

**#UNIVERSITÉSENGHOR**

université internationale de langue française  
au service du développement africain

SN

# **SUIVI DES STRUCTURES SANITAIRES AMIES DES BÉBÉS (SSAB) DANS LE DISTRICT D'ABIDJAN D'AVRIL À AOÛT 2021**

**Présenté par**

**NDI SIRRI AKWEN**

**Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor**

**Département Santé**

**Spécialité : Nutrition Internationale**

**Le 21 Septembre 2021**

**Devant le jury composé par**

**Pr. Jalila ELATI** Président

Chef de Service "Etudes et Planification", INNTA Tunis

**Pr. Patrick THONNEAU** Examineur

Directeur du Département Santé

**Pr. Pierre TRAISSAC** Examineur

Ingénieur de Recherche, IRD, Montpellier

**Dr. Denis KOUELY** Encadreur

Chef de Service de Promotion de l'Alimentation de Mères,  
Nourrissons et Jeunes Enfants Programme National de Nutrition

Côte d'Ivoire

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon directeur de projet, le Dr. KOUELY Denis, qui m'a guidé dans toutes les étapes de la rédaction de mon protocole, de la réalisation de mon travail de terrain jusqu'à la fin où j'ai des résultats à montrer pour ce que j'ai fait. Un grand merci au Dr. DAMEY Florence, qui, en collaboration avec le Dr. KOUELY, a veillé à ce que mon travail soit mené à bien jusqu'au bout. Je tiens particulièrement à saluer son soutien moral et les encouragements qu'elle m'a prodigués lorsque je me sentais découragée. Je reconnais la grande influence du Chef de l'Unité Nutrition de l'Institut National de la Santé Publique (INSP) Côte d'Ivoire, Pr. AKE-TANO Odile et le Directeur-Coordonnateur du Programme National de Nutrition (PNN), Dr. KOUAME OKA Réné. Sans leur appui, je ne pouvais pas faire mon stage dans ces bureaux. Je suis également reconnaissante à tous les chefs de service, collègues et amis(es) que j'ai rencontrés. Ils m'ont encouragée quotidiennement et m'ont donné de multiples raisons de continuer à être productive. Je remercie Diane GNEBEYOU pour son assistance dans la collecte des données sur le terrain. J'ai acquis une expérience que je ne pensais pas pouvoir avoir, si je devais faire mon stage ailleurs.

Enfin, et surtout, je tiens à remercier l'Université Senghor pour m'avoir donné cette opportunité qui a changé ma vie. Du premier jour jusqu'à aujourd'hui et même au-delà, elle m'a accueilli et m'a donné de nouvelles connaissances. Le fait d'être bénéficiaire de la bourse qu'elle m'a offerte m'a permis de m'occuper facilement de mes autres besoins et de me concentrer sur mes études, sans me soucier du coût de la scolarité. Pour cela, je lui suis éternellement reconnaissant.

## **DEDICACE**

Je dédie d'abord ce travail à Dieu tout puissant, qui m'a protégé et inspiré tout au long de mon programme de master. Il m'a soutenu et donné la force de m'en sortir.

Je le dédie également à mes parents, frères et sœurs qui n'ont cessé de me soutenir financièrement, moralement et spirituellement.

À tous les étudiants de Senghor et plus particulièrement mes camarades du département Santé qui ont vécu cette expérience enrichissante avec moi, c'est une victoire pour nous et je vous dédie ce travail.

## RÉSUMÉ

**CONTEXTE** : L'initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) a été lancée en 1991 par l'OMS et l'UNICEF, et révisée en 2009. Bien qu'adoptée depuis 1993, la Côte d'Ivoire a remodelé l'initiative en 2018 pour l'adapter à ses réalités, en l'intitulant " Structures sanitaires amies des bébé ", avec Douze conditions pour un allaitement réussi (DCAR). Elle a ainsi pu inclure des structures sanitaires autres que les hôpitaux. Cette même année, 32 structures sanitaires ont été labellisées amies des bébé dont vingt dans le District d'Abidjan. L'OMS et l'UNICEF exigent que tous les trois ans, les hôpitaux labellisés amis des bébé (HAB) soient réévalués, sur la base des dix étapes et du code de commercialisation des substituts du lait maternel, d'où la raison d'être de notre travail. **MÉTHODOLOGIE** : Une étude descriptive transversale a été réalisée dans les HAB d'Abidjan, d'avril à juillet 2021, en utilisant le questionnaire standardisé de l'OMS/UNICEF pour la réévaluation des HAB. Les répondants étaient 173 membres du personnel hospitalier, 135 femmes enceintes et 112 mères allaitantes qui ont fait leurs consultations pré et post-natales dans des HAB. nous avons aussi effectués les observations. Les données ont été analysées manuellement à l'aide des fiches de synthèse qui accompagnent le questionnaire, ainsi que de Microsoft Excel version 15.0. **RÉSULTAT** : Une seule structure sanitaire a obtenu le score (86,1 %) nécessaire pour obtenir un label 'amis des bébé'. Les autres établissements n'étaient que partiellement adhérents, 6 ayant obtenu un score modéré et 13 un score faible. Le taux moyen d'adhésion au DCAR était de 58%, allant de 17% à 86,1%. Les étapes 9 et 1 ont été les plus respectées, avec des scores respectifs de 86,1 % et 82 %. La plus faible adhésion a été observée avec les conditions 4 et 10 (17% et 27% respectivement). **CONCLUSION** : Il a été prouvé que l'adhésion au DCAR améliore les taux d'allaitement exclusif et la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Les faibles taux d'adhésion au DCAR par les HAB labellisés dans le district d'Abidjan soulignent la nécessité d'un meilleur suivi, d'une révision des stratégies de mise en œuvre et du renforcement des capacités du personnel hospitalier.

### Mots-clefs

Initiative structures sanitaires amies des bébé, Douze conditions pour un allaitement réussi, hôpitaux labellisés amis des bébé, réévaluation, respect des règles.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** The Baby Friendly Hospital initiative (BFHI) was launched in 1991 by the WHO and the UNICEF, and revised in 2009. Though adopted since 1993, Cote d'Ivoire remodeled the initiative in 2018 to suite its realities, coining it under the appellation 'Baby Friendly Health Facilities', with Twelve Steps to Successful Breastfeeding (TSSB). This allowed her to include health facilities other than hospitals. That same year, 32 health facilities were certified baby-friendly with twenty found in the District of Abidjan. WHO and UNICEF demand that every three years, accredited baby friendly hospitals (BFH) be re-assessed, on the Ten Steps and the Code for Marketing of Breastmilk substitutes, hence the rationale for our work. **METHODOLOGY:** A descriptive cross-sectional study was done in BFH in Abidjan, from April to July 2021, using standardized WHO/UNICEF questionnaire for BFHs re-assessment. Respondents included 173 hospital staff, 135 pregnant women and 112 nursing mothers who did pre- and post-natal consultations in accredited BFH. Observations were also done. Data was analyzed manually using the summary sheets that accompany the questionnaire and Microsoft Excel version 15.0. **RESULT:** Only one health facility met the score (86.1%) necessary for certification. The others were only partially adherent, with 6 having a moderate score and 13 scoring low. The average rate of adherence to the TSSB was 58%, ranging from 17% to 86.1%. Steps 9 and 1 were most adhered to, 86.1% and 82% respectively. Health facilities showed the least compliance to steps 4 and 10. **CONCLUSION:** Adherence to the TSSB has been proven to improve the rates of exclusive breastfeeding and the reduction of under-5 mortality. The poor rates of adherence to the TSSB by the accredited BFH in the district of Abidjan highlight a need for better follow up, revision of implementation strategies and the reinforcement of hospital staff capacity.

## KEYWORDS

Baby Friendly Health Facility Initiative, Twelve Steps to Successful breastfeeding, certified baby-friendly hospitals, re-assessment, adherence.

## LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

- AC : Aliment complémentaire
- AMS : Assemblée Mondiale de la Santé
- CCSLM : Code de commercialisation des substituts de lait maternel
- CHU : Centres Hospitaliers Universitaires
- CPN : Consultation Prenatal
- CSU : Centre de Santé Urbain
- DCAR : Douze conditions pour un allaitement réussi
- DC-PNN : Direction de Coordination du Programme National de Nutrition
- FSU : Formation Sanitaire Urbaine
- HAB : Hôpital/ Hôpitaux Amis des Bébé
- IAB : Initiative Amie des Bébé
- IHAB : Initiative Hôpitaux Amis des Bébé
- INHP : l'Institut National d'Hygiène Publique
- INSP : l'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire (INSP)
- IPCI : l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire
- ISSAB : Initiative Structures Sanitaires Amies des Bébé
- MICS : « Multiple Indicator Cluster Survey » ou Enquête par grappe à Indicateurs Multiples
- NZBA : New Zealand Breastfeeding Authority
- ODD : Objectifs de Développement Durable
- OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
- SSAB : Structures Sanitaires Amies des Bébé
- UNICEF : United Nations Children's Fund
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
DEDICACE.....	ii
RÉSUMÉ.....	iii
ABSTRACT.....	iv
LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	v
TABLE DES MATIÈRES.....	vi
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
PROBLEMATIQUE.....	1
HYPOTHÈSE.....	7
QUESTION DE RECHERCHE.....	7
OBJECTIF GÉNÉRAL.....	7
Objectifs spécifiques.....	7
CHAPITRE I - REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	8
1.1. L'initiative Hôpitaux Amis des Bébé.....	8
i. Mise en œuvre au niveau national.....	8
ii. Niveau de mise en œuvre hospitalier.....	9
1.2 Succès et défis de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés.....	11
1.3 L'initiative "Hôpital ami des bébés" en Côte d'Ivoire.....	13
1.3.1. Profil du pays.....	13
1.3.3. Étapes de la mise en œuvre de l'approche Amis des bébés en Côte d'Ivoire.....	16
CHAPITRE II : METHODOLOGIE – MATERIEL ET METHODES.....	19
2.1. MATERIEL.....	19
2.2. METHODES.....	19
CHAPITRE III : RESULTATS.....	21
CHAPITRE IV : DISCUSSION.....	29
Les limites.....	34
CONCLUSION.....	35
RECOMMANDATIONS.....	35
RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE.....	36
ANNEXE.....	X
Figure 8 : Graphique de dix étapes pour un allaitement réussi.....	X
Questionnaire Formulaire d'évaluation (interne et externe).....	xi
CONDITIONS DE L'ISSAB.....	xii

## LISTE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 : Hôpitaux amis des bébés désignés dans le District d'Abidjan .....	22
Tableau 2 : code de couleur et score .....	22
Tableau 3 : Illustration du nombre de questions de conformité pour chaque condition .....	24
Tableau 4 : taux global d'adhésion au douze conditions pour un allaitement réussi .....	xxvii

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte de la Cote d'Ivoire .....	13
Figure 2:Graphique empilé des performances par condition .....	24
Figure 3 : condition neuf – Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.....	25
Figure 4 : Condition 4: formation des personnels selon la politique ISSAB .....	26
Figure 5 : Adhésion au code de commercialisation des substituts du lait maternel (CCSLM) .....	26
Figure 6 : La communication systématique sur la politique écrite d'allaitement .....	27
Figure 7 : taux globaux d'adhésion aux 12 étapes nécessaires à un allaitement réussi .....	28
Figure 8 : Graphique de dix étapes pour un allaitement réussi .....	x

## PROBLEMATIQUE

Une bonne nutrition est le fondement du bien-être humain. Avant la naissance et pendant toute la petite enfance, une bonne nutrition permet au cerveau d'évoluer sans altération et au système immunitaire de se développer de manière plus robuste. Pour les jeunes enfants, un bon état nutritionnel permet d'éviter la mort et donne à l'organisme les moyens de croître et de se développer au maximum de son potentiel [1]. En vertu du droit international, les enfants ont droit à une bonne nutrition. Lorsque les dirigeants mondiaux ont adopté les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), ils ont réaffirmé leur obligation de protéger ce droit [2]. Une mauvaise nutrition peut provoquer un cercle vicieux intergénérationnel ; le cycle intergénérationnel est le chemin par lequel un bébé de faible poids à la naissance devient un enfant de petit poids et petite taille, puis un adolescent de petit poids et petite taille et une femme malnutrie qui, à son tour, donnera naissance à un autre bébé de faible poids [3]. Près de 5500 nourrissons meurent chaque jour en raison de pratiques d'alimentation infantile sous-optimales. En outre, un nombre beaucoup plus important d'enfants souffrent des effets à long terme de pratiques d'alimentation infantile inadéquates, notamment des troubles du développement, la malnutrition (sous-alimentation et suralimentation) et une plus grande vulnérabilité aux maladies infectieuses et chroniques. Les taux toujours croissants d'obésité chez les enfants sont également liés à l'absence ou au faible taux d'allaitement maternel [4].

La santé et le bien-être d'une femme enceinte et allaitante sont directement liés à la croissance et à la santé de son enfant. Une bonne alimentation de la mère et de l'enfant pendant cette période peut avoir un impact profond sur la croissance et le développement de l'enfant et réduire le risque de maladie, tout en protégeant la santé de la mère. La dénutrition pendant la grossesse, qui affecte la croissance du fœtus, est un déterminant majeur du retard de croissance et peut avoir des conséquences telles que l'obésité et les maladies non transmissibles à l'âge adulte. Les 1000 jours, entre la conception et le deuxième anniversaire de l'enfant, sont la période la plus critique pour avoir un impact positif sur le développement cognitif et physique de l'enfant [5,6]. Pour assurer cette alimentation adéquate, l'UNICEF et l'OMS proposent diverses interventions qui pourraient être menées pendant les différentes fenêtres d'opportunité. Des interventions nutritionnelles spécifiques menées en temps opportun, à des moments critiques du cycle de vie, peuvent avoir un impact considérable sur la réduction de la malnutrition dans le monde si elles sont mises en œuvre à grande échelle dans les pays à forte charge de morbidité. Les interventions spécifiques à la nutrition ne suffiront pas à elles seules à éliminer la dénutrition ; toutefois, en les associant à des interventions sensibles à la nutrition, il est possible d'améliorer considérablement l'efficacité des investissements dans ce domaine à l'échelle mondiale [7]. Le fait de rester bien nourri pendant les 1000 premiers jours peut ouvrir la voie à un avenir solide, sain et productif. Les fenêtres d'opportunité au cours de cette période se concentrent sur les différents besoins nutritionnels des enfants à différents stades : l'allaitement exclusif (de la naissance à six mois), la poursuite de l'allaitement avec l'ajout des aliments complémentaires (AC) jusqu'à deux ans voire plus [8].

Même après six mois d'allaitement exclusif, le lait maternel reste un élément essentiel de l'alimentation. Néanmoins, au fur et à mesure que le nourrisson grandit, la proportion d'énergie pouvant être fournie par le lait maternel diminue, d'où la nécessité de donner des aliments de

compléments appropriés. L'UNICEF recommande que les aliments complémentaires soient introduits à partir de six (6) mois. À cet âge, les nourrissons ont besoin d'environ 615 kilocalories (Kcal) d'énergie par jour. Si l'allaitement maternel est poursuivi, il fournit environ 70 % de l'énergie quotidienne requise, ainsi que 100 % de l'apport quotidien en lipides jusqu'à onze mois et 98 % jusqu'à vingt-trois mois.

Entre neuf et onze mois, les besoins énergétiques passent à 686 Kcal par jour. L'allaitement régulier permet de couvrir plus de la moitié (55%) de ce besoin énergétique. Si l'apport en lait maternel est faible, l'alimentation complémentaire devra fournir jusqu'à 86% des graisses. De douze à vingt-trois mois, les besoins énergétiques passent à 894 Kcal par jour [9].

La consistance des aliments complémentaires dépend de l'âge de l'enfant. Lorsque ces derniers sont introduits à six mois, la consistance doit être une bouillie épaisse. Les bouillies plus légères risquent d'être diluées (quantité remplie d'eau), donc contenir moins de nutriments que nécessaire pour l'enfant. Entre sept et huit mois, les bouillies épaisses et les purées. Entre neuf et onze mois, l'UNICEF recommande les bouillies épaisses, le repas familial avec des aliments hachés ou grossièrement écrasés. Les collations avec des aliments que les nourrissons peuvent tenir dans leurs mains sont autorisées à cet âge. Entre douze et vingt-quatre mois, les aliments de consistance correspondante sont des bouillies épaisses de repas familial, hachées ou écrasées grossièrement si besoin, en guise de collation [10].

Au-delà de deux ans, une alimentation variée et diversifiée assure une croissance saine et prévient les retards de croissance. L'OMS et l'UNICEF affirment que le lait maternel est l'aliment recommandé pour les bébés jusqu'à six mois [11].

Si l'on se concentre sur l'allaitement, il s'agit d'une première étape essentielle sur la voie d'un avenir sain pour l'enfant et il sert de base à sa santé et à son bien-être futur. L'allaitement est également un élément essentiel des efforts de développement mondiaux visant à créer une planète plus saine, plus prospère et plus durable [12]. En tant que mesure pratique visant à protéger la survie et la santé des bébés et des femmes, elle est un élément central de l'Agenda 2030 pour le développement durable et est lié à de nombreux Objectifs de développement durable (ODD). Par exemple : Les objectifs 1, 8 et 10 visent à mettre fin à la pauvreté, à promouvoir la croissance économique et à réduire les inégalités. L'allaitement est associé à un revenu supplémentaire annuel de 302 milliards de dollars US pour l'économie mondiale, soit près de 0,5 % de l'industrie nationale brute mondiale. Les objectifs 2 et 3 concernent la faim, la santé et le bien-être. L'allaitement est une source vitale de nutrition qui peut sauver la vie d'enfants et contribuer à améliorer la santé des enfants et des mères. L'objectif 4 concerne l'éducation. L'association entre l'allaitement maternel, un quotient intellectuel et un niveau d'instruction plus élevé peut contribuer à la réalisation des objectifs mondiaux en matière d'apprentissage. L'objectif 5 porte sur l'égalité des sexes. L'allaitement est lié à des questions essentielles d'égalité, notamment l'espacement des naissances et les droits sur le lieu de travail. L'objectif 12 s'attaque à la consommation durable. Le lait maternel ne nécessite pas d'industrie pour sa production, est produit et consommé avec une empreinte écologique minimale. Alors que les gouvernements nationaux du monde entier élaborent des budgets et des plans d'action pour atteindre les ODD, l'allaitement devrait être une priorité. L'allaitement contribue non seulement à la réalisation d'un

grand nombre d'ODD, mais il est également une composante essentielle de la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents [13,14].

Allaiter exclusivement un enfant pendant les six premiers mois de sa vie et continuer jusqu'à deux ans et au-delà présente des avantages à la fois pour la mère et pour le bébé. L'initiation précoce et l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois offrent une protection contre les infections gastro-intestinales, qui peuvent entraîner un grave appauvrissement en nutriments et donc un retard de croissance. Le lait maternel est également une source essentielle de nutriments pendant l'infection. Des études menées dans des contextes pauvres en ressources ont associé l'allaitement non exclusif à des résultats de croissance plus faibles, car le lait maternel est remplacé par des aliments moins nutritifs ou de l'eau qui exposent souvent les nourrissons à des infections diarrhéiques [15]. Près de la moitié des épisodes de diarrhée et un tiers des infections respiratoires pourraient être évités si les pratiques d'allaitement étaient améliorées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le lait maternel façonne le microbiome du bébé, renforce son système immunitaire et réduit le risque de développer des maladies chroniques. De même, la poursuite de l'allaitement maternel au cours de la deuxième année contribue de manière significative à l'apport de nutriments essentiels qui font défaut dans les régimes complémentaires de faible qualité dans les pays à faibles ressources [16].

Il existe des preuves suffisantes pour suggérer que les femmes qui allaitent sont susceptibles d'avoir une meilleure santé à court terme, et qu'elles courent moins de risques de développer des maladies futures. L'allaitement maternel peut conférer des avantages immédiats et à long terme aux mères, surtout si les recommandations concernant l'exclusivité et la durée de l'allaitement sont respectées. Ces avantages peuvent renforcer la motivation ou l'engagement envers l'allaitement. L'initiation précoce de l'allaitement est associée à une réduction des saignements maternels après l'accouchement, à la facilitation des changements métaboliques positifs et à la perte de poids post-partum, à la réduction du stress à la naissance, au retardement de l'ovulation et à l'involution de l'utérus. La poursuite de l'allaitement renforce les liens entre la mère et l'enfant, prolonge l'aménorrhée lactationnelle (sert de moyen naturel de contrôle des naissances), diminue l'adiposité viscérale, réduit le risque de diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires, de cancer du sein et de l'ovaire [17,18].

