

# Initiative hôpital ami des bébés : une démarche de qualité actuelle et méconnue

M. C. Marchand, pédiatre PMI, consultante en lactation IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant), M. Pilliot, pédiatre, consultant en lactation IBCLC, clinique Saint-Jean, Roubaix, K. Löfgren, chargée de mission IHAB, CoFAM

L'Initiative hôpital ami des bébés (IHAB) est un formidable outil pour le soutien à l'allaitement maternel. C'est une démarche de qualité, destinée aux soignants des maternités : elle permet la mise en place de pratiques hospitalières qui respectent les besoins et les rythmes des nouveau-nés et qui favorisent l'accompagnement de l'allaitement maternel. Cette initiative a fait ses preuves depuis quinze ans dans de nombreux pays.

C'est un projet qui dépasse l'allaitement maternel : les compétences, le savoir-faire, la motivation qui sont acquis autour de l'accueil du nouveau-né et de l'allaitement vont bénéficier à tous les nouveau-nés, allaités ou non, et à toutes les mères, allaitantes ou non, ainsi qu'à toute l'activité du service. Il ne s'agit pas d'appliquer un protocole mais de créer un état d'esprit d'accueil et d'accompagnement en offrant des soins de qualité et en toute sécurité.

Mots clés : IHAB, allaitement maternel, accueil à la naissance, démarche qualité.

**L'**Initiative hôpital ami des bébés est un programme centré sur les besoins de tous les nouveau-nés pour répondre, en toute sécurité, aux besoins physiques, psychologiques et culturels de l'enfant et de sa famille. Il s'agit de comprendre et de respecter ces besoins, et d'organiser tous les soins en fonction des rythmes biologiques de l'enfant et de sa mère. Plusieurs des dix conditions de ce programme encouragent le contact permanent du bébé avec sa mère dès la naissance, ce qui favorise le lien mère-enfant.

L'IHAB est une démarche de qualité qui repose sur un argumentaire scientifique précis et abondant publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [1-3]. Les programmes internationaux ou européens traitant de l'alimentation du

jeune enfant font une large place à l'IHAB [4-7]. Cette initiative est en accord avec les objectifs du plan de gouvernement pour la périnatalité [8], dont les mots clés sont humanité, sécurité, proximité. La mise en place de l'IHAB figure également dans les recommandations de l'Anaes sur l'allaitement maternel [9-11].

**UN PROGRAMME  
OMS-UNICEF LANCÉ  
EN 1992 ET REVU  
EN 2006**

L'Initiative hôpital ami des bébés a été lancée au niveau international, en 1992, conjointement par l'OMS et l'Uni-

cef, afin d'encourager, de soutenir et de protéger l'allaitement maternel. La dénomination française, pour contestable qu'elle soit, est la traduction imparfaite de « Baby-Friendly Hospital Initiative ». En France, l'IHAB n'a débuté qu'en 2000, à la demande de deux maternités qui souhaitaient être labellisées et à la demande de plusieurs professeurs de pédiatrie.

La Coordination française pour l'allaitement maternel (CoFAM) s'est impliquée dans cette démarche. Malgré ce démarrage tardif, l'IHAB progresse dans notre pays, et de plus en plus d'établissements découvrent l'esprit IHAB et les avantages que ce projet apporte aux nouveau-nés, aux parents, mais aussi à la dynamique du service [12, 13].

Le programme est fondé sur le respect

de dix conditions pour le succès de l'allaitement [1] et du Code OMS de commercialisation des substituts du lait maternel [14]. Chaque condition a un effet positif en soi, et la combinaison de l'ensemble des dix conditions optimise le démarrage de l'allaitement et augmente sa prévalence et sa durée [15-20]. Puisque cette démarche apporte également une meilleure qualité au niveau de l'accueil du nouveau-né et de ses parents, les risques de sévices sont très nettement diminués [21].

Les documents de 1992 ont été révisés en 2006 [22] en prenant en compte l'expérience acquise au niveau mondial [23-25] ainsi que les dernières données scientifiques. En particulier, dans les pays concernés, un soutien et une information sur des pratiques d'alimentation appropriées doivent être apportés aux mères HIV positives, afin de réduire la transmission verticale. Globalement, il est souhaitable d'étendre le concept « ami des bébés » et de l'intégrer à d'autres programmes de soins.

