible
3. <b>Soins prénatals</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• discutant de l'importance de l'allaitement pour les bébés et les mères</li> <li>• indiquant aux mères comment allaiter leur enfant</li> </ul>	la plupart des femmes sont capables d'allaiter si elles disposent d'un soutien adéquat
4. <b>Soins postanals</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• encourageant le contact peau à peau entre la mère et son enfant aussitôt après la naissance</li> <li>• aidant les mères à mettre le bébé au sein le plus tôt possible</li> </ul>	le contact peau à peau aide à démarrer l'allaitement
5. <b>Soutien des mères en matière d'allaitement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vérifiant le positionnement, la prise du sein et la tétée</li> <li>• apportant un soutien pratique en matière d'allaitement</li> <li>• aidant les mères à gérer les difficultés les plus fréquentes en matière d'allaitement</li> </ul>	l'allaitement maternel est naturel, mais la plupart des mères ont besoin d'un soutien au départ
6. <b>Supplémentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• donnant à leur enfant uniquement du lait maternel, sauf indication médicale</li> <li>• privilégiant du lait humain provenant de donneuses lorsqu'une supplémentation est nécessaire</li> <li>• aidant les mères qui veulent donner à leur enfant des préparations pour nourrissons à le faire en toute sécurité</li> </ul>	donner des préparations pour nourrissons aux bébés dans l'établissement de soins rend le démarrage de l'allaitement plus difficile
7. <b>Enfant et mère dans la même chambre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• laissant les mères avec leur bébé jour et nuit</li> <li>• veillant à ce que les mères d'enfants malades puissent rester près de leur bébé</li> </ul>	les mères ont besoin d'être près de leur bébé pour reconnaître les signaux de faim et y répondre
8. <b>Alimentation adaptée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aidant les mères à reconnaître quand leur bébé a faim</li> <li>• ne limitant pas le nombre de tétées</li> </ul>	allaiter les bébés à chaque fois qu'ils le souhaitent aide tout le monde

	Les hôpitaux aident les mères à allaiter en ...	Parce que...
9. <b>Biberons, tétines et sucettes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• conseillant les mères sur l'utilisation et les risques des biberons et des sucettes</li></ul>	tout ce qui est en contact avec la bouche de l'enfant doit être propre
10. <b>Sortie de l'établissement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• orientant les mères vers des ressources communautaires de soutien à l'allaitement</li><li>• travaillant avec les communautés afin d'améliorer les services de soutien à l'allaitement</li></ul>	apprendre à allaiter prend du temps



## Annexe 3. Membres du groupe d'examen externe

**M<sup>me</sup> Genevieve Becker** (jusqu'en juin 2016)  
Consultante internationale  
BEST Services – Breastfeeding Education Support and Training  
Irlande

**D<sup>r</sup> Ala Curteanu**  
Chef du Département de périnatalogie  
Institut Mère et Enfant  
République de Moldava

**D<sup>re</sup> Teresita Gonzalez de Cosío** (à partir d'avril 2016)  
Directrice du Département de la Santé  
Université Ibéro-américaine  
Mexique

**D<sup>re</sup> Rukhsana Haider**  
Fondatrice et Présidente  
Training & Assistance for Health & Nutrition (TAHN) Foundation  
Bangladesh

**D<sup>re</sup> Miriam H. Labbok** (jusqu'en août 2016)  
Professeur fondateur et Directrice  
Carolina Global Breastfeeding Institute (CGBI)  
The University of North Carolina at Chapel Hill  
États-Unis d'Amérique

**D<sup>r</sup> Duong Huy Luong**  
Chef adjoint de la Division Gestion de la qualité  
Ministère de la santé  
Viet Nam

**D<sup>re</sup> Chessa Lutter** (à partir de novembre 2016)  
Consultante indépendante  
États-Unis d'Amérique

**D<sup>r</sup> Cria G. Perrine** (à partir d'avril 2016)  
Chef, Équipe Alimentation du nourrisson, Branche Nutrition  
Division Nutrition, Activité physique et Obésité  
Centers for Disease Control and Prevention (CDC)  
États-Unis d'Amérique

**M<sup>me</sup> Randa Saadeh**  
Consultante indépendante  
Liban

**D<sup>re</sup> Isabella Sagoe-Moses**  
Directrice adjointe  
Santé génésique et infantile, Service de santé du Ghana  
Ghana

**M<sup>me</sup> Julie Stufkens**  
Cadre dirigeant  
New Zealand Breastfeeding Alliance (NZBA)  
Nouvelle-Zélande

Page laissée vierge intentionnellement.

