

Monitoring des hôpitaux amis des bébés

Maternités certifiées
(Baby-Friendly Hospital Initiative)

Rapport 2018

Une analyse réalisée sur mandat d'UNICEF Suisse Lichtenstein

Rédaction
Anna Späth

Supervision
Dr med. Sonja Merten

Table des matières

Résumé

1	Introduction	8
1.1	Historique	8
1.2	Garantie de la qualité en Suisse	9
2	Méthode	10
2.1	Monitoring/surveillance dans les maternités certifiées	10
2.2	Questionnaire et masque électronique	10
2.3	Indicateurs	10
2.4	Collectif de l'étude	11
2.4.1.	Hôpitaux qui ont participé	11
2.4.2.	Les nouveau-nés	12
2.4.3.	Exclusions	13
2.5	Exploitation statistique	14
3	Résultats	15
3.1	Les nouveau-nés	15
3.2	Les mères	16
3.3	Type d'accouchement, première mise au sein, premier contact peau à peau, rooming-in et durée du séjour	17
3.4	Alimentation	20
3.4.1	Enfants nés à terme et en bonne santé	20
3.4.2	Alimentation dans les cas de maladies ou de dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement maternel	21
3.4.3	Administration de suppléments hydriques et de préparations pour nourrissons	22
3.5	Moyens auxiliaires	24
3.6	Suivi après la sortie de la maternité	24
4	Résultats individuels des maternités	25
4.1	Comparaison des résultats individuels	25
4.1.1	Première mise au sein et contact peau à peau	25
4.1.2	Alimentation	27
4.1.3	Rooming-in	30
4.1.4	Biberons et sucettes	30
4.2	Différences entre les catégories d'hôpitaux	32
5	Réalisation des objectifs et comparaison aux années précédentes	35
5.1	Réalisation des objectifs (collectif du monitoring)	35
5.2	Comparaison des conditions 4, 6, 7 et 9 pour les années 2000 à 2018, enfants nés à terme et en bonne santé	38
5.3	Comparaison des conditions 4, 6, 7 et 9 pour les années 2000 à 2018, collectif du monitoring	42
6	Annexe	43
6.1	Scores obtenus par les hôpitaux	43
6.2	Statistique d'allaitement : échelle suisse d'évaluation 2018	44
6.3	Questionnaire 2018	45
7	Bibliographie	48