## COMPRENDRE

### LES BESOINS INDIVIDUELS,

### ÊTRE « AMI

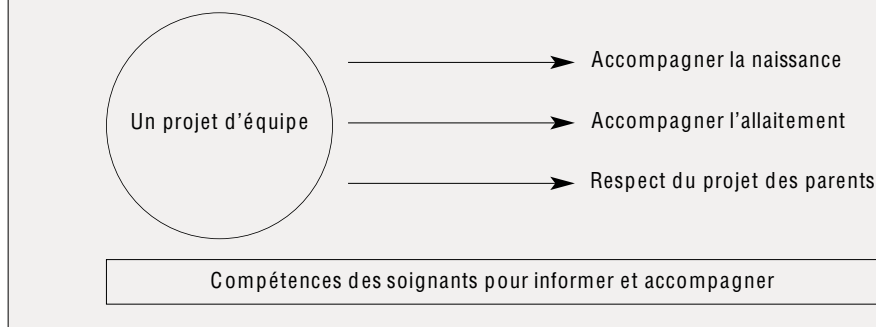
### DE TOUS LES BÉBÉS »

Il s'agit de mettre en place des soins centrés sur l'enfant et sa famille. Cela nécessite une modification importante de l'organisation des soins : en effet, ceux-ci sont généralement centrés sur les soignants et non sur l'enfant. L'adhésion à cette initiative demande donc la formation de tout le personnel d'un service, mais avant tout une réflexion commune du personnel, tous grades confondus. L'IHAB n'est pas la mise en place d'un protocole, mais la réalisation d'un projet d'équipe (figure 1).

Une équipe « amie des bébés » soutient les parents dans leur compréhension du comportement de leur enfant, leur permettant ainsi d'acquérir progressivement une autonomie, tout en garantissant la sécurité médicale.

L'IHAB exige donc un réel investisse-

Figure 1  
La démarche IHAB en maternité



ment de la part de toute une équipe. Mais les services ayant adopté ce projet découvrent rapidement, même avant d'avoir obtenu le label, à quel point il fédère et motive une équipe et redonne à la naissance sa véritable dimension intime, émotionnelle, affective, familiale, et aussi sociale, en personnalisant les soins et en laissant des choix aux parents. Ecouter les parents, les accompagner et non pas faire à leur place, leur expliquer de façon claire ce qui se passe, reconnaître leurs compétences, voilà qui permet de redonner confiance aux parents et d'éviter bien des difficultés relationnelles ultérieures.

Etre « ami des bébés » sous-entend donc un accompagnement de qualité des mères qui allaitent, mais aussi un accompagnement des mères ayant fait le choix de ne pas allaiter. Les techniques de soutien du développement utilisées dans cette démarche (le contact précoce, l'organisation des soins et de l'alimentation en fonction des cycles du sommeil des nouveau-nés) sont applicables à toutes les mères, y compris celles qui n'allaitent pas, et à tous les bébés, y compris ceux nécessitant une hospitalisation. Les nouvelles dispositions de 2006 soulignent l'importance d'informer et d'aider les mères qui n'allaitent pas.

## ÉTAT DES LIEUX

Aujourd'hui, plus de 19600 hôpitaux dans 150 pays ont obtenu le label « Ami des bébés » ; en Europe, on en compte environ 650, dont plusieurs centres hos-

pitaliers universitaires, répartis dans 17 pays sur 25. Il y a 5 maternités labellisées en France :

la maternité du centre hospitalier de Lons-le-Saunier (Jura) : label en 2000, revalidé en 2004 ;

la clinique Saint-Jean à Roubaix (Nord) : label en 2002, revalidation en 2006 avec le label international ;

le centre hospitalier de Cognac (Charente) : label en 2003 ;

la maternité du centre hospitalier de Mont-de-Marsan (Landes) : label en 2006 ;

l'hôpital de Saint-Affrique (Aveyron) : label en 2006 ;

le centre hospitalier de Dax a obtenu un certificat d'engagement et continue de travailler vers le label, car tous les critères n'étaient pas respectés lors de l'évaluation en 2004.

Plusieurs maternités sont actuellement sur le chemin de la labellisation.

## DIX CONDITIONS

### PLUS UNE À REMPLIR

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

La politique décrit les pratiques mises en œuvre dans l'établissement pour chacune des dix conditions. Il est demandé à tous les membres du personnel de s'y référer.

