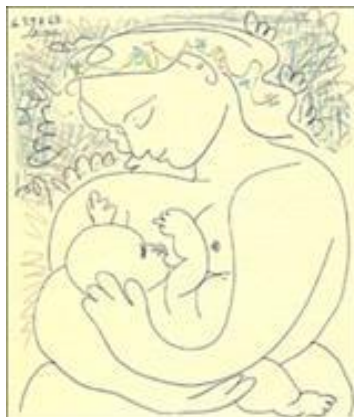


Initiative Hôpital Ami des Bébés OMS/UNICEF

Une démarche de qualité pour la promotion et le soutien de l'allaitement maternel dans les hôpitaux



2003 Estate of Pablo Picasso/Artists Rights Society (ARS), New York

Comment obtenir le label « Hôpital Ami des Bébés » en Belgique ?

Guide pratique pour la mise en œuvre des critères de l'IHAB et l'obtention du label

7^{ème} Edition 2017

Coordination IHAB

Anne Niset

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Sommaire

1. Introduction	p 6
2. Principes directeurs de l’IHAB (et texte des « Dix Conditions »)	p 12
3. L’obtention du label	p 15
4. Processus d’évaluation	p 18
5. Recueil des données statistiques sur l’alimentation des nouveau-nés	p 25
6. Dix conditions pour le succès de l’allaitement : points-clés et conseils pratiques	p 29
7. Respect du « Code »	p 43
8. Accompagnement des mères pendant le travail et l’accouchement	p 44
9. VIH et alimentation infantile	p 45
10. Raisons médicales acceptables pour compléter ou remplacer le lait maternel	p 45

Abréviations

- IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébé
- CFAM : Comité Fédéral de l’Allaitement Maternel
- SPF : Service Public Fédéral
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- AMS : Assemblée Mondiale de la Santé
- UNICEF : United Nations Children’s Fund - Fonds des Nations-Unies pour l’enfance
- Code : Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (et Résolutions subséquentes de l’Assemblée mondiale de la santé)
- EBM : evidence based medicine (médecine basée sur des preuves)

Adresses utiles

S.P.F. Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Direction générale Organisation des Établissements de Soins
Eurostation Bloc 2
Place Victor Horta 40 – bte 10
1060 Bruxelles
Contact au S.P.F. : Dr Anne Clercx tél 02 524 85 67 Anne.Clercx@sante.belgique.be

Contact coordination IHAB-BFHI

Serena Debonnet (NL) 0476 - 35 14 51

Serena.Debonnet@gezondheid.belgie.be

Anne Niset (FR) 0474 - 95 23 29

Anne.Niset@sante.belgique.be

Contact pour le Comité Fédéral d’Allaitement Maternel (CFAM)

Secrétariat : tel. 02 -210 73 77

Sites Web

<http://www.health.belgium.be/fr/alimentation/allaitementmaternel> Comité fédéral allaitement maternel

www.babyhospital.be IHAB et soins de développement

www.unicef.org/french/nutrition/index_breastfeeding.html

www.unicef.be

www.allaitement-infos.be asbl soutien allaitement

www.infor-allaitement.be asbl soutien allaitement

www.illbelgique.org

www.consultation-allaitement-maternel.be site des consultantes en lactation IBCLC francophones et germanophones

www.bvl-borstvoeding.be site des consultantes en lactation néerlandophones

La Leche League

www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochure_bfhi_2015_2016.pdf

www.illbelgique.org La Leche League Belgique asbl

www.vbbb.be Association néerlandophone pour la supervision et la promotion de l'allaitement maternel

www.vzwborstvoeding : Association néerlandophone pour l'allaitement

www.elacta.eu Association Européenne des consultantes en lactation

www.ilca.org Professionnal Association for International Board Certified lactation consultant

www.who.int/topics/breastfeeding/fr/ Organisation Mondiale de la Santé

Tous les sites cités ci-dessous, constituent une source d'informations utiles sur la lactation, la pratique de l'allaitement, les publications scientifiques, les formations, l'Initiative Hôpital Ami des Bébé, etc.

Sur le site de l'Academy of Breastfeeding Medicine, on trouve 26 protocoles téléchargeables et mis à jour régulièrement.

Le site de Thomas Hale est particulièrement centré sur la relation entre médicaments et allaitement.

Santé et allaitement maternel : www.santeallaitementmaternel.com

Co-naître : www.co-naitre.net

The Academy of breastfeeding Medicine www.bfmed.org

Wellstart international www.wellstart.org

Infant Risk Center, fondé par Thomas Hale www.infantrisk.com/categories/breastfeeding

Baby-Friendly Hospital Initiative

Revised, updated and expanded for integrated care

The revised BFHI package includes:

Section 1

Background and implementation, summarizes the background of the initiative and describes the process of implementation

Section 2

Includes all material for training/raising the awareness of policy and decision-makers in relation of BFHI and IYCF in general

Section 3

Corresponds to a 20-hour course for training facility staff (clinical and non-clinical)

Section 4

Includes self-appraisal and monitoring tools

Section 5

Includes the assessment and re-assessment tools

Revues sur l'allaitement maternel

www.jhl.sagepub.com Journal of human lactation – revue éditée trimestriellement par l'ILCA

www.breastfeeding.asn.au/bfreview Breastfeeding review, revue éditée par l'Australian Breastfeeding Association

www.llf.france.org/les-dossiers-de-l-allaitement Dossier de l'allaitement édité trimestriellement par la leche league france destiné aux professionnels de la santé.

www.info-allaitement.org IPA-Cerdam fiches pratiques sur la pratique de l'allaitement maternel à commander.

26 Hôpitaux IHAB en Belgique 2005 – 2016

IHAB depuis 2006

Ré évaluation 2010 – 2014

- GZA Ziekenhuizen Campus St-Vincentius, Antwerpen (100)
- UZA Edegem (300)
- Clinique St Pierre, Ottignies (043)
- Hôpitaux IRIS SUD, site Etterbeek Elsene Ixelles (087)
- CHU St Pierre, Bruxelles (076)

IHAB depuis 2008

Ré évaluation 2012 – 2016

- CHBA Bois de l'Abbaye, Seraing (042)
- CHU Brugmann - Huderf, Bruxelles (071)
- CHU Tivoli, La Louvière (096)
- Hôpital Erasme ULB Bruxelles (406)
- UZ KUL Leuven Campus Gasthuisberg, Leuven (322)
- AZ Sint Jan Brugge Oostende av Campus Henri Serruys, Oostende (049)
- AZ Jan Palfijn, Gent (713)
- Kliniek Sint Jan, Brussel (110)

IHAB depuis 2010

Ré évaluation en 2014

- AZ Sint Lucas, Gent (290)
- Vivalia - Centre hospitalier des Ardennes (CHA), Libramont (168)
- Centre Hospitalier Régional de Namur (CHRN), Namur (006)
- AZ Delta, Campus Wilgenstraat , Roeselare (117)
- IFAC/VIVALIA Hôpital Princesse Paola, Marche en Famenne (164)
- Jessa Ziekenhuis, Campus Virga Jesse, Hasselt (243)
- Epicura Ath - Maternité des Dix Lunes (724)
- Onze Lieve Vrouw Lourdes, Waregem (397)

IHAB depuis 2013

- AZ Monica, Deurne (682)

IHAB depuis 2015

- AZ Alma, Eeklo (032)
- CHIREC – Edith Cavell, Bruxelles (332)
- AZ Nikolaas, Campus Sint Niklaas (595)
- AZ St Vincentius, Deinze (134)

1. Introduction

Quel est la base de cette initiative ?

L'IHAB, connu dans le monde entier comme l'Initiative Hôpitaux amis des bébés a été lancé en 1991 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds d'urgence international pour l'enfance des Nations Unies (UNICEF) pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel. Très vite, le projet a été soutenu par les organisations internationales, les décideurs, les professionnels de la santé, des associations et des groupes de soutien pour les mères qui allaitent. Cette tendance est perceptible aussi bien dans les pays en développement que dans les pays industrialisés.

L'Union européenne, l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF soulignent la nécessité d'une qualité optimale des soins pour les mères qui allaitent. Ce fait a été enregistré dans de nombreuses déclarations et textes internationaux tels que la Déclaration Innocenti (1990 et 2005) (1) et la Stratégie Mondiale pour le nourrisson et le jeune enfant (2002) ². Ils sont présents également dans les orientations stratégiques du plan Nutrition Santé en Belgique (2005) ³. Plus de 20.000 établissements de santé, dans 152 pays, portent aujourd'hui ce label de qualité. En Europe de l'Ouest, on en compte plus de 300. Progressivement l'Initiative s'est ensuite étendue aux divers services de santé primaire concernés par la santé de la mère et de l'enfant, ainsi qu'aux services de consultation prénatale extrahospitaliers, de néonatalogie et de pédiatrie.

Le plan d'action IHAB a été lancé en Belgique en 2005 et est financé par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et de l'environnement, de l'UNICEF Belgique et le ministre de la Santé.

Le certificat de qualité de l'OMS-UNICEF est accordé aux organismes de soins de santé qui répondent aux critères IHAB- applicables au niveau mondial, suite à une évaluation interne standard par des experts reconnus.

L'IHAB impose des normes internationales, entre autres, pour la qualité des soins en matière d'allaitement, l'accompagnement des parents et la mise sur le marché d'aliments pour nourrissons. Les hôpitaux obtiennent le label IHAB s'ils respectent une série de recommandations pratiques en matière d'allaitement et s'ils informent et accompagnent correctement les futurs parents, les accouchées et leur partenaire. L'allaitement maternel offre des avantages à court terme, mais aussi à moyen et long terme, tant à l'enfant qu'à la mère. Le lait maternel contribue à protéger les enfants contre des infections très fréquentes, dont certaines potentiellement mortelles et favorise un développement cérébral optimal.

1

¹ Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité. Une déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, OMS, Genève, 1989

² Loi du 29 avril 1999 relative à la création d'un Comité fédéral de l'allaitement maternel

³ Plan National Nutrition et Santé pour la Belgique (PNNS-B) 2005-2010, Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, Axe 4, Texte scientifique p 92, Plan opérationnel p.42 www.monplannutrition.be

Le certificat de qualité peut être attribué si l'établissement satisfait aux critères suivants :

- Respect des Dix Conditions, 10 points-clés pour favoriser et accompagner de manière optimale l'allaitement maternel dont 80% du personnel médical et soignant formé en allaitement maternel ;
- Minimum 75 % d'allaitement maternel exclusif de la naissance à la sortie de la maternité du bébé.
- Respect des besoins physiques et psychiques des mères durant le travail et l'accouchement ;
- Protection des familles contre toute influence commerciale liée à l'alimentation des nourrissons, conformément au code éthique international relatif à la commercialisation des substituts du lait maternel, ce qui signifie notamment que l'établissement ne s'est pas procuré de substituts du lait maternel, biberons ou tétines/sucettes gratuitement ou à prix réduit et ne distribue pas de tels produits, ni d'autres articles promotionnels ;
- Informations et soutien nécessaires aux mères qui n'allaitent pas leur bébé.

Le programme « Hôpital Ami des Bébé » requiert une approche fondamentalement critique des méthodes de travail actuelles des hôpitaux (spécifiquement dans les unités pré-, per- et post-natales) et une qualité d'écoute soutenue, d'observation et de conseil, axée sur les besoins de la mère et de l'enfant.

Les objectifs finaux concernent la promotion de la santé, le bien-être de tous les nouveau-nés et de leur mère, ainsi que de leur famille.

Merci à la dynamique qui a animé la phase pilote initiale et qui a incité d'autres institutions à participer à cette initiative. Il en est résulté un deuxième et troisième appel à candidature qui a permis à 26 hôpitaux d'obtenir le Label IHAB.

En 2012, le projet a été aménagé pour que tous les hôpitaux puissent participer et évoluer selon leur propre rythme. Le contrat formation est né. Il a pour but que tout le personnel soit formé en allaitement maternel. En 2013, il a été élargi pour intégrer le programme en soins de développement et le NIDCAP.

Les changements lors de la prise en charge et l'information des femmes enceintes, le respect de la physiologie lors du travail et de l'accouchement, l'accueil du nouveau-né, le soutien et l'accompagnement des mères ont eu un écho positif auprès des maternités. Elles ont pris conscience de l'importance d'évoluer vers des pratiques respectueuses des futures mères, des mères et des nouveau-nés.

Ceci coïncide à la prise de conscience dans les services de néonatalogie, de la nécessité d'adapter les soins prodigués aux rythmes des bébés et de déléguer le rôle principal de cette prise en charge aux parents.

Le soutien et l'accompagnement à l'allaitement maternel et les soins de développement sont complémentaires et se superposent l'un à l'autre, ce qui confirme l'intérêt de travailler ces 2 projets en collaboration afin d'avoir une vision uniforme et coordonnée à transmettre aux services mères-enfants.

Afin de renforcer la prise de conscience par le biais d'un réseau d'associations pour les mères et les professionnels, la plupart des pays ont mis en place un comité national d'allaitement maternel avec comme objectif principal de promouvoir l'allaitement maternel et de coordonner l'IHAB pour le développer davantage.

Situation de l'IHAB en Belgique

L'allaitement maternel est toujours l'alimentation optimale, ses avantages à court, à moyen et à long terme sur la santé du bébé et de la mère ne cessent d'être prouvés. D'où l'importance en termes de santé publique, de promouvoir, de protéger et de soutenir l'allaitement maternel. Le gouvernement belge en était bien conscient et a créé le Comité Fédéral d'Allaitement Maternel au sein du SPF Santé publique, chaîne alimentaire sécurité et environnement (loi du 29 Avril (1999 .PDF)). Ce comité a été mis sur pied officiellement à la fin 2001. Il est composé de 18 membres titulaires et 18 membres suppléants (.PDF), qui sont nommés pour quatre ans et les deux proviennent d'institutions et d'associations de professionnel de santé et de parents qui fournissent des informations pour encourager l'allaitement maternel.