## Références

1. World Health Organization, United Nations Children's Fund, Wellstart International. The Baby-friendly Hospital Initiative: monitoring and reassessment: tools to sustain progress. Geneva: World Health Organization; 1991 (WHO/NHD/99.2; <http://apps.who.int/iris/handle/10665/65380>, consulté le 7 mars 2018).
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475–90. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
3. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-eng.pdf?ua=1>, consulté le 7 mars 2018).
4. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254673/9789242511215-fre.pdf?sequence=1>, consulté le 7 mars 2018).
5. Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241548366.pdf?ua=1](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf?ua=1), consulté le 7 mars 2018).
6. Recommandations de l'OMS sur les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2018 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259584/9789242549911-fre.pdf?sequence=1>, consulté le 7 mars 2018).
7. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 ([http://www.who.int/nutrition/publications/gs\\_infant\\_feeding\\_text\\_fre.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_fre.pdf), consulté le 7 mars 2018).
8. United Nations Children's Fund. UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Access the data: infant and young child feeding (<http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>, consulté le 7 mars 2018).
9. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, Sinha B, Fawzi W, Edmond KM et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(7):e0180722. doi:10.1371/journal.pone.0180722.
10. NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health*. 2016;4(4):e266–75. doi:10.1016/S2214-109X(16)00040-1.
11. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation Geneva, Switzerland, 28–30 March 2001. Geneva: World Health Organization; 2011 (WHO/NHD01.09, WHO/FCH/CAH/01.24; [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO\\_NHD\\_01.09.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67219/1/WHO_NHD_01.09.pdf?ua=1), consulté le 7 mars 2018).
12. Salmon L. Food security for infants and young children: an opportunity for breastfeeding policy? *Int Breastfeed J*. 2015;10:7. doi:10.1186/s13006-015-0029-6.
13. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC et al., *The Lancet Breastfeeding Series Group*. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387:491–504. doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2.
14. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. 2015;3:e199–e205. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70002-1.
15. Colchero MA, Contreras-Loya D, Lopez-Gatell H, González de Cosío T. The costs of inadequate breastfeeding of infants in Mexico. *Am J Clin Nutr*. 2015;101(3):579–86. doi:10.3945/ajcn.114.092775.
16. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, Jegier BJ, Reinhold AG, Colaizy TT et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr*. 2016;13(1). doi:10.1111/mcn.12366.
17. Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promot*. 1995;10(2):148–153. doi:10.4278/0890-1171-10.2.148.

18. Dadhich JP, Smoth J, Iellamo A, Suleiman A. Report on carbon footprints due to milk formula: a study from selected countries of the Asia- Pacific Region. Delhi: BPNI/IBFAN Asia; 2016 (<http://ibfan.org/docs/Carbon-Footprints-Due-to-Milk-Formula.pdf>, consulté le 7 mars 2018).
19. Infant and young child feeding in emergencies. Operational guidance for emergency relief staff and programme managers, version 3.0 Oxford: IFE Core Group; 2017 (<http://www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017>, consulté le 7 mars 2018).
20. Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breast-feeding. Geneva: United Nations Human Rights Office of the High Commissioner; 2016 (<http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20871>, consulté le 7 mars 2018).
21. Nations Unies. Objectifs de développement durable : 17 objectifs pour transformer notre monde (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>, consulté le 7 mars 2018).
22. United Nations Children's Fund. UNICEF data: monitoring the situation of children and women. Joint UNICEF/WHO database 2016 of skilled health personnel, based on population based national household survey data and routine health systems (<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>, consulté le 7 mars 2018).
23. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : Le rôle spécial des services liés à la maternité. Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1989 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39875/9242561304\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39875/9242561304_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y), consulté le 7 mars 2018).
24. Déclaration Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1991 ([https://www.unicef.org/french/nutrition/index\\_24807.html](https://www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html), consulté le 7 septembre 2018).
25. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981 ([http://www.who.int/nutrition/publications/code\\_french.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf), consulté le 7 mars 2018).
26. The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes – 2017 update: frequently asked questions. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254911/1/WHO-NMH-NHD-17.1-eng.pdf?ua=1>, consulté le 7 mars 2018).
27. World Health Organization. Code and subsequent resolutions (<http://www.who.int/nutrition/netcode/resolutions/en/>, consulté le 7 mars 2018).
28. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998 (WHO/CHD/98.9 ; [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65956/WHO\\_CHD\\_98.9\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65956/WHO_CHD_98.9_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y), consulté le 7 mars 2018).
29. Résolution WHA47.5. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. Dans : Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 2–12 mai 1994. Résolutions et décisions, annexes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994 ([http://www.who.int/nutrition/topics/WHA47.5\\_icycn\\_fr.pdf](http://www.who.int/nutrition/topics/WHA47.5_icycn_fr.pdf), consulté le 7 mars 2018).
30. Résolution WHA49.15. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. Dans : Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 20–25 Mai 1996. Résolutions et décisions, annexes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 ([http://www.who.int/nutrition/topics/WHA49.15\\_icycn\\_en.pdf](http://www.who.int/nutrition/topics/WHA49.15_icycn_en.pdf), consulté le 7 mars 2018).
31. Déclaration Innocenti 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, 22 novembre 2005, Florence, Italie. Genève, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2005 ([http://www.innocenti15.net/declaration\\_french.pdf](http://www.innocenti15.net/declaration_french.pdf), consulté le 7 mars 2018).
32. Baby-friendly Hospital Initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2009 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43593>, consulté le 7 mars 2018).
33. Résolution WHA65.6. Plan d'application exhaustif concernant la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant. Dans : Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 21–26 mai 2012. Résolutions et décisions, annexes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012:12–13 (WHA65/2012/REC/1; [http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6\\_resolution\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_resolution_fr.pdf?ua=1), consulté le 7 mars 2018).
34. Organisation mondiale de la Santé. Cibles mondiales 2025. Pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (<http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/fr/>, consulté le 7 mars 2018).

35. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Organisation mondiale de la Santé. Deuxième Conférence internationale sur la nutrition, Rome, 19–21 novembre 2014. Document final de la conférence : cadre d'action. Rome, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2014 (<http://www.fao.org/3/a-mm215f.pdf>, consulté le 7 mars 2018).
36. Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization. United Nations Decade of Action on Nutrition 2016–2025. Frequently asked questions. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2016 (<http://www.fao.org/3/a-i6137e.pdf>, consulté le 7 mars 2018).
37. Décision WHA68(14). Élaboration d'un ensemble d'indicateurs de base pour la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Dans : Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 18–26 mai 2015. Résolutions et décisions, annexes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015:94 (WHA68/2015/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68-REC1/A68\\_2015\\_REC1-fr.pdf#page=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_2015_REC1-fr.pdf#page=1), consulté le 7 mars 2018).
38. Indicators for the Global monitoring framework on maternal, infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/nutrition/topics/indicators\\_monitoringframework\\_miyen\\_background.pdf?ua=1](http://www.who.int/nutrition/topics/indicators_monitoringframework_miyen_background.pdf?ua=1), consulté le 7 mars 2018).
39. Labbok MH. Global Baby-friendly Hospital Initiative monitoring data: update and discussion. *Breastfeed Med.* 2012;7:210–22. doi:10.1089/bfm.2012.0066.
40. National implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255197/1/9789241512381-eng.pdf?ua=1>, consulté le 7 mars 2018).
41. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA.* 2001;285:413–20.
42. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2016;12(3):402–17. doi:10.1111/mcn.12294.
43. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics.* 2008;122(Suppl. 2):S43–9. doi:10.1542/peds.2008-1315e.
44. Saadeh RJ. The Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) 20 years on: facts, progress and the way forward. *J Hum Lact.* 2012. doi:10.1177/0890334412446690.
45. Munn AC, Newman SD, Mueller M, Phillips SM, Taylor SN. The impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on early infant health and breastfeeding outcomes. *Breastfeed Med.* 2016;11:222–30. doi:10.1089/bfm.2015.0135.
46. United Nations Children's Fund, World Health Organization. Country experiences with the Baby-friendly Hospital Initiative: Compendium of case studies from around the world. New York: United Nations Children's Fund; 2017 ([https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI\\_Case\\_Studies\\_FINAL.pdf](https://www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_Case_Studies_FINAL.pdf), consulté le 7 mars 2018).
47. Pan American Health Organization, World Health Organization Regional Office for the Americas. The Baby Friendly Hospital Initiative in Latin America and the Caribbean: current status, challenges, and opportunities. Washington (DC): Pan American Health Organization; 2016 ([http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18830/9789275118771\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18830/9789275118771_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y), consulté le 7 mars 2018).
48. WHO handbook for guideline development, 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22083en/s22083en.pdf>, consulté le 7 mars 2018).
49. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Baby-friendly Hospital Initiative Congress: 24–26 October 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 ([http://www.who.int/nutrition/events/2016\\_bfhi\\_congress\\_24to26oct/en/](http://www.who.int/nutrition/events/2016_bfhi_congress_24to26oct/en/), consulté le 7 mars 2018).
50. Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, Haggkvist AP, Hannula L, Ezeonodo A et al. Neo-BFHI: the Baby-friendly Hospital Initiative for neonatal wards. Three guiding principles and Ten Steps to protect, promote and support breastfeeding. Core document with recommended standards and criteria. Nordic and Quebec Working Group; 2015 (<http://www.ilca.org/main/learning/resources/neo-bfhi>, consulté le 7 mars 2018).
51. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, Angolkar M. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016(8):CD007202. doi:10.1002/14651858.CD007202.pub4.