Une charte, résumé de la politique, rédigée à l'intention des parents, est affi-

## LA COORDINATION FRANÇAISE POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL (CoFAM)

La CoFAM est une association loi 1901 regroupant des associations de professionnels de la santé et d'usagers ainsi que des individuels, professionnels ou usagers, afin d'impulser des actions de promotion d'allaitement maternel en France et d'être un interlocuteur représentatif auprès des institutions. Elle regroupe une centaine d'associations ou groupes locaux et 50 membres individuels. Née en 2000, elle compte à son actif de nombreuses actions de terrain qui ont la particularité d'utiliser la synergie entre professionnels de santé et usagers. Elle dispose d'un conseil scientifique composé de professeurs de pédiatrie et gynécologie-obstétrique et d'experts dans le domaine de l'allaitement.

Les actions de la CoFAM :

- des actions d'information : la Semaine mondiale de l'allaitement maternel (SMAM) chaque année en octobre ; les Journées nationales allaitement maternel (JNA), tous les deux ans ; un site internet ([www.coordination-allaitement.org](http://www.coordination-allaitement.org)) ;
- des actions de formation : les Journées régionales allaitement (JRA). Depuis 2004, elle est mandatée par le ministère de la Santé, dans le cadre des objectifs du PNNS, pour promouvoir l'allaitement maternel auprès des professionnels de santé intervenant dans les débuts de l'allaitement ;
- une action en faveur de l'amélioration de la qualité des soins : le développement de l'IHAB.

chée dans tous les lieux qui leur sont accessibles (consultations prénatales, salles de naissance, services de gynécologie, de maternité et de néonatalogie, etc.).

Plusieurs conditions concernent les bébés non allaités : il est important que la politique et la charte ne soient pas ciblées uniquement sur l'allaitement, mais sur des soins de qualité pour toutes les familles.

**2. Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.**

Les personnels qui s'occupent des mères et des nouveau-nés reçoivent tous une formation sur l'allaitement, appropriée à leur fonction et actualisée. Les nouveaux personnels reçoivent une information sur la politique dès leur arrivée et une formation complète dans les six mois s'ils n'ont pas reçu une formation initiale appropriée. L'expérience a montré qu'une durée de formation de vingt heures était une base minimale dans un contexte culturel comme le nôtre. Elle comprend trois heures de pratique clinique supervisée.

Les programmes de formation sont élaborés par l'établissement en fonction de

ses objectifs et des besoins des équipes. Le personnel non soignant est informé de la politique.

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

Le but est de donner aux femmes une information claire, valide et pertinente, leur permettant de faire un choix informé sur la façon d'alimenter leur enfant en fonction de leur situation personnelle. Le rôle du professionnel est aussi d'accompagner la mère dans l'expression de ses désirs et de ses choix. Il serait souhaitable que l'information porte sur l'intérêt de l'allaitement pour la santé de la mère et de l'enfant ainsi que sur les risques de l'alimentation artificielle. Les femmes enceintes qui ne sont pas suivies régulièrement dans l'établissement sont informées là où elles sont suivies (centre périnatal de proximité, médecins et sages-femmes libéraux). Le travail en réseau permet la cohérence et la mise à jour des informations transmises.

**4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.**

Cette condition, souvent mal interprétée, est rédigée autrement depuis

2006 : «laisser le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure, encourager la mère à reconnaître que le bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin».

L'esprit est de maintenir un contact le plus proche possible entre le bébé et sa mère, dans un environnement paisible tout en assurant de bonnes conditions de sécurité. Ce contact favorise l'attachement et permet au nouveau-né de retrouver ses repères sensoriels d'avant la naissance ; il facilite l'expression des réflexes nutritionnels du bébé et la première tétée (si la mère le souhaite). Il ne s'agit pas de forcer le bébé à téter dans un certain délai, mais d'offrir des conditions favorables. Il semble important de maintenir ce contact aussi longtemps que la mère le désire. Ces pratiques concernent les accouchements par voie vaginale ou par césarienne sous péridurale. Si la mère refuse ce contact peau à peau immédiat après la naissance, il peut lui être proposé un peu plus tard.