Le Comité donne des avis, lance des initiatives et encourage toutes sortes d'actions en faveur de l'allaitement maternel.

Ce comité travaille sur 6 projets :

1) **IHAB** (Initiative hôpitaux amis des bébés): Le CFAM a été à l'Initiative Hôpital Ami des bébés en Belgique. L'objectif était d'attribuer le label « Hôpital ami des bébés » à au moins 25% des hôpitaux qui dispose d'une maternité en 2010. Le pourcentage d'hôpitaux labellisés en 2016 est de 27,80%.

2) **Média** : conçoit et distribue depuis 2003 une affiche promotion de l'allaitement lors de la semaine internationale de l'allaitement maternel (40^{ème} semaine de l'année) et promeut et diffuse l'information avec le soutien du CFAM.

3) **Brochures** : le CFAM a publié un inventaire des données d'associations, d'experts et d'autres informations sur l'allaitement au sein.

4) **Plan d'action européen** : le CFAM supervise le plan d'action européen pour la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel. Dans ce contexte, une brochure sans texte » a été conçue. Ce qui permet aux parents qui n'ont pas la maîtrise de la langue d'avoir accès aux informations sur le démarrage de l'allaitement maternel.

5 / **IAB (Initiative Ami des BébéS)** qui se travaillent sur les critères pour qu'une institution autre qu'hospitalière puisse obtenir le label IAB. Crèches, gardiennes, écoles, ...

6/ **Facebook Allaitement-naturellement** a vu le jour pour apporter des informations, pour permettre l'échange des mères par le biais du forum de discussion.

Pour en savoir plus :

<http://www.health.belgium.be/fr/alimentation/politique-alimentaire/alimentation-et-sante/allaitement-maternel> site du CFAM

<http://www.health.belgium.be/fr/allaitement-naturellement>

Tous les services de maternité belges sont invités à participer sur base volontaire au projet IHAB. Le projet concerne plusieurs départements qui ont un lien avec la prise en charge des (futures) mères, des bébés et des familles, tels que : consultation prénatale, salle de naissance, maternité, néonatalogie et pédiatrie, situé sur le même campus ou s'ils coopèrent étroitement.

En 2008, le CFAM a élaboré un plan d'action visant à élargir ce programme « Baby Friendly » aux services en dehors de l'hôpital qui assurent les mêmes missions, comme : la garde des enfants, les maisons de naissance, les centres d'information et de consultation, les établissements d'enseignement, etc.

Objectif de l'IHAB

L'objectif de l'IHAB est d'assurer à chaque bébé, et à sa mère, le meilleur capital de santé et de bien-être possible, dès la naissance. C'est pourquoi les services de santé sont incités à améliorer leurs pratiques de soins ainsi que les informations qu'ils donnent aux futurs parents. Ceci de telle façon que ces derniers soient en mesure de faire des choix éclairés en matière d'alimentation et de santé et qu'ils soient soutenus dans leurs choix.

Grâce à la mise en œuvre des lignes directrices, on observe des changements multivariés dans la dynamique du groupe :

Compétences cognitives

- Que doivent savoir les membres de l'équipe ?
- Quelles changements doivent-ils apporter ?
- Ont-ils les connaissances nécessaires pour appliquer ces mesures ?
- Quels sont les problèmes allaitement que les membres de l'équipe devraient être en mesure de résoudre sur base de l'intégration des connaissances et de la compréhension de celles-ci ?

Les habiletés motrices

- Quelles compétences pratiques doivent-ils acquérir pour accompagner de manière optimale les (futures)mères en salle de naissance et respecter les conditions du Mother friendly ?

Compétences affectives

- Quelles attitudes doivent développer les membres de l'équipe à lui-même, le public cible, leurs collègues ...

Compétences sociales

- Apprendre à mieux communiquer au sein d'une équipe.
- Apprendre à travailler en équipe et en réseau.

Pourquoi la création d'un label IHAB ?

Les services de santé qui, par leurs compétences et le soutien offert aux mères pendant toute la période qui entoure une naissance, réussissent à créer un climat favorable à l'accueil du nouveau-né, au soutien et à la pratique de l'allaitement maternel peuvent se voir attribuer le label international OMS/UNICEF « Ami des Bébé » après s'être soumis, sur base volontaire, à une procédure d'évaluation. Celle-ci s'articule autour de critères internationaux

En Belgique, une grande majorité de futures mères projettent d'allaiter leur enfant. La moitié d'entre elles y renoncent dans les premières semaines, souvent faute de conseils ou d'encouragements adéquats. Le label leur permettra d'identifier les services de santé reconnus officiellement pour la qualité de leur accompagnement.

Quant aux professionnels de santé conscients des avantages de l'allaitement maternel pour les nouveau-nés ainsi que pour leur mère, ils peuvent trouver, dans cette démarche, la possibilité de créer plus de cohésion dans leurs équipes. Et ce, au service d'un accompagnement qui respecte les besoins des mères, favorise l'attachement parents/bébé et protège la santé des générations futures.

Que trouve-t-on dans ce guide ?

Des informations pratiques pour les équipes pluridisciplinaires qui tentent de mettre en œuvre les critères de qualité demandés et qui voudraient voir leurs efforts récompensés par l'obtention du label international « Ami des Bébé ».

Après une présentation des principes directeurs et les différentes étapes pour aboutir à la qualification, on y trouve explicités :

- Chacun des critères,
- Les points-clés pour l'obtention du label,
- Les divers domaines où l'information prénatale est essentielle pour permettre à la future mère, un choix éclairé pour elle et son bébé.

Que ne contient pas ce guide ?

Cette brochure ne fait aucune mention des lignes directrices pour l'obtention du label dans les services de néonatalogie ou de pédiatrie.

Cela exige, comme dans les autres pays où il existe déjà, un aménagement de certaines conditions qui correspondent aux besoins spécifiques de ces services.

Si vous êtes intéressé à travailler sur ce projet vous pouvez en faire part **aux coordinateurs de l'IHAB**.

Dans le contrat formation du personnel médical et soignant en allaitement maternel, un avenant a été introduit en 2013 : pour la formation et la sensibilisation aux soins de développement.

Les conditions de cette partie du contrat ne se trouve pas dans ce guide.

Si vous souhaitez de plus amples renseignements, adressez-vous à :

Pour les hôpitaux néerlandais : kelly.janssens@gezondheid.belgie.be

Pour les hôpitaux français : delphine.druart@sante.belgique.be

Ou sur le site : www.babyhospital.be

www.neonat.be

2. Principe directeur de l'IHAB

2.1. Promouvoir la qualité

Les « **Dix recommandations pour le succès de l'allaitement maternel** » sont la pierre angulaire de l'IHAB. Elles résument les pratiques qui visent à encourager l'allaitement maternel dans les services de maternité et elles constituent les critères généraux minimums à remplir pour pouvoir prétendre au label hôpital « Ami des Bébé ».

Il s'agit d'un projet global de haute qualité pour l'accompagnement de la naissance, des premiers liens parents-enfant et d'une alimentation optimale du nourrisson. C'est avant tout un état d'esprit, une capacité d'accueillir et de respecter les compétences et les rythmes du bébé et de ses parents, et non une course vers une hausse du pourcentage de bébés allaités qui ne prêterait aucune attention aux décisions, hésitations, ou besoin de réassurance des parents.

Dix recommandations pour le succès de l'allaitement maternel

Tous les établissements qui sont en contact avec les (futures) mères et les nouveau-nés devraient :

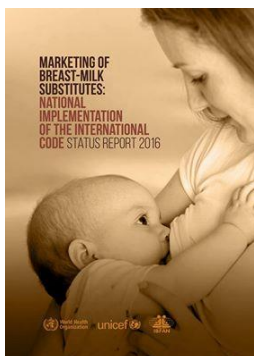
1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique, qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement.
4. Placer les nouveau-nés en peau-à-peau avec leur mère immédiatement à la naissance et ce pendant au moins une heure et encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Privilégier l'allaitement maternel exclusif, en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24h/24.
8. Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autre soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement.

Déclaration conjointe de l'OMS/UNICEF (1989) : "Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel - Le rôle spécial des services liés à la maternité"

Mise à jour et extension des lignes directrices IHAB pour des soins intégrés ", en 2009

Le programme soutenu principalement par les *Dix Recommandations pour le succès de l'allaitement maternel* a fait ses preuves dans de très nombreux pays. Il n'est cependant pas obligatoire d'acquiescer le label lui-même. C'est la mise en œuvre des pratiques recommandées qui est importante. Mais l'effort conjugué des membres d'un service pour évaluer leurs pratiques, les améliorer et obtenir le label peut entraîner un dynamisme et une rigueur de travail appréciables dans une unité de soin.

2.2 Protéger les parents de toute promotion commerciale en matière d'alimentation infantile



La recherche a montré que la promotion des substituts (1) du lait maternel, ainsi que des biberons et tétines, influence négativement les pratiques des professionnels de santé et les choix des mères en matière d'alimentation infantile.

Dans la ligne du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ², l'UNICEF a, dès 1991, appelé à un arrêt total de distribution d'échantillons ou de fourniture gratuite de tous les produits visés par le Code. Une directive européenne a invité les pays membres à adopter les principes de ce Code, ce qui s'est traduit en Belgique par un Arrêté Royal dont la dernière mise à jour date du 19/11/2007 ³. Celui-ci ne couvre encore que partiellement le Code et les Résolutions AMS ultérieures.

Pour obtenir le label IHAB, l'établissement hospitalier doit protéger les (futures) mères de toute influence commerciale et donc mettre en application le Code **dans son intégralité**. Dans cette optique, il est attendu que tous les supports d'information (brochures, dépliants, affiches, vidéos, colis-cadeaux, etc.) utilisés dans l'ensemble des locaux de l'établissement soient en accord d'une part avec la politique d'alimentation infantile, d'autre part avec le Code et l'Arrêté Royal belge qui réglemente les pratiques promotionnelles des firmes de laits pour nourrissons.

Pour lire le code dans son intégralité : https://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf
Le rapport de 2016 : http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/code_report2016/fr/

(1) On appelle « substitut du lait maternel » tout ce qui peut le remplacer totalement ou partiellement.

² Code international de commercialisation des substituts du lait maternel adopté par l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) en 1981 et les Résolutions AMS subséquentes, dont la dernière date de mai 2008 (AMS 61.20).

³ Arrêté Royal du 19/11/07 relatif aux denrées alimentaires destinées à une alimentation particulière, paru au Moniteur Belge le 11/12/07.

2.3 Assurer aux mères un accompagnement de qualité durant le travail et l'accouchement

Dès 2006, l'IHAB porte son attention sur la qualité de l'accompagnement offerts aux femmes durant le travail et l'accouchement. Le respect de leurs souhaits, de leurs besoins physiques et psychologiques est une étape importante pour un accueil optimal du nouveau-né. Cela permet de renforcer le lien d'attachement et de favoriser le bon démarrage de l'allaitement.

Le processus d'évaluation des hôpitaux belges candidats au label intègre les recommandations « Mother Friendly » depuis 2008.

Cette recommandation sera développée au chapitre 9 du guide.

2.4 L'information éclairée : un atout majeur

L'IHAB respecte le droit des parents de décider comment nourrir et prendre soin de leur enfant.

Les professionnels de la santé ont la responsabilité d'une part d'encourager les meilleures pratiques et d'autre part de s'assurer que les parents aient accès à une information appropriée, pertinente et non biaisée afin de prendre leurs décisions en toute connaissance de cause.

Cette information doit être offerte suffisamment tôt pour permettre aux parents d'y réfléchir pleinement. C'est-à-dire aussi bien pendant la grossesse, après la naissance et dans le décours de l'allaitement, notamment lors de la reprise d'activités professionnelles.

Les services qui sont évalués pour l'obtention du label ne seront pas pénalisés par le nombre de mères pour lesquelles il y a une contre-indication médicale temporaire ou continue d'allaiter (cfr chapitre 10). De même, Si certaines mères font un choix délibéré en contradiction avec l'une ou l'autre recommandations (donner la sucette à son bébé, exiger qu'on prenne son enfant pendant un certain nombre d'heures, etc ...)

Les évaluateurs s'assureront que les mères ont reçu une information appropriée et suffisante pour faire leurs choix.

Le label IHAB s'intéresse également aux mères qui ont choisi de nourrir leurs bébés avec du lait industriel. Il est important que ces mères aient les informations adéquates sur :

- L'information éclairée reçue durant la grossesse au sujet de l'alimentation du bébé.
- La préparation, la conservation de ce type d'alimentation.
- L'importance de détecter les besoins du bébé.
- L'importance du contact avec le bébé.

Le travail accompli par l'équipe de maternité pour parvenir à l'obtention du label dépasse largement le soutien de l'allaitement maternel pour retentir aussi sur l'accompagnement des premières relations familiales.

3. L'obtention du Label

L'obtention du label international nécessite une préparation intensive et multidisciplinaire. Le SPF Santé publique, cellule qualité DGGS ont nommés deux coordinateurs pour aider les hôpitaux.

Les directives internationales sont strictes, 80% à 100% de réponses correctes aux questions posées lors des entretiens.

L'évaluation se déroule en deux étapes par une équipe d'experts externes au SPF Santé Publique.

Au bout de ses deux étapes, un rapport anonymisé est remis au comité d'attribution composé également d'experts externes, ceux-ci délivre le label au terme d'une réunion réunissant évaluateurs et experts.

Vous pouvez vérifier le processus dans le chapitre **4.3**

3.1 Étape préliminaire : L'autoévaluation

L'établissement évalue lui-même ses pratiques par rapport aux critères de l'IHAB, au *Code* et au *Respect des besoins des femmes pendant le travail et l'accouchement*. En remplissant le *Formulaire d'auto-évaluation*, il peut ainsi identifier les points forts et les points faibles, afin d'élaborer un plan d'action pour atteindre les résultats demandés.

Formulaire d'auto-évaluation :

- ✓ À télécharger sur le site du SPF Santé Publique ou à demander aux coordinatrices.