Même les mères dont on sait qu'elles sont infectées par le VIH (et dont les enfants ne sont pas infectés par le VIH ou dont le statut sérologique est inconnu) devraient exclusivement allaiter leurs enfants pendant les six premiers mois de leur vie, introduire ensuite des aliments complémentaires appropriés et poursuivre l'allaitement pendant les douze premiers mois de leur vie. Lorsque ces mères décident d'arrêter l'allaitement à un moment donné, elles doivent le faire progressivement dans un délai d'un mois. Les mères ou les nourrissons qui ont reçu une prophylaxie ARV doivent poursuivre la prophylaxie pendant une semaine après l'arrêt complet de l'allaitement. L'arrêt brutal de l'allaitement n'est pas conseillé [19]. Des études ont prouvé que lorsque les mères séropositives initient et poursuivent l'allaitement exclusif pendant qu'elles sont sous traitement antirétroviral, ainsi que leurs bébés sous traitement ARV prophylactique, le taux de transmission mère-enfant est inférieur à 5% [20]. En conséquence, l'OMS et d'autres organisations impliquées dans l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

recommandent que les mères infectées par le VIH bénéficient d'un traitement antirétroviral ou d'une prophylaxie ARV à vie afin de réduire la transmission du VIH par l'allaitement [18].

Compte tenu du rôle important que joue l'allaitement dans le développement de la petite enfance, l'assemblée mondiale de la santé (AMS), l'organe décisionnel de l'OMS, a adopté en mai 2012 le plan global de mise en œuvre de la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant. Ce plan décrit six objectifs mondiaux de l'OMS en matière de nutrition à atteindre d'ici 2025, le cinquième étant de porter à 50 % l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de moins de 6 mois [21].

Malgré sa pertinence avérée, les statistiques montrent encore que seuls 40 % des nourrissons de moins de six mois étaient exclusivement nourris au sein en 2017. Des analyses récentes indiquent que des pratiques d'allaitement sous-optimales, notamment l'allaitement non exclusif (ou l'alimentation mixte), contribuent à 11,6 % de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. [22]. Selon la série Lancet 2016, l'allaitement maternel est l'une des « interventions ayant le plus grand impact » et, s'il est intensifié, pourrait prévenir chaque année 823 000 décès d'enfants dans 75 pays à revenu faible et intermédiaire à forte mortalité [23]. Une étude multinationale et multicentrique visant à comparer le risque de mortalité chez les nourrissons qui n'ont jamais été allaités et ceux qui l'ont été de manière exclusive ou prédominante a révélé que les nourrissons qui n'avaient jamais été allaités avaient un risque dix fois plus élevé de mourir de quelque cause que ce soit et un risque trois fois plus élevé d'être hospitalisés pour quelque cause que ce soit par rapport à ceux qui avaient été allaités de manière exclusive ou prédominante [24].

À l'échelle mondiale, 44 % des nouveau-nés sont mis au sein dans l'heure qui suit leur naissance. Toutefois, cette moyenne masque des disparités spectaculaires entre les taux d'allaitement des différents pays. Le Collectif mondial pour l'allaitement a pour objectif d'améliorer les taux d'initiation précoce à l'allaitement à 70%. Sur les 129 pays disposant de données, seuls 22 atteignent actuellement cet objectif. Le taux global d'allaitement exclusif des nourrissons de moins de six mois était de 40 % en 2017. Seuls 23 pays parviennent à atteindre au moins 60 % de nourrissons de moins de six mois nourris exclusivement au sein. Ce problème est particulièrement visible en Amérique, où à peine 6 % des pays ont un taux d'allaitement exclusif supérieur à 60 %. Le Collectif s'est fixé pour objectif de porter le taux d'allaitement exclusif à au moins 60 % d'ici à 2030. Globalement, les taux de poursuite de l'allaitement à un an sont bien plus élevés (74%) et même deux fois supérieurs aux taux mondiaux d'allaitement maternel exclusif (AME) (37%). Près de 40 % des pays disposant de données ont des taux supérieurs à 80 %. A deux ans, les taux de poursuite de l'allaitement chutent drastiquement à 45%. Aucun pays de l'Amérique n'observe un taux élevé de poursuite de l'allaitement à deux ans. Les objectifs collectifs pour la poursuite de l'allaitement à deux ans restent à 60% [25].

En dépit de toutes les vertus potentielles et de trois décennies d'interventions promotionnelles, l'AME ne répond pas aux attentes, avec un faible taux de pratique constant en Afrique subsaharienne depuis sa création. Comme mentionné précédemment, seuls 37% des enfants sont exclusivement nourris au sein dans les pays en développement. En Afrique subsaharienne, la prévalence de l'AME est de 36%, ce qui est très faible par rapport à l'objectif mondial de prévalence fixé à 50% d'ici 2025 [26]. Bien que de nombreux articles de recherche aient prouvé les avantages du lait maternel et de l'alimentation au sein pendant les six premiers mois de la

vie, la transposition de ces preuves dans la réalité a toujours été difficile dans les sous-régions africaines. Les croyances traditionnelles des populations restent un obstacle à l'AME. La méconnaissance de la supériorité du lait maternel et de son pouvoir protecteur renforce la pratique de l'alimentation mixte. Les produits à base de plantes et les concoctions médicinales, par exemple, sont encore administrés aux jeunes nourrissons pour les protéger contre les maladies et dans les efforts visant à éloigner les mauvais esprits et à favoriser la survie des nourrissons. Certains attributs de l'AME, comme la clause qui exclut même de donner de l'eau aux nourrissons, sont incompatibles avec les croyances africaines. Par exemple, la plupart des indigènes de la région subsaharienne pensent que nourrir les nourrissons uniquement avec du lait maternel est considéré non seulement comme une idée irréaliste mais aussi comme une pratique dangereuse qui met les bébés en danger. On pense que, comme tout le monde, les bébés ont soif et ont besoin d'eau. Même si d'autres aliments ne sont pas donnés, l'eau doit rester un élément essentiel de l'alimentation du nourrisson [27]. D'autres raisons sont souvent invoquées par les mères pour expliquer pourquoi elles n'ont pas recours à l'allaitement exclusif ou à l'allaitement tout court [28]

- Manque de soutien - de nombreuses femmes qui allaitent ne bénéficient pas d'un soutien suffisant de la part de leur partenaire ou d'autres membres du foyer ; les jeunes mères ont parfois des connaissances limitées en matière de soins aux bébés, ce qui les oblige à se tourner vers une alimentation complémentaire.
- Décès de la mère - en cas de décès après l'accouchement, il n'est pas très facile de trouver une nourrice, ce qui pousse les tuteurs à opter pour d'autres formes d'alimentation.
- Mères célibataires - elles n'ont souvent pas le soutien émotionnel et physique nécessaire pour allaiter exclusivement un enfant pendant six mois. Dans de telles situations, l'alimentation complémentaire devient une solution de secours.
- Les conjoints/partenaires ou les mères elles-mêmes ne veulent tout simplement pas s'engager dans l'allaitement.
- Le besoin de retourner au travail ou à l'école - il peut être accablant de gérer des routines quotidiennes comme le travail, l'école et un nouveau-né. Certaines femmes peuvent trouver l'extraction du lait maternel (pompage) pénible et décider d'arrêter l'allaitement ou d'ajouter des préparations pour nourrissons.
- Influence des prestataires de soins de santé - si les prestataires de soins de santé ne sont pas en mesure de fournir l'aide dont les mères allaitantes peuvent avoir besoin ou de répondre correctement à leurs questions, cela peut les amener à rechercher d'autres solutions pour faciliter leurs difficultés
- Limites financières - les tire-laits et les spécialistes de l'allaitement peuvent être coûteux, ce qui pousse les mères à se tourner vers l'alimentation complémentaire.
- L'estime de soi et les opinions de la société - certaines femmes ne se sentent pas à l'aise d'allaiter en public, que ce soit pour des raisons personnelles ou à cause de la stigmatisation qui accompagne encore l'exposition en public.
- Problèmes de santé - les femmes souffrant de différents problèmes de santé refusent généralement d'allaiter leurs enfants, par crainte de transmission ou en raison de l'inconfort lié à la succion du bébé ; les femmes ayant eu un cancer du sein peuvent ne pas être en

mesure d'allaiter après une radiothérapie ou une mastectomie. En outre, il existe certains problèmes de santé, comme l'infection au VIH, pour lesquels les femmes n'allaitent pas leurs bébés.

- Modernisation - avec les récentes tendances à la modernisation, les jeunes mères ont tendance à ne pas allaiter et à se tourner vers les préparations pour nourrissons, car elles sont considérées comme plus prestigieuses et associées à une bonne santé financière.
- Non-respect du code international de commercialisation des substituts du lait maternel (CCSLM) – les entreprises qui produisent des aliments complémentaires influencent grandement les mères allaitantes et la société en général par une publicité agressive, une baisse des prix pour les abonnés premium, la remise de cadeaux gratuits au personnel hospitalier comme des robes de chambre, des billets d'avion, des billets de conférence gratuits, etc.

Ces raisons peuvent être justifiées et sembler, mais l'importance de l'allaitement maternel et les avantages du lait maternel pour la santé leur sont supérieurs. Si un pays cherche à réduire son taux de mortalité infantile ou à améliorer les résultats à long terme de sa population, dans tous les secteurs, la base de référence est une nutrition optimale du nourrisson et du jeune enfant.

Pour lutter contre la situation mondiale des faibles taux d'allaitement exclusif, l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) est proposée en 1991. **L'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés** est un effort mondial lancé par l'UNICEF et l'OMS en réponse à l'appel à l'action lancé en 1990 par la Déclaration d'Innocenti sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel [29]. Depuis son lancement en 1991 jusqu'à la fin de 2007, plus de 20 000 établissements de santé dans le monde ont été officiellement certifiés "amis des bébés". Ce processus implique des procédures d'évaluation et d'accréditation qui reconnaissent les réalisations de ces établissements de santé qui mettent en œuvre des pratiques visant à promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel [4]. Les résultats de diverses revues soutiennent l'impact de l'IHAB sur le succès de la facilitation de l'initiation précoce de l'allaitement et de son exclusivité. La durée de l'allaitement a également augmentée lorsque les mères ont été exposées aux pratiques des Amis des bébés et qu'elles les connaissent mieux [30,31].

Avec les recherches approfondies effectuées sur l'impact de l'IHAB et ses efforts avérés pour augmenter les taux d'AME, d'initiation précoce de l'allaitement et de poursuite de l'allaitement au-delà de 12 mois, la Côte d'Ivoire a décidé d'adopter cette initiative. Avec ses taux extrêmement bas d'allaitement maternel exclusif (4% en 2011), cela semble être une solution évidente à adopter.

Dans cette étude, nous allons aborder la situation de l'allaitement en Côte d'Ivoire, la mise en œuvre de l'IHAB et la rigueur avec laquelle les établissements de santé adhèrent à cette initiative, après avoir été approuvés et certifiés.

## **HYPOTHÈSE**

Dans les structures sanitaires amies des bébés, les personnels de santé ont des connaissances sur les bienfaits du lait maternel et observent des bonnes pratiques d'allaitement comme le stipule l'ISSAB.

## **QUESTION DE RECHERCHE**

Quel est le niveau de connaissances et de pratiques du personnel de santé dans les SSAB d'Abidjan sur l'allaitement selon la politique « amies des bébés » ?

## **OBJECTIF GÉNÉRAL**

Décrire le niveau de la mise en œuvre de l'Initiative Structures Sanitaires Amies des Bébé dans les structures labellisées amies des bébés.

## **Objectifs spécifiques**

- Apprécier le niveau d'implémentation des (12) conditions pour un allaitement réussi, (3) ans après labellisation.
- Apprécier les pratiques du personnel de santé sur l'allaitement ;
- Recueillir les suggestions du personnel, afin d'améliorer la mise en œuvre de l'initiative

## CHAPITRE I - REVUE DE LA LITTÉRATURE

### 1.1. L'initiative Hôpitaux Amis des Bébés

L'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB), également connue sous le nom d'Initiative Amis des Bébés (IAB), est un programme mondial de l'OMS et de l'UNICEF, lancé en Inde en 1992, après la Déclaration d'Innocenti sur la promotion de l'allaitement maternel en 1990. Cette initiative est une intervention mondiale qui se concentre/insiste sur le rôle des services de maternité afin d'influencer positivement les mères à allaiter exclusivement leurs bébés de la naissance à l'âge de six mois, car c'est le meilleur départ dans la vie. Son principal objectif est la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel, conformément au CCSLM. Cela se fait par l'amélioration des services de maternité fournis aux femmes enceintes et allaitantes, ainsi qu'aux nouveau-nés [4].

Les établissements de soins de santé, en particulier les services de maternité, constituent un exemple puissant pour les mères. Ils influencent grandement leur point de vue sur les pratiques d'allaitement et la nutrition du nourrisson et du jeune enfant en général. Depuis le lancement de l'IHAB, plus de 20 000 établissements de santé ont été agréés "amis des bébés". Soixante-dix pays ayant présenté des rapports entre 2010 et 2011, et les mises à jour de 61 autres ayant présenté des rapports en 2006 et 2007 (n=131, soit 66% des 198 pays) indiquent qu'il y a au moins 21 328 établissements de santé déjà certifiés. Cette valeur représente environ 27 % des maternités dans le monde : 8,5 % d'entre elles dans les pays développés et 31 % dans les milieux en développement. Les rapports recueillis en 2010 ont montré que 18 pays ont fait état de comités nationaux, 34 ont signalé l'utilisation des matériels IHAB mis à jour : 14 ont signalé l'utilisation de guides sur les soins de maternité et 11 ont utilisé des documents sur le VIH [32].

Cette initiative est mise en œuvre à deux niveaux : le pays ou le niveau central et l'hôpital ou le niveau opérationnel.

#### i. Mise en œuvre au niveau national

Alors que les changements dans les soins cliniques et le maintien d'un environnement favorable à l'allaitement dépendent de chaque établissement fournissant des services de soins aux mères et aux enfants, un leadership national est nécessaire pour garantir que toutes les mères et les nouveau-nés reçoivent des soins et des services optimaux, opportuns, fondés sur des preuves et adaptés à leurs besoins. L'adaptation de la qualité des services pour protéger, promouvoir et soutenir les pratiques d'allaitement maternel nécessitera une approche holistique, tout en insistant sur le soutien de l'ensemble du système de santé. Pour que l'IHAB fonctionne correctement, elle a besoin des six piliers d'un cadre de système de santé ressources humaines, système d'information sanitaire, financement, leadership et gouvernance, prestation de services et médicaments et technologies essentiels proposés par l'OMS.

La mise en place de l'IHAB dans un pays qui ne l'avait pas encore adopté ou la revitalisation d'un pays qui a échoué ou qui n'est pas correctement mis en œuvre nécessite de passer par les étapes suivantes [29,33].

- **Étape 1** : Organiser ou planifier une réunion avec les autorités nationales chargées de l'allaitement, de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, ou de la nutrition, afin d'établir ou d'évaluer ses fonctions liées à l'IHAB.[33]
- **Étape 2** : Identifier ou rétablir les objectifs IHAB nationaux et les méthodes de mise en œuvre ou modifier les objectifs existants. De nombreux pays ont mis en place des comités centraux IHAB et élaborés des objectifs, mais ils ne font pas forcément partie des politiques et plans actuels ou fonctionnels du système de santé intégré et de la formation des agents de santé. Dans la plupart des pays, cette initiative fait à peine partie du programme de formation du personnel de santé directement impliqué dans les soins maternels et infantiles.
- **Étape 3** : Identifier, désigner ou créer un groupe de coordination IHAB. Ces groupes doivent être reconnus par l'autorité nationale et leur tâche facilitée, afin d'encourager l'institution aisée de l'IHAB.[33]
- **Étape 4** : L'autorité nationale doit
  - s'assurer que le groupe de coordination soit conscient de ses obligations, qu'il travaille à leur réalisation; [33]
  - fournir directement ou indirectement par le biais des comités de désignation IHAB, des évaluations d'installations existantes ou en cours,
  - aider à organiser la formation et la révision des programmes, le tout dans le but d'améliorer la nutrition du nourrisson et du jeune enfant,
  - veiller à ce que le système national d'information sanitaire conserve un enregistrement de l'état d'alimentation de toutes les personnes de contact avec des enfants de moins de deux ans, et
  - mettre en place un système de suivi et d'évaluation fonctionnel.

## ii. Niveau de mise en œuvre hospitalier

Une fois que le niveau national a mis en place des politiques solides, des groupes de coordination fonctionnels et des ressources, un pays peut passer à la mise en œuvre de l'IHAB au niveau opérationnel. Le niveau opérationnel comprend tous les établissements de santé qui fournissent des services à la mère et à l'enfant. Pour être accrédité, les établissements de santé ou les hôpitaux doivent démontrer une conformité d'au moins 80 % aux Dix étapes pour un allaitement maternel réussi et au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel [34]. Ces deux éléments (Dix étapes pour un allaitement maternel réussi et conformité au CCLM) constituent le niveau opérationnel de l'IHAB.

Les Dix étapes pour un allaitement maternel réussi peuvent être divisées en deux groupes : les procédures de gestion critiques et les pratiques cliniques clés. Les deux premières conditions sont appliquées par la direction de l'hôpital tandis que les huit autres dépendent du personnel directement impliqué dans les soins maternels et infantiles. Il s'agit généralement du personnel de la salle d'accouchement, des services de vaccination, des services prénatals et postnatals. Les Dix étapes pour un allaitement maternel réussi sont

### **Procédures de gestion critiques**

1. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et politique IHAB
  - a) Se conformer au CCSLM et aux résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé relatives à ce code.
  - b) Disposer d'une politique écrite sur l'alimentation des nourrissons, communiquée périodiquement au personnel et aux parents, et également affichée dans les différentes unités impliquées dans les soins maternels et infantiles.
  - c) Mettre en place des systèmes de suivi permanent et de gestion des données.

La promotion sauvage des substituts du lait maternel décourage de nombreuses mères d'allaiter et diminue leur confiance dans leur capacité à allaiter exclusivement pendant six mois. Elle promeut également des normes et des mythes sociétaux selon lesquels l'allaitement n'est pas important et n'est pas entièrement capable de protéger le bébé contre de multiples maladies. La promotion des substituts du lait maternel fait de l'allaitement une option pour les mères, et non une priorité. Reconnaissant les méfaits de ces substituts du lait maternel sur la santé des nourrissons, l'OMS a proposé un Code international de commercialisation des substituts du lait maternel en 1981 et a appelé tous les pays du monde à mettre en œuvre une législation mettant en application les dispositions du Code. Des résolutions ultérieures ont clarifié ou étendu les dispositions du Code et réitéré l'importance de son application.

Selon ce code, si une mère doit compléter le lait maternel par ses substituts ou se nourrir uniquement avec des substituts du lait maternel, elle doit pouvoir en garantir la disponibilité, la faisabilité, l'accessibilité financière, la sécurité et la durabilité (AFASS en anglais) [35,36].

2. S'assurer que le personnel a les connaissances, les compétences et les aptitudes suffisantes pour soutenir l'allaitement maternel.

Il est courant que le personnel infirmier d'un hôpital effectue une rotation dans les différentes unités ou services. Compte tenu de cette pratique, le guide IHAB révisé et mis à jour par l'UNICEF et l'OMS exige que tous les six mois, l'ensemble du personnel soignant soit formé aux compétences nécessaires à la mise en œuvre de cette politique.

### **Pratiques cliniques clés**

3. Éduquer les femmes enceintes, les personnes qui s'occupent des enfants et leurs familles sur l'importance et la gestion de l'allaitement maternel.
4. Facilitez le contact peau à peau immédiat et ininterrompu et aidez les mères à commencer l'allaitement le plus tôt possible après la naissance.
5. Soutenir les mères pour initier et maintenir l'allaitement et gérer les difficultés courantes.
6. Ne pas donner aux nouveau-nés allaités d'autres aliments ou liquides que le lait maternel, sauf indication médicale.