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

Toutes les mères ont besoin de se sentir soutenues, qu'elles allaitent ou non. Il est de la responsabilité du personnel, qui connaît les critères d'observation de la tétée, de vérifier que la mère sait placer son bébé au sein, même si elle ne demande pas d'aide. Le but visé étant l'autonomie de la mère, il est important de savoir l'accompagner pendant une tétée sans « mettre les mains ». Apprendre l'expression manuelle dès le premier jour donne confiance à la mère et la rend plus vite autonome. Des informations précises lui seront données si elle doit ou si elle veut utiliser un tire-lait manuel ou électrique. En cas de séparation d'avec son bébé, elle sera aidée pour exprimer ou tirer son lait au moins six fois par jour.

Les mères qui n'allaitent pas seront informées sur la préparation des biberons.

**6. Ne donner aux nouveau-nés aucun**

aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

Il n'y a pas de consensus parmi les pédiatres français sur les raisons médicales acceptables pour donner un complément (autre que du lait maternel) à un bébé allaité. Le personnel devrait respecter les indications établies par l'équipe médicale. Toute administration de complément sera notée dans le dossier avec sa justification.

Le nombre et les raisons des compléments donnés aux bébés allaités sont des indicateurs dont il est nécessaire de suivre et d'interpréter les variations régulièrement. Les protocoles concernant l'alimentation seront mis à jour en fonction des recommandations validées.

#### 7. Laisser l'enfant avec sa mère vingt-quatre heures par jour.

Les mères et les bébés restent le plus possible ensemble pendant tout le séjour à la maternité, qu'il y ait allaitement ou non. Il arrive qu'une mère demande à ce que son bébé soit pris en nursery. L'équipe écoutera cette mère et l'aidera à répondre aux besoins de son bébé en favorisant la cohabitation, sauf décision contraire de la mère. Il est recommandé que les examens et les soins soient effectués dans la chambre de la mère ou en sa présence.

Le bébé, restant en permanence avec sa mère, risque d'être souvent dans les bras ou dans le lit de sa mère. Celle-ci sera informée des consignes de sécurité concernant le couchage des bébés.

#### 8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.

Il n'y a pas de restriction donnée aux mères pour la fréquence ou la durée des tétées.

Il est important de vérifier si les mères comprennent bien qu'allaiter à la demande ne veut pas dire allaiter quand le bébé pleure, mais plutôt allaiter quand le bébé montre qu'il est prêt (éveil, étirement, mains vers la bouche, mouvements de léchage et de succion, recherche active). Quant au bébé qui dort trop longtemps, l'appréciation en sera faite par les soignants en fonction de son état à la naissance et après. Dans certains cas, il est acceptable de ré-

veiller un enfant : s'il dort beaucoup ou si les seins de sa mère sont trop tendus.

#### 9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.

Le personnel dissuade les mères des enfants allaités de leur donner une sucette en les informant des conséquences possibles liées à son utilisation. Parallèlement, il est important que le personnel discute avec les mères des différentes façons de calmer un bébé, par exemple : contact peau à peau, tétées efficaces plus fréquentes, bercement.

#### 10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Avant la sortie, des informations, de préférence écrites, sont données aux mères sur les soutiens disponibles (groupe de soutien à l'allaitement maternel local ou national, consultation postnatale, consultation d'allaitement, PMI, etc.) et sur les signes de bonne efficacité de la tétée montrant que l'allaitement se passe bien.

Les documents donnés aux parents encouragent, comme le fait l'OMS, l'allaitement exclusif pendant six mois, puis avec une alimentation diversifiée jusqu'à deux ans et au-delà. Les informations sont appropriées, actualisées et valides.

Le travail en réseau est essentiel, que ce soit avec les groupes de mères, les professionnels de PMI, les sages-femmes libérales, les médecins généralistes, les pédiatres. Avec l'augmentation des sorties précoces de maternité, il est d'autant plus important d'organiser des relais efficaces pour le suivi des mères et des bébés.