3.2 Plan d'action et création du comité d'allaitement

Sur base des conclusions de l'auto-évaluation, l'établissement élabore un plan d'action concernant les améliorations et les formations nécessaires pour atteindre les standards minimums requis pour le label.

Il crée un *Comité « Allaitement »* pour piloter les actions nécessaires. Ce comité, il sera composé d'une sage-femme, un(e) gynécologue et un(e) pédiatre, si possible un anesthésiste comme interlocuteurs principaux des coordinatrices IHAB.

N.B. Il est particulièrement important que ces personnes puissent se libérer pour les réunions qui se dérouleront sur site ou au SPF avec les coordinatrices, lors des 4 réunions inter-hospitalières organisées, ainsi qu'aux groupes de travail pour les médecins.

3.3 Candidats au label

Les demandes de candidature se font **sur base volontaire auprès des coordinatrices** qui assureront l'accompagnement dans le processus de labellisation.

Cette demande de candidature sera accompagnée des documents suivants :

- Un exemplaire du formulaire d'auto-évaluation, dûment rempli,
- Un exemplaire de la politique actuelle de service portant sur tous les critères de l'IHAB,
- Un résumé des informations concernant le travail, l'accouchement, l'accueil du bébé à la naissance et l'alimentation infantile, dispensées à toutes les femmes enceintes qui fréquentent les divers services prénatals offerts par l'établissement,
- Le programme et le contenu de la formation assurée aux différentes catégories de personnel en contact avec les mères et les enfants, ainsi que le planning des formations déjà réalisées et prévues dans l'année à venir, et la liste des personnes qui ont suivi ou vont suivre ces formations.

3.4 L'évaluation

Si un établissement répond aux normes requises, y compris le *Code* et le *Respect des besoins des femmes pendant le travail et l'accouchement*, il peut présenter une demande à la coordination IHAB pour la réalisation d'une évaluation.

Celle-ci s'effectue par des évaluateurs formés. Leur tâche consiste à utiliser les questionnaires rédigés au niveau international pour examiner les documents hospitaliers et diverses informations données.

Au sein de l'institution, des observations sont effectuées pour détecter s'il n'y a pas d'infraction au Code International. Des entretiens ont lieu avec des membres de la direction, les femmes enceintes, le personnel soignant et non soignant et les mères accouchées allaitantes ou pas. Toutes les données obtenues sont traitées dans les formulaires standard de l'OMS et commenté.

Les évaluateurs ne sont pas autorisés à attribuer le certificat, ils gardent toute la réserve nécessaire et n'adressent aucune conclusion à l'établissement. Leur rapport écrit est soumis aux coordinateurs qui les transmettent anonymisés aux membres du comité d'attribution.

Les dates sont déterminées par rapport à la disponibilité des évaluateurs et les journées dans l'établissement où l'activité prénatale est conséquente.

3.5 Attribution du Label ou du certificat d'encouragement

Le comité d'attribution est composé d'un président et d'un groupe d'experts dans le domaine des soins de santé ayant une expertise particulière en allaitement. Ce comité examine le rapport final et en discute lors d'une réunion. A l'issue de la réunion, le label est attribué à l'établissement qui remplit les conditions recommandées par l'OMS et l'UNICEF, si le comité juge les manquements trop importants, il peut remettre un certificat d'encouragement.

La décision du comité d'attribution sera communiquée le jour même aux dirigeants de l'institution, puis au Département OMS de la nutrition et le siège de l'UNICEF.

Les conclusions du rapport des évaluateurs et un rapport de la réunion du comité d'attribution sur l'institution évaluée seront également transmis à l'UNICEF.

En cas d'obtention d'un *Certificat d'encouragement*,

- Le Comité d'attribution du label précise dans son procès-verbal ce qui doit être amélioré et réévalué, si la réévaluation sera complète ou si elle ne portera que sur certains critères, ainsi que le délai prévu pour cette réévaluation.
- Celle-ci se fera aux frais de l'établissement. Celui-ci confirme alors aux coordinatrices ce qu'il décide : programmer cette réévaluation ou y renoncer.
- Si le service évalué est en désaccord complet avec les conclusions du rapport des évaluateurs, une procédure d'appel peut être mise en place. Elle consiste en une révision des documents remplis par les évaluateurs, par un évaluateur non impliqué dans l'évaluation de ce service. Celui-ci fournira ses conclusions au Comité d'attribution qui soit maintiendra sa décision de réévaluation complète ou partielle, soit demandera un complément précoce d'évaluation avant de se prononcer définitivement, soit modifiera sa décision initiale.

En cas d'obtention du *Label IHAB*, l'établissement donne son consentement de diffuser l'information par ses canaux habituels de communication et auprès de la presse. L'établissement pourra déclarer librement l'obtention du label. Les hôpitaux labellisés veilleront à ce que cette information soit divulguée d'une façon juste, correcte et sans porter préjudice à d'autres services hospitaliers.

Une plaque murale, avec pour logo la « Maternité » de Picasso, pour laquelle l'UNICEF a acquis le Copyright, atteste de l'obtention du label et de la date prévue pour la réévaluation. Cette plaque sera décernée officiellement au cours de la journée d'étude et pourra être apposée à l'extérieur ou à l'intérieur du bâtiment de l'établissement pour en informer le public.

L'établissement ne reçoit qu'une seule plaque, dont le coût est financé par UNICEF-Belgique. Comme il peut s'avérer utile d'informer le public de cette labellisation à différents endroits, une reproduction supplémentaire sur support papier de même format que l'original sera fournie.

3.6 Suivi et ré évaluation

Le label est attribué pour une durée de 4 ans. Au terme de ces 4 ans, la coordination propose à l'établissement d'être ré évalué.

Si cette réévaluation est réussie, le label lui est attribué pour une nouvelle durée de 4 ans et une nouvelle plaque est décernée, comportant la date de la réévaluation réussie et la date de la nouvelle échéance.

Si elle n'est pas réussie, l'établissement aura une seconde opportunité pour se mettre en conformité avec les exigences du label et être réévalué, soit sur quelques points spécifiques soit sur la totalité des critères. À l'issue de quoi, soit la nouvelle plaque lui est décernée, soit l'ancienne plaque lui est retirée.

L'établissement ne peut donc afficher la plaque et sa reproduction que pour la période mentionnée. A la date d'expiration et en l'absence d'une réévaluation, la plaque est également retirée.

Si, entre deux évaluations, les pratiques de l'établissement se révèlent ne pas rester conformes aux critères (nettement détériorés), l'établissement en sera averti et sa réponse sera sollicitée. Dans le cas où la réponse n'est pas adéquate ou suffisante, une visite sera envisagée pour évaluer plus précisément si l'établissement peut remédier rapidement à ce qui a entraîné des observations négatives. Une période probatoire peut alors être accordée, avec éventuellement une assistance externe, avant réévaluation. Ce n'est qu'au terme de celle-ci qu'il sera décidé si l'établissement peut, ou non, garder le label et la plaque et son inscription dans la liste des hôpitaux labellisés.

Il est donc demandé au service labellisé de s'assurer que ses pratiques continuent à répondre aux critères de qualité. À cette fin, l'établissement doit envoyer aux Coordinatrices IHAB un rapport annuel sur le suivi des conditions et les statistiques en matière d'alimentation infantile.

4. Processus d'évaluation

4.1 Les évaluateurs

L'équipe d'évaluateurs est composée de plusieurs évaluateurs confirmés appartenant à des catégories professionnelles différentes et éventuellement d'un évaluateur en formation. Parmi eux, le responsable d'évaluation est chargé de la bonne organisation du travail de son équipe, des contacts organisationnels avec les coordinatrices IHAB, du recueil des documents écrits requis, de la transcription des données recueillies et de la rédaction du rapport.

L'évaluateur est un expert dans le domaine de l'allaitement du fait de sa formation et de son expérience. Il a suivi une formation spécifique sur l'IHAB et la conduite de l'évaluation.

Il est tenu au respect de la confidentialité des informations dont il a connaissance à l'occasion de sa mission. Il s'engage à déclarer aux coordinatrices, les conflits d'intérêts (formation, travail dans l'établissement évalué) pouvant interférer avec sa mission.

4.2 Outils

Les outils utilisés par les évaluateurs au cours de l'évaluation s'alignent sur le protocole international élaboré en 1992 et révisé en 2006 et 2009 par l'OMS et l'UNICEF :

- ✓ Les *Questionnaires d'évaluation*, selon la catégorie de personnes interviewées : les questions explorent la façon dont sont mis en œuvre les critères, et les résultats concrets observables dans les pratiques et savoirs des mères,
- ✓ Les *fiches analytiques* des documents écrits (politique, brochures, formation, informations données).

- ✓ Les *Fiches récapitulatives et le guide d'accompagnement* qui constituent le rapport d'évaluation qui sera communiqué au Comité d'attribution.
- ✓ Les *rapports anonymisés* sont traduits pour être envoyé aux experts NI et Fr du comité d'attribution.

4.3 Étapes

Avant que l'hôpital présente une demande officielle d'évaluation.

Une pré évaluation (audit) est réalisée par la coordination, un évaluateur et des membres de l'équipe. Les conclusions du rapport est remis à l'établissement afin d'améliorer les points encore déficients.

L'évaluation proprement dit se déroule en 2 étapes.

Première étape

Évaluation des documents écrits (politique, informations, brochures, formations)

Documents à élaborer et à fournir :

- La politique de service concernant les pratiques préconisées par l'IHAB, y compris les mesures prises pour protéger les familles de toute promotion commerciale pour l'alimentation infantile, document servant de référence (évolutive) et porté à la connaissance de tous les professionnels travaillant dans le service (cfr chapitre 6.1),
- L'affiche à destination du public, qui résume les points-clés de cette politique dans un langage approprié et qui est traduite dans les langues les plus fréquemment utilisées par le public qui fréquente l'établissement,
- Les protocoles de service en lien avec la politique élaborée,
- Les programmes de formation pour mettre en œuvre cette politique, qui sont donnés aux différentes catégories de personnel en contact avec les mères et les nourrissons, ainsi que le planning des formations déjà réalisées, de celles qui sont prévues dans l'année à venir, et la liste des personnes qui les ont suivies,
- Les statistiques en matière d'alimentation infantile suivant le modèle établi par la coordination.
- Le résumé des informations prénatales communiquées à **toutes** les femmes enceintes qui fréquentent les services prénatals de l'établissement ; et description des moyens mis en place pour vérifier si chaque femme (chaque couple) a effectivement reçu l'information et a eu l'occasion d'en parler avec un professionnel,
- Les imprimés, livrets, dépliants, vidéos, cdrom, etc. mis à la disposition ou donnés aux femmes enceintes, aux mères, et aux (futurs) pères.

Ces documents seront évalués par le responsable de l'équipe d'évaluation et un autre évaluateur, ils confondront leurs remarques. L'analyse sera transmise aux coordinateurs qui les renverront au comité d'allaitement afin d'y apporter les modifications nécessaires et valider les documents.

Il faut avoir intégré les changements proposés dans les documents pour passer à l'étape suivante.

Étape 2 - 1 ou 2 jours sur site

Interviews de la direction/du personnel médical et soignant/non – soignant/femmes enceintes/mères accouchées/ mères dont le bébé est hospitalisé en néonatalogie
Observations des éventuelles infractions au Code International dans les locaux, couloirs, chambre, bureau, espace détente.

Il s'agit d'évaluer la connaissance et les compétences des professionnels de santé en matière d'allaitement et des informations et de l'accompagnement offerts aux femmes enceintes et aux mères qui ont accouché.

En début de journée d'évaluation, il est souhaitable d'organiser un bref moment de présentation réciproque des évaluateurs et du personnel présent dans le(s) service(s). Quelques règles et modalités peuvent être échangées pour une bonne organisation du temps d'évaluation.

L'établissement met à la disposition des évaluateurs une petite salle de travail fermant à clé, comprenant tables et chaises, pour toute la durée de la (ou des) journée(s) d'évaluation. Deux clés sont fournies pour faciliter les allées et venues des évaluateurs dans ce local. Celui-ci ne devra pas être utilisé par d'autres personnes de l'établissement pendant cette(ces) journée(s).

L'établissement prévoit des boissons, et un repas/collation en milieu de journée.

Listes et documents à fournir au responsable de l'équipe d'évaluation :

- ✓ Les renseignements sur l'établissement et ses services de maternité » déjà remplies pour l'auto-évaluation mais réactualisée à la date de l'évaluation,
- ✓ La liste de toutes les personnes travaillant dans le(s) service(s) concerné(s) avec :
 1. Nom, prénom, qualification, ancienneté dans le service
 2. Heures de présence dans l'établissement au cours de l'évaluation, ou autre moyen de les joindre

Cette liste se présentera de telle façon que l'on puisse facilement identifier les différentes catégories de personnels, qu'il s'agisse de praticiens hospitaliers ou de praticiens associés à l'hôpital, d'assistants, d'étudiants, etc.

- ✓ La liste du personnel non-soignant (puéricultrice, TMS ONE, psychologue, Kinésithérapeute, personnel d'entretien, aide-logistique, ...) et le créneau horaire où ils seront disponibles pour un entretien en groupe ou en individuelle,

À titre indicatif

- ✓ Un exemplaire du texte de la politique de service sur les pratiques préconisées par l'IHAB,
- ✓ Un exemplaire des protocoles de service en lien avec cette politique ;

Interview en groupe de la direction et des responsables des différents services (maternité, salle de naissance, néonatalogie, consultations prénatales).

15 à 20 interviews auprès du personnel médical et soignant.