Les premières heures et les premiers jours de la vie d'un nouveau-né constituent une fenêtre critique pour initier l'allaitement et fournir aux mères le soutien dont elles ont besoin pour un allaitement réussi. Le plus souvent, ce soutien n'est pas fourni. Lorsqu'il l'est, il est rarement fait correctement. Une étude réalisée par l'UNICEF a montré que jusqu'à 78 % des accouchements sont assistés par du personnel de santé qualifié, mais que seulement 45 %

des nouveau-nés sont allaités dans l'heure qui suit leur naissance. Cette lacune est l'un des problèmes que l'OMS et l'UNICEF cherchent à corriger par le biais de l'IHAB. Bien que l'allaitement maternel soit la norme biologique, les professionnels de santé peuvent effectuer des procédures inappropriées qui interfèrent avec la stimulation du flux de lait maternel par l'initiation précoce de l'allaitement, telles que la séparation de la mère et de l'enfant immédiatement après la naissance, l'introduction tardive de l'allaitement, l'administration d'aliments pré lactiques (tels que le glucose, les sirops, etc.) et la supplémentation inutile. Ces procédures augmentent considérablement le risque de difficultés d'allaitement conduisant à une alimentation mixte, voire à un arrêt précoce de l'allaitement [35,36].

7. Permettre aux mères et à leurs nourrissons de rester ensemble et de pratiquer le rooming-in (cohabitation 24h/24).
8. Aider les mères à reconnaître et à répondre aux signaux d'alimentation de leur enfant.
9. Conseiller les mères sur l'utilisation et les risques des biberons, des tétines et des sucettes.
10. Coordonner la sortie de l'hôpital afin que les parents et leur enfant puissent bénéficier en temps utile d'un soutien et de soins continus

La recherche a prouvé l'importance des groupes de soutien à l'allaitement. Les mères, surtout celles qui le sont pour la première fois, ont besoin d'un soutien social, émotionnel et physique. Ce soutien professionnel précis, opportun et cohérent influence grandement la durée de l'allaitement d'un enfant. Bien que le soutien par les pairs ou par le personnel de santé ne soit pas toujours concluant en raison des diverses manières dont ces données sont collectées et des variations dans les types de soutien apportés, les témoignages des mères indiquent qu'elles apprécient l'opportunité de poser des questions, de partager des expériences avec des pairs et d'être encouragées par d'autres femmes qui ont réussi à allaiter exclusivement au sein [37].

## **1.2 Succès et défis de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés**

L'impact positif de l'IHAB ne saurait être surestimé. Le personnel des maternités a fait état d'une diminution des complications post-partum telles que les hémorragies post-partum, d'un rétablissement plus rapide après la naissance grâce à l'initiation précoce à l'allaitement entre autres. Moins d'enfants ont été hospitalisés pour des maladies infantiles courantes et les mères ont tissé des liens plus étroits avec leurs bébés, car elles pratiquaient la cohabitation 24 heures sur 24 avec leurs bébés (étape 7) [38]. Les mères qui ont été sensibilisées à cette initiative ont également constaté une diminution du coût de l'alimentation de leurs enfants, car elles n'avaient pas à dépenser pour acheter des substituts du lait maternel. Les statistiques ont également montré que les taux d'allaitement exclusif et de poursuite de l'allaitement après six mois étaient plus élevés chez les mères ayant accouché dans des hôpitaux et des pays ayant adopté cette initiative [39].

Les examens ont montré que les hôpitaux et les pays étaient très favorables à l'IHAB, voyant les impacts positifs qu'elle avait à la fois sur les ménages et sur le système de santé. Cependant, avec le temps, cette appréciation a fortement diminué, conduisant à l'abandon de l'initiative par de nombreux pays. Les hôpitaux qui ont abandonné l'initiative ont donné des raisons comme le fait de donner aux bébés qui pleurent des aliments autres que le lait maternel parce que la production de lait de la mère était faible ou ne coulait pas du tout dans les jours qui suivaient la

naissance[40], les infirmières et les sages-femmes expérimentées refusant catégoriquement d'adopter la nouvelle méthode de soins maternels et infantiles immédiatement après la naissance. Elles préféreraient faire les choses à l'ancienne, même si elles se sont avérées inférieures à l'IHAB. Les évaluateurs à mi-parcours ont également observé que, la plupart du temps, il était difficile d'obtenir l'adhésion de la majorité du personnel de la maternité. Une sage-femme a expliqué : "J'ai travaillé comme ça ces 25 dernières années et je veux continuer à le faire". Il a été particulièrement noté que les jeunes sages-femmes étaient plus favorables aux dix étapes que les sages-femmes plus expérimentées. Parfois, la plainte portait sur la pénurie de personnel de maternité et sur le fait que personne ne voulait assumer les tâches supplémentaires [41]

Le leadership et la coordination au niveau national, qui sont essentiels pour assurer une couverture étendue et la durabilité de ce projet [42], ont pris en compte ces raisons d'abandon et les ont transmises à l'OMS et à l'UNICEF. Les initiateurs ont pris en considération ces obstacles et ont proposé en 2009 un manuel révisé, « L'Initiative Hôpital Ami des Bébés : revue, mise à jour et augmentée pour les soins intégrés » [29]. Des solutions ont été proposées pour les scénarios possibles. Selon ce guide de mise en œuvre révisé, un pays qui effectue les tâches suivantes est sur la bonne voie pour garantir la durabilité de l'initiative et une couverture étendue, donc moins susceptible d'échouer [43].

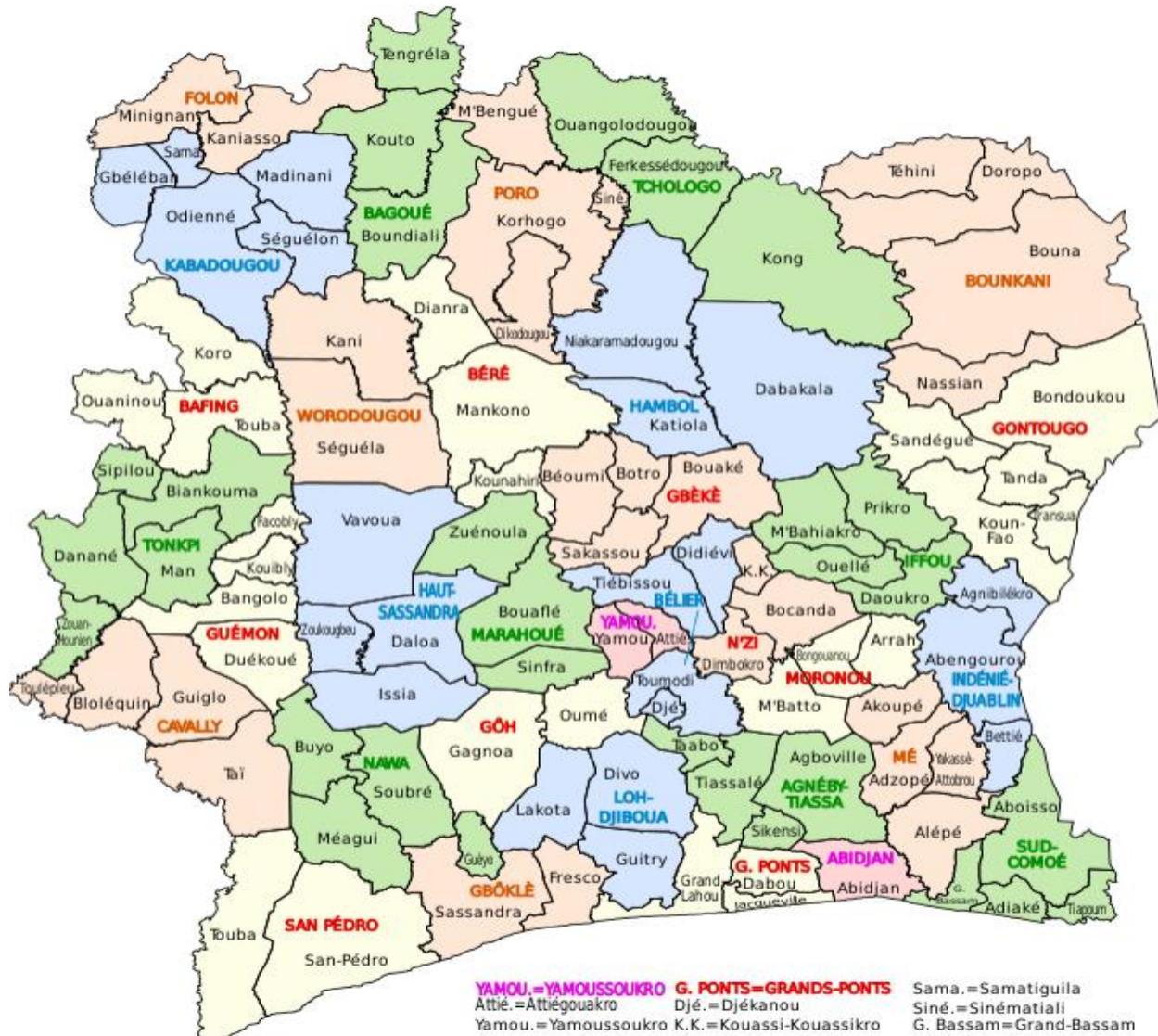
1. Créer ou renforcer un organisme national de coordination de l'allaitement maternel.
2. Intégrer les dix étapes pour un allaitement réussi dans les politiques nationales des différents secteurs. Faire de ces étapes des pratiques de routine dans les maternités et les intégrer dans les programmes de formation des écoles de médecine.
3. Évaluer et assurer la compétence des professionnels de santé, du personnel de santé et des dirigeants dans la mise en œuvre de ces étapes.
4. Utiliser des systèmes d'évaluation externe pour évaluer régulièrement le respect des dix étapes.
5. Développer et mettre en œuvre des moyens de motivation des établissements qui se conforment, et/ou des sanctions en cas de non-respect des dix étapes.
6. Fournir une assistance technique aux établissements qui souhaitent apporter des changements mais qui ont des limites et les encourager à adopter les dix étapes.
7. Réaliser des activités périodiques de suivi et d'évaluation des structures qui mettent en œuvre l'initiative, afin d'éviter le laisser-aller après avoir été désignées amies des bébés.
8. Éduquer et sensibiliser les publics cibles sur l'importance de l'IHAB et le rôle qu'elle joue dans le développement de la petite enfance.
9. Identifier et allouer des ressources suffisantes pour assurer le financement continu de l'initiative.

L'UNICEF et l'OMS ont fourni une série de manuels/guides de formation pour l'IHAB. Ceci afin de garantir une manière standardisée de mettre en œuvre l'initiative dans le monde entier [44–46]. Cette manière standardisée de mettre en œuvre l'initiative garantit l'uniformité et facilite la collecte des données lors de l'évaluation de l'impact de l'IHAB. Auparavant, les données recueillies ne pouvaient pas être extrapolées à d'autres pays car les indicateurs de mise en œuvre et d'évaluation n'étaient pas cohérents.

### 1.3 L'initiative "Hôpital ami des bébés" en Côte d'Ivoire

Compte tenu des avantages escomptés de l'IHAB, de la nécessité de traiter l'ANJE différemment pour obtenir de meilleurs résultats, la Côte d'Ivoire a adopté cette initiative l'année même de son lancement, en 1991. En 1995, 115 d'entre eux ont été désignés "amis des bébés" et 116 groupes de soutien à l'allaitement (dixième étape) ont été mis en place.

#### 1.3.1. Profil du pays



Carte des départements, régions et districts autonomes de la Côte d'Ivoire. Les fonds et noms de couleurs indiquent les régions et districts autonomes (fond rouge, nom magenta).

Figure 1 : Carte de la Côte d'Ivoire

Située sur la côte de l'Afrique de l'Ouest dans la zone subéquatoriale au 10° degré de latitude Nord, au 4ème et au 8ème degré de longitude Ouest, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de

322 462 Km<sup>2</sup>. Le pays est officiellement connu sous le nom de République de Côte d'Ivoire. Sa capitale politique est Yamoussoukro, au centre du pays, tandis que sa capitale économique et sa plus grande ville est la ville portuaire d'Abidjan. Elle est bordée à l'ouest par le Liberia et la Guinée, au nord par le Mali et le Burkina Faso, à l'est par le Ghana, et au sud par le golfe de Guinée et l'océan Atlantique. La population totale de la Côte d'Ivoire est de 22 671 331 habitants selon les résultats du Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2014, et est estimée à 27,05 millions d'habitants en 2021. Le taux de croissance annuel de la population est de 2,58 % en 2021 [47].

La Côte d'Ivoire a adopté un système de santé pyramidal, composé des niveaux primaire, secondaire et tertiaire. Il comprend toutes les formations sanitaires publiques qui ont un rôle de premier contact avec les usagers pour fournir des services curatifs, préventifs, éducatifs et promotionnels. Le niveau secondaire ou intermédiaire. Il constitue la première ligne de référence de la base de la pyramide. Le plateau technique de ce niveau intermédiaire est plus avancé et plus équipé que celui du niveau primaire. Les cas qui ne peuvent être traités au niveau primaire en raison de l'insuffisance de l'expertise, des ressources humaines ou de la plate-forme technique au niveau primaire sont renvoyés au niveau intermédiaire.

Le niveau tertiaire ou central est constitué de l'ensemble des structures de santé publique qui assurent une fonction de deuxième ligne pour les usagers et qui ont une capacité technique de diagnostic et de traitement des cas qui ne peuvent être pris en charge par les niveaux primaire et secondaire. Il comprend les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA), l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), l'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire (INSP), l'Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire (IRFCI), l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire (IPCI) et le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) [48].

Le cabinet du ministre, sa direction générale, les directions centrales et de coordination, les différents programmes de santé et la direction du ministère de la santé constituent le corps administratif du système de santé ivoirien. Ces services sont responsables de la définition des politiques des différents programmes et assurent la coordination des différentes prises en charge du système de santé. Cette administration centrale constitue l'épine dorsale de l'ensemble du système de santé. Sa bonne gestion garantit la stabilité et la bonne qualité de l'ensemble de la pyramide sanitaire.

Le profil nutritionnel de la Côte d'Ivoire a évolué au cours de la dernière décennie. Selon l'enquête MICS de 2016, on observe un double fardeau de la malnutrition, c'est-à-dire la présence d'une forte prévalence à la fois de dénutrition et de suralimentation. En 2016, peu de progrès ont été réalisés pour parvenir à une réduction des taux d'anémie chez les femmes en âge de procréer, 52,9 % des femmes âgées de 15 à 49 ans étant concernées. Cependant, des progrès bien que lents, ont également été réalisés pour atteindre l'objectif de faible poids à la naissance, avec 15,5% des nourrissons ayant un faible poids à la naissance en 2015, contre 16,16 en 2018. La Côte d'Ivoire est en bonne voie pour atteindre la cible relative au retard de croissance (CIBLE : Réduction de 40% du nombre d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance), avec 21,6% des enfants de moins de 5 ans touchés, ce qui est inférieur aux taux moyens de la région africaine (29,1%). La Côte d'Ivoire a fait quelques progrès vers l'objectif de cachexie, bien

que 6,1% des enfants de moins de 5 ans soient encore touchés, ce qui est inférieur à la moyenne de la région africaine (6,4%). La prévalence des enfants de moins de 5 ans en surpoids est de 1,5% et la Côte d'Ivoire est sur la bonne voie pour que ce taux continue de diminuer. La Côte d'Ivoire a fait des progrès limités vers les objectifs relatifs aux maladies non transmissibles liées à la nutrition. Le pays n'a pas progressé vers les objectifs fixés en matière d'obésité, avec une estimation de 15,2% des femmes adultes (âgées de 18 ans et plus) et 5,8% des hommes adultes vivant avec cette pathologie, même si cette prévalence est inférieure à la moyenne régionale de 18,4% pour les femmes et 7,8% pour les hommes. Dans le même temps, on estime que le diabète touche 6,3 % des femmes adultes et 7,3 % des hommes adultes. En ce qui concerne l'allaitement maternel exclusif, le pays a investi de nombreux efforts pour que les objectifs de 50% soient atteints d'ici 2025. En 2013, seuls 4% des nourrissons de moins de cinq ans étaient exclusivement nourris au sein, mais grâce aux stratégies mises en œuvre, ce taux est passé à 23,1% en 2016. Cette même année, il a été enregistré que les taux d'allaitement continu à 12 mois s'élèvent à 88,1%. À 24 mois, l'allaitement maternel chute à 29 %. Ce schéma est le reflet des taux mondiaux. (MICS 2016 - Côte d'Ivoire) [49]. Le secteur de la nutrition du Pays est géré par la Direction de Coordination du Programme National de Nutrition (DC-PNN) [50,51].

La Direction de Coordination du Programme National de Nutrition a été créée selon le décret N°410 du 28 décembre 2001. Cette DC-PNN a été créée en réponse aux problèmes nutritionnels du pays. Elle sert de moyen pour juguler les différentes préoccupations nutritionnelles auxquelles le pays est confronté. Il a pour objectif principal de contribuer à l'objectif global de réduction des taux de mortalité et de morbidité de la population ivoirienne, en particulier ceux des populations vulnérables : femmes enceintes, enfants de moins de cinq ans, personnes vivant avec le VIH et femmes en âge de procréer. La lutte contre la malnutrition est une mission essentielle de tous les niveaux (primaire, secondaire et tertiaire) du système de santé. DC-PNN améliore l'état nutritionnel de la population ivoirienne en offrant les services suivants [50]

- Interventions nutritionnelles communautaires
- L'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB)
- Suivi et promotion de la croissance de l'enfant et suivi de la prise de poids chez la femme enceinte
- Supplémentation en vitamine A et en fer.
- Enrichissement des aliments en micronutriments
- Prise en charge des cas de malnutrition
- Activités de nutrition scolaire
- Nutrition et VIH/SIDA

La promotion de l'allaitement maternel - initiation précoce, AME, allaitement continu - fait l'objet d'un suivi dans le cadre de l'initiative "Hôpital ami des bébés".

### **1.3.2. Défis rencontrés par l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé en Côte d'Ivoire**

Adoptée l'année même du lancement de l'initiative - 1991 - l'IHAB a fait partie du système de santé ivoirien pour protéger, promouvoir et soutenir les pratiques d'allaitement. En 1995, 115

établissements de santé étaient déjà désignés "amis des bébés". Le niveau national de cette initiative est géré par la Direction de Coordination - Programme National de Nutrition (DC-PNN) du pays.

Quelques années à peine après cette mise en œuvre, des obstacles se sont dressés, conduisant à l'abandon de ce projet.

Cependant, le pays a rencontré une série de revers, selon l'évaluation de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant réalisée en 2010 par le programme de valorisation des ressources humaines, en collaboration avec le PNN et l'OMS. Ces revers sont les suivants

- Abandon de la DCAR par les hôpitaux qui avaient été désignés amis des bébés
- Transfert du personnel qui avait été formé et remplacement par un nouveau personnel compétent dans les pratiques IHAB, d'où une régression vers les anciennes méthodes de soins aux enfants
- L'appellation "initiative des hôpitaux amis des bébés" qui exclut littéralement les établissements de santé non classés comme hôpitaux.
- Plate-forme technique inadéquate pour assurer la durabilité de l'IHAB.

Compte tenu de l'impact positif de l'IHAB constaté à l'échelle mondiale, de son influence sur la nutrition optimale des nourrissons et des pratiques d'allaitement, le PNN avec l'appui de ses partenaires financiers et techniques a proposé de revitaliser cette initiative dans les différentes structures sanitaires. De nouveaux plans de revitalisation ont été définis. Ils se concentrent sur les points suivants [50]:

- Aspect institutionnel : obtenir un ancrage fort du ministère :
  - Plaidoyer pour l'intégration de l'initiative dans les critères d'excellence hospitalière
  - Mise en place d'un comité de suivi IHAB
- Les critères de sélection:
  - Données épidémiologiques (malnutrition chronique, taux d'allaitement exclusif, taux d'allaitement continu)
  - Manifestation d'intérêt des établissements de santé

### **1.3.3. Étapes de la mise en œuvre de l'approche Amis des bébés en Côte d'Ivoire**

Le processus de désignation des établissements de santé amis des bébés en Côte d'Ivoire comprend sept étapes. Ils incluent

1. Sensibilisation et éducation des autorités sanitaires sur la pertinence et l'importance de l'IHAB [52].
2. Mise à niveau des prestataires de services dans les unités maternelles et infantiles
3. Suivi de la mise en œuvre de l'IHAB selon les normes de l'OMS/UNICEF.
4. Auto-évaluation par les autorités hospitalières

5. Supervision : elle est effectuée par les représentants des zones de santé. Ils s'assurent que l'initiative est bien mise en œuvre avant que l'équipe d'évaluation externe ne procède à l'évaluation finale.
6. Évaluation externe : elle est réalisée par le comité central national ou les groupes de coordination "amis des bébés".
7. Attribution du label "Ami des bébés" aux établissements de santé qui respectent les recommandations.