#### 11. Respect du Code OMS.

Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel vise à procurer une nutrition sûre et adéquate aux nourrissons en protégeant et en encourageant l'allaitement maternel, en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel (quand ils sont nécessaires) grâce à une information adéquate, une commercialisation et une distribution appropriée qui ne sont pas les pratiques commerciales

usuelles. Il a été adopté en 1981 par l'Assemblée mondiale de la santé sous la forme de recommandations. Le code s'adresse aux gouvernements, aux industriels et aux circuits de distribution ainsi qu'aux professionnels de santé [14]. Les services de maternité français déjà labellisés ont souligné la difficulté en France de renoncer aux financements des fabricants de laits infantiles [26]. Il reste essentiel de respecter la qualité de l'information des familles, l'absence de conflits d'intérêts, la transparence totale des relations entre professionnels et industriels et surtout l'absence de promotion auprès des familles pour les laits industriels, les biberons et les tétines. Toutefois le code n'interdit pas les dons de matériels ou d'équipements, ni les financements d'études et autres activités. Ainsi, pour le label, il est demandé de respecter la transparence des dons au niveau de l'institution et l'interdiction des avantages matériels en espèces ou en nature pour les agents de santé.

### LES ÉTAPES VERS LE LABEL

Deux points sont importants à considérer dans la phase de démarrage : le pilotage du projet et l'évaluation des résultats.

Ce projet implique une réflexion concernant l'ensemble de l'équipe, quel que soit le grade ou la fonction. Il est donc souhaitable de constituer un comité de pilotage pluriprofessionnel.

L'évolution des données statistiques sur les modes d'alimentation des bébés, en particulier le taux d'allaitement exclusif de la naissance à la sortie, fait partie des critères d'évaluation. Il est donc recommandé de mettre en place un système de recueil de données le plus tôt possible.

En résumé, une maternité qui souhaite obtenir le label travaillera sur les domaines suivants :

- respect des dix conditions ;
- mise en place d'un suivi statistique sur les données d'alimentation des bébés ;
- travail en réseau avec les partenaires locaux, professionnels ou bénévoles ;
- respect du Code OMS ;
- tout en évoluant dans un état d'esprit

d'accueil et d'accompagnement envers les parents et leur bébé.

La démarche pour obtenir le label comporte différentes phases :

1. procéder à l'autoévaluation des pratiques avec le formulaire disponible à la CoFAM, afin établir un bilan de l'existant. L'utilisation régulière de ce formulaire dans le service permet aussi d'évaluer l'avancement du projet ;
2. mettre en œuvre un projet de service ;
3. quand les pratiques sont cohérentes avec les recommandations de l'IHAB, demander à la CoFAM une évaluation extérieure ;
4. après examen du rapport de l'évaluation, le Comité d'attribution constitué de professionnels et d'usagers attribue le label « Ami des bébés » ou un certificat d'engagement si des points restent à améliorer.

## LES CRITÈRES DU LABEL

Le label international « Ami des bébés » est attribué à un établissement :

□ qui met en œuvre les dix conditions et respecte le code OMS de commercialisation des substituts du lait maternel. Pour la plupart des conditions, il est demandé de les respecter à 80 % ;

□ et qui enregistre un taux d'allaitement maternel exclusif, de la naissance à la sortie de maternité, égal ou supérieur à 75 %.

Néanmoins, en France, comme dans d'autres pays où le taux d'allaitement remonte lentement, le comité d'attribution du label a défini un label national, dont la différence principale avec le label international porte sur le taux d'allaitement :

□ il n'est pas exigé de taux minimum d'allaitement maternel exclusif de la naissance à la sortie de maternité, mais ce taux doit être en progression par rapport aux années antérieures et être supérieur à la moyenne départementale ;

□ de plus, il est demandé un travail en réseau avec des liens ou des actions en dehors de l'établissement (PMI, groupes de mères, pédiatres, généralistes, sages-femmes libérales, etc.).

Le label est délivré pour quatre ans, au bout desquels la maternité doit être réévaluée.

## CONCLUSION

L'IHAB mérite d'être largement soutenue et promue dans nos maternités. C'est une démarche volontaire qui peut s'intégrer dans la structuration de la démarche de qualité nécessaire lors de la préparation à l'accréditation. C'est une des actions qui devraient s'intégrer dans un programme de santé publique pour l'allaitement maternel, conjointement à d'autres actions dans tous les milieux fréquentés par les parents et leurs enfants : services de néonatalogie et de pédiatrie, PMI, cabinet médical, crèche, etc.