- ✓ L'échantillon des membres du personnel médical et soignant, est prélevé au hasard par les évaluateurs sur base des listes remises, sera le plus représentatif possible des différentes catégories de personnel. Des médecins ou autres professionnels libéraux qui prestent ou consultent régulièrement dans le service peuvent être également tirés au sort. Des rendez-vous à heure précise peuvent être convenus avec certaines des personnes tirées au sort, si cela facilite l'organisation du service ou des consultations.
- ✓ Les informations récoltées au cours des interviews individuelles demeurent confidentielles et anonymes. L'aspect "examen" peut faire peur à certains, le but n'est cependant pas de noter ou juger individuellement les personnes mais de comprendre comment les équipes, dans leur ensemble, mettent en œuvre les critères de l'IHAB.
- ✓ Les interviews peuvent prendre au moins une demi-heure.

Ce que rapportent les mères en matière d'information, d'accompagnement et de soins est déterminant. Cela donne une certaine idée de l'impact des pratiques de l'établissement. Interviewer les mères constitue une partie essentielle de l'évaluation et complète le point de vue donné par le personnel.

L'évaluation mettra en lumière les efforts déployés pour informer les femmes enceintes et accouchées, de façon pertinente et adéquate, pour les soutenir dans leur choix, quel qu'il soit.

Listes et documents à fournir au responsable de l'équipe d'évaluation :

- ✓ La liste de toutes les femmes enceintes d'au moins 34 semaines (SA), avec indication du nombre de SA, qui ont déjà bénéficié d'au moins deux contacts prénatals dans l'établissement (consultations, séances d'information, cours de préparation, monitoring fœtal, hospitalisation, ...),
- ✓ Le % de femmes enceintes, parmi celles qui ont bénéficié de contacts prénatals dans l'établissement depuis les 12 derniers mois, qui ont reçu des informations sur l'allaitement maternel et les pratiques qui le favorisent ; et la description du mode d'encodage qui permet cette estimation,
- ✓ La description des moyens mis en place pour vérifier individuellement si chaque femme (chaque couple) a effectivement reçu ces informations et a eu l'occasion d'en parler avec un professionnel,
- ✓ La liste de toutes les mères qui ont accouché et qui sont présentes dans les services de postpartum, en faisant les cinq distinctions suivantes :
 - Celles qui ont accouché par voie vaginale
 - Celles qui ont accouché par césarienne sans anesthésie générale
 - Celles qui ont accouché par césarienne avec anesthésie générale

et, parmi elles :

- Celles dont le bébé a moins de 37 semaines de gestation à la naissance, bien qu'il soit avec sa mère dans le service postpartum et ne nécessite pas de séjourner dans un service de néonatalogie),
 - Celles dont le bébé séjourne dans un service de néonatalogie, quel que soit l'âge de celui-ci.
- ✓ Les justificatifs de paiement des laits pour nourrissons, y compris laits spéciaux et autres accessoires ou approvisionnements en matière d'alimentation des nourrissons, utilisés dans le service sur les 12 derniers mois, montrant que l'établissement n'est plus approvisionné en fournitures gratuites ou à prix réduit.

Au moins 10 à 12 interviews auprès de femmes enceintes qui fréquentent les services prénatals ou qui sont hospitalisées

- ✓ L'échantillon de femmes à interroger est prélevé au hasard, sur base des listes remises. Le but est d'interviewer le plus grand nombre possible répondant aux critères définis.
- ✓ Les évaluateurs veillent à ce que les personnes interrogées comprennent bien les questions. Dans certains cas ceci pourrait nécessiter la présence d'interprètes professionnels (cette question devra être envisagée en temps opportun afin que les interprètes reçoivent quelques instructions préliminaires et soient préparés au vocabulaire relatif aux questions posées).

Au moins 10 à 12 interviews de mères accouchées

- ✓ Pour s'assurer qu'elles aient eu l'occasion de bénéficier d'informations suffisantes avant l'interview, les mères hospitalisées, qu'elles allaitent ou non, sont interviewées de préférence à un moment proche de leur sortie. Si l'échantillon est trop restreint, on fera des interviews plus tôt mais en essayant d'éviter le premier jour.
- ✓ Avant et pendant l'évaluation, il est nécessaire que le personnel explique aux femmes enceintes et aux mères hospitalisées qu'une évaluation **sur les pratiques de soins et d'information** est menée dans l'établissement. Et qu'elles sont susceptibles d'être interviewées. Il ne doit pas leur être dit que l'évaluation porte uniquement sur l'allaitement maternel, ce qui n'est d'ailleurs pas le cas et biaiserait les interviews.
- ✓ Les interviews sont menées individuellement et sans que l'entretien ne puisse être écouté. Le consentement et le caractère anonyme et confidentiel des déclarations sont préservés. Les évaluateurs n'emportent aucune liste nominative en fin d'évaluation. Le respect de la vie privée doit évidemment être assuré dans les meilleures conditions.
- ✓ Si le comité d'éthique de l'établissement l'estime nécessaire, un formulaire de consentement sera remis puis recueilli avant l'interview, par un membre du service, auprès des mères tirées au sort.

Observations

- ✓ Les évaluateurs doivent faire rapport de quelques périodes d'observation, dans les services de consultation prénatale, de postpartum, les salles de naissance, de néonatalogie : il s'agit d'observation des pratiques préconisées par l'IHAB, des messages affichés, des publicités commerciales pour laits, biberons, tétines et sucettes, ainsi que de l'atmosphère générale d'adhésion au projet.
- ✓ Si les évaluateurs sont amenés à observer les pratiques entourant le moment de la naissance en salle d'accouchement, ils le feront dans la plus grande discrétion et avec le plein consentement des familles.

Le rapport de l'ensemble des deux étapes d'évaluation est soumis aux coordinatrices qui assureront la traduction et la transmission au Comité d'attribution (cfr chapitre 3.5).

Rappelons-le, le rôle des évaluateurs n'est pas d'attribuer le label, ils n'adresseront donc aucune conclusion à l'établissement en fin d'évaluation, même s'ils trouvent opportun d'adresser oralement des félicitations.

Généralités

Pour éviter que les résultats ne baissent avant la fin de la seconde étape, **le temps maximum à partir de la demande d'évaluation est limité à 2 ans** pour l'ensemble du processus. Aux **6 premiers mois** pour la première étape et à **18 mois** pour la seconde étape.

- ✓ Avant chaque étape d'évaluation, la coordination IHAB conviendra, avec la direction de l'établissement et le Comité d'allaitement du service à évaluer :
 - des modalités d'évaluation, -
 - des documents à fournir aux évaluateurs, -
 - des dates fixées, -
 - du coût (cfr chapitre 4.6) et du mode de paiement.
- ✓ Le CFAM s'engage à ne pas communiquer publiquement le fait qu'un établissement demande une évaluation, et ce jusqu'à la fin du processus, c'est-à-dire la décision finale du Comité d'attribution.
- ✓ Les coordinatrices IHAB pourront mettre à la disposition des candidats un certain nombre d'outils de pré-évaluation, des check-lists et des modèles d'encodage de données qui ont été testés au cours des phases-pilotes.

4.4 Rapport d'évaluation

La rédaction du rapport final d'évaluation est sous la responsabilité du responsable de l'équipe d'évaluation. Le rapport est constitué des fiches récapitulatives des interviews, observations et examens des documents, indiquant le degré d'application des critères IHAB, selon la notation internationale. Il comprend également les recommandations et commentaires éventuels des évaluateurs sur la mise en application de chacun de ces critères.

Après traduction en néerlandais, ce rapport, dont on aura enlevé toute trace d'identification, est transmis aux membres du Comité d'attribution, à chacun dans sa langue.

Les décisions finales du Comité d'attribution font l'objet d'un procès-verbal, archivé par la coordination, et sont transmises aux départements internationaux de l'UNICEF et de l'OMS où sont consignés les résultats relatifs aux progrès de l'IHAB. Une copie des conclusions du rapport est adressée au service évalué.

4.5 Maternités associées à un service de néonatalogie sur le même site

Il est évident que pour atteindre les taux d'allaitement requis pour l'obtention du label (cfr chapitre 5), une cohérence de prise en charge entre les deux services est nécessaire.

Il n'y a pas encore d'outils spécifiques pour évaluer les services de néonatalogie, l'évaluation portera alors son attention sur :

- ✓ La prise en compte, par ce service de la politique d'alimentation infantile adoptée par les services de maternité,
- ✓ La qualité de la coordination entre les services, pour que les mères séparées de leur bébé reçoivent des messages concordants,
- ✓ Les moyens mis en œuvre pour assurer la formation théorique et pratique du personnel en matière d'alimentation infantile,
- ✓ Les moyens mis en œuvre pour favoriser le lien mère-enfant, la proximité du bébé avec sa mère, le peau-à-peau et les soins prodigués par les parents.

Les évaluateurs chercheront à évaluer cette cohérence entre les services par :

- ✓ L'interview des responsables de service,
- ✓ Les interviews de mères hospitalisées en service de postpartum dont le bébé séjourne en néonatalogie,
- ✓ L'examen du protocole concernant les indications médicales pour donner des compléments au lait maternel,
- ✓ L'examen de l'information et du soutien offerts aux mères pour apprendre à exprimer leur lait, manuellement et au tire-lait
- ✓ Une observation portant sur:
 - L'affichage du résumé de la politique d'alimentation infantile de l'établissement dans un langage adapté aux parents qui fréquentent le service de néonatalogie,
 - L'absence de publicités des fabricants de substituts du lait maternel, de biberons et tétines,
 - L'accueil, le confort et le climat général offert aux parents pour leur faciliter les contacts avec leur bébé.

4.6 Coût de l'évaluation

Le **coût** de l'évaluation est à charge de l'établissement hospitalier. Il comprend les honoraires des évaluateurs, leurs frais de déplacement et de séjour, les frais administratifs et le matériel nécessaire à l'organisation de l'évaluation ainsi que les honoraires et les frais de déplacements du comité d'attribution.

Le montant ainsi que les modalités pour le verser sont précisés dans la convention évoquée en fin de chapitre 4.3.

Il faut envisager une somme totale de 5.000, 00 euros à 6.000, 00 euros

Si une ré évaluation partielle ou complète est nécessaire, suite au fait que les résultats minimums requis ne sont pas atteints, un financement complémentaire devra être convenu.

5. Recueil de données statistiques en matière d'alimentation infantile

Un critère important pour l'attribution du label international « Hôpital Ami des Bébé » est le taux d'allaitement maternel **exclusif de la naissance à la sortie** (des bébés) **de l'établissement hospitalier**. Quand un établissement a mis en œuvre les critères de l'IHAB et respecte le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (et les Résolutions ultérieures de l'AMS qui s'y rapportent), il est attendu que cela se traduise par un taux moyen, au cours des **douze mois** précédant l'évaluation, égal ou supérieur à **75%** des bébés, \geq à 37 SA, nourris exclusivement au lait maternel. Ceci peut être un critère difficile à atteindre dans les régions -ou établissements- où les taux d'allaitement sont généralement bas.

Il pourra être très utile d'intégrer ce recueil de données dans le système global d'évaluation de la qualité des pratiques hospitalières, qui est informatisé dans l'établissement.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) recommande un allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de vie du bébé et prolongé, après l'introduction de l'alimentation diversifiée, jusqu'à 2 ans.

La poursuite de l'allaitement exclusif pendant 6 mois par rapport à une durée de 3 à 4 mois permet un développement optimal des nourrissons et doit être encouragée.

De nombreuses études démontrent les effets positifs de l'allaitement maternel sur la santé des mères et des bébés (Lancet 2016).

Les bienfaits les plus connus sont :

- La santé physique du nouveau-né, de l'enfant et même de l'adulte qu'il devient.
- La santé physique de la maman qui allaite.
- Le lien tissé entre eux.

L'allaitement maternel est un problème de santé publique qui a un impact sur le devenir des enfants à l'âge adulte aussi important que les effets bénéfiques d'une alimentation diversifiée, sans trop de sucre, de sel et de graisses.

C'est donc en référence à ces recommandations et à cette exclusivité (= rien que du lait maternel) que l'on va recueillir les données statistiques sur l'alimentation des nouveau-nés. Lorsqu'il entame sa démarche vers l'obtention du label, il est nécessaire que l'établissement adopte les définitions utilisées par l'OMS pour caractériser les différents modes d'alimentation.

- **Allaitement maternel** : l'enfant reçoit du lait maternel directement au sein ou exprimé.
- **Allaitement maternel exclusif** : l'enfant reçoit exclusivement du lait maternel (une supplémentation en vitamines, minéraux ou médicaments, donnés autrement qu'au biberon, n'altère pas cette définition).

NB : Cette définition inclut le lait de mères donneuses (lactarium ou banque de lait).