Mise en place de groupes de soutien à l'allaitement (dixième étape)

#### **1.3.4. Facteurs entravant le processus de revitalisation des établissements de santé amis des bébés**

Lors de la refonte de l'initiative, certains obstacles ont été rencontrés. Ces facteurs limitants sont notamment :

- Financement de l'initiative - comme tout autre projet, l'IHAB est coûteux. La réticence du gouvernement à financer ce projet est une raison majeure d'abandon.
- La faible volonté/le zèle politique
- La faible implication et adhésion des autorités sanitaires. Les autorités sanitaires constituent l'épine dorsale du système de santé. Leur mise à l'écart d'un projet se traduit dans l'ensemble du système de santé.
- La réticence des structures de santé à mettre en œuvre l'initiative - certains établissements de santé n'étaient pas disposés à faire le travail supplémentaire nécessaire pour mettre en œuvre l'IHAB
- Faible implication du personnel de santé - certains membres du personnel préfèrent continuer à utiliser les anciennes pratiques, même si elles se sont avérées inférieures à l'IHAB.
- La durée indéterminée du processus de labellisation. Dans le passé, lorsque les hôpitaux étaient désignés "amis des bébés", c'était pour une durée indéterminée. À cet effet, ces derniers restaient labellisés même s'ils cessaient de mettre en œuvre les dix étapes de l'initiative, ils.
- Le choix de l'établissement - avec l'appellation IHAB, les structures de santé qui ne sont pas classées comme hôpitaux sont exclues. Ces structures se sentent donc exclues et ne ressentent pas le besoin de s'aligner sur cette initiative.
- Faible promotion de l'allaitement maternel exclusif dans les structures de santé. Le personnel de la maternité continue à promouvoir l'alimentation pré lactéenne dans les jours qui suivent la naissance.
- Difficultés de communication des données : la collecte des données n'a pas été harmonisée, ce qui rend difficile leur communication et leur interprétation.
- L'irrégularité de la surveillance et du suivi des structures sanitaires qui avaient été désignées amies des bébés auparavant
- Le non-respect du CCSLM

- Une capitalisation insuffisante des expériences antérieures. Malgré les difficultés antérieures rencontrées, le système n'a pas capitalisé sur celles-ci pour obtenir de meilleurs résultats. Cela a conduit à la répétition des mêmes erreurs commises dans le passé.

Pour surmonter ces limites, l'IHAB a été rebaptisée "Initiative Structures Sanitaires Amies des Bébés (ISSAB)". Ce changement d'appellation permet à l'initiative de ne pas inclure uniquement les hôpitaux - comme l'implique l'Initiative Hôpital Ami des Bébés - mais d'englober toutes les structures sanitaires offrant des services de maternité (centres de santé, centres de vaccination, cliniques mère-enfant, cabinets de pédiatrie). Les dix étapes ont également été revues à douze étapes ou conditions, les conditions 1a, 1b et 1c devenant les conditions 1, 2 et 3.

Une durée définie de trois ans a été établie pour la labellisation. Cela signifie que tous les trois ans, les structures sanitaires désignés "amis des bébés" seront réévalués. S'ils mettent toujours en œuvre les douze conditions d'un allaitement réussi (DCAR), c'est-à-dire en respectant la DCAR à un taux  $\geq 80\%$ , ils conservent leur certification. S'ils respectent le DCAR à un taux de 60-79%, l'établissement de santé passe à une étape de révision, accompagné par le PNN où il lui est demandé de travailler avec les représentants de la zone de santé. Une structure de santé qui ne respecte pas jusqu'à 50 % de la DCAR perd sa licence et doit repasser par les sept étapes de mise en œuvre complètes.

En 2018, 32 structures de santé du pays ont suivi le processus de mise en œuvre en sept étapes pour être labellisée structures sanitaires amies des bébés. Ce label est censé durer une période de trois ans. Notre objectif principal est de suivre les SSAB désignés en 2018. Cela correspond à la période de validité de la labellisation de trois ans et cette évaluation déterminera si ces structures sanitaires conserveront leur label, devront être accompagnée ou perdront complètement leur label et doivent reprendre le processus de désignation des SSAB

## CHAPITRE II : METHODOLOGIE – MATERIEL ET METHODES

### 2.1. MATERIEL

**Site de l'étude** : cette étude a été réalisée dans les vingt (20) structures sanitaires du district d'Abidjan, en Côte d'Ivoire, qui ont été labellisées amies des bébés en 2018.

**Période d'étude** : l'étude a duré cinq (5) mois - d'avril à août 2021. Cependant, les données ont été collectées entre juin et juillet.

**Population cible** : notre population d'étude était constituée des femmes enceintes, femmes allaitantes et du personnel hospitalier travaillant dans les unités offrant des soins à la mère et à l'enfant.

**Critères d'inclusion : nous avons inclus**

- les femmes enceintes ayant assisté à au moins deux consultations prénatales dans l'un des établissements de santé amis des bébés,
- les femmes allaitantes qui ont assisté à des consultations postnatales dans des établissements de santé amis des bébés
- les mères qui ont accouché dans des établissements de santé amis des bébés et qui attendaient leur sortie de l'hôpital et
- le personnel de santé (infirmières et sages-femmes) travaillant dans les unités hospitalières offrant des soins à la mère et à l'enfant, c'est-à-dire les unités de maternité, de consultation prénatale et postnatale, de vaccination, de suivi du développement de la petite enfance, d'accouchement et post accouchement

**Critères d'exclusion** : nous avons exclu les femmes enceintes qui ne faisaient pas leurs consultations prénatales et postnatales dans les SSAB, le personnel ne travaillant pas dans les unités offrant des soins maternels et infantiles, ainsi que les autres auxiliaires hospitaliers.

Les données ont été recueillies à l'aide du questionnaire standardisé de l'OMS/UNICEF et la collecte a suivi le protocole décrit dans l'outil de réévaluation externe révisé de l'OMS/UNICEF pour effectuer une réévaluation des établissements Amis des Bébé [29] (voir annexe pour le questionnaire). Une section a également été ajoutée au questionnaire standardisé, afin de recueillir des informations sur les difficultés rencontrées par le personnel dans la mise en œuvre de l'initiative.

### 2.2. METHODES

**Type d'étude** : étude transversale descriptive

**Outil de collecte des données** : Les données ont été recueillies à l'aide du questionnaire standardisé de l'OMS/UNICEF et la collecte a suivi le protocole décrit dans l'outil révisé de réévaluation externe de l'OMS/UNICEF pour effectuer une réévaluation des établissements Amis des Bébé [29] (voir annexe pour le questionnaire).

Chaque condition était assortie des questions qui servaient de critères pour déterminer si la condition était remplie ou non. La nature du questionnaire exigeait que des observations soient faites (par exemple aux étapes 7 et 9) sur les pratiques d'allaitement et le rooming-in (cohabitation 24h/24), que des questions de structure qualitative et quantitative soient posées et que des entretiens approfondis soient réalisés avec le personnel pour connaître les difficultés qu'il rencontrait dans la mise en de la politique des Amis des bébés.

Le guide IHAB révisé stipule que sur l'ensemble du personnel, des femmes enceintes ou des mères allaitantes échantillonnés, au moins 80 % doivent répondre en faveur de la condition. Dans un souci de précision, le " Service de Promotion de l'Alimentation de Mères, Nourrissons et Jeunes Enfants " du Programme National de Nutrition ivoirien " qui est en charge de l'ISSAB exige qu'un total de dix personnels soignants, dix femmes enceintes et dix mères allaitantes soient interviewées par institution. Seules les questions sur les conditions applicables à un établissement de santé spécifique ont été administrées.

### **Considérations éthiques**

Une approbation éthique a été demandée aux Délégués Régionaux de la Santé des Districts autonomes d'Abidjan 1 et 2 et au Comité d'Éthique de l'Université Senghor d'Alexandrie. Le consentement éclairé a également été obtenu de chacun des membres du personnel, des mères allaitantes ou des femmes enceintes participant à cette étude.

### **Analyse des données**

L'analyse a été effectuée manuellement à l'aide des fiches de synthèse accompagnant le guide d'évaluation révisé de l'IHAB de l'UNICEF [53]. L'analyse des données a été effectuée manuellement à l'aide des fiches de synthèse fournies dans le guide d'auto-évaluation et d'évaluation externe des hôpitaux de l'UNICEF/OMS. Ces fiches ont ensuite été traduites en un masque de saisie dans Microsoft Excel 2016. L'analyse a également été réalisée à l'aide du logiciel R version 1.4. Pour adhérer à une condition particulière, la structure sanitaire doit obtenir le pourcentage minimum de 80 ou plus sur le nombre total des questions requis pour cette condition et applicables à l'établissement donné.

Lorsque toutes les conditions sont évaluées, le score global est attribué et seules les structures ayant obtenu un score d'au moins 80 % conservent leur licence "ami des bébés". Les structures qui obtiennent un score compris entre 60 et moins de 80 % devront être accompagnées par le PNN, pour renforcer leurs capacités où ils ont obtenu un score inférieur à 80 %, conformément aux douze conditions pour un allaitement réussi, afin d'atteindre le score acceptable lors de la prochaine évaluation. Les structures qui n'atteindraient pas la note de 60 % perdraient leur label.

Pour garder le label, elles devraient passer par le processus en sept étapes pour la désignation des Structures sanitaires Amies des bébés en Côte d'Ivoire (voir dans la revue de la littérature). Le score final d'adhésion à l'initiative a été déterminé comme un rapport entre le nombre total d'étapes réalisées et le nombre total d'étapes applicables à cette structure de santé particulier.

## CHAPITRE III : RESULTATS

Pour la présentation des résultats, nous utiliserons les codes numériques des hôpitaux, tels que représentés dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Hôpitaux amis des bébés désignés dans le District d'Abidjan**

Numéro	Commune	Nom de la structure sanitaire
1	Cocody	CSU Com Palmeraie
2	Cocody	Centre Médical Mère Maria Elisa Andréoli
3	Cocody	Hôpital Général de Bingerville
4	Cocody	CSU Com M'Pouto
5	Bingerville	CSU Com Akouédo-Village
6	Cocody	Centre Médical Nimatoullah
7	Cocody	FSU Cocody
8	Abobo	FSU Com AnonkouaKouté
9	Abobo	FSU Com Sagbé
10	Abobo	FSU Com Abobo BC
11	Abobo	Hôpital Général d'Anyama
12	Adjame	Hôpital Général d'Adjamé
13	Adjame	FSU Williamsville
14	Adjame	CSU Com Williamsville
15	Adjame	CSU Com Arras 3
16	Yopougon	FSU Com Port Bouet 2
17	Port Bouet	FSU Com Ouassakara- Attié
18	Koumassi	Hôpital Municipal de Vridi cité
19	Koumassi	Hôpital Général de Koumassi
20	Koumassi	CSU Com Koumassi Grand Campement

FSU = Formation Sanitaire Urbaine

CSU : Centre de Santé Urbain

Les codes de couleur utilisés dans les différents tableaux représentent les informations suivantes

**Tableau 2 : code de couleur et score**

	score d'au moins 80 %	<b>Élevé</b>	garde le label
	score entre 60 et moins de 80 %.	<b>Modéré</b>	accompagnement
	score inférieure à 60 %	<b>Faible</b>	reprend le processus

Les vingt (20) établissements inclus dans l'étude se trouvaient tous dans le district d'Abidjan et ont été certifiés amis des bébés en 2018. Comme requis, les certifications durent trois ans, après quoi les établissements de santé sont réévalués. Sur un nombre total de 420 répondants, 20 établissements comprenant 173 personnels hospitaliers, 135 femmes enceintes et 112 mères

allaitantes ont répondu aux questionnaires. Les hôpitaux 2, 6, 7, 12 et 16 n'offrent pas de services d'accouchement, ce qui rend les conditions 6, 8, 9 et 10 non applicables, car elles doivent être observées dans les 6 premières heures de la naissance, et dans les locaux de l'hôpital. Les établissements disposant d'unités d'accouchement mais ne pratiquant pas de procédures d'accouchement compliquées (structures 10, 14, 18 et 19), comme les césariennes ou les naissances nécessitant une anesthésie, n'ont reçu que les questions auxquelles ils étaient éligibles, en vertu de la 6ème condition.

✚ Chaque condition avait des questions qui ont été posé. Pour valider chaque condition, au moins 80% des questions devaient être correctement remplis. Le tableau ci-dessous montre le nombre de questions de conformité pour chaque condition et le nombre que chaque établissement de santé désigné n'a pas respecté.

**Tableau 3 : Illustration du nombre de questions de conformité pour chaque condition**

Conditions	Nombre de questions	Structures sanitaires amies des bébés (SSAB)																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<b>1</b>	<b>9</b>	7	4	1	5	0	4	1	0	1	0	1	3	0	3	0	2	0	0	2	0
<b>2</b>	<b>11</b>	11	1	1	2	2	5	2	1	2	2	9	3	0	2	4	1	1	3	0	3
<b>3</b>	<b>14</b>	3	5	0	1	0	9	2	0	6	7	3	4	0	6	7	3	5.5	2	4	11
<b>4</b>	<b>14</b>	12	11	10	12	11	12	12	10	12	11	11	12	10	12	13	10	13	11	13	12
<b>5</b>	<b>4</b>	9	9	2	14	5	12	14	1	8	7	6	12	1	12	6	11	11	3	8	14
<b>6</b>	<b>4</b>	0	4	2	0	3	4	4	0	3	3	2	4	0	2	4	2	0	2	2	2
<b>7</b>	<b>16</b>	6	9	8	10	8	16	10	4	13	13	4	9	1	15	7	4	4	4	0	16
<b>8</b>	<b>7</b>	6	7	3	7	1	7	7	1	3	3	3	7	0	5	5	7	4	2	1	0
<b>9</b>	<b>3</b>	0	3	0	3	0	3	3	0	2	1	3	3	0	3	1	3	0	1	0	2
<b>10</b>	<b>4</b>	4	2	2	4	4	4	4	3	1	2	3	4	0	4	0	4	3	2	3	1
<b>11</b>	<b>4</b>	0	2	2	0	0	0	0	1	3	2	1	0	4	0	4	0	1	2	1	3
<b>12</b>	<b>8</b>	6	6	6	8	5	4	6	4	6	7	5	5	4	7	5	6	6	5	5	6

### Graphique empilé des performances des douze conditions pour un allaitement réussi

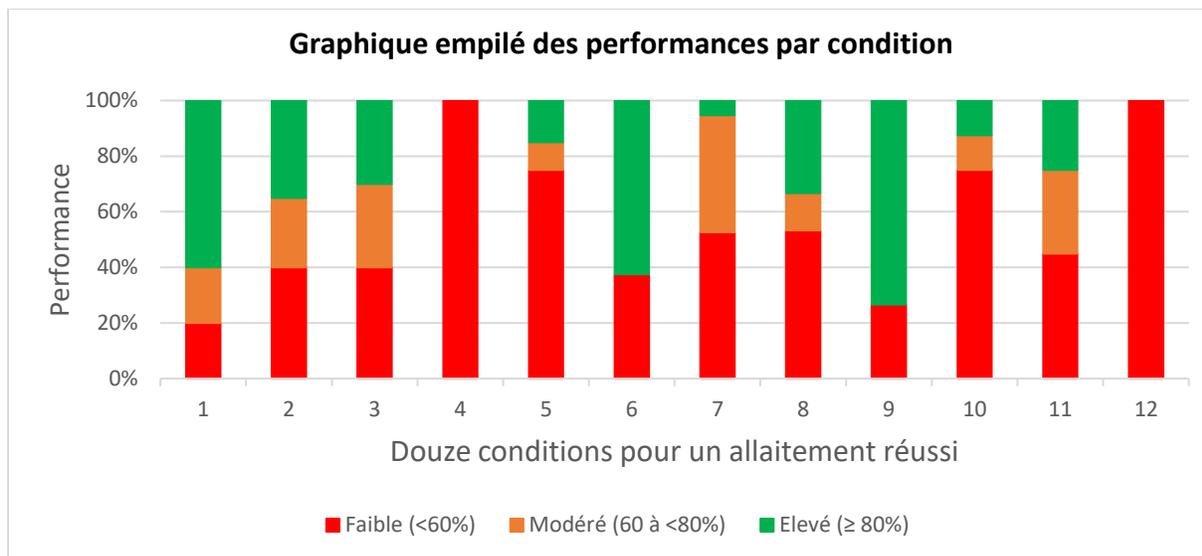


Figure 2: Graphique empilé des performances par condition

Selon ce graphique empilé, la meilleure performance a été enregistrée avec la condition 9 (82% en moyenne), qui exige que les mères restent dans la même pièce que leur bébé pendant 24 heures par jour. D'autre part, la quatrième condition a enregistré la plus faible performance, avec une valeur moyenne de 17%. La condition 1, le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel, est renforcée tant par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique que par le Ministère du Commerce, d'où la nécessité d'y prêter attention.

Les taux moyens d'adhésion aux 12 conditions étaient de 58%, dans une fourchette de 17 à 87. La condition la plus respectée était la condition 9 (Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour), avec 87%, qui exigeait que les mères passent les vingt-quatre heures de la journée dans la même pièce que leur nouveau-né

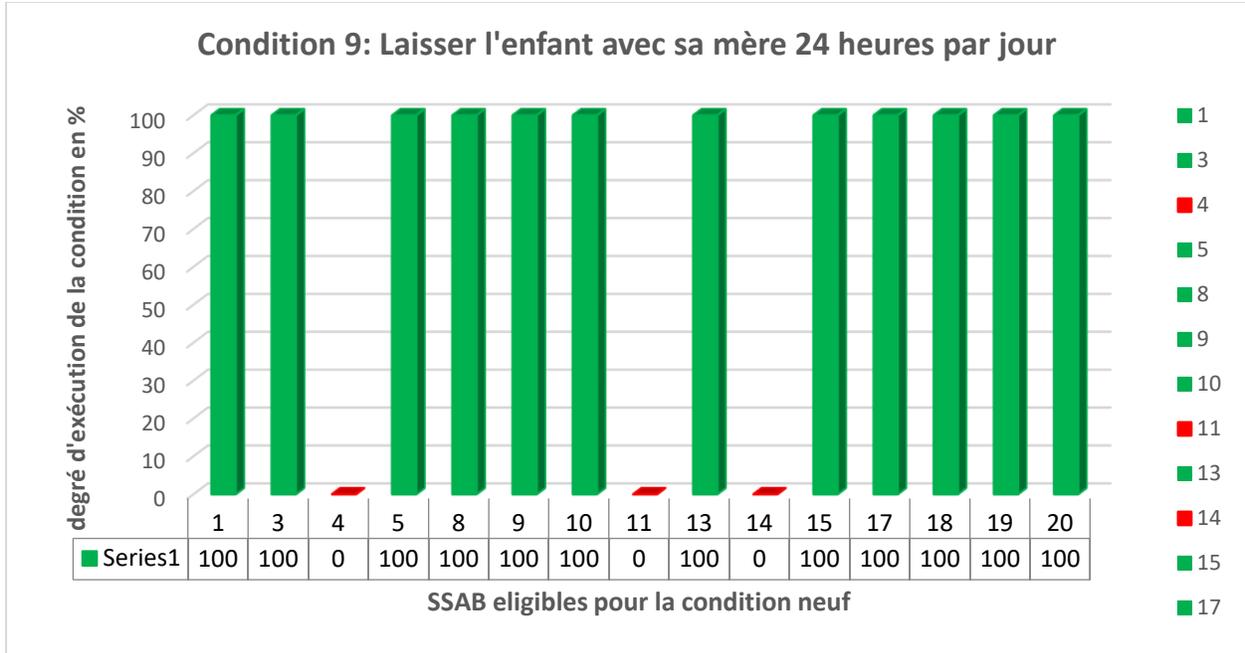


Figure 3 : condition neuf – Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour

- ✚ Aucun établissement de santé n'a respecté les conditions 4 et 12. La condition 4 exigeait que tout le personnel soignant reçoive la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique. Ces formations devaient avoir lieu tous les 6 mois et consister en un programme de 20 heures avec trois heures de pratique en milieu hospitalier. Le score moyen de la quatrième condition était de 17%. La condition 12, qui n'a été respectée par aucun des établissements amis des bébés (score moyen de 27%), exigeait la création de groupes de soutien. Ces groupes de soutien seraient dirigés par des mères ayant réussi à allaiter leur enfant pendant six mois et capables d'offrir soutien et conseils aux nouvelles mères.
- ✚ **Condition 4 : Donner à tous les personnels soignants la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique**

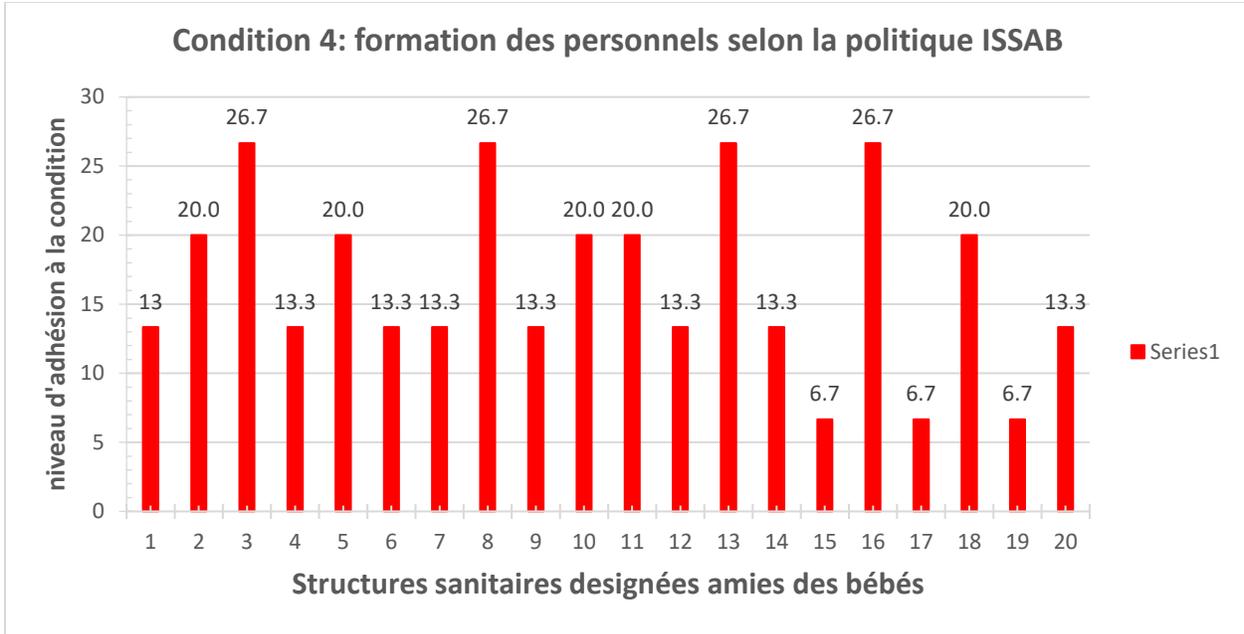


Figure 4 : Condition 4: formation des personnels selon la politique ISSAB

Le code de commercialisation des substituts du lait maternel complète l'ISSAB. En résumé, ce code stipule que les substituts du lait maternel ne doivent être donnés aux enfants de moins de six mois que sur recommandation d'un pédiatre, lorsque la disponibilité, la faisabilité, l'accessibilité financière, la sécurité et la durabilité (AFASS en anglais) peut être garantie. Plus de la moitié (12 structures) des participants à cette étude ont adhéré au CCSLM. L'adhésion moyenne était de 82%.