52. Foster JP, Psaila K, Patterson T. Non-nutritive sucking for increasing physiologic stability and nutrition in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(10):CD001071. doi:10.1002/14,651858.CD001071.pub3.
53. Greene Z, O'Donnell CP, Walshe M. Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(9):CD009720. doi:10.1002/14,651858.CD009720.pub2.
54. La nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Orientations en vue de mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants. Dans : Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 23–28 mai 2016. Point 12.1 de l'ordre du jour provisoire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (A69/7 Add 1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_7Add1-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7Add1-fr.pdf), consulté le 7 mars 2018).
55. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Guideline: updates on HIV and infant feeding. The duration of breastfeeding and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>, consulté le 7 mars 2018).
56. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. Dans : Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 23–28 mai 2016. Point 16.1 de l'ordre du jour provisoire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-fr.pdf), consulté le 7 mars 2018).
57. Smith LJ, Kroeger M. Impact of birthing practices on breastfeeding, 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett; 2010.
58. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: World Health Organization; 2015. ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1), consulté le 7 mars 2018).
59. Piwoz E, Huffmann S. The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. *Food Nutr Bull.* 2015;36:373–86. doi:10.1177/0379572115602174.
60. Breaking the rules stretching the rules 2014. Evidence of violations of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent resolutions compiled from January 2011 to December 2013. Penang: International Baby Food Action Network International Code Documentation Centre; 2014 ([http://www.ibfan-icdc.org/wp-content/uploads/2017/03/1\\_Preliminary\\_pages\\_5-2-2014.pdf](http://www.ibfan-icdc.org/wp-content/uploads/2017/03/1_Preliminary_pages_5-2-2014.pdf), consulté le 7 mars 2018 [Executive summary]).
61. Baker P, Smith J, Salmon L, Friel S, Kent G, Iellamo A et al. Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: is an unprecedented infant and young child feeding transition underway? *Public Health Nutr.* 2016;19(14):2540–50. doi:10.1017/S1368980016001117.
62. Résolution 39.28. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Dans : Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 5–16 mai 1986. Résolutions et décisions, annexes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1986 ([http://www.who.int/nutrition/topics/WHA39.28\\_iycn\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/nutrition/topics/WHA39.28_iycn_fr.pdf?ua=1), consulté le 7 mars 2018).
63. US Department of Health and Human Services National Institutes of Health. What are the risk factors for preterm labor and birth? ([https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preterm/conditioninfo/Pages/who\\_risk.aspx](https://www.nichd.nih.gov/health/topics/preterm/conditioninfo/Pages/who_risk.aspx), consulté le 7 mars 2018).
64. Stevens J, Schmied V, Burns E, Dahlen H. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Matern Child Nutr.* 2014;10:456–73. doi:10.1111/mcn.12128.
65. Implications of cesarean delivery for breastfeeding outcomes and strategies to support breastfeeding. Washington (DC): Alive & Thrive; 2014 (A&T Technical Brief Issue 8, February 2014; <http://aliveandthrive.org/wp-content/uploads/2014/11/Insight-Issue-8-Cesarean-Delivery-English.pdf>, consulté le 7 mars 2018).
66. La méthode « mère kangourou » : guide pratique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43099/9242590355.pdf?sequence=1>, consulté le 7 mars 2018).
67. Nyqvist KH, Sjoden PO, Ewald U. The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Hum Dev.* 1999;55(3):247–64.
68. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(2):CD001141. doi:10.1002/14,651858.CD001141.pub5.
69. Meier PP, Furman LM, Degenhardt M. Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: evidence and management strategies to protect breastfeeding. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52(6):579–87.

70. Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(9):CD006170. doi:10.1002/14651858.CD006170.pub5.
71. Salvatori G, Guaraldi F. Effect of breast and formula feeding on gut microbiota shaping in newborns. *Front Cell Infect Microbiol.* 2012;2:94. doi:10.3389/fcimb.2012.00094.
72. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva: World Health Organization; 2009. (WHO/NMH/NHD?09.1, WHO/FCH/CAH/09.1; [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/1/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/1/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf), consulté le 7 mars 2018).
73. Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeed Med.* 2017;12:188–98. doi:10.1089/bfm.2017.29038.ajk.
74. Organisation mondiale de la Santé, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons : directives. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 ([http://www.who.int/foodsafety/document\\_centre/pif\\_guidelines\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/foodsafety/document_centre/pif_guidelines_fr.pdf?ua=1), consulté le 7 mars 2018).
75. DeMarchis A, Israel-Ballard K, Mansen KA, Engmann C. Establishing an integrated human milk banking approach to strengthen newborn care. *J Perinatol.* 2017;37(5):469–74. doi:10.1038/jp.2016.198.
76. Bu'Lock F, Woolridge MW, Baum JD. Development of co-ordination of sucking, swallowing and breathing: ultrasound study of term and preterm infants. *Dev Med Child Neurol.* 1990;32:669–78.
77. Woolridge MW. Problems of establishing lactation. *Food Nutr Bull.* 1996;17(4):316–23.
78. Improving the quality of hospital care for mothers and newborns: coaching manual. POCQI: point-of-care quality improvement. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255876/1/9789290225485-eng.pdf>, consulté le 7 mar 2018).
79. Quality improvement. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services Health Resources and Service Administration; 2011 (<https://www.hrsa.gov/quality/toolbox/508pdfs/qualityimprovement.pdf>, consulté le 7 mars 2018).
80. Improving the quality of hospital care for mothers and newborns: learner manual. POCQI: point-of-care quality improvement. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2017 (<https://www.newbornwhocc.org/POCQI-Learner-Manual.pdf>, consulté le 7 mars 2018).
81. Institute for Healthcare Improvement. How to improve (<http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>, consulté le 7 mars 2018).
82. Institute for Healthcare Improvement. Quality Improvement Essentials Toolkit (<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx>, consulté le 7 mars 2018).
83. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010 ([http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_full\\_web.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf?ua=1), consulté le 7 mars 2018).
84. Quality, Equity, Dignity. A network for improving quality of care for maternal, newborn and child health. Quality of care (<http://www.qualityofcarenetwork.org/network-improve-qoc>, consulté le 7 mars 2018).
85. Infant and young child feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization; 2009 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241597494/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241597494/en/), consulté le 7 mars 2018).
86. Baby-friendly Hospital Initiative: revised updated and expanded for integrated care. Section 3: breastfeeding promotion and support in a Baby-friendly hospital. A 20-hour course for maternity staff. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2009. ([http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi\\_trainingcourse\\_s3/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse_s3/en/), consulté le 7 mars 2018).
87. Baird C. Top healthcare stories for 2016: pay-for-performance. Arlington (VA): Committee for Economic Development; 2016 (<https://www.ced.org/blog/entry/top-healthcare-stories-for-2016-pay-for-performance>, consulté le 7 mars 2018).

88. Cashin C, Chi YL, Smith P, Borowitz M, Thomson S, editors. Paying for performance in healthcare: Implications for health system performance and accountability. Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill Education; 2014 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf), consulté le 7 mars 2018).
89. The Breakthrough Series: IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2003 (<http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHIsCollaborativeModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx>, consulté le 7 mars 2018).
90. DHS Program. Demographic and Health Surveys: Model Woman's Questionnaire. Rockville (MD): DHS Program; 2017 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSQ7/DHS7-Womans-QRE-EN-07Jun2017-DHSQ7.pdf>, consulté le 7 mars 2018).
91. United Nations Children's Fund, World Health Organization, 1000 Days, Alive & Thrive. Nurturing the health and wealth of nations: the investment case for breastfeeding. New York and Geneva: United Nations Children's Fund and World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-collective-investmentcase.pdf?ua=1>, consulté le 7 mars 2018).
92. Sinha B, Chowdhury R, Sankar M, Martines J, Teneja S, Mazumder S et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: systematic review and meta analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104:114–34. doi:10.1111/apa.13127.
93. United Nations Children's Fund. The Global Breastfeeding Collective ([https://www.unicef.org/nutrition/index\\_98470.html](https://www.unicef.org/nutrition/index_98470.html), consulté le 7 mars 2018).



Pour plus de renseignements, veuillez contacter :

**Département Nutrition pour la santé et le développement**

**Organisation mondiale de la Santé**

20, Avenue Appia  
1211 Genève 27  
Suisse

Courriel : [nutrition@who.int](mailto:nutrition@who.int)  
Site web : [www.who.int/nutrition](http://www.who.int/nutrition)



**Organisation  
mondiale de la Santé**

ISBN 978-92-4-251380-6



9 789242 513806