Sur base de ces définitions, les **indicateurs** statistiques qu'il faut relever pour le programme IHAB en Belgique portent uniquement sur les enfants de ≥ 37 SA, nés vivants dans l'établissement (y compris ceux qui ont été transférés ensuite d'un autre établissement) selon les catégories suivantes :

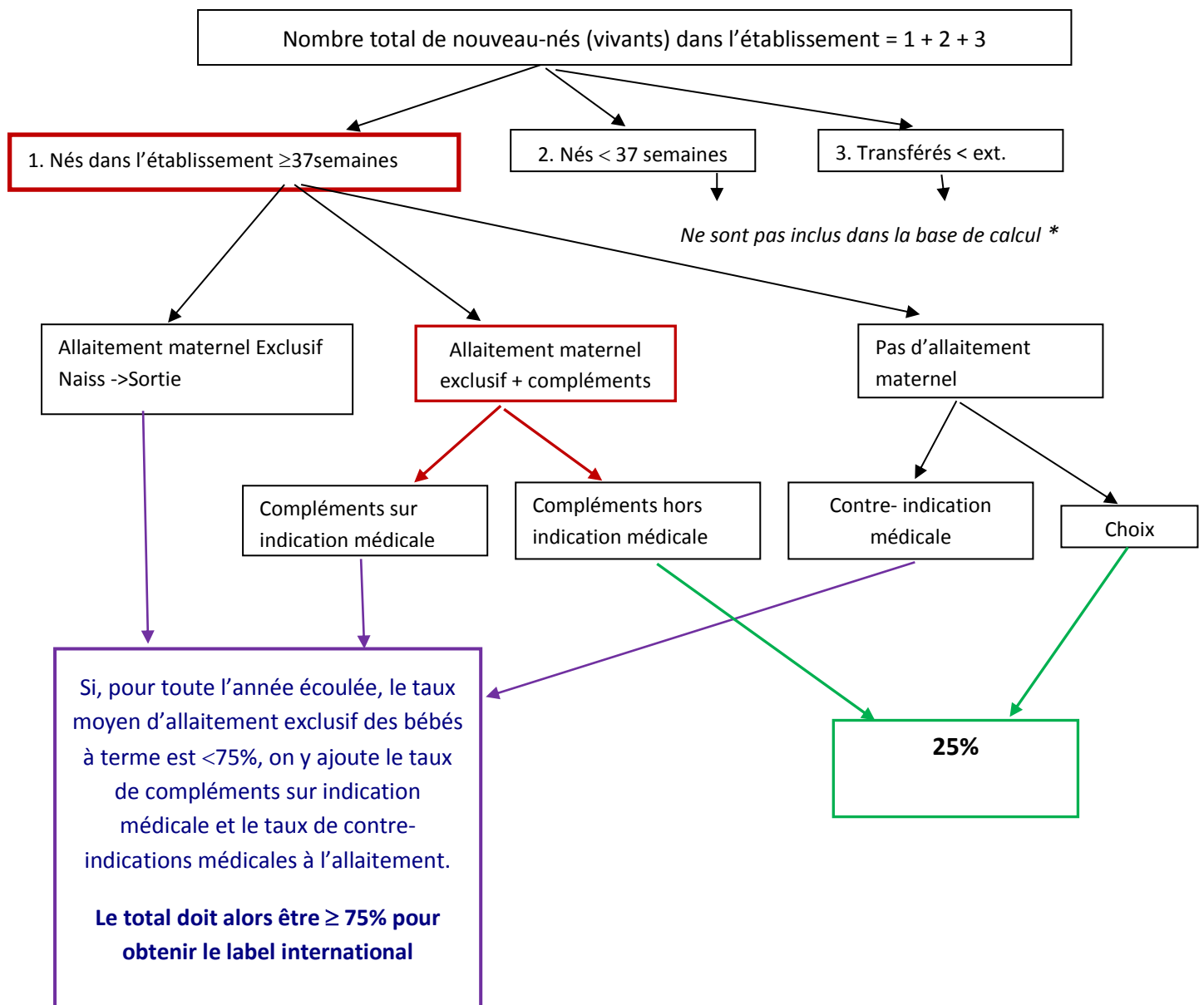
- **Nouveau-nés nourris exclusivement au lait maternel** (y compris du lait maternel exprimé) **de la naissance à la sortie de l'établissement hospitalier** (qu'ils sortent du service de maternité (postpartum) ou de néonatalogie : c'est la date de la sortie du nouveau-né hors de l'établissement qu'il a été décidé de prendre en compte)
- **Nouveau-nés nourris au lait maternel qui ont reçu une ou plusieurs fois autre chose que du lait maternel** (Lait industriel, eau, autres liquides), de la naissance à la sortie de l'établissement hospitalier, **sur indication médicale justifiée (EBM)** (cfr chapitre 10)
NB : dans le cas exceptionnel où un nouveau-né nourri au lait maternel est passé à une alimentation artificielle exclusive, sur indication médicale, il a été convenu de le compter dans ce total
- **Nouveau-nés nourris au lait maternel qui ont reçu une ou plusieurs fois autre chose que du lait maternel** (Lait industriel, eau, autres liquides), de la naissance à la sortie de l'établissement hospitalier, **hors indication médicale justifiée (EBM)**
NB : il a été convenu que les nouveau-nés nourris au lait maternel qui sont passés à une alimentation artificielle exclusive, hors indication médicale, entrent dans ce total.
- **Nouveau-nés qui n'ont pas du tout été nourris au lait maternel**, de la naissance à la sortie de l'établissement hospitalier, **sur indication médicale justifiée (EBM)**
NB : il a été convenu que les nouveau-nés transférés après leur naissance dans un autre établissement, sans avoir été nourris du tout, entrent dans ce total
- **Nouveau-nés qui n'ont pas du tout été nourris au lait maternel**, de la naissance à la sortie de l'établissement hospitalier, **hors indication médicale justifiée (EBM)**
NB : il a été convenu que les nouveau-nés qui ne reçoivent que le colostrum à la naissance, entrent dans ce total.

Les cinq catégories doivent totaliser 100% des enfants ≥ 37 SA nés dans l'établissement. Ne sont pas compris, les bébés qui sont transférés après être nés dans un autre établissement. Pour les bébés nés dans l'établissement et transférés ailleurs, ce sont les données jusqu'au jour de leur transfert qui sont prises en compte.

Pour être en mesure d'établir ces statistiques et de répondre aux questions que pourraient poser les évaluateurs concernant le mode d'alimentation de l'un ou l'autre enfant, il est utile d'indiquer, dans les dossiers individuels, tout ce que le nourrisson a reçu d'autre que du lait maternel :

- Eau, ORS, lait industriel,
- Le mode d'administration (cuillère, gobelet, DAL, biberon, ...)
- Le motif,
- Le nombre de complément reçu.

Les coordinatrices IHAB pourront mettre les candidats en contacts avec des personnes qui ont pu tester un modèle d'encodage et d'exploitation des données statistiques au cours de la phase-pilote IHAB, s'ils le souhaitent.



Ce tableau vous présente visuellement comment le pourcentage minimum d'allaitement maternel exclusif, défini pour l'obtention du label international, est calculé.

Notez bien que le pourcentage minimum requis doit correspondre au taux moyen sur les douze derniers mois avant la troisième étape de l'évaluation.

NB : Si les enfants nés avant 37 semaines ne sont pas inclus dans le calcul du pourcentage requis, il n'en reste pas moins qu'un établissement labellisé soutient l'exclusivité de l'allaitement maternel des prématurés dans toute la mesure du possible et que cela sera évalué notamment au travers de la Condition n°5 (cfr chapitre 6.5 et chapitre 4.5).

6. Les 10 recommandations pour le succès de l'allaitement maternel

Points clé de l'évaluation et conseils pratiques

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

Le service aura formulé par écrit une politique concernant les pratiques préconisées par l'IHAB pour une alimentation infantile optimale et qui protège l'allaitement maternel par une adhésion au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux Résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la santé. Cette politique mentionne également que les mères qui n'allaitent pas leur enfant sont conseillées sur l'alimentation de leur enfant et guidées dans le choix le plus approprié à leur situation. L'accompagnement et le respect des besoins des mères pendant le travail et l'accouchement y est aussi évoqué.

La politique sera accessible à tout le personnel soignant et non-soignant.

Un résumé de cette politique, couvrant au minimum les Dix Conditions, le Code et Résolutions subséquentes, ainsi que le soutien fourni en cas de non-allaitement, sera affiché de manière visible dans toutes les parties de l'établissement qui desservent les femmes enceintes, les mères, les nourrissons et enfants. Ceci concerne les services de consultations prénatales, les salles de travail et d'accouchement, les services et chambres de maternité, tous les lieux de soins et d'observation, et tout service de soins spécialisés pour nourrissons.

Le résumé de la politique sera affiché dans les langues les plus couramment comprises par les parents et le personnel.

Commentaires

Il est souhaitable que cette politique soit rédigée et lue par une équipe pluridisciplinaire afin de permettre l'adhésion du plus grand nombre.

Les coordinatrices IHAB proposent une « checklist » à l'usage de ceux qui rédigent le texte final de façon à ce qu'ils puissent vérifier si rien d'important n'est oublié dans ce texte.

Les protocoles en vigueur (hypoglycémie, médicaments, accouchements médicalisés, ...) doivent être cohérents avec la politique rédigée. Cette politique et les protocoles seront régulièrement mis à jour.

Comme l'IHAB concerne tous les bébés, qu'ils soient allaités ou non, il est important que la politique intègre aussi les consensus internes en matière d'alimentation de substitution, ou y fasse référence. On veillera cependant à ce que le résumé, accessible au public, promeuve sans ambiguïté l'allaitement maternel comme alimentation optimale, et exclue toute instruction concrète et pratique sur l'alimentation artificielle. Celle-ci se fera individuellement, au cas par cas, et non par voie d'affiche.

L'information sur les substituts du lait maternel, les biberons et les tétines est faite individuellement aux mères.

La question du respect du Code est abordée plus en détail au chapitre 7.

Il est demandé à toutes les catégories du personnel en contact avec les mères et les bébés, y compris les stagiaires et les consultants extérieurs qui collaborent avec l'établissement, de s'y référer et de s'y conformer. C'est pourquoi il faut veiller à ce qu'elle soit accessible.

2. Donner à tous le personnel médical et soignant la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique

Le responsable des services de maternité devra pouvoir rapporter que tous les personnels soignants et non-soignants qui sont en contact avec des femmes enceintes, des mères, et/ou des nourrissons ont reçu des instructions sur la mise en application de la politique d'alimentation infantile. Il devra pouvoir décrire comment ces instructions sont données. Ces instructions doivent se révéler suffisantes.

On devra pouvoir examiner un exemplaire du programme de formation sur la promotion et le soutien de l'allaitement maternel destiné aux différentes catégories de personnel. Ainsi que le calendrier de formation prévu pour le personnel entré récemment en fonction.

On devra pouvoir vérifier, sur documents, que $\geq 80\%$ du **personnel médical et soignants** qui font partie des services de maternité depuis au moins 6 mois, ont reçu une formation qui couvre les critères de l'IHAB, y compris le Code et les Résolutions AMS subséquentes, soit dans l'établissement soit avant leur arrivée dans l'établissement.

Un programme de formation doit comporter au moins 20 heures, y compris un minimum de 3 heures de pratique clinique supervisée.

On devra également pouvoir vérifier, sur documents, que le **personnel non-soignant** ont reçu une formation, adaptée à leur fonction.

Le personnel est aussi formé pour aider les mères qui n'allaitent pas. Un exemplaire du programme de formation qui aborde ce thème devra pouvoir être examiné.

Les points-clés de ce programme sont :

- risques et avantages de différents modes d'alimentation artificielle (types de lait, modes d'administration, quantités, fréquence, ...),
- comment aider la mère à choisir une option accessible, faisable, abordable, sûre et durable, dans les circonstances où elle vit,
- règles de sécurité et d'hygiène pour la préparation des substituts du lait maternel, leur

conservation et utilisation,

Lors des interviews du personnel médical et soignant :

- Au moins 80 % devront confirmer qu'ils ont reçu une formation comme décrit ci-dessus ou, s'ils travaillent dans les services de maternité depuis moins de six mois, qu'ils ont au moins été informés de la politique et reçu des instructions pour la mettre en application,
- Au moins 80% devront pouvoir répondre correctement à quatre questions sur cinq qui leur seront posées sur le soutien et la promotion de l'allaitement maternel,
- Au moins 80% devront pouvoir décrire deux sujets qui devraient être discutés avec une femme enceinte qui envisage de nourrir son enfant autrement qu'au lait maternel exclusif.

Lors des interviews du personnel non-soignant :

- Au moins 70 % devront confirmer qu'ils ont reçu des instructions et/ou été formés concernant l'allaitement maternel depuis qu'ils travaillent dans l'établissement,
- Au moins 70% devront pouvoir décrire une raison pour laquelle l'allaitement maternel est important.
- Au moins 70% devront pouvoir mentionner une pratique des services de maternité qui encourage l'allaitement.
- Au moins 70% devront pouvoir mentionner une chose qu'ils peuvent faire pour soutenir les mères qui allaitent.

Le nouveau personnel recevra une information sur la politique dès leur arrivée. La responsable du service vérifiera le niveau de leur formation antérieure en allaitement et programmera, si nécessaire, une formation dans les 6 mois de l'arrivée dans le service.

Les programmes de formation sont élaborés par l'établissement en fonction des objectifs et des besoins spécifiques des équipes. Ils font partie des documents écrits examinés lors de l'évaluation. Il ne s'agit donc pas de fournir aux évaluateurs simplement le programme standard proposé par un organisme de formation. Mais il peut éventuellement y être fait référence.

Les personnels qui s'occupent des mères et des nouveau-nés doivent pouvoir assurer un accompagnement pratique de l'allaitement, entre autres, montrer aux mères comment installer leur bébé au sein correctement et comment exprimer leur lait manuellement et au tire-lait.

Les modalités de formation peuvent être variées : formation continue, staffs, ateliers pratiques, études de cas, conférences, lectures, ..., soit avec un organisme de formation externe soit un formateur interne spécialisé en allaitement maternel.

La liste de présence aux formations doit être renvoyée au SPF Santé Publique en utilisant la liste pré établie via le site www.staf-training.be

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique

Au moins 80% des femmes enceintes qui fréquentent l'établissement doivent recevoir des informations sur l'allaitement maternel.

Les sujets devront traiter de l'importance du :

- ✓ De l'allaitement maternel, tant pour le bébé que pour la mère,
- ✓ Du peau-à-peau à la naissance,
- ✓ D'une première tétée précoce,
- ✓ De la cohabitation mère-bébé 24h/24h,
- ✓ De l'allaitement à la demande du bébé,
- ✓ De la fréquence des tétées pour assurer une lactation suffisante,
- ✓ D'une bonne position et d'une prise correcte du sein,
- ✓ De l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois,
- ✓ De la poursuite de l'allaitement maternel lors de la diversification alimentaire,
- ✓ D'être accompagnée par une/des personne/s de leur choix pendant le travail et l'accouchement,
- ✓ De connaître diverses façons de soulager les douleurs, pendant le travail et l'accouchement, qui permettent à la mère et au bébé d'être en état de créer des liens.
- ✓ D'apprendre à exprimer manuellement son lait,
- ✓ D'éviter l'usage de tétines ou sucettes,
- ✓ De savoir où et comment trouver de l'information et de l'aide, avant et après le séjour en maternité.