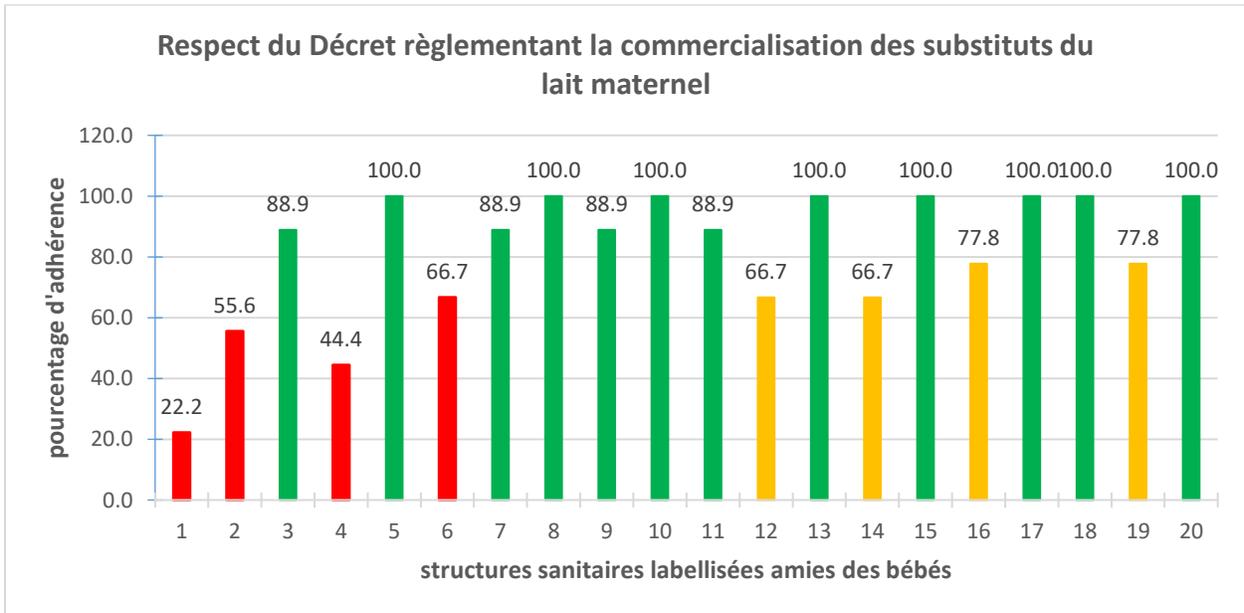


Figure 5 : Adhésion au code de commercialisation des substituts du lait maternel (CCSLM)

- Même si la plupart des établissements ont adopté une politique écrite sur l'allaitement (condition 1) qui précise clairement l'importance de l'initiative "amie des bébés", celle-ci n'a pas été systématiquement communiquée au personnel. Cette politique n'était pas non plus affichée de manière visible dans toutes les unités offrant des services aux mères et aux enfants, comme le stipule la condition. Huit établissements (soit 40%) avaient affiché la politique écrite d'accueil des bébés dans les zones recommandées, mais seuls quatre des vingt établissements avaient mis en place des mécanismes pour s'assurer que cette politique était effectivement mise en œuvre

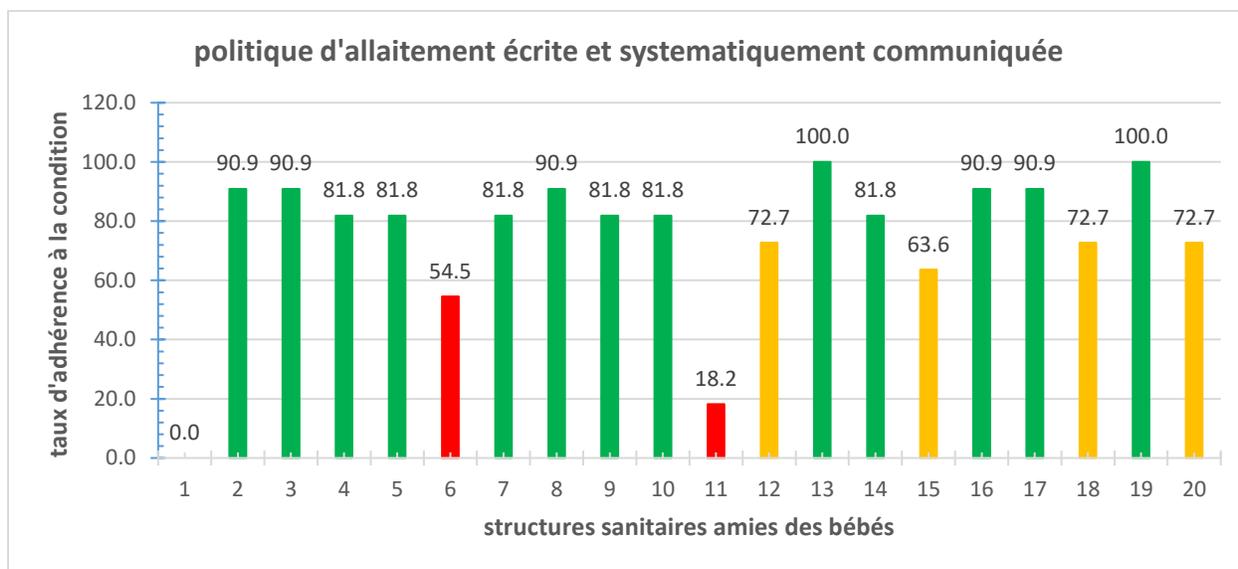


Figure 6 : La communication systématique sur la politique écrite d'allaitement

- Les données prénatales, postnatales, post-partum et nutritionnelles étaient facilement disponibles (condition 3) et correctement documentées. Ces informations étaient enregistrées dans des registres uniformes et des livrets hospitaliers fournis par le ministère de la santé à tous les hôpitaux offrant des services de soins maternels et infantiles.
- En ce qui concerne les conditions cinq et sept, les entretiens réalisés avec les femmes enceintes qui avaient assisté à au moins deux consultations prénatales et les mères allaitantes qui venaient pour les contrôles postnatals et le suivi du développement de la petite enfance, ont montré que moins de 10% des mères pouvaient confirmer que le personnel infirmier leur avait parlé de l'importance de l'allaitement exclusif, de la supériorité du lait maternel sur tous les autres substituts et de la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans. Cette information était quasi absente.
- Le personnel infirmier n'hésitait pas à encourager les mères à allaiter leur bébé aussi souvent qu'elles le souhaitaient, mais ne leur conseillait pas non plus de réveiller souvent leurs enfants qui dormaient pour les allaiter.

✚ Dans l'ensemble, seul un établissement de santé, la FSU Williamsville, structure 13, a obtenu un score final supérieur à 80 %. Elle a obtenu un score total de 86,1%. Six établissements, 3, 5, 8, 9, 18 et 19, bien qu'ils n'aient pas atteint le seuil de 80 %, ont obtenu des scores supérieurs à 60 %, tandis que les 13 autres ont obtenu des scores inférieurs à 60 %.

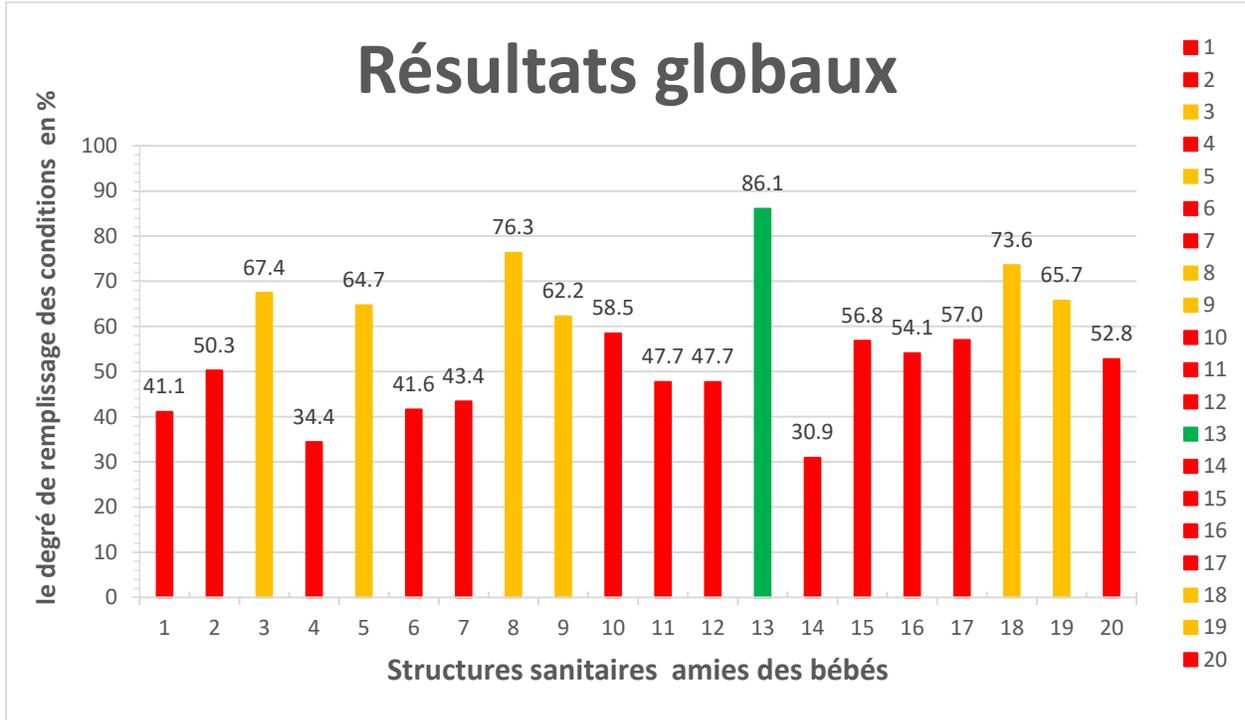


Figure 7 : taux globaux d'adhésion aux 12 étapes nécessaires à un allaitement réussi

## CHAPITRE IV : DISCUSSION

La raison d'être de cette étude était de réévaluer si les DCAR étaient respectées par les établissements de santé labellisés amis des bébés impliqués dans cette évaluation, et si cette adhésion se reflétait dans les services offerts aux femmes enceintes et allaitantes. Tous les établissements de santé labellisés " amis des bébés " dans le District d'Abidjan ont été inclus dans cette étude. L'objectif global de l'initiative était d'améliorer les taux d'allaitement exclusif chez les enfants de moins de six mois, ce qui constitue une fenêtre d'opportunité pour diminuer la mortalité des nourrissons et des jeunes enfants. Selon *Zhang et al*, les taux d'allaitement exclusif ont augmenté de manière significative dans les contextes où toutes les étapes de l'initiative " amis des bébés " ont été mises en œuvre [54]. Puisque notre étude ne fait pas de différence entre les hôpitaux et les centres de santé, nous pensons que cette étude peut servir de référence à d'autres études qui pourraient être menées à l'avenir.

Nos résultats ont montré que trois ans après la labellisation, seule une structure sanitaire, la structure 13, répondait encore aux critères de labellisation. Ces résultats peuvent être mis en corrélation avec ceux de l'étude réalisée par *Nii et al* à Accra, au Ghana. Sur les six hôpitaux réévalués, aucun n'adhérait aux dix étapes pour un allaitement réussi [55].

Aucune condition n'a été complètement respectée par tous les structures sanitaires. Cependant, les conditions 9 et 1 ont été remplies en moyen de 87% et 82% respectivement, ce qui est supérieur au seuil de conformité. La condition 9 exige que les mères passent toutes les vingt-quatre heures de la journée avec leurs nourrissons dans la même pièce. Sauf dans les situations nécessitant une attention médicale particulière, les mères ont toujours souhaité passer toute la journée auprès de leur nouveau-né. En outre, 13 sur les 15 hôpitaux éligibles pour cette condition avaient retiré les berceaux, ce qui signifie que les mères et leurs bébés partageaient les mêmes lits. Lors de la réévaluation des hôpitaux amis des bébés (HAB) dans la région sud-est du Brésil, *Araújo et al* ont observé des résultats similaires aux nôtres. Ils ont constaté que dans toutes les structures évaluées, les mères passaient 24 heures dans la chambre de leur nouveau-né [56]. La cohabitation encourage également l'allaitement à la demande, étant donné que la mère est à proximité de son bébé et peut facilement remarquer quand celui-ci montre des signes de faim.

### **Le respect du code de la commercialisation des substituts du lait maternel**

La première condition parle du code de commercialisation des substituts du lait maternel. Pour cette condition, 12 des 20 établissements ont obtenu un score d'au moins 80 %, avec une conformité moyenne de 82 %. Il était rare de voir des affiches de substituts du lait maternel exposées dans les unités accueillant des enfants de moins de six mois. 90% du personnel infirmier comprenait pourquoi il ne devait pas proposer de substituts du lait maternel à ses clients. Même s'il n'y avait pratiquement aucune forme de contact direct entre les agents publicitaires et les mères allaitantes ou les femmes enceintes, dans 5 des 20 structures sanitaires amies des bébés, le personnel infirmier acceptait quand même le matériel publicitaire. Ils ont accepté des cadeaux tels que les échantillons des substituts de lait maternel, des tabliers, des blouses, des biberons et des tétines, alors que le CCSLM, exige que les structures labellisées achètent ces articles s'ils sont vraiment dans le besoin au lieu d'accepter des cadeaux et dons gratuits de la part des agents publicitaires et des fabricants [57]. Bien que les matériels de substituts de lait maternel aient été

souvent vus dans les unités diététiques, ils n'étaient utilisés que pour les enfants de plus de six mois qui passaient aux aliments complémentaires. Nos résultats peuvent être rapprochés des travaux réalisés au Brésil par *Araujo et al* [56].

### **Les conditions les moins respectées**

Les conditions 4 et 12 présentaient les taux de conformité les plus faibles (17% et 27% respectivement). Sur les vingt structures, une seule sensibilisait périodiquement son personnel, mais sans formation formelle comme l'indiquent les directives de l'ISSAB. Les directives exigent que tous les six mois, une formation de 20 heures soit faite au le personnel infirmier en charge des soins maternels et infantiles, ainsi que des restitutions pour le nouveau personnel. La raison pour laquelle cette condition n'a pas été respectée est que les points focaux nutritionnels de ces hôpitaux, qui avaient été formés à l'origine de l'initiative ont soit pris leur retraite, soit été transférés dans d'autres structures de santé, laissant derrière eux un vide qui ne pouvait être comblé que par le personnel qualifié. En raison de l'absence de toute source de financement pour cette initiative, il était difficile pour la direction des structures sanitaires de faire appel à un formateur qualifié. De plus, étant donné que de nombreuses infirmières et médecins reçoivent peu d'enseignement sur la gestion de la lactation durant leur formation de base, cette condition recommandée dans l'IHAB est le plus souvent leur principale source d'enseignement. Le non-respect de la quatrième condition rend donc le conseil en allaitement par le personnel infirmier difficile ou incohérent. Ces faibles taux d'adhésion montrent une tendance similaire à la réévaluation effectuée par *Dodgson et al* dans les IHAB agréés de l'état du Minnesota [58].

### **Le soutien poste-accouchement**

Les groupes de soutien (condition 12) ont été identifiés comme une stratégie d'autonomisation pour les femmes qui allaitent, en particulier celles qui le font pour la première fois. Ils améliorent l'apprentissage et créent un réseau de soutien. Dans notre étude, aucune structure ne disposait de groupes de soutien pour les mères quittant l'hôpital. Le score moyen pour cette condition était de 27%, soit le deuxième plus faible taux d'adhésion dans cette étude, après la condition quatre. Les directives relatives à cette condition recommandent que les groupes de soutien soient composés de nouvelles mères et animés par des mères expérimentées qui ont réussi à passer six mois d'allaitement exclusif et poursuivie l'allaitement avec leur bébé. Il est presque évident que la création de ces groupes n'est généralement pas facile, car on attend des mères expérimentées qu'elles se portent volontaires sans aucune sorte de rémunération. Dans notre étude, l'Hôpital Municipal de Vridi Cité était le seul établissement en cours de création d'un groupe de soutien. L'infirmière principale s'est plainte que ce processus prenait du temps car il était difficile de trouver des mères expérimentées prêtes à participer sans rémunération. Bien qu'aucun établissement labellisé dans notre contexte ne se soit conformé à cette condition, *Dodgson et al* ainsi que *Zhang et al* ont également constaté que moins de la moitié de leurs échantillons étaient conformes [54,58]. Comme dans ces deux études, à part le contact d'un personnel infirmier, aucune brochure contenant des informations sur le soutien à l'allaitement n'a été remise aux mères pour les aider à domicile, comme le demandait la politique. Cela signifie que chaque fois qu'elles avaient besoin d'aide ou d'informations sur l'allaitement, elles devaient retourner à l'hôpital. L'absence de ce soutien facilement disponible est l'une des raisons pour

lesquelles de nombreuses mères pratiquent l'allaitement mixte avant que leur bébé n'atteigne l'âge de six mois.