En conclusion, citons M. le Pr Puech lors de son discours pour la remise du label à la clinique Saint-Jean en mai 2006 : « L'IHAB est donc un catalyseur, un agitateur, qui a contribué au changement d'état d'esprit que l'on peut constater dans le plan périnatalité ». □

## Références

- [1] OMS, UNICEF : *Déclaration conjointe : Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité*, OMS, Genève, 1989.
- [2] OMS, DÉPARTEMENT SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT : *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement*, Genève, 1999.
- [3] OMS : *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : guide de pratiques essentielles. Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement*, Genève, 2003.
- [4] OMS : *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, 2003 ([http://www.who.int/nut/documents/gi\\_infant\\_feeding\\_text\\_fre.pdf](http://www.who.int/nut/documents/gi_infant_feeding_text_fre.pdf)).
- [5] EUROPEAN COMMISSION : « Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : review of interventions », *EU project Promotion of breastfeeding in Europe*, contract N SPC 2002359, 2004 ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_projects/2002/promotion/promotion\\_2002\\_18\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm)).
- [6] AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS : « Breastfeeding and the use of human milk. Organizational principles to guide and define the child health care system and/or improve the health of all children », *Pediatrics*, 2005 ; 115 : 496-506.
- [7] CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION : *The CDC guide to breastfeeding interventions*, CDC, Atlanta, 2005.
- [8] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ : *Préparation à la naissance*

à la parentalité (PNP), recommandations 2005.

- [9] ANAES : *Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*, recommandations 2002.
- [10] SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDIATRIE, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ : « Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant », *Programme national nutrition santé*, ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Paris, 2004.
- [11] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ : *Favoriser l'allaitement maternel, Processus - Evaluation*, 2006.
- [12] BALLAND C. : « Maternité "Amie des bébés" ou plaidoyer pour des bébés en bonne santé », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 2004 ; 331 : 4-9.
- [13] DUBERNARD F., DISTRIQUIN M.A. : « Césarienne, du côté des maternités amies des bébés », *Profession Sage-femme*, 2005 ; 116 : 46.
- [14] OMS : *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, 1981.
- [15] MIKIEL-KOSTYRA K., MAZUR J. : « Hospital policies and their influence on newborn body weight », *Acta Paediatr.*, 1999 ; 88 : 72-5.
- [16] KRAMER M.S., CHALMERS B., HODNETT E.D. et al. : « Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) : a randomized trial in the Republic of Belarus », *JAMA*, 2001 ; 285 : 413-20.
- [17] RADFORD A., SOUTHALL D.P. : « Successful application of the baby-friendly hospital initiative contains lessons that must be applied to the control of formula feeding in hospitals in industrialized countries », *Pediatrics*, 2001 ; 108 : 766-8.
- [18] CATTANEO A., BUZZETTI R. : « Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative », *BMJ*, 2001 ; 323 : 1358-62.
- [19] MEREWOOD A., SUPRIYA D.M., CHAMBERLAIN L.B., PHILIPP B.L., BAUCHNER H. : « Breastfeeding Rates in US Baby-Friendly Hospitals : Results of a National Survey », *Pediatrics*, 2005 ; 116 : 628-34.
- [20] MERTEN S., DRATVA J., ACKERMANN-LIEBRICH U. : « Do Baby-Friendly Hospitals influence breastfeeding duration on a national level », *Pediatrics*, 2005 ; 116 : e702-8.
- [21] LVOFF N.M., LVOFF V., KILAUS M.H. : « Effect of the baby-friendly initiative on infant abandonment in a Russian hospital », *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 2000 ; 154 : 474-7.
- [22] UNICEF, WHO : *Baby-Friendly hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care. Section 1 : Background and implementation. Preliminary version for country implementation*, février 2006 ([http://www.unicef.org/nutrition/in dex\\_24850.html](http://www.unicef.org/nutrition/in dex_24850.html)).
- [23] LABBOK M. : « The Baby-Friendly Hospital Initiative : today and tomorrow », *Breastfeeding Abstract*, 2004 ; 23 : 11-12.
- [24] HOFVANDER Y. : « Breastfeeding and the Baby Friendly Hospitals Initiative (BFHI) : Organization, response and outcome in Sweden and other countries », *Acta Paediatr.*, 2005 ; 94 : 1012-6.
- [25] PHILIPP B.L., RADFORD A. : « Baby-Friendly : snappy slogan or standard of care ? », *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.*, 2006 ; 91 : F145-9.
- [26] « Substituts du lait maternel : un "Code international de marketing bafoué" », *Revue Prescrire*, 2005 ; 25 : 855-6 (<http://www.prescrire.org/editeurs/EDI25877.pdf>).