Lors des interviews :

- Au moins 70 % devront pouvoir confirmer qu'un membre du personnel soignant a discuté avec elles de l'allaitement maternel, individuellement ou en groupe.
- Au moins 70% devront pouvoir décrire ce qui a été discuté concernant au moins deux des sujets suivants :
 - L'importance de prendre son bébé en peau-à-peau à la naissance,
 - L'importance de garder son bébé dans la chambre 24h/24h,
 - Les risques de donner des compléments au lait maternel pendant les 6 premiers mois.

Il faudra veiller à ce que les informations concernant l'allaitement maternel des dépliants ou brochures distribuées soient correctes et non associées à des informations sur l'utilisation des préparations pour nourrissons. Ces documents ne peuvent contenir de publicité pour les substituts du lait maternel, biberons et tétines.

Il est important de considérer quel sera le moment où la femme enceinte sera le plus réceptive à une information sur l'alimentation infantile, tout en veillant à ce que cette information soit donnée suffisamment tôt, car elle pourrait accoucher avant terme. On pourra utiliser une sorte de checklist à insérer dans le dossier : les divers professionnels qui interviennent en période prénatale pourront cocher au fur et à mesure, peu importe l'ordre, que les informations ont été discutées avec la mère (ou qu'elle a refusé l'offre d'en discuter).

Les séances en groupe seront complétées par une information individualisée. Sans oublier les femmes qui ne fréquentent pas les animations collectives.

Pour les femmes enceintes qui ne sont pas suivies régulièrement dans l'établissement, il sera nécessaire de travailler en réseau avec les lieux et personnes qu'elles consultent pour une bonne cohérence des informations et conseils.

Le rôle du professionnel sera d'accompagner la mère dans l'expression de ses désirs et de ses choix, notamment quand ils sont hésitants et qu'ils évoluent progressivement. Se contenter de poser la question de savoir si elle a l'intention d'allaiter ou de nourrir au biberon risque de l'enfermer dans une décision qu'elle ne se sentira pas le droit de changer, dans un sens comme dans l'autre. Une femme a aussi le droit de refuser de discuter ou de recevoir de l'information à un moment donné : **le mentionner dans le dossier** apportera un élément utile à l'évaluation, en ce sens que ce refus ne doit pas pénaliser l'établissement. Par ailleurs, dans les rares cas de contre-indication médicale à l'allaitement, les femmes enceintes seront informées et conseillées en fonction de leur situation personnelle.

Montrer ou expliquer comment préparer des biberons, en groupe, aux femmes enceintes peut, notamment pour celles qui hésitent, contribuer à mettre en doute la fiabilité de la lactation maternelle. Une démonstration pratique et individuelle se montrera bien plus efficace pour celles qui auront, de fait, à préparer des biberons avec toutes les précautions nécessaires. Ceci n'exclut pas de répondre individuellement aux questions que pose une femme enceinte sur l'alimentation artificielle.

4. Mettre les bébés en contact peau-à-peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure, encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire.

Lors des interviews des mères qui ont accouché **par voie vaginale** ou **par césarienne sans anesthésie générale**,

- Au moins 80 % devront confirmer qu'on a posé leur bébé en peau-à-peau sur elle, immédiatement à la naissance, pour une durée d'au moins une heure, à moins qu'une raison médicale justifiée (EBM) ou une demande explicite de la mère ait différé ce contact.
- Au moins 80% devront également confirmer que, durant le peau à peau, elles ont été encouragées à repérer les signes qui montrent que leur bébé est prêt à téter et qu'on leur a offert de les aider si nécessaire.

NB Les mères peuvent avoir une difficulté à estimer le temps qui s'est déroulé juste après la naissance. Si l'information est notée dans le dossier, cela permettra de croiser les informations.

Au moins 50% des mères interviewées qui ont accouché **par césarienne avec anesthésie générale** devront pouvoir relater qu'on a posé leur bébé sur elles en peau-à-peau aussitôt qu'elles ont été éveillées, et qu'on a procédé comme décrit ci-dessus, à moins qu'une raison médicale justifiée (EBM) ou une demande explicite de la mère ait différé ce contact.

Au moins 80% des mères interviewées **dont le bébé a nécessité des soins en néonatalogie** devront pouvoir relater qu'elles ont eu l'occasion de prendre leur bébé en peau-à-peau ou, si ce n'est pas le cas, ont été informées des raisons justifiées qui les en ont empêchées.

Le peau-à-peau ininterrompu entre la mère et son bébé pendant une période qui n'est pas arbitrairement limitée, et ce dès le moment de la naissance, est important pour leur bien-être physique, émotionnel et relationnel. Toutes les mères et tous les bébés devraient pouvoir en profiter, indépendamment de l'intention d'allaiter ou non. Cela favorise la création des liens d'attachement et les premières adaptations néonatales vitales : thermique, hydrique, immunitaire, émotionnelle, cardio-respiratoire et nutritionnelle.

Dans ces conditions les séquences génétiquement programmées qui amènent un bébé à bien se positionner au sein et à le prendre correctement en bouche, à utiliser ses réflexes nutritionnels et à téter efficacement aux alentours de la première heure de vie, sont respectées.

Il n'est nullement question de forcer le bébé à téter dans un délai donné. Il faut juste lui garantir des conditions favorables dès sa naissance. Et ce au moins jusqu'à ce qu'il se montre prêt à téter et qu'il ait pu tranquillement profiter de sa première tétée ... ou de son premier biberon.

Il sera évalué que le contact n'est pas interrompu de l'initiative ou à la suggestion du personnel, « au moins pendant une heure », parfois plus longtemps si l'on veut respecter le rythme de chaque nouveau-né.

Pour éviter que le bébé ne se refroidisse lorsqu'il est en peau-à-peau, c'est-à-dire nu sur le ventre de sa mère, il faut le sécher puis le recouvrir d'un linge chaud, voire d'un bonnet. Pour éviter un incident respiratoire, il sera nécessaire de veiller à ce que le bébé ait le visage bien dégagé et qu'il soit régulièrement surveillé.

Les soins au nouveau-né (pesée, bain, habillage) seront retardés après la fin de la première tétée ou du peau à peau, à proximité de la mère.

La pratique de certaines interventions invasives (par ex. l'aspiration) peut perturber les adaptations néonatales : leur indication médicale tiendra compte des connaissances scientifiques actuelles (EBM), elle sera individualisée au cas par cas, et les parents en seront informés.

Dans les cas où le bébé et la mère doivent être séparés pour des soins urgents, on cherchera les moyens de compenser cette séparation avec l'aide du père ou d'une autre personne qui accompagne la mère. Le peau-à-peau sera alors proposé le plus tôt possible, après ces interventions.

Lors du transport de la mère dans sa chambre, il faudrait lui permettre de garder son bébé en peau à peau, bien chaudement recouvert.

5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson

Le responsable des services de maternité devra pouvoir rapporter que les mères qui n'ont jamais allaité, ou qui ont précédemment rencontré des problèmes en allaitant, font l'objet d'une attention et d'un soutien particuliers, aussi bien en prénatal qu'en postpartum.

Lors des interviews du personnel soignant :

- Au moins 80% devront pouvoir rapporter qu'ils montrent aux mères comment installer et amener leur bébé à prendre le sein et décrire ou montrer des techniques correctes, ou préciser à qui référer les mères pour ces conseils.
- Au moins 80% devront pouvoir rapporter qu'ils apprennent aux mères comment exprimer le lait manuellement, décrire ou montrer une technique acceptable, ou préciser à qui ils réfèrent les mères pour ces conseils.

En ce qui concerne les mères qui ont accouché et qui nourrissent leur enfant autrement qu'au lait maternel, l'observation de séances de démonstration, par le personnel soignant, pour leur apprendre individuellement à préparer sans risque un substitut de lait maternel, et à en nourrir un bébé, devra pouvoir confirmer que, dans 75% des cas, la démonstration était précise et complète, et qu'il a été demandé à ces mères de faire la démonstration à leur tour.

La description écrite du contenu des informations sur l'alimentation de substitution fournies à ces mères devra mentionner au moins les points suivants :

- ✓ Conduite pratique et risques liés aux divers modes d'alimentation (types de lait, mode d'administration, quantités, fréquence, période optimale de diversification, etc.),

- ✓ Choix d'une option accessible, faisable, abordable financièrement, sûre et durable, dans les circonstances où vit la mère et sa famille,
- ✓ Règles de sécurité et d'hygiène pour la préparation des substituts du lait maternel, leur conservation et utilisation,
- ✓ Initiation pratique au mode de préparation du type d'alimentation approprié, et invitation à ce que la mère fasse la démonstration de ce qu'elle a appris.
- ✓ Information et conseils sur la façon de prendre soin de ses seins et d'arrêter la lactation.

Ces mères devront pouvoir confirmer qu'elles reçoivent, à leur sortie de maternité, un document pour leur rappeler comment préparer correctement l'alimentation de substitution et la donner.

Lors des interviews du personnel soignant :

- Au moins 80% devront pouvoir décrire comment les mères non-allaitantes peuvent être aidées à préparer sans risque l'alimentation de substitution, ou à qui les référer pour ces instructions.

Lors des interviews des mères y compris celles qui ont accouché par césarienne,

- Au moins 80 % de celles qui allaitent devront pouvoir relater que le personnel soignant a offert de les aider à allaiter la seconde fois qu'elles ont nourri leur bébé ou dans les six heures suivant l'accouchement.
- Au moins 80% de celles qui allaitent devront pouvoir montrer ou décrire le positionnement correct, la prise adéquate du sein et les signes d'une succion efficace.
- Au moins 80% de celles qui allaitent devront pouvoir relater qu'on leur a montré comment exprimer leur lait manuellement ou donné des instructions écrites à ce sujet, et qu'on leur a dit où trouver de l'aide si elles en avaient besoin.
- Au moins 80% des mères non-allaitantes devront pouvoir relater qu'on leur a offert de l'aide pour préparer les substituts de lait maternel et nourrir leur bébé, décrire les conseils qu'on leur a donnés, et déclarer avoir été invitées à montrer comment elles les préparent elles-mêmes après en avoir reçu la démonstration.

Lors des interviews des mères dont le bébé nécessite des soins en néonatalogie,

- Au moins 80 % de celles qui allaitent, ou ont l'intention de le faire, devront pouvoir relater qu'on leur a offert de l'aide, dans les six heures après la naissance, pour démarrer et entretenir la lactation.
- Au moins 80% de celles qui allaitent, ou ont l'intention de le faire, devront pouvoir relater qu'on leur a montré comment exprimer le lait maternel manuellement.
- Au moins 80% de celles qui allaitent, ou ont l'intention de le faire, devront pouvoir décrire adéquatement et montrer comment on leur a indiqué d'exprimer leur lait manuellement.
- Au moins 80% de celles qui allaitent, ou ont l'intention de le faire, devront pouvoir relater qu'on leur a dit qu'il était nécessaire qu'elles allaitent ou expriment leur lait au moins 6 fois par 24 heures.

Toutes les mères ont besoin de se sentir soutenues, qu'elles allaitent ou non. Parler avec chacune d'entre elles du mode d'alimentation de leur bébé, et surtout les écouter activement, peut leur apporter un soutien émotionnel nécessaire, surtout si elles sont hésitantes ou doutent de leurs compétences.

Si certaines femmes réussissent à allaiter sans aide, d'autres en ont besoin. Certaines façons de faire doivent être apprises, et les comportements du bébé bien interprétés, particulièrement lors d'un premier allaitement.

Il sera donc évalué si le personnel connaît les critères d'observation d'une tétée efficace et peut expliquer à une mère comment remédier aux difficultés qu'elle rencontre. Il doit aussi être capable de montrer aux mères qui allaitent comment exprimer leur lait manuellement et donner des informations précises si elles sont amenées à utiliser un tire-lait manuel ou électrique.

Pour favoriser l'autonomie et la prise de confiance de la mère, et respecter son intimité, il est important de savoir la guider en évitant autant que possible d'y « mettre les mains ». Montrer, attirer délicatement l'attention, suggérer, souligner positivement les compétences de la mère et celles de son bébé, seront beaucoup plus efficaces et généreront l'envie et le plaisir de s'initier.

Apprendre l'expression manuelle à la mère dès les premiers jours lui permettra d'être rapidement autonome pour faire face à diverses situations. L'expression manuelle est souvent plus efficace qu'un tire-lait pour exprimer le colostrum, en particulier les 48 premières heures. La technique du massage aréolaire est utile quand les seins et les aréoles sont trop tendus et douloureux pour effectuer l'expression manuelle ; il peut en constituer alors la phase préliminaire.

Quand le bébé est séparé de sa mère, il peut être nécessaire, selon les cas, de tirer plus souvent que 6x/24 heures, mais à des intervalles non obligatoirement réguliers. Ces mères ont besoin de savoir comment conserver le lait, comment se procurer le matériel et comment l'utiliser.

L'équipe de maternité pourra utiliser un document « aide-mémoire » pour s'assurer que toutes les informations et apprentissages utiles ont été fournis à la mère avant son retour à domicile.

6. Ne donner au nouveau-né aucun aliment ni aucune autre boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale

Les données statistiques de l'établissement hospitalier devront indiquer qu'au moins 75% des bébés nés à terme au cours de l'année écoulée ont été exclusivement allaités au sein, ou exclusivement nourris au lait maternel, de la naissance à la sortie de l'établissement, ou si ce n'est pas le cas qu'il y avait des raisons médicalement justifiées et documentées (EBM).

L'examen de tous les protocoles cliniques relatifs à l'allaitement et à l'alimentation infantile utilisés par les services attestera qu'ils sont rédigés dans la ligne des critères de l'IHAB et selon des données scientifiques actuelles.

Aucun document ou support quelconque d'information ou de publicité, portant sur l'alimentation

avec des substituts du lait maternel, un horaire de tétées ou d'autres pratiques inappropriées, ne sera distribué aux mères.