En ce qui concerne la condition 2, - Adopter une politique d'allaitement formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants -, seuls deux structures, les structures 6 et 11, ont obtenu un score faible. Cette politique écrite devait élaborer clairement les Dix étapes pour un allaitement réussi et le CCSLM. Quatre structures, ont obtenu un score moyen et les 14 autres ont obtenu un score d'au moins 80%. En moyenne, ce critère est bien respecté par les structures labellisées (taux de conformité de 75%). Les deux établissements qui ont obtenu un score faible ne disposaient pas d'une politique écrite affichée dans toutes les unités offrant des services de soins maternels et infantiles, ni d'un résumé, comme le demandait l'IHAB. Alors qu'il était courant d'avoir la politique écrite qui protège, promeut et soutient les bonnes pratiques d'allaitement dans les 18 autres établissements, seule une copie unique était affichée, souvent à l'entrée de la maternité. 15 établissements disposaient d'un résumé écrit de la politique, mais seulement 8 d'entre eux avaient affiché ces résumés dans toutes les unités requises pour le bénéfice du personnel et des clients. *Nii et al* [55] ont observé la même tendance dans l'étude qu'ils ont menée dans la métropole d'Accra, au Ghana. La FSU Com AnonkouaKouté était particulièrement remarquable en ce sens que toutes les unités disposaient non seulement de la politique écrite et du résumé dans toutes les unités nécessaires, mais aussi d'informations supplémentaires et d'images qui promouvaient des pratiques d'allaitement saines. Enfin, seuls quatre établissements de santé avaient mis en place un mécanisme d'évaluation pour mesurer l'efficacité et la mise en œuvre de cette politique. Périodiquement, on rappelait au personnel la politique et le rôle que joue l'IHAB dans la promotion de l'allaitement exclusif.

Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture maladie universelle a distribué des registres élaborés et des livrets de consultation hospitalière à tous les hôpitaux offrant des services de santé maternelle et infantile, afin d'assurer un enregistrement uniforme des informations, conformément à la troisième condition de l'initiative structures sanitaires amies des bébés (Systèmes de surveillance et de gestion des données : Établir des systèmes continus de surveillance et de gestion des données). Cependant, la disponibilité de ces registres ne garantissait pas un enregistrement et une gestion des données appropriés. Différents champs des registres n'étaient pas remplis et très peu de détails étaient inscrits dans les livrets hospitaliers. Il était difficile de déterminer quels conseils les femmes enceintes et les mères allaitantes avaient reçu, en ce qui concerne leur grossesse et leur alimentation. Un échange approfondi avec le personnel infirmier a révélé qu'il n'avait pas une idée précise de ce qu'on attendait de lui et ne comprenait pas les informations nécessaires. Certaines activités réalisées n'étaient pas documentées car le personnel ne comprenait pas les termes techniques utilisés, par exemple, la méthode kangourou, pour le contact peau à peau. Cela explique pourquoi le taux moyen de respect de ces conditions n'était que de 65%. Seuls sept hôpitaux ont enregistré des taux d'allaitement exclusif à trois mois supérieurs à 75%. Les autres hôpitaux ont enregistré des taux élevés d'alimentation mixte chez les enfants de moins de six mois. Si les Dix Étapes étaient correctement mises en œuvre, ces taux seraient beaucoup plus élevés [59].

Il est choquant de constater que les femmes enceintes n'étaient presque jamais informées des avantages de l'allaitement et de sa pratique, ce qui se reflète dans les faibles taux de conformité

à la condition cinq (5) – informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement et de sa pratique (42%) et à la condition sept - indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson 55%. Les entretiens avec les femmes enceintes et les observations effectuées ont révélé que l'on accorde très peu d'attention aux avantages de l'allaitement exclusif et du lait maternel. L'éducation à l'AME ainsi que la présence permanente d'une infirmière en salle du post-partum ne faisait pas partie intégrante des services offerts aux femmes. Cela semblait être une connaissance de base qui devrait être donnée et pourtant, elle ne l'était pas. La neuvième question de la condition 5 vise à évaluer si les femmes enceintes comprennent les dangers de donner des substituts de lait maternel à leurs nouveau-nés avant qu'ils n'atteignent l'âge de six mois. L'adhésion moyenne à cette question était inférieure à 30%. Plusieurs femmes nous ont même parlé des substituts de lait maternel qu'elles avaient choisi de donner à leur bébé après l'accouchement. Lorsqu'on leur a demandé pourquoi, elles ont répondu qu'elles n'avaient pas de raison particulière. Elles n'avaient pas reçu d'informations contradictoires et ne pensaient donc pas que l'alimentation mixte n'était pas la meilleure option pour leur bébé. Lorsque nous avons interrogé les infirmières sur ce manque de connaissances chez les femmes enceintes, nous avons réalisé qu'elles partaient du principe que l'allaitement était la seule solution. Une infirmière principale a déclaré : "Si vous n'allaites pas, que va manger votre bébé ? N'est-ce pas la façon "normale" de faire ?". Alors que le personnel supposait que les mères connaissaient l'importance de l'AME et poursuivaient l'alimentation au sein, les femmes enceintes ont conclu que l'alimentation mixte était la meilleure solution.

Nos entretiens avec les mères ont fait ressortir le schéma récurrent selon lequel nourrir les bébés avec des substituts de lait maternel était associé à un statut social élevé. Pour elles, cela signifiait qu'elles pouvaient s'offrir de meilleurs soins pour leurs bébés.

En revanche, nous avons remarqué qu'après la naissance, les mères étaient encouragées à allaiter à la demande, comme le recommande la dixième condition de l'initiative, qu'on leur montrait comment positionner correctement leur bébé et comment tirer manuellement le lait maternel lorsqu'elles n'allaitaient pas. Cependant, il n'était pas courant de réveiller les bébés pour les allaiter lorsqu'ils avaient dormi pendant de longues heures ou lorsqu'ils ne se réveillaient pas aussi souvent pour téter. Le Center pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) suggère que les bébés nourris exclusivement au sein soient nourris en moyenne neuf fois par jour. Étant donné que les nouveau-nés dorment souvent pendant environ quatre heures avant de se réveiller, il est nécessaire de les réveiller pour les allaiter. En outre, la plupart des mères (75 %), en particulier celles qui sont mères pour la première fois, ne sont pas en mesure de reconnaître les signes qui montrent que leur bébé veut être allaité. Un schéma similaire peut être observé dans le travail effectué par *Lopes et al.* Ils ont constaté que 80% des mères, comme 75% dans notre étude, ne pouvaient pas décrire jusqu'à deux signes montrant qu'elles pouvaient reconnaître la faim de leur bébé [60]. Seuls 10% de notre échantillon remplissaient cette condition. Nos résultats peuvent être corroborés par le travail effectué par *Nii et al* où, sur six établissements réévalués, un seul a obtenu un score supérieur à 80 %. Le taux moyen de conformité dans leur étude était de 16,7%, similaire à celui que nous avons obtenu [55].

Notre questionnaire comprenait une section sur les difficultés rencontrées par le personnel lors de la mise en œuvre de l'IHAB. Certains ont mentionné que s'ils pouvaient disposer de matériel de communication sur les bonnes pratiques d'allaitement (brochures, affiches, DVD), les démonstrations seraient plus faciles pour eux. Le personnel plus expérimenté croyait aux anciennes méthodes de prestation de soins et était inflexible quant à l'adoption de cette toute nouvelle méthode. D'autres considéraient la mise en œuvre des Dix Étapes comme un travail supplémentaire, étant donné que l'IHAB n'était pas encore intégrée dans le paquet minimum d'activités. Lorsque les structures sanitaires ont passé le processus de labellisation en 2018, des points focaux nutrition ont été formés pour chaque établissement. Au cours de ces trois années, ces agents ont soit pris leur retraite, soit été appelés à d'autres fonctions. Cela a rendu la restitution difficile, car ces établissements se sont retrouvés sans formateurs qualifiés. Les hôpitaux disposant d'un personnel réduit n'ont pas pu mener à bien certaines activités, comme la présence permanente d'infirmières dans les salles d'accouchement et post-partum, car la charge de travail était importante et on avait toujours besoin d'elles pour d'autres tâches.

Bien qu'il y ait eu plus de 20 000 hôpitaux amis des bébés accrédités dans le monde depuis le lancement de l'initiative, peu d'entre eux ont été réévalués. Sur les six hôpitaux réévalués au Ghana, aucun ne répondait aux critères de certification. Au Minnesota, quatre des dix étapes ont été mises en œuvre avec un faible taux d'adhésion ; cinq avec un taux modéré et aucun avec un taux élevé. Compte tenu des faibles taux de conformité observés dans notre étude, ainsi que dans les études menées par les autres chercheurs mentionnés dans ce travail, on peut affirmer sans risque de se tromper qu'un grand nombre d'hôpitaux accrédités peuvent être en possession d'un certificat mais n'est pas ami des bébés (**càd, ne respecte pas les dix (Douze dans le contexte ivoirien) conditions**). Ceci est dangereux car on pourrait facilement faire passer un message erroné selon lequel l'IHAB n'est pas une bonne stratégie pour améliorer les taux d'allaitement maternel exclusif et finalement diminuer les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Une revue systématique réalisée par Pérez-Escamilla et al sur l'impact de l'IHAB sur l'allaitement et la santé des enfants a montré que les dix étapes avaient un impact positif sur les pratiques d'allaitement à court, moyen et long terme. Ils ont démontré que plus un hôpital, ou une mère enceinte/allaitante adhère aux étapes, plus la probabilité d'une amélioration des résultats de l'allaitement était grande. Cette revue a précisé que la présence de groupes de soutien fonctionnels pour les mères influençait grandement la durée de l'allaitement exclusif [41].

Le personnel des établissements a attribué ces faibles taux de conformité à l'absence de financement - il n'y a pas de budget alloué dans les hôpitaux pour la mise en œuvre de l'IHAB, à l'attrition du personnel qualifié ou des points focaux de nutrition, à la formation adéquate du nouveau personnel ou au renforcement des connaissances du personnel plus ancien. Ceci en l'absence du suivi constant et d'évaluation périodique. Il convient de noter que certaines infirmières que nous avons interrogées ont opposé l'IAB à d'autres programmes ou interventions, comme les programmes de vaccination et de lutte contre le paludisme, qui étaient pleinement fonctionnels dans leurs hôpitaux. Ces personnels ont laissé entendre que la raison pour laquelle l'initiative a été mal mise en œuvre était qu'avant notre visite, il n'y a pas eu de suivi ou de conseils de la part du Programme National de Nutrition depuis la labellisation en 2018. L'absence

d'un budget alloué à la mise en œuvre de cette initiative a joué un rôle négatif sur sa bonne application. Notre situation est similaire au cas des HAB accrédités au Malawi. Dans leur étude, *Kavle et al* ont constaté que le degré de conformité aux Dix Étapes par les hôpitaux amis des bébés désignés au Malawi a progressivement diminué après la perte de leur financement [61].

Le Programme National de Nutrition a également joué un rôle dans la non-conformité de certains établissements. Deux hôpitaux n'ont pas été informés de l'existence de ce programme depuis leur certification, et aucun certificat ne leur a été remis. Cela les a incités à relâcher la mise en œuvre des dix étapes, car ils estimaient ne pas avoir de responsabilité vis-à-vis de cette initiative. Par ailleurs, la visibilité médiatique de l'ISSAB est très faible. Il n'est pas bien connu du personnel hospitalier, même dans les établissements de santé amis des bébés. En général, seul le personnel impliqué dans les soins maternels et infantiles était au courant de cette initiative

### Les limites

La réalisation de cette recherche ne s'est pas faite sans les limites. En voici quelques-unes

- **L'échantillonnage** : le Ministère de la Santé exige que les questionnaires soient administrés à dix répondants pour chaque catégorie de répondants (personnel de santé, femmes enceintes et allaitantes). Dans notre cas, certains établissements de santé n'avaient pas jusqu'à dix membres du personnel, ni de femmes enceintes ou allaitantes présents le jour de l'enquête. Dans ces situations, nous avons administré nos questionnaires à tous les répondants sur place, soit moins de dix personnes.
- **Contexte** : l'adaptation des dix étapes pour un allaitement réussi aux douze étapes en Côte d'Ivoire a nécessité une légère modification du questionnaire.
- **Portée** - cette étude a été réalisée uniquement dans les structures sanitaires labellisées amies des bébés dans le district d'Abidjan. Les résultats pourraient probablement être différents ou pas, si les douze autres hôpitaux certifiés du pays étaient interrogés.

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### CONCLUSION

Notre étude révèle que sur les vingt structures sanitaires labellisées amies des bébés dans le district d'Abidjan, une seule a atteint le score de labellisation. Le reste n'était que partiellement adhérent. L'adhésion moyenne était de 58%, et variait de 17% à 87%. Notre objectif était de suivre le degré de mise en œuvre des DCAR et d'apprécier la pratique du personnel des structures sanitaires labellisées "amies des bébés" sur l'allaitement maternel. Avec les faibles taux d'allaitement exclusif du pays, il est nécessaire de renforcer cette politique, étant donné qu'il a été prouvé qu'elle a des impacts positifs sur les résultats des pratiques d'allaitement et la santé des enfants. Des améliorations dans les politiques d'allaitement, les pratiques et la formation du personnel sont nécessaires si les établissements de santé amis des bébés à Abidjan ont l'intention de fournir des soins conformes aux douze conditions de l'ISSAB.

### RECOMMANDATIONS

Grâce aux informations recueillies dans le cadre de cette étude, nous proposons que, pour améliorer l'adhésion aux 12 conditions pour un allaitement réussi, le Programme National de Nutrition devrait :

- Former le personnel hospitalier à la politique " amie des bébés " au moins une fois par an à la demande de la structure ;
- Assurer la restitution périodique de cette formation par les responsables du processus des hôpitaux ;
- Améliorer la visibilité médiatique en mettant en avant les structures qui adhèrent à l'ISSAB ;
- Financer l'initiative en allouant un budget aux hôpitaux qui la mettent en œuvre ;
- Mettre en place un système de suivi et d'évaluation fonctionnel et régulier ;
- Renforcer le respect du code de commercialisation des substituts du lait maternel, avec l'aide du ministère de la Santé et de l'Hygiène publique et du ministère du Commerce.
- Ajouter les douze conditions dans le paquet minimum sanitaire

## RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. Research Institute (IFPRI) IFP. Global Nutrition Report [Internet]. 0 ed. Washington, DC: International Food Policy Research Institute; 2014 [cited 2021 Jun 5]. Available from: <https://ebrary.ifpri.org/digital/collection/p15738coll2/id/128484>
2. Child Survival Fact Sheet: Nutrition [Internet]. UNICEF. [cited 2021 Jun 5]. Available from: [https://www.unicef.org/media/media\\_21422.html](https://www.unicef.org/media/media_21422.html)
3. Chiabi A, Obadeyi B, Nguetack FD, Chiabi RM, Berinyuy EN, Chiabi EN, et al. The Vicious Cycle of Malnutrition and Childhood Infections – What are the policy implications? . I. 2018;5.
4. Information NC for B, Pike USNL of M 8600 R, MD B, Usa 20894. THE BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE: A PART OF THE GLOBAL STRATEGY [Internet]. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. World Health Organization; 2009 [cited 2021 Jun 21]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK153498/>
5. A window of opportunity | USAID’s Infant & Young Child Nutrition Project [Internet]. [cited 2021 Jun 5]. Available from: <http://www.iycn.org/about/addressing-urgent-needs/>
6. Role of Nutrition in Preventing Child and Maternal Deaths: Technical Guidance Brief [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 5]. Available from: <https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/nutrition/role-nutrition-ending-preventable-child-maternal-deaths>
7. The 1,000-day Window of Opportunity. :7.
8. World Health Organization. Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva: World Health Organization; 2003.
9. Information NC for B, Pike USNL of M 8600 R, MD B, Usa 20894. Interventions targeted at infants and young children (6–23 months of age) [Internet]. Essential Nutrition Actions: Improving Maternal, Newborn, Infant and Young Child Health and Nutrition. World Health Organization; 2013 [cited 2021 Jun 11]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258729/>
10. Guide National de Recettes Pour L’Alimentation de Complement des Enfants Ages de 6 a 24 Mois en Cote d’Ivoire. :96.
11. 7-nutrition-guidelines-1-to-5-years.pdf [Internet]. [cited 2021 Jun 5]. Available from: <https://www.bradford.gov.uk/media/1908/7-nutrition-guidelines-1-to-5-years.pdf>
12. Semaine mondiale de l’allaitement maternel : « L’allaitement maternel : une clé pour le développement durable » [Internet]. SUN. 2016 [cited 2021 Aug 30]. Available from: <https://scalingupnutrition.org/fr/news/semaine-mondiale-de-lallaitement-maternel-lallaitement-maternel-une-cle-pour-le-developpement-durable/>

13. Breastfeeding: A Key to Sustainable Development UNICEF and WHO joint message for World Breastfeeding Week 2016 – World Alliance for Breastfeeding Action [Internet]. [cited 2021 Jun 7]. Available from: <http://waba.org.my/archive/breastfeeding-a-key-to-sustainable-development-unicef-world-breastfeeding-week-2016-message/>
14. Katsinde S, Srinivas S. Breast feeding and The Sustainable Development agenda. *Indian J Pharm Pract.* 2016 Nov 15;9:144–6.
15. World Health Organization. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva: World Health Organization; 2009.
16. The State of Food Security and Nutrition in the World 2020 [Internet]. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO; 2020 [cited 2021 Jun 7]. Available from: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/ca9692en>
17. Dieterich CM, Felice JP, O’Sullivan E, Rasmussen KM. Breastfeeding and Health Outcomes for the Mother-Infant Dyad. *Pediatr Clin North Am.* 2013 Feb;60(1):31–48.
18. Stuebe A. The Risks of Not Breastfeeding for Mothers and Infants. *Rev Obstet Gynecol.* 2009;2(4):222–31.
19. World Health Organization, Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization, Department of HIV/AIDS, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Fund for Population Activities, et al. Guidelines on HIV and infant feeding 2010: principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence [Internet]. 2010 [cited 2021 Jun 8]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK180149/pdf>
20. Flax VL, Hamela G, Mofolo I, Hosseinipour MC, Hoffman I, Maman S. Infant and young child feeding counseling, decision-making, and practices among HIV-infected women in Malawi’s Option B+ prevention of mother-to-child transmission program: a mixed methods study. *AIDS Behav.* 2016 Nov;20(11):2612–23.
21. Gupta PM, Perrine CG, Chen J, Elam-Evans LD, Flores-Ayala R. Monitoring the World Health Organization Global Target 2025 for Exclusive Breastfeeding: Experience From the United States. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc.* 2017 Aug;33(3):578–81.
22. Lyell J. Increase the rate of exclusive breastfeeding in the first 6 months up to at least 50%. :8.
23. Gupta A, Dadhich JP, Rundall P, Bidla N. Interpreting the World Health Assembly Targets on Exclusive Breastfeeding by 2025: What is expected of each country? *World Nutr.* 2019 Dec 30;10(4):152–5.

24. Bahl R, Frost C, Kirkwood BR, Edmond K, Martines J, Bhandari N, et al. Infant feeding patterns and risks of death and hospitalization in the first half of infancy: multicentre cohort study. *Bull World Health Organ.* 2005;9.
25. global-bf-scorecard-2017.pdf [Internet]. [cited 2021 Jun 13]. Available from: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017.pdf>
26. Goon DT, Ajayi AI, Adeniyi OV. Sociodemographic and lifestyle correlates of exclusive breastfeeding practices among mothers on antiretroviral therapy in the Eastern Cape, South Africa. *Int Breastfeed J.* 2021 Feb 16;16(1):18.
27. Oyelana O, Kamanzi J, Richter S. A critical look at exclusive breastfeeding in Africa: Through the lens of diffusion of innovation theory. *Int J Afr Nurs Sci.* 2021 Jan 1;14:100267.
28. Ogbuanu CA, Probst J, Laditka SB, Liu J, Baek J, Glover S. REASONS WHY WOMEN DO NOT INITIATE BREASTFEEDING. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health.* 2009;19(4):268–78.
29. World Health Organization, UNICEF. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. [Internet]. 2009 [cited 2021 Apr 27]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK153471/>
30. Munn AC, Newman SD, Mueller M, Phillips SM, Taylor SN. The Impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Early Infant Health and Breastfeeding Outcomes. *Breastfeed Med.* 2016 Jun 1;11(5):222–30.
31. Abrahams S, Labbok M. Exploring the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Trends in Exclusive Breastfeeding. *Int Breastfeed J.* 2009 Oct 1;4:11.
32. Labbok MH. Global Baby-Friendly Hospital Initiative Monitoring Data: Update and Discussion. *Breastfeed Med.* Mary Ann Liebert, Inc., publishers; 2012 Aug 1;7(4):210–22.
33. Information NC for B, Pike USNL of M 8600 R, MD B, Usa 20894. COUNTRY LEVEL IMPLEMENTATION [Internet]. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. World Health Organization; 2009 [cited 2021 Jun 23]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK153475/>
34. Haiek LN. Measuring compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Public Health Nutr.* Cambridge University Press; 2012 May;15(5):894–905.
35. Adegbehingbe SM, Paul-Ebhohimhen V, Marais D. Development of an AFASS assessment and screening tool towards the prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) in sub-Saharan Africa - A Delphi survey. *BMC Public Health.* 2012 Jun 6;12(1):402.