Au moins 80% des personnels soignants interviewés devront pouvoir décrire deux informations qui devraient être discutées avec des mères qui signalent qu'elles envisagent la possibilité de nourrir leur bébé avec des substituts du lait maternel.

Au moins 80% du nombre de mères interviewées, devront pouvoir relater que leur bébé n'a reçu que du lait maternel ou que, s'il a reçu autre chose, c'est pour une raison médicale donnée par le personnel soignant ou parce qu'elles l'avaient expressément décidé après avoir été bien informées.

L'établissement disposera d'un local adéquat et du matériel nécessaire pour organiser des démonstrations individuelles de préparation de laits artificiels, à destination des mères qui n'allaitent pas. Ces démonstrations ne se feront pas en présence des mères qui allaitent.

Au moins 80% du nombre de mères interviewées parmi celles qui nourrissent leur bébé autrement qu'au lait maternel, devront pouvoir relater que le personnel soignant a discuté avec elles les diverses options d'alimentation et les a aidées à décider ce qui était le plus approprié à leur situation.

Au moins 80% du nombre de mères interviewées parmi celles dont le bébé séjourne en néonatalogie et qui n'allaitent pas, devront pouvoir relater que le personnel soignant a discuté avec elles des risques et bénéfices des diverses options d'alimentation.

Il est important, pour un service qui souhaite obtenir le label, que ses responsables médicaux se mettent d'accord sur les raisons médicalement acceptables, selon l'EBM, pour donner des compléments aux bébés nourris au sein.

Le lait de la mère, tiré, sera utilisé en premier choix chaque fois que possible. Toute administration de complément sera notée dans le dossier avec sa justification. Et la façon d'administrer ce complément au bébé sera discutée avec la mère après lui avoir proposé les alternatives qui perturberont le moins possible l'apprentissage de la succion.

Les mères ont bien sûr le droit de ne pas suivre cette recommandation et de donner un complément à leur enfant. Il est cependant de la responsabilité du service de veiller à ce qu'elles soient encouragées à allaiter exclusivement et à ce qu'elles aient eu, préalablement à leur décision, une information utile sur les risques de donner un complément. Dans de telles situations, les évaluateurs chercheront à savoir si l'information et les encouragements donnés à une mère qui a pris une telle décision étaient suffisants.

7. Laisser l'enfant avec sa mère 24h/24

Les observations dans les services et chambres de postpartum, devront pouvoir confirmer qu'au moins 80% des mères ont leur nouveau-né avec elles ou, si ce n'est pas le cas, qu'ils ont été séparés pour des raisons justifiées.

Garder leur bébé dans les bras, dans le lit ou dans un berceau à côté d'elles, permet à toutes les mères (qu'elles allaitent au sein ou non) de faire connaissance avec leur bébé et d'apprendre à reconnaître quand il manifeste le besoin d'être nourri. Cela facilite ce qu'on appelle communément l'alimentation « à la demande », ou « à l'éveil ».

Allaiter en position allongée avec bébé dans le lit permet aussi à la mère de se reposer pendant la tétée. Partager le même lit pendant le sommeil garde le bébé au chaud, le calme et lui permet d'avoir facilement accès au sein ce qui perturbe moins le repos de la mère, notamment la nuit.

Les mères se sentent parfois très fatiguées ou très démunies face à leur nouveau-né, au point de demander qu'on le leur garde. Aider, dans ces moments-là, les mères à prendre soin de leur enfant et à gérer les situations plus pénibles. Cela peut permettre à la mère de se sentir plus sûre d'elle quand elle rentrera à la maison.

Pour faciliter la proximité mère-bébé et ce en toute sécurité, les mères seront informées des consignes concernant le couchage des bébés. Elles seront informées, clairement, des avantages et des contre-indications de garder leur bébé dans leur lit. Il faudra discuter avec chaque mère des conditions de sécurité relatives à la façon dont elle envisage de dormir avec son enfant ou de le faire dormir à proximité.

Les examens et les soins au bébé seront effectués dans la chambre de la mère, ou en sa présence s'ils sont prodigués ailleurs.

8. Encourager l'allaitement à la demande

Sur un certain nombre de mères interviewées,

- au moins 80% devront pouvoir relater qu'on leur a expliqué comment reconnaître quand le bébé cherche à se nourrir et devront pouvoir décrire au moins deux signes qui indiquent qu'il cherche à se nourrir.
- au moins 80% devront pouvoir relater qu'on leur a conseillé de nourrir leur enfant aussi souvent et aussi longtemps qu'il le désire, et de le stimuler s'il dormait trop longtemps ou si leurs seins étaient trop tendus.

Les comportements alimentaires individuels des bébés peuvent être très variés et changeants, notamment dans les premiers jours de vie, leurs rythmes de sommeil et d'éveil également.

L'alimentation « à la demande » est largement considérée comme la façon la plus appropriée de nourrir un bébé, à terme, de bon poids et dont la naissance n'a pas posé de problèmes. Cependant les mères continuent bien souvent à être soumises à de multiples recommandations contradictoires concernant la fréquence et la durée des tétées, notamment lorsqu'on estime que leur bébé dort trop longtemps ou s'éveille trop souvent.

Distinguer le seuil entre un comportement alimentaire problématique ou normal relève d'une bonne observation clinique et de connaissances suffisantes et actualisées sur les risques réellement encourus le bébé.

Le protocole de surveillance de la glycémie et l'administration de suppléments alimentaires ne devrait jamais se faire de façon systématique mais au cas par cas, sur base de EBM.

Dans le cas de bébés dont les besoins sembleraient insatisfaits, le personnel se préoccupera de vérifier si les bébés sont correctement positionnés au sein et si leur succion est efficace.

Le personnel montrera aux mères les signes que présente le bébé quand il est prêt à téter (éveil, étirement, mains vers la bouche, mouvements de léchage et de succion, recherche active). Il leur indiquera qu'il n'y a aucun intérêt à attendre que le bébé pleure pour le nourrir : un bébé éveillé mais calme se nourrit plus aisément.

Pour apprécier si le bébé dort trop et réclame trop peu souvent à téter, et donc suggérer à la mère de le stimuler et de le réveiller, les professionnels de santé se référeront entre autres aux circonstances de sa naissance, à l'état de santé du bébé depuis qu'il est né et à la façon dont il s'est déjà nourri.

9. Ne donner aux enfants allaités aucune tétine ni sucette

Les observations, dans les services et chambres de postpartum devront pouvoir confirmer qu'au moins 80% des bébés allaités ne sont pas nourris avec des biberons et tétines ou, s'ils le sont, que leur mère a été informée des risques associés à leur utilisation.

Au moins 80% des mères qui allaitent devront pouvoir relater que, à leur connaissance, leur enfant n'a pas été nourri avec un biberon.

Au moins 80% des mères devront pouvoir relater que, à leur connaissance, leur enfant n'a pas utilisé de sucette.

Il y a des controverses concernant le niveau d'impact négatif que peut entraîner l'utilisation des tétines de biberons et des sucettes sur l'allaitement. Mais on s'accorde à dire qu'il y a des différences à la fois mécaniques et dynamiques entre la technique de succion au sein et de succion sur une tétine de biberon ou une sucette.

Certains nouveau-nés confrontés trop tôt aux deux techniques de succion peuvent ne plus téter correctement le sein, ce qui diminuera leur capacité à obtenir suffisamment de lait. C'est pourquoi le personnel évitera de proposer l'utilisation des tétines et sucettes.

Quant à l'utilisation de la sucette pour calmer les bébés à terme, elle peut avoir un effet sur la durée de l'allaitement, diminuer la demande de l'enfant et par conséquent interférer sur la production de lait.

Cette neuvième *Condition* touche aussi indirectement à l'utilisation des « téterelles » qui peuvent empêcher le bébé de prendre correctement le sein en bouche, ce qui entraîne alors une diminution de la production du lait et de la prise de poids du bébé . Sauf dans des circonstances particulières où elles peuvent aider transitoirement à résoudre un problème, elles ne devraient pas être préconisées par le personnel

Les parents seront informés des conséquences possibles liées à l'utilisation de la sucette. Mais il est tout aussi important que le personnel discute avec eux des différentes façons de calmer un bébé, par exemple : contact peau-à-peau, tétées efficaces plus fréquentes, bercement, ...

lors de l'évaluation, Le service ne sera pas pénalisé si des mères décident de leur propre initiative de donner une sucette à leur enfant. Mais les évaluateurs chercheront à savoir si la mère a opéré son choix après information et soutien suffisants.

10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères à la sortie. Travailler en réseau.

Le responsable des services de maternité devra pouvoir certifier que

- les mères reçoivent des informations sur les endroits où on pourra les aider en matière d'alimentation infantile après leur sortie de l'établissement hospitalier, et ce responsable pourra lui-même mentionner au moins une source d'information utile,
- l'établissement encourage la collaboration avec des associations de soutien et d'autres organisations qui offrent aux mères de l'aide en matière d'allaitement maternel ou d'alimentation infantile.
- le personnel soignant encourage les mères à consulter, avec leur bébé rapidement après la sortie de maternité (entre 2 et 4 jours après la naissance et à nouveau au cours de la deuxième semaine), un professionnel de santé ou une personne compétente en allaitement maternel. Ce même responsable pourra mentionner une structure de référence appropriée et décrire un timing de consultation adéquat.

Un document mentionnant les différents types d'aide auxquelles les mères peuvent s'adresser, sera remis avant la sortie de la maternité.

Au moins 80% des mères interviewées devront pouvoir relater qu'on leur a expliqué comment demander de l'aide à la maternité, comment contacter des groupes de soutien, ou d'autres services de santé, si elles ont des questions sur l'alimentation de leur bébé après le retour à la maison. Elles devront pouvoir décrire au moins une sorte d'aide qui leur est accessible.

En Belgique où l'allaitement maternel est généralement d'assez courte durée, le travail en réseau est essentiel, que ce soit avec les associations d'information et de soutien pour l'allaitement maternel, les travailleurs médico-sociaux de l'ONE, les sages-femmes libérales, les pédiatres et les médecins généralistes.

Avec les sorties précoces, il est d'autant plus important d'avoir organisé des relais efficaces pour offrir un suivi des mères et des bébés.

Un document sera remis aux mères mentionnant :

- Associations, groupes, noms des prestataires
- Coordonnées (adresse, téléphone, horaires, ...)

Il pourra être utile en outre de leur donner quelques repères pour qu'elles puissent elles-mêmes vérifier que l'allaitement se poursuit bien, que le bébé tète efficacement et se développe correctement.

Toute documentation donnée aux parents encouragera l'allaitement exclusif pendant 6 mois. Elle évoquera aussi les avantages pour la santé de poursuivre l'allaitement, en même temps que la diversification progressive, jusqu'à 2 ans voire au-delà.

Une introduction aux différentes organisations de soins, des groupes de parents ou des personnes auxquelles elles se réfèrent les mères peuvent ajouter de la valeur au service.

7. Respect du code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Le responsable des services de maternité devra pouvoir certifier que

- aucun représentant ou personnel des firmes productrices ou distributrices de substituts du lait maternel, biberons, tétines ou sucettes n'a de contact direct ou indirect avec les femmes enceintes ou les mères,
- l'établissement hospitalier ne reçoit pas de cadeaux gratuits, littérature non-scientifique, matériel ou équipement, fonds, financement pour la formation ou pour l'organisation d'événements, de la part des firmes productrices ou distributrices de substituts du lait maternel, biberons, tétines ou sucettes,
- l'établissement hospitalier ne donne à aucune femme enceinte, mère, ou membres de la famille, du matériel promotionnel, des échantillons, des bons, ou des colis-cadeaux qui contiennent des substituts du lait maternel, biberons, tétines ou sucettes, ou tout autre équipement pour l'alimentation infantile.

L'examen du registre et des justificatifs de paiement de tout lait pour nourrissons, y compris les laits spéciaux et autres approvisionnements, devra permettre d'établir qu'ils ont été achetés par l'établissement au minimum au prix de gros.

Des observations dans les services prénatals et de postpartum, ainsi que dans tout autre lieu où nutritionnistes et diététiciens travaillent, devront pouvoir révéler qu'aucun matériel de promotion des substituts du lait maternel, biberons, tétines ou sucettes, ou tout autre produit interdit par les lois nationales, n'est affiché ou distribué aux mères, aux femmes enceintes ou au personnel.

Les boîtes de lait artificiel et les biberons préparés seront entreposés hors de vue.

Au moins 80% des personnels soignants interviewés devront pouvoir donner deux raisons pour lesquelles il est important de ne pas donner d'échantillon ou de boîte de lait artificiel gratuit aux mères.

Si l'établissement distribue des boîtes-cadeaux aux mères en prénatal ou postnatal, il faudra vérifier qu'il n'y a aucune publicité pour les substituts du lait maternel, les biberons, tétines et sucettes (échantillons, livrets, bons, supports divers, incitation à visiter le site web d'une firme productrice ou distributrice, ...).

Il n'est pas toujours évident, de ce passer du sponsoring des firmes pharmaceutiques, même si ce mode de fonctionnement a changé. Cependant, il est attendu des établissements qui souhaite être candidat au label IHAB et/ou fait partie du contrat « formation en allaitement maternel » se doit de respecter ce code transformé en partie en loi Belge en 1994 et revu en 2006.

8. Accompagnement et respect des besoins de la mère et du bébé pendant le travail et l'accouchement

L'examen de la politique devra mentionner que des pratiques respectueuses des besoins de la mère et du bébé pendant le travail et l'accouchement sont recommandées, et qu'une information prénatale à ce sujet a été fournie aux mères:

- ✓ encourager les mères à se faire aider, physiquement et émotionnellement, par les personnes de leur choix, de façon continue pendant le travail et l'accouchement,
- ✓ permettre aux mères de boire et manger léger pendant le travail,
- ✓ encourager les mères à prendre en considération les méthodes non-médicamenteuses pour soulager les douleurs, en respectant leurs préférences personnelles,
- ✓ encourager les mères à marcher et bouger pendant le travail et à adopter les positions de leur choix pour la naissance,
- ✓ éviter des procédures invasives comme la rupture des membranes, l'épisiotomie, l'accélération ou l'induction du travail, les délivrances instrumentées ou la césarienne.