36. World Health Organization, editor. International code of marketing of breast-milk substitutes. Geneva : Albany, N.Y: World Health Organization ; Obtainable from WHO Publications Centre; 1981. 36 p.
37. From the First Hour of Life: Making the case for improved infant and young child feeding everywhere. :104.
38. Kibria GMA, Ghosh S, Hossen S, Barsha RAA, Sharmeen A, Uddin SMI. Factors affecting deliveries attended by skilled birth attendants in Bangladesh. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2017 Mar 21;3:7.
39. Regan S, Brown A. Experiences of online breastfeeding support: Support and reassurance versus judgement and misinformation. *Matern Child Nutr*. 2019 Aug 14;15(4):e12874.
40. Henney NM. Successes and challenges of the Baby Friendly Hospital Initiative in accredited facilities in the Cape Town Metro Health District [Internet] [Thesis]. University of the Western Cape; 2011 [cited 2021 Jun 29]. Available from: <http://etd.uwc.ac.za/xmlui/handle/11394/1486>
41. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Pérez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016;12(3):402–17.
42. Stufkens J. Baby Friendly Hospital Initiative: Challenges and Opportunities Experiences in New Zealand :BFHI & BFCI and in Industrialized Countries. :38.
43. Wiczorek CC, Schmied H, Dorner TE, Dür W. The bumpy road to implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative in Austria: a qualitative study. *Int Breastfeed J*. 2015 Jan 20;10(1):3.
44. [bfhi-implementation-2018.pdf](https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf) [Internet]. [cited 2021 Jun 23]. Available from: <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf>
45. Hansen M, Baerug A, Nylander G, Häggkvist A-P, Tufte E, Alquist R, et al. Challenges and Successes: The Baby-Friendly Initiative in Norway. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. 2012 Jun 20;28:285–8.
46. Information NC for B, Pike USNL of M 8600 R, MD B, Usa 20894. GUIDELINES FOR COURSE FACILITATORS [Internet]. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. World Health Organization; 2009 [cited 2021 Jul 1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK153501/>
47. Information NC for B, Pike USNL of M 8600 R, MD B, Usa 20894. Course guide [Internet]. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. World Health Organization; 2009 [cited 2021 Jul 1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK153472/>

48. Unicef W. Baby-friendly Hospital Initiative training course for maternity staff [Internet]. [cited 2021 Jul 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008915>
49. National Institute of Statistics UWPP. Ivory Coast Population 2021 (Demographics, Maps, Graphs) [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 2]. Available from: <https://worldpopulationreview.com/countries/ivory-coast-population>
50. MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE. RAPPORT ANNUEL SUR LA SITUATION SANITAIRE 216 [Internet]. 2017. Available from: <http://www.caidp.ci/uploads/afbecb26267216966367847db65a1288.pdf>
51. Akj M, Ekv K, Konan CMS, Marus DKJ, Bruno KK, Kpan ES, et al. Evaluation of Factors Influencing Breastfeeding in Children Aged 0 to 24 Months Received in an Urban Community Health Center in Abidjan Cocody (Cote d'Ivoire). 2019;2.
52. 1270200-Sensibilisation Education Public-FR-LR.pdf [Internet]. [cited 2021 Aug 30]. Available from: [https://www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/reducing\\_risks/1270200-Sensibilisation%20Education%20Public-FR-LR.pdf](https://www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/reducing_risks/1270200-Sensibilisation%20Education%20Public-FR-LR.pdf)
53. Organization UWH, Wellstart International. SECTION 4: HOSPITAL SELF-APPRAISAL AND MONITORING. BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE Revised Updated and Expanded for Integrated Care [Internet]. 2009th ed. WHO Press; 2009. p. 24, 52, 58, 71–8. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43593/9789241594998\\_eng.pdf?sequence=7](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43593/9789241594998_eng.pdf?sequence=7)
54. Zhang Y, Yang J, Li W, Wang N, Ye Y, Yan S, et al. Effects of baby-friendly practices on breastfeeding duration in China: a case-control study. *Int Breastfeed J*. 2020 Dec;15(1):92.
55. Nii Okai Aryeetey R, Antwi CL. Re-assessment of selected Baby-Friendly maternity facilities in Accra, Ghana. *Int Breastfeed J*. 2013 Nov 11;8(1):15.
56. Araújo M, Schmitz B. Reassessment of Baby-friendly Hospitals in Brazil. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. 2007 Sep 1;23:246–52.
57. The international code of marketing of breast-milk substitutes: frequently asked questions on the roles and responsibilities of health workers [Internet]. [cited 2021 Aug 18]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240005990>
58. Dodgson JE, Allard-Hale CJ, Bramscher A, Brown F, Duckett L. Adherence to the Ten Steps of the Baby-Friendly Hospital Initiative in Minnesota Hospitals. *Birth*. 1999;26(4):239–47.
59. Saadeh R, Casanovas C. Implementing and Revitalizing the Baby-Friendly Hospital Initiative. *Food Nutr Bull*. SAGE Publications Inc; 2009 Jun 1;30(2\_suppl2):S225–9.
60. Lopes S da S, Laignier MR, Primo CC, Leite FMC. Baby-Friendly Hospital Initiative: evaluation of the Ten Steps to Successful Breastfeeding. *Rev Paul Pediatr*. 2013 Dec;31(4):488–93.

61. Kavle JA, Welch PR, Bwanali F, Nyambo K, Guta J, Mapongo N, et al. The revitalization and scale-up of the Baby-Friendly Hospital Initiative in Malawi. *Matern Child Nutr.* 2019;15(S1):e12724.

ANNEXE



Figure 8 : Graphique de dix étapes pour un allaitement réussi

## Questionnaire Formulaire d'évaluation (interne et externe)

Nom de l'organisation \_\_\_\_\_

Date de l'enquête \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (jj/mm/année)

Nom de l'enquêteur \_\_\_\_\_

Région \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

Structure Sanitaire \_\_\_\_\_

### Consentement éclairé

#### Introduction et l'objectif de la recherche

L'allaitement exclusif d'un bébé pendant les six premiers mois de sa vie et la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans et plus garantissent un développement correct et plus sain des nourrissons et des jeunes enfants. La Côte d'Ivoire entend améliorer ses taux d'allaitement exclusif et continu. Afin d'atteindre ces objectifs, le pays a adopté l'ISSAB, dont il a été prouvé qu'elle améliore ces taux, lorsqu'elle est correctement mise en œuvre. Cette initiative consiste en dix conditions qui doivent être remplies par les différents établissements de santé impliqués dans les soins aux mères et aux enfants. Vingt-huit établissements de santé ont été approuvés et certifiés comme amis des bébés en 2018. Notre objectif est d'évaluer la mise en œuvre continue de ces dix conditions dans les différentes structures certifiées du district d'Abidjan.

#### Description de la recherché

Si vous acceptez de participer, il vous sera demandé de répondre à quelques questions conformément aux dix conditions suivantes

#### Confidentialité

Vos réponses sont totalement anonymes. Si vous acceptez de participer, aucune information d'identification personnelle ne sera nécessaire tout au long de cette étude. Lorsque les données seront analysées, elles seront partagées avec l'Université Senghor à Alexandrie.

**Note :** Si une réponse « oui » ou « non » est difficile à trancher, vous pouvez cocher entre ces deux cases, ce qui correspond à « en partie » et utilisez l'espace entre les questions pour décrire brièvement la situation, telle qu'elle se présente actuellement. Si nécessaire, joignez une annexe.

## CONDITIONS DE L'ISSAB

Notation : Conforme = 1 point      Non Conforme = 0 point      NA = Non Applicable

<b>Condition 1 :</b>		
<b>Respect du Décret règlementant la commercialisation des substituts du lait maternel</b>		
1.1	Les substituts du lait maternel, y compris les préparations spéciales pour nourrissons, sont-ils achetés par l'établissement à un prix égal ou supérieur au prix de gros ? NB : Se référer au CCLSM	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
1.2	La structure refuse-t-elle qu'il lui soit fourni des biberons, tétines et sucettes, gratuitement ou à prix réduit ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
1.3	La structure exclut-elle toute publicité ou promotion pour tous les substituts du lait maternel, pour les biberons, tétines et sucettes, que ce soit par affichage ou diffusion de documents aux femmes enceintes, aux mères et à leur famille ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
1.4	La structure interdit-elle tout contact entre des employés ou représentants des firmes productrices ou distributrices de substituts du lait maternel, biberons, tétines et sucettes, et les femmes enceintes ou les mères ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
1.5	La structure refuse-t-elle tout don, littérature non-scientifique, matériel ou équipement, fonds, financements pour la formation continue ou pour l'organisation d'événements, provenant des firmes productrices ou distributrices des produits visés par le Code ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
1.6	Si non, envisage-t-elle de mettre fin à ces dons avant la demande d'évaluation externe SSAB ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
1.7	Dans les services, les boîtes de lait artificiel et les biberons prêts à l'emploi sont-ils entreposés hors de vue ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
1.8	La structure et son personnel s'abstiennent-ils de donner aux femmes enceintes, aux mères et à leur famille, du matériel promotionnel, des échantillons ou des colis-cadeaux qui contiennent des substituts du lait maternel, biberons, tétines, sucettes ou tout autre équipement pour l'alimentation infantile, ou encore des bons pour tous ces articles ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
1.9	Le personnel comprend-il pourquoi il est important de ne pas donner aux mères d'échantillons, de produits gratuits ou de matériel promotionnel des firmes productrices ou distributrices de substituts du lait maternel ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
<p><b>Critères :</b>                      Sur un échantillon de personnels soignants du Pôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• au moins 80% connaissent 2 raisons de ne pas donner de biberon, de boîte de lait pour nourrissons ou d'article publicitaire aux mères.</li> <li>• au moins 80% connaissent, le cas échéant, l'existence et l'utilisation des financements par les fabricants de SLM (que ces financements soient perçus par l'établissement ou par une association de service).</li> </ul>		

<b>Condition 2 :</b> <b>Adopter une politique d'allaitement formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants</b> <b>NB : Revenir avec une copie de la politique de chaque établissement</b>		
2.1	La structure a-t-elle une politique d'alimentation infantile formulée par écrit visant à protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
2.2	Cette politique couvre-t-elle les Douze Conditions pour le succès de l'allaitement ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
2.3	Cette politique couvre-t-elle le soutien spécifique à apporter aux mères qui n'allaitent pas ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
2.4	Cette politique couvre-t-elle l'accompagnement et le respect des besoins de la mère et du bébé pendant le travail et l'accouchement ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
2.5	La politique protège-t-elle explicitement l'allaitement maternel en interdisant toute promotion des substituts du lait maternel, des biberons et tétines ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
2.6	La politique interdit-elle la distribution d'échantillons et produits gratuits ou supports promotionnels pour ces produits, autant aux femmes enceintes qu'aux parents et au personnel de l'établissement ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
2.7	La politique et les procédures éventuelles s'y rattachant sont-elles accessibles de façon à ce que tous les membres du personnel qui s'occupent de mères et de nourrissons puissent s'y référer ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
2.8	La structure a-t-elle un écrit permettant de porter le résumé de cette politique à la connaissance des parents et du personnel ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
2.9	Cet écrit est-il affiché dans toutes les parties de l'établissement accessibles aux femmes enceintes et aux parents des nourrissons et enfants ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
2.10	Cet écrit est-il affiché dans les langues les plus usitées par les parents et le personnel ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
2.11	<p>Y a-t-il un mécanisme d'évaluation pour mesurer l'efficacité et la mise en application de cette politique ?</p> <p>(Par exemple : analyse régulière des données statistiques et des indicateurs portant sur l'information prénatale, sur les pratiques en salle de travail et en salle de naissance, sur les raisons qui amènent à alimenter les nouveau-nés autrement qu'au lait maternel, etc.)  <i>Décrivez en quelques mots les mécanismes d'évaluation déjà mis en place, qui les gère, et comment le personnel a accès aux résultats d'une telle évaluation.</i></p>	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>

**Critères :**

Un résumé de cette politique (charte) est affiché de manière visible dans toutes les parties du Pôle où sont donnés des soins ou des consultations aux femmes enceintes, aux mères et aux nouveau-nés. Cela concerne en particulier tous les services de maternité, les unités de néonatalogie et de réanimation néonatale, et aussi le service de chirurgie pédiatrique s'il accueille des nouveau-nés.

La charte est écrite dans un langage courant et affichée dans les langues les plus couramment comprises par les parents et le personnel

**Condition 3 :**

**Systèmes de surveillance et de gestion des données : Établir systèmes continus de surveillance et de gestion des données.**

3.1	Le dossier prénatal indique-t-il si l'allaitement maternel a été discuté avec la femme enceinte ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
3.2	Y est-il noté si la femme a eu des difficultés lors d'un allaitement précédent ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
3.3	Y est-il noté si elle présente une pathologie pouvant interférer avec l'allaitement ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
3.4	Existe-t-il un système d'enregistrement des présences des femmes aux informations prénatales ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
3.5	L'information prénatale, tant orale qu'écrite couvre-t-elle les points-clés relatifs à l'importance de l'allaitement et à sa conduite pratique ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
3.6	Les documents écrits, remis aux femmes enceintes, ont-ils été révisés de façon à être en accord avec la politique ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
3.7	Ces documents sont-ils appropriés et pratiques ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
3.8	Les données statistiques de l'établissement indiquent-elles qu'au moins 75% des bébés nés à terme ( $\geq 37$ SA), qui sont sortis de l'établissement au cours des trois derniers mois, ont été allaités exclusivement au lait maternel de la naissance à la sortie ou, si ce n'était pas le cas, qu'il y avait des raisons médicales justifiées (raisons médicales acceptables décrites au chapitre 10 du <i>Guide pratique pour la mise en œuvre des Dix Conditions et l'obtention du label</i> ) ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
3.9	Les données suivantes sont-elles notées dans le dossier médical du nouveau-né : <b>(Registre de pesé, nourrisson de moins de 6 mois)</b> Compléments donnés avec la raison (détail de l'indication médicale ou décision de la mère) ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>

3.10	- alimentation par substituts du lait maternel sur indication médicale (contre-indication à l'allaitement) ? Compléments donnés avec la raison (détail de l'indication médicale ou décision de la mère) ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
3.11	- alimentation au lait maternel) ? Compléments donnés avec la raison (détail de l'indication médicale ou décision de la mère) ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
<b>Critères :</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'établissement dispose d'un protocole pour un système de suivi continu et un système de gestion des données.</li> <li>• Le personnel clinique de l'établissement se réunit au moins tous les 6 mois pour examiner la mise en œuvre du système.</li> </ul>		

<b>Condition 4 :</b>		
<b>Donner à tous les personnels soignants la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique</b>		
<b>NB : Vérifier l'existence du rapport de restitution et la liste de présence de la restitution. Interviewer 10 Agents de santé et 10 femmes</b>		
4.1	Les membres du personnel qui s'occupent de femmes enceintes, de mères et de nourrissons reçoivent-ils tous une information concernant la politique d'alimentation infantile/d'allaitement maternel de l'établissement, dès qu'ils commencent à travailler dans l'établissement ? Comment ? .....	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
4.2	Tous les membres du personnel qui s'occupent de femmes enceintes, de mères et de nourrissons sont-ils conscients des avantages de l'allaitement maternel et connaissent-ils la politique ainsi que les moyens mis en place dans l'établissement pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
4.3	Tous les personnels qui s'occupent de femmes enceintes, de mères et de nourrissons reçoivent-ils une formation sur l'allaitement maternel, appropriée à leur fonction et actualisée ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
4.4	Reçoivent-ils cette formation dans les six mois suivant leur arrivée dans le service, si leur formation antérieure dans cette matière est insuffisante ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
4.5	La formation couvre-t-elle les Douze Conditions pour le succès de l'allaitement maternel ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
4.6	La formation couvre-t-elle aussi la protection de l'allaitement maternel (Code OMS, Résolutions subséquentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé, Décret) ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>

4.7	La formation couvre-t-elle aussi l'accompagnement et le respect des besoins de la mère et du bébé pendant le travail et l'accouchement ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
4.8	La formation sur ces thèmes en lien avec l'allaitement maternel dure-t-elle au moins 20 heures ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
4.9	Cette formation comprend-elle un minimum de trois heures de pratique clinique supervisée ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
4.10	Les personnels « non-soignants » tels que les auxiliaires de soins, travailleurs sociaux, membres du clergé, personnel chargé de la distribution des repas et de l'entretien, reçoivent-ils une formation afin qu'ils puissent, d'une façon appropriée à leur fonction, encourager les mères dans l'alimentation de leur enfant ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
4.11	Tous les personnels soignants qui s'occupent des mères et des nourrissons, ou certains d'entre eux spécifiquement désignés, reçoivent-ils une formation sur l'alimentation des nourrissons qui ne sont pas allaités au sein et sur le soutien à offrir aux mères qui n'allaitent pas ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
4.12	Les personnels soignants qui s'occupent des femmes enceintes, des mères et des nourrissons sont-ils capables de répondre à des questions de base sur la promotion et le soutien de l'allaitement maternel, ainsi que sur l'aide à offrir aux mères qui n'allaitent pas ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
4.13	Les personnels non-soignants sont-ils capables de répondre à des questions simples sur l'allaitement maternel et sur la manière d'encourager les mères dans l'alimentation de leur enfant ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
4.14	Si oui, Sont-ils capables d'orienter les mères qui ont besoin d'aide vers un professionnel approprié ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
4.15	L'établissement a-t-il offert des formations spécialisées sur la conduite pratique de l'allaitement à l'intention de membres spécifiques du personnel (post-graduat de formation approfondie en lactation humaine et allaitement maternel, diplôme interuniversitaire en lactation humaine, formation spécifique pour les kinésithérapeutes, les anesthésistes, les diététiciens, etc.) ? Préciser.....	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
<p><b>Critères :</b>  <b>Sur un échantillon des personnels soignants de la structure,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• au moins 80 % confirment qu'ils ont reçu une formation comme décrite ci-dessus ou, s'ils travaillent dans les services du Pôle depuis moins de six mois, qu'ils ont au moins été informés de la politique et qu'il leur a été demandé de la mettre en application,</li> <li>• au moins 80% répondent correctement aux questions qui leur seront posées sur les besoins du nouveau-né, la mise en route et l'accompagnement de l'allaitement maternel,</li> </ul>		

- au moins 80% peuvent décrire deux sujets qui devraient être discutés avec une femme enceinte qui envisage de nourrir son enfant autrement qu'avec du lait maternel.

Les interviews des autres personnels soignants 2 permettent d'évaluer leur adhésion à la démarche IHAB et leurs relations avec l'équipe de maternité.

**Sur un échantillon des personnels non soignants de la structure,**

- au moins 70 % confirment qu'ils ont reçu des informations concernant l'accueil des nouveau-nés et l'allaitement maternel depuis qu'ils travaillent dans l'établissement,
- au moins 70% peuvent décrire une raison pour laquelle l'allaitement maternel est important,
- au moins 70% peuvent mentionner une pratique du Pôle qui encourage le lien mère-enfant et l'allaitement maternel,
- au moins 70% peuvent mentionner une chose qu'ils peuvent faire pour soutenir toutes les mères.