Le personnel soignant interviewé :

- au moins 80% devront pouvoir décrire au moins deux pratiques recommandées qui lui permettent de participer aux décisions qui la concerne, pendant le travail et l'accouchement,
- au moins 80% devront pouvoir citer au moins trois pratiques qui ne devraient pas être utilisées systématiquement mais seulement en cas d'indication obstétricale, pendant le travail et l'accouchement
- au moins 80% devront pouvoir mentionner au moins deux pratiques, pendant le travail et lors de la naissance, qui sont susceptibles de favoriser un bon démarrage de l'allaitement

les femmes enceintes interviewées :

- au moins 70% devront pouvoir relater que le personnel leur a dit qu'elles peuvent se faire accompagner par des personnes de leur choix tout au long du travail et de l'accouchement ; et, parmi les explications reçues, elles devront pouvoir se rappeler d'une raison au moins pour laquelle ce pourrait leur être profitable,
- au moins 70% devront pouvoir relater que le personnel leur a parlé de diverses méthodes pour gérer les douleurs de l'accouchement et participer aux décisions qui les concernent ; et qu'il leur a expliqué ce qui permet à la mère et au bébé de créer des liens à la naissance, ce qui par conséquent favorise l'allaitement maternel.

9. HIV et allaitement (condition additionnelle)

Le pourcentage des mères porteuses du virus HIV en Belgique est faible.

Cette condition n'est donc pas requise en Belgique.

L'option la plus appropriée pour une mère infectée par le VIH va dépendre de sa situation individuelle et de celle de son bébé, notamment leur état de santé, mais devra aussi prendre en compte l'accessibilité des services de santé (*ce qui n'est pas un réel problème en Belgique*) et les conseils et encouragements qu'elle est susceptible de recevoir. *Sur base des connaissances actuelles*, lorsqu'une alimentation de substitution est accessible, faisable, abordable financièrement, sûre et durable, il est recommandé d'éviter tout allaitement maternel par une mère infectée par le VIH. *En l'absence de ces conditions, l'allaitement exclusif est recommandé pendant les tout premiers mois et doit être arrêté complètement dès que les conditions citées ci-dessus sont réunies.* L'allaitement mixte (qui signifie le don combiné du lait maternel et d'autres liquides, préparations pour nourrissons, ou aliments), devrait toujours être évité, *c'est le mode d'alimentation le plus risqué en terme de transmission du VIH.*

10. Raisons médicales acceptables pour une utilisation temporaire ou continue des substituts du lait maternel

(extrait et traduit du texte de référence WHO/UNICEF « Acceptable medical reasons for use of breastmilk substitutes », World Health Organization, Geneva, 2009. Le texte complet en anglais, avec la liste des experts qui ont contribué à l'actualisation de ce document, sur le site www.who.int/nutrition)

La plupart des mères peuvent allaiter avec succès, initier l'allaitement dans la première heure de vie, allaiter exclusivement pendant les six premiers mois et continuer l'allaitement (avec des aliments complémentaires appropriés) jusqu'à l'âge de deux ans voire davantage.

L'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois est particulièrement bénéfique pour les mères et les nourrissons.

Les effets favorables de l'allaitement maternel sur la santé des mères et des nourrissons s'observent en toutes circonstances. L'allaitement maternel réduit le risque d'infections aiguës telles que la diarrhée, la pneumonie, l'otite, l'Haemophilus influenza, la méningite et l'infection urinaire. Il protège également contre des maladies chroniques qui surviennent plus tard dans la vie telles que le diabète de type 1, l'entérocolite nécrosante, la maladie de Crohn. Avoir été allaité est associé à une pression sanguine moyenne plus basse, à un taux sérique total de cholestérol plus bas, à une prévalence inférieure de diabète de type 2, de surpoids et d'obésité, à l'adolescence et à l'âge adulte. L'allaitement maternel retarde le retour à la fertilité de la mère et réduit le risque d'hémorragie en post-partum, le risque de cancer du sein et de l'ovaire en pré-ménopause.

Néanmoins, une contre-indication temporaire ou permanente, peut se justifier. Ces situations, qui affectent très peu de mères et de bébés, sont répertoriées ci-dessous, ainsi que quelques autres problèmes de santé maternelle qui, même s'ils sont sérieux, ne constituent pas des raisons

médicales pour utiliser des substituts du lait maternel.

Chaque fois que l'arrêt de l'allaitement sera envisagé, il faudra mettre en balance les bénéfices de l'allaitement maternel et les risques associés aux conditions spécifiques citées ci-dessous.

Conditions de santé chez l'enfant

Les nourrissons qui ne peuvent pas recevoir de lait maternel ni aucun autre lait standard, et qui nécessitent une alimentation spécialisée :

- Les nourrissons atteints de **galactosémie** classique (*anomalie rare du métabolisme*), qui devront être nourris avec une préparation exempte de galactose ;
- Les nourrissons atteints de **phénylcétonurie** qui peuvent cependant bénéficier de l'allaitement s'il est combiné avec l'administration d'une préparation exempte de phénylalanine *et enrichie en tyrosine*, sous surveillance médicale minutieuse;
- Les nourrissons atteints de la maladie « Mapple syrup disease » qui devront être nourris avec une préparation exempte de leucine, isoleucine et valine.

Les nourrissons pour lesquels le lait maternel reste l'aliment de premier choix mais qui peuvent avoir besoin d'apports alimentaires, en plus du lait maternel, pendant une période limitée :

- Les nourrissons nés avec un poids très faible à la naissance (moins de 1500 grammes) ;
- Les grands prématurés (nés à moins de 32 semaines d'âge gestationnel) ;
- Les nourrissons qui sont à risque d'hypoglycémie **suite à** un trouble métabolique ou un besoin accru en glucose, tels les prématurés, les dysmatures (RCIU), ou ceux qui ont présenté une souffrance fœtale aiguë, ceux qui sont malades et ceux dont la mère est diabétique : **si, et seulement si, un allaitement optimal, ou un apport supplémentaire en lait maternel, n'arrive pas à équilibrer leur glycémie ;**

Conditions de santé chez la mère

Les mères affectées par une des conditions de santé suivantes devraient recevoir un traitement selon les recommandations en vigueur.

Les mères qui devraient s'abstenir complètement d'allaiter :

- Les mères infectées par le VIH si une alimentation substitutive est accessible, faisable, abordable financièrement, sûre et durable ;

Les mères qui devraient s'abstenir temporairement d'allaiter :

- ❑ Les mères qui souffrent d'une maladie grave qui les empêche de prendre soin de leur enfant,
- ❑ Les mères qui souffrent d'Herpès simplex Virus Type 1 (HSV-1) : le contact direct du bébé avec toute lésion active doit être évité jusqu'à leur guérison complète; *s'il y a des lésions sur un sein, le bébé ne pourra le téter **que si, et seulement si**, ces lésions ne sont **pas** localisées sur la zone mamelon-aréole en contact avec sa bouche, **et** à condition que l'on ait mis un pansement sur toutes les lésions qu'il pourrait toucher.*
- ❑ Allaitement et médicament :

Lors de la prise de médicament, par la mère, se référer à des sites et à des ouvrages qui ont depuis longtemps, évaluer la toxicité et le passage dans le lait maternel. Il faut voir avec chaque mère et si on ne peut remplacer le traitement instauré par une médication plus acceptable pour permettre l'allaitement.

- iode radioactif-131 : il est préférable de l'éviter puisque des alternatives plus sûres sont disponibles (en effet, l'allaitement ne pourra être repris qu'environ deux mois après la prise de cette substance) ;
- iode topique ou d'iodophores (par exemple iode-povidone) en prise excessive, particulièrement sur les blessures ouvertes ou les muqueuses : doit être évité en raison du fait qu'il peut entraîner chez le bébé allaité un dysfonctionnement de la thyroïde ou des anomalies électrolytiques
- chimiothérapie cytotoxique : la mère doit suspendre l'allaitement pendant la durée de la thérapie

Sites :

LactMed : <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>

CYBELE : <https://www.cybele.be/CybeleF>

Le CRAT : <https://lecrat.fr/>

Livres

Medications and Mother's Milk Thomas W. Hale PhD, Hilary E. Rowe, PharmD
Springer Publishing Company, 2017

Médicaments et allaitement : le principe d'information Lactitude

Les mères qui peuvent continuer d'allaiter, bien que leur état de santé puisse poser problème :

- ❑ Abscess du sein : l'allaitement peut se poursuivre au sein non atteint ; l'allaitement au sein atteint peut être repris dès que le traitement a débuté (8).
- ❑ Hépatite B : les nourrissons doivent recevoir la première dose du vaccin contre l'hépatite B dans les 48 premières heures de vie (9). *Actuellement en Belgique, on préconise une*

injection d'immunoglobulines spécifiques anti-hépatite B en même temps que la première dose de vaccin contre l'hépatite B, en deux sites différents, dans les 24 premières heures ;

- ❑ Hépatite C ;
- ❑ Mastite : si, en cas de mastite, l'allaitement est très douloureux, le lait pourra être exprimé 8); *ce lait est consommable ;*
- ❑ Tuberculose : la mère et l'enfant devront être contrôlés et traités selon les directives nationales en la matière (10) ;
- ❑ *Varicelle : l'allaitement d'un nouveau-né n'est déconseillé que lorsque la mère développe cette infection dans les quelques jours qui précèdent ou suivent la naissance, et devrait pouvoir être repris dès que la mère n'est plus contagieuse ;*
- ❑ allaitement et assuétudes :
 - ✓ La consommation d'alcool n'est pas autorisée durant l'allaitement ; Arrêter ou diminuer le tabac durant la grossesse est recommandé, si la mère fume, elle le fera juste après la tétée et à l'extérieur.
 - ✓ Pour le cannabis, il est bon de connaître la quantité prise par la mère. Une surveillance de l'enfant pour sevrage sera parfois nécessaire.
 - ✓ Lors de la prise de méthadone, la mère peut allaiter jusqu'à une dose de 80 mgr/j

Les mères qui décident de continuer à utiliser ces substances, ou qui sont incapables d'arrêter, devraient être conseillées individuellement sur les risques et bénéfices de l'allaitement maternel dans leur cas particulier. On peut prendre en considération que les mères qui consomment ces substances sur un épisode court pourront suspendre l'allaitement pendant ce temps. *Les données pharmacologiques disponibles, la durée de la demi-vie du produit, son passage lacté, et les doses pédiatriques admissibles, aideront le professionnel de santé à conseiller concrètement la mère.*

Références :

Nationales et internationales

<http://www.who.int/nutrition/publications>

Breastfeeding: achieving the new normal

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2816%2900210-5/fulltext>

L'entièreté de la publication peut être téléchargée à partir du site de The Baby Friendly Initiative

<http://www.unicef.org.uk/BabyFriendly/News-and-Research/News/The-Lancet-Increasing-breastfeeding-worldwide-could-prevent-over-800000-child-deaths-every-year/>

KCE Reports 139B : Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque 2010

KCE Reports 248B : Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse ? 2015

Publications :

L'allaitement maternel, c'est bon pour les bébés, les mamans et l'économie

http://www.huffpostmaghreb.com/2016/01/30/allaitement-bebe-mamans_n_9118712.html

Généraliser l'allaitement sauverait plus de 800 000 enfants par an

En savoir plus sur

http://www.lemonde.fr/planete/article/2016/01/29/generaliser-l-allaitement-maternel-sauverait-plus-de-800-000-enfants-par-an-dans-le-monde_4855668_3244.html#JXxX7D7sTLUUFQB1.99

Pacifiers and breastfeeding: a systematic review (Nina R.O'Connor, MD; Kawai O. Tanabe, MPH, Mir S. Siadaty, MD, MS; Fern R. Hauck, MD, MS, arch pediatr adolesc med/vol 163 (no 4) April 2009)

Risks and Benefits of pacifiers (Sumi Sexton, MD, Ruby natale, PhD, PsyD, American Family physician Web Site at WWW.aafp.org/afp,2009)

Sudden infant death syndrome (Carl E. Hunt, Fern R. Hauck, CMAJ JUNE 20, 2006-174(13) 1861)

Oral habits and orofacial development (Arthur J Nowak, DMD, John J Warren, DDS, MS; September 2009)

Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva, World Health Organization, 2007.

León-Cava N et al. *Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence.* Washington, DC, Pan

American Health Organization, 2002 (<http://www.paho.org/English/AD/FCH/BOB-Main.htm> , accessed 26 June 2008).

<http://www.co-naitre.net/actualites/une-politique-plus-ou-moins-restrictive-de-prise-alimentaire-au-cours-du-travail-impacte-t-elle-son-issue-meta-analyse/>

Empowering women to breastfeed: Does the Baby Friendly Initiative make a difference?

This research around implementing the Baby Friendly Hospital Initiative in Canada has found that a flexible, family-centred approach is most successful. The authors recommend that services look at empowering women to overcome potential barriers to breastfeeding, rather than simply focusing on the end goal of increasing breastfeeding rates. They say that “successful and sustainable implementation of the BFI requires a level of flexibility, emotional engagement, and critical reflection on the part of health-care workers that may be forsaken in attempts to quickly achieve the BFI outcomes.”

Groleau, D (2016), Empowering women to breastfeed: Does the Baby Friendly Initiative make a difference? Maternal & Child Nutrition, doi: 10.1111/mcn.12370
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27896940>

Allaitement exclusif et diversification à partir de 6 mois toujours recommandé?
<http://www.co-naitre.net/actualites/complements-precoces-nouveaux-a-terme-allaites-cochrane-aout-2016/>

Primary Care Interventions to Support Breastfeeding
US Preventive Services Task Force Recommendation Statement
<http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2571249>