**Condition 5 :**

**Informez toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement et de sa pratique**

**[10 femmes ayant fait au moins 2 CPN dans la structure (Registre de CCC)]**

5.1	Y a-t-il des consultations et services prénatals dans La structure ou dans des antennes de la structure ?  <i>(Si ce n'est pas le cas, passez directement aux questions relatives à la Condition 6)</i>	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
5.2	Les femmes enceintes qui fréquentent ces services sont-elles informées des avantages de l'allaitement maternel ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
5.3	Les femmes enceintes qui fréquentent ces services sont-elles informées de l'importance de l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
5.4	Les femmes enceintes qui fréquentent ces services sont-elles informées de la conduite pratique de l'allaitement (notamment : première tétée précoce, allaiter à la demande de l'enfant, le placer correctement au sein et veiller à ce qu'il prenne correctement le sein) ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
5.5	Les femmes enceintes qui fréquentent ces services sont-elles informées des risques liés à l'utilisation de tétines ou sucettes ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
5.6	Les femmes enceintes sont-elles protégées de toute promotion orale, écrite ou en nature (colis promotionnels) pour l'alimentation artificielle ?  <i>(Affiches publicitaires, blouses)</i>	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
5.7	La structure s'abstient-elle d'informer les femmes enceintes, lors de réunions collectives, sur l'alimentation artificielle et la façon de préparer les biberons ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>

5.8	Les femmes enceintes qui ont bénéficié des services prénatals de la structure sont-elles capables de décrire les avantages liés à la poursuite de l'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
5.9	Les femmes enceintes qui ont bénéficié des services prénatals de la structure sont-elles capables de décrire les risques de donner des compléments qui ne seraient pas justifiés ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
5.10	Les femmes enceintes qui ont bénéficié des services prénatals de la structure sont-elles capables de décrire les avantages de prendre leur bébé peau-à-peau contre elles dès la naissance ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
5.11	Les femmes enceintes qui ont bénéficié des services prénatals de la structure sont-elles capables de décrire les avantages de garder leur bébé auprès d'elles 24h/24 pendant le séjour à la maternité ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
5.12	Le dossier prénatal est-il disponible à l'accouchement ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
5.13	Le personnel soignant prend-il en compte l'intention qu'a la femme d'allaiter lorsqu'il décide d'utiliser un sédatif, un analgésique ou un anesthésique (le cas échéant) pendant le travail et l'accouchement ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
5.14	Le personnel soignant connaît-il les effets éventuellement défavorables de ces médicaments sur l'allaitement maternel ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>

**Critères :**

Une information orale et écrite sur un groupe de soutien entre mères est aussi transmise à toutes les femmes enceintes.

Sur un échantillon de femmes enceintes de plus de 6 mois qui ont bénéficié d'au moins deux visites prénatales, au moins 70% :

- confirment qu'un membre du personnel soignant a discuté avec elles individuellement de l'allaitement maternel et leur a proposé une réunion en groupe qui traite de ce sujet,
- confirment qu'on leur a donné une information orale et écrite sur un groupe de soutien entre mères.
- peuvent décrire deux des sujets suivants :
  - ° l'importance du contact peau-à-peau avec leur enfant, immédiatement à la naissance,
  - ° l'importance de garder leur bébé près d'elle 24h/24h,
  - ° l'importance d'allaiter sans complément (ni eau, ni tisanes, ni laits infantiles) pendant les 6 premiers mois (bénéfices de l'allaitement exclusif et risques des compléments non justifiés et des sucettes)

**Condition 6 :**

**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**

*(Il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet. Ceci inclut la majorité des enfants nés dans un contexte de prématurité modérée, c'est-à-dire nés entre 34 et 37 Semaines d'Aménorrhée)*

*(Registre de naissance, heure de naissance, 1ere mise au sein)*

*(Peau à peau à inscrire dans le registre)*

*(Mère en suite de couche)*

6.1	Les bébés nés par voie vaginale sont-ils placés en contact peau à peau avec leur mère, immédiatement à la naissance, et les mères sont-elles encouragées à poursuivre ce contact pendant au moins une heure ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
6.2	Les bébés nés par césarienne <u>sans</u> anesthésie générale sont-ils placés en contact peau à peau avec leur mère, immédiatement à la naissance, et les mères sont-elles encouragées à poursuivre ce contact pendant au moins une heure ? Si non, préciser les différences de procédure ou les difficultés particulières.	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
6.3	Les bébés nés par césarienne avec anesthésie générale sont-ils placés en contact peau à peau avec leur mère dès que celle-ci est éveillée et en état de réagir, et les mères sont-elles encouragées à poursuivre ce contact pendant au moins une heure ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
6.4	Les mères dont les bébés ont besoin de soins médicaux dans une unité spécialisée sont-elles encouragées à prendre leur bébé en contact peau-à-peau ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>

**Critères :**

Sur un échantillon de mères qui ont accouché dans l'établissement par voie basse :

- au moins 80 % confirment que leur bébé, même s'il est faiblement prématuré, a été placé en contact peau-à-peau sur elles, immédiatement à la naissance ou dans les 5 minutes suivantes, pour une durée d'au moins une heure, à moins d'une raison médicale (EBM) justifiant de différer ce contact.

Sur un échantillon de mères qui ont accouché par césarienne SANS anesthésie générale, au moins 80 % confirment (à moins d'une raison médicale (EBM) justifiant de procéder autrement) :

- qu'en salle de césarienne, leur bébé, même s'il est faiblement prématuré, a été placé en contact peau-à-peau sur elles, immédiatement à la naissance ou dans les 5 minutes suivantes, et que ce contact s'est prolongé jusqu'à la fin de l'intervention,
- ET qu'il a été proposé au père d'être présent en salle de césarienne,

Les modalités de poursuite du peau à peau après l'intervention seront aussi évaluées, voir ci-dessous.

Sur un échantillon de mères qui ont accouché par césarienne AVEC anesthésie générale (ou anesthésie générale pour une autre raison), au moins 50% confirment (à moins d'une raison médicale (EBM) justifiant de procéder autrement) :

- que la peau à peau a été proposé au père en attendant qu'elles soient en état de le faire elles-mêmes,

• qu'on a placé leur bébé en contact peau-à-peau sur elles dès qu'elles étaient suffisamment réveillées et qu'elles ont été encouragées à poursuivre ce contact pendant au moins 1 heure.

**Condition 7 :**  
**Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson**  
*(Indiquer aux mères comment mettre en route et entretenir la lactation, alors que leur bébé ne peut pas téter et/ou qu'elles se trouvent séparées de lui)*  
*(Consultation enfants sains, registre de pesé, registre de CCC, observation et discussion avec les mères)*

7.1	Le personnel soignant offre-t-il son aide à toutes les mères qui allaitent, lors de la seconde tétée ou dans les six heures suivant l'accouchement ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
7.2	Dans ces 6 premières heures, reparle-t-il de l'allaitement avec celles qui ont voulu donner une seule tétée en salle de naissance ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
7.3	Le personnel soignant peut-il décrire les informations et démonstrations qu'il offre aux mères, qu'elles allaitent ou non, pour les aider à bien nourrir leur bébé ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
7.4	Y a-t-il en permanence du personnel ou des consultantes spécialisées en allaitement maternel disponibles pour conseiller les mères pendant leur séjour dans la structure, et en vue de leur sortie ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
7.5	Le personnel soignant discute-t-il des autres méthodes d'alimentation, et des soins à apporter à leurs seins, avec les mères qui ont décidé de ne pas allaiter leur bébé ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
7.6	Le personnel soignant s'assure-t-il que les mères qui allaitent positionnent correctement leur bébé au sein ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
7.7	Les mères qui allaitent savent-elles montrer comment positionner correctement leur bébé au sein et comment vérifier qu'il prend bien le sein ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
7.8	Le personnel soignant montre-t-il aux mères allaitantes comment exprimer leur lait manuellement ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
7.9	Leur donne-t-il des renseignements sur les différents modes d'expression, à la main ou au tire-lait ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
7.10	Leur indique-t-il où trouver de l'aide pour ce faire, au cas où elles en auraient besoin ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>

7.11	Le contenu des documents remis aux nouvelles mères sur l'expression manuelle est-il approprié ? NB : Observation	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
7.12	Le personnel soignant accorde-t-il une attention et un soutien particuliers, en pré- et postnatal, aux femmes qui allaitent pour la première fois ou qui ont eu des problèmes pour allaiter ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
7.13	Le personnel soignant montre-t-il, <u>individuellement</u> , à chaque mère qui n'allaite pas son bébé au sein, comment préparer et donner le biberon à son bébé ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
7.14	Si oui, Et vérifie-t-il si elle sait le faire ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
7.15	Dans les 6 heures suivant la naissance, le personnel soignant aide-t-il les mères dont le bébé est transféré en néonatalogie, à amorcer et à entretenir la lactation par une expression fréquente de lait ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
7.16	Le personnel soignant leur indique-t-il à quelle fréquence elles devraient exprimer leur lait, y compris la nuit ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>

**Critères :**

Sur un échantillon de personnels soignants du Pôle :

- au moins 80% montrent aux mères comment installer et amener leur bébé à prendre le sein et peuvent le décrire ou le montrer de manière adéquate, ou ils précisent à qui ils adressent les mères pour ces conseils.
- au moins 80% connaissent les critères de bonne prise du sein et de succion efficace.
- au moins 80% apprennent aux mères comment exprimer le lait à la main et peuvent décrire ou montrer une technique adéquate, ou ils précisent à qui ils adressent les mères pour ces conseils.
- au moins 80% apprennent aux mères (qui en ont besoin) comment exprimer le lait avec un tire-lait et peuvent décrire ou montrer une technique adéquate, ou ils précisent à qui ils adressent les mères pour ces conseils.
- au moins 80% savent comment mettre en route la lactation d'une mère dont le bébé n'est pas efficace ou s'ils sont séparés l'un de l'autre, pour obtenir un volume de lait optimal (techniques d'expression du lait adaptées, fréquence et durée des expressions).
- au moins 80% montrent aux mères qui n'allaitent pas comment donner le biberon à leur bébé et peuvent décrire la prise adéquate du biberon, ou ils précisent à qui ils adressent les mères pour ces conseils.
- au moins 80% montrent à toutes les mères qui n'allaitent pas comment préparer un biberon (individuellement ou collectivement), puis propose à chaque mère d'en préparer un elle-même, ou ils précisent à qui ils adressent les mères pour ces conseils.

L'observation de la démonstration par le personnel soignant de la préparation d'un biberon (pour les mères qui n'allaitent pas) et de l'utilisation d'un tire-lait en cas de besoin, confirme que ces démonstrations sont précises et complètes. Et il est proposé à chaque mère de préparer un biberon à son tour.

Sur un échantillon de mères, y compris celles qui ont accouché par césarienne :

- au moins 80 % déclarent que le personnel soignant leur a offert de l'aide dans les six heures suivant la naissance (ou en cas d'anesthésie générale, dans les six heures suivant le moment où elles ont été en état de réagir).
- au moins 80% de celles qui allaitent peuvent montrer ou décrire l'installation et la bonne position au sein.
- au moins 80% de celles qui allaitent peuvent montrer ou décrire la bonne prise du sein et les signes d'une succion efficace.
- au moins 80% de celles qui allaitent déclarent qu'on leur a montré comment exprimer leur lait à la main.
- au moins 80% de celles qui n'allaitent pas peuvent montrer ou décrire l'installation pour donner le biberon et la prise adéquate du biberon.
- au moins 80% de celles qui n'allaitent pas déclarent qu'on leur a proposé de préparer un biberon
- au moins 80% de celles qui n'allaitent pas connaissent les règles de sécurité et d'hygiène de préparation et de conservation des biberons.

**Condition 8 :**

**Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale (Privilégier le lait de la mère, et le donné chaque fois que possible,**

**(Consultation enfant sain)**

8.1	Les nouveau-nés allaités au sein reçoivent-ils exclusivement du lait maternel (aucun autre aliment ou boisson) sauf en cas d'indication médicale justifiée ou décision de la mère ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
8.2	Le personnel soignant se préoccupe-t-il d'informer les mères allaitantes qui veulent donner un complément à leur bébé, sur les risques de cette pratique, de façon à ce qu'elles prennent leur décision en bonne connaissance de cause ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
8.3	L'établissement est-il attentif à ne pas montrer ou distribuer des documents qui recommandent des aliments ou boissons pour nourrissons autres que le lait maternel, un horaire de tétées ou d'autres pratiques d'alimentation inadaptées ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
8.4	Le personnel soignant discute-t-il de l'alimentation du bébé avec les mères qui ont décidé de ne pas allaiter et les aide-t-il à décider ce qui est le plus approprié à leur situation ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
8.5	Veille-t-il à ce qu'elles se souviennent des points importants qui ont été discutés avec elles à ce propos ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
8.6	Y a-t-il dans le service un lieu et l'équipement nécessaire, pour montrer individuellement aux mères qui n'allaitent pas comment préparer les biberons, hors de la présence des mères qui allaitent ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>

8.7	Tous les protocoles et procédures relatifs à l'alimentation infantile et à l'allaitement maternel sont-ils cohérents avec les critères de l'IHAB, notamment les « Raisons médicales acceptables pour une utilisation temporaire ou continue des substituts du lait maternel » ?  Si non, à quel sujet ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
<p><b>Critères :</b></p> <p>Sur un échantillon de bébés allaités observés dans les services de maternité, au moins 80% sont nourris exclusivement au lait maternel ou, s'ils reçoivent autre chose, c'est pour une indication médicale notifiée ou parce que la mère l'a expressément décidé, après avoir été bien informée. Toutes ces précisions sont notées dans le dossier.</p> <p>Au moins 80% d'un échantillon de personnels soignants du Pôle peuvent décrire deux informations qui devraient être discutées avec des mères allaitantes qui envisagent de donner à leur bébé des substituts du lait maternel (compléments ou sevrage).</p> <p>Au moins 80% d'un échantillon de mères qui allaitent déclarent que leur bébé n'a reçu que du lait maternel ou que, s'il a reçu autre chose, c'est pour une indication médicale expliquée par le personnel soignant ou parce qu'elles l'avaient expressément décidé, après avoir été bien informées.</p>		

<p><b>Condition 9 :</b></p> <p><b>Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour</b></p> <p><b>NB : Ne pas insister sur le retrait des berceaux en suite de couches ou en hospitalisation pédiatrique</b></p>		
9.1	La mère et son nouveau-né restent-ils ensemble dès la naissance, quel que soit le mode d'accouchement ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
9.2	Après anesthésie générale, pour césarienne ou autre intervention médicale, la cohabitation mère-enfant commence-t-elle dès que la mère est capable de répondre aux besoins de son bébé et/ou d'appeler le personnel ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
9.3	La mère et son nouveau-né restent-ils ensemble, dans la même chambre ou le même lit, 24 heures sur 24, sauf si une séparation est médicalement justifiée ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
<p><b>Critères :</b></p> <p>Les observations dans toute unité où il y a des nouveau-nés confirment qu'au moins 80% des mères ont leur nouveau-né auprès d'elles ou, si ce n'est pas le cas, qu'ils ont été séparés pour des raisons justifiées.</p> <p>Sur un échantillon de mères, au moins 80% déclarent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• leur bébé est resté avec elles dans leur chambre depuis qu'il est né ou, si ce n'est pas le cas, qu'il a été séparé pour des raisons justifiées.</li> <li>• elles ont été informées de l'intérêt du contact peau à peau pendant le séjour en maternité</li> </ul>		

<p><b>Condition 10 :</b></p>
------------------------------

<b>Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant</b>		
10.1	Le personnel soignant apprend-il aux mères à reconnaître les signes qui indiquent que leur bébé cherche à téter ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
10.2	Le personnel encourage-t-il les mères à allaiter leur bébé aussi souvent et aussi longtemps que celui-ci le désire ? NB : Observation et Interview	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
10.3	Le personnel soignant conseille-t-il aux mères de réveiller leur bébé quand il ne se réveille pas assez souvent pour téter ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
10.4	Le personnel soignant conseille-t-il aux mères de réveiller leur bébé quand il ne se réveille pas assez souvent pour téter, et/ou si leurs seins deviennent trop tendus ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
<p><b>Critères :</b>            Sur un échantillon de mères :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• au moins 80% déclarent qu'on leur a expliqué comment reconnaître quand le bébé est prêt à téter et peuvent décrire au moins deux signes indiquant qu'il est prêt à téter.</li> <li>• au moins 80% de celles qui allaitent déclarent qu'on leur a conseillé d'allaiter leur enfant aussi souvent et aussi longtemps qu'il le désire,</li> <li>• au moins 80% de celles qui allaitent peuvent restituer les conseils qu'on leur a donnés si leur bébé ne tète pas souvent et/ou pas efficacement (proximité et expression du lait),</li> <li>• au moins 80% de celles qui allaitent peuvent décrire deux signes indiquant que l'allaitement est efficace,</li> <li>• au moins 80% de celles qui n'allaitent pas déclarent qu'on leur a conseillé de ne pas forcer leur bébé à finir le biberon et de combler ses besoins autrement.</li> </ul>		

<b>Condition 11 :</b>		
<b>Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette</b>		
11.1	Le personnel n'utilise pas et ne propose pas de biberons pour les bébés nourris au sein : cette recommandation est-elle respectée ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
11.2	Si un complément est nécessaire, il est donné autrement qu'au biberon : cette recommandation est-elle respectée par le personnel ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
11.3	Le personnel explique-t-il, aux mères qui allaitent, pour quelles raisons il est préférable de ne pas donner de biberon ou de sucette à leur bébé ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
11.4	Le personnel n'utilise pas et ne propose pas de sucette pour les bébés nourris au sein : cette recommandation est-elle respectée ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
<p><b>Critères :</b>            Les observations dans les services de maternité confirment qu'au moins 80% des bébés allaités ne reçoivent pas de biberons ni de sucettes ou, si c'est le cas, que leur mère l'a décidé après avoir été informée des risques liés à leur utilisation ou qu'il y avait une indication médicale à le faire.</p>		

Sur un échantillon de mères qui allaitent, au moins 80% déclarent que, à leur connaissance, leur enfant n'a reçu ni biberon et ni sucette.

<b>Condition 12 :</b>		
<b>Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement</b>		
12.1	Le personnel soignant discute-t-il, avec la mère qui s'apprête à quitter la structure, de la façon dont elle va alimenter son enfant lorsqu'elle sera rentrée chez elle ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
12.2	La structure a-t-elle un système de suivi des mères après leur sortie, par exemple consultations postnatales précoces ou consultations d'allaitement, visites à domicile, suivi téléphonique ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
12.3	La structure encourage-t-elle les femmes enceintes et les mères à prendre contact avec les groupes ou associations de soutien de mères à mères, ou autres services communautaires qui offrent leur aide concernant l'alimentation de leur enfant ? Si oui, lesquels ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
12.4	Des contacts avec les associations et services existants sont-ils organisés régulièrement pour connaître les prestations qu'ils proposent et établir une bonne coordination ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
12.5	Toutes les mères sont-elles informées oralement qu'elles peuvent demander de l'aide et des conseils en matière d'alimentation infantile auprès de l'établissement lui-même, ou de groupes de soutien pour mères, ou d'autres services comme l'O.N.E., les consultantes en lactation, les sages-femmes indépendantes, les pédiatres ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
12.6	Toutes les mères reçoivent-elles un document imprimé, avant leur sortie de l'établissement, avec les coordonnées des associations et services auxquels elles pourront s'adresser pour un soutien ultérieur ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
12.7	Le personnel soignant encourage-t-il les mères à consulter un professionnel de santé ou une personne spécialisée en allaitement maternel, dans la seconde semaine après la naissance ou plus tôt en cas de sortie précoce de maternité, dans le but d'évaluer l'alimentation de l'enfant et d'obtenir l'aide éventuellement nécessaire ?	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
12.8	L'établissement permet-il que des conseillères extérieures, qualifiées en allaitement maternel (p.ex. consultantes en lactation, TMS de l'ONE formées en la matière), ou des membres d'associations de soutien de mère à mère, interviennent ponctuellement ou régulièrement auprès des femmes enceintes et des mères dans ses services de maternité ? Précisez :	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>
<b>Critères :</b>		
Au moins 80% d'un échantillon de mères déclarent qu'on leur a expliqué comment demander de l'aide dans les services du Pôle, ou d'autres services de santé, comment contacter des groupes de soutien entre mères, si elles ont des		

questions sur l'alimentation et/ou la croissance de leur bébé après le retour à la maison. Elles peuvent décrire au moins une sorte d'aide qui leur est accessible.

Au moins 80% d'un échantillon de mères qui allaitent, déclarent qu'on les a encouragées à contacter un groupe de soutien à l'allaitement dans les 10 jours suivant leur sortie, et/ou qu'on leur a donné un RV pour une consultation sur l'allaitement maternel dans l'établissement (ou qu'on les a incitées à prendre un RV à l'extérieur avec une personne compétente identifiée).

**Problèmes rencontrés et solutions proposées**

**Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien dans l'exécution des tâches (mise en œuvre)**

---

---

---

---

**Quelles solutions proposez-vous pour améliorer ces manquements ?**

---

---

---

**Tableau 4 : taux global d'adhésion au douze conditions pour un allaitement réussi**

Structure sanitaire	Résultats globaux en %
1	41.1
2	50.3
3	67.4
4	34.4
5	64.7
6	40.0
7	43.4
8	76.3
9	62.2
10	58.5
11	47.7
12	47.7
13	86.1
14	30.9
15	56.8
16	54.1
17	57.0
18	73.6
19	65.7
20	52.8