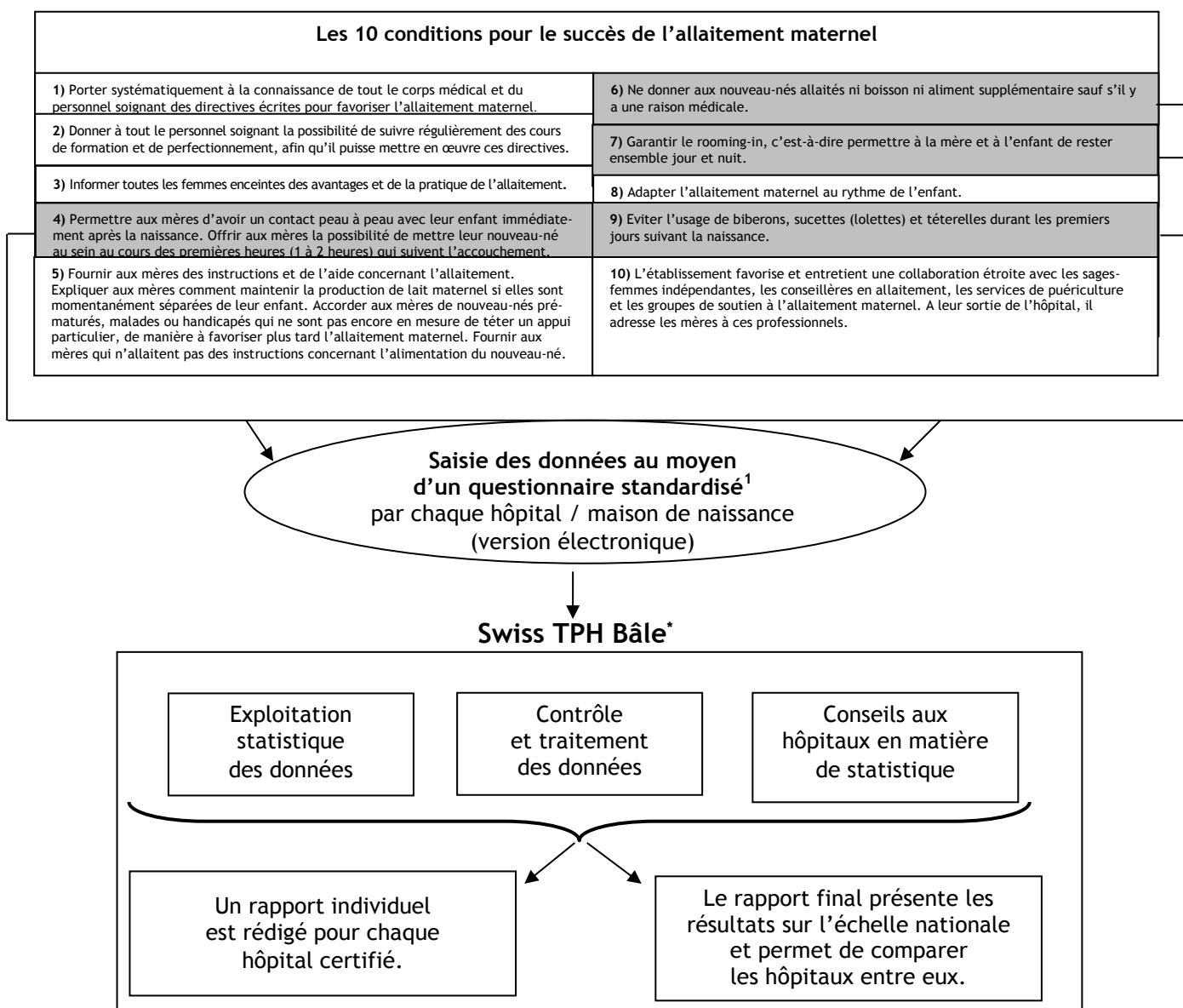
Résumé

Vue d'ensemble

Le présent rapport expose les données de l'année 2018 recueillies et exploitées dans le cadre de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) en Suisse. Les données de 22 hôpitaux et une maison de naissance ont pu être intégrées dans les statistiques.

Pour obtenir le label « hôpital ami des bébés » dix conditions doivent être remplies. Le monitoring ne comprend que les conditions 4, 6, 7 et 9, tandis que les autres sont évaluées sur place et ne font donc pas partie de ce rapport. Le schéma ci-dessous donne un aperçu des paramètres pris en compte ainsi que de leur traitement.

Tâches incombant aux hôpitaux



¹ D'autres données concernant le nouveau-né, la mère et l'accouchement sont également saisies au moyen du questionnaire.

* Swiss Tropical and Public Health Institute

L'OMS et UNICEF International ont rassemblé les dernières connaissances concernant les dix conditions pour un allaitement réussi. En novembre 2017, ils ont publié les recommandations qui en ont résulté sous forme d'une « Guideline on protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services » [1]. Le fait que les standards ont une influence positive et durable sur l'allaitement maternel a pu être prouvé scientifiquement tant au niveau international, par le biais d'une revue systématique [2], que national, grâce à l'exploitation statistique des données collectées au cours du monitoring [3].

En conséquence, les dix conditions ont été revues et publiées sous forme d'une recommandation en 2018 par l'OMS et UNICEF International [4]. Le code de conduite visant le renoncement aux produits de substitution du lait maternel ainsi que le monitoring des données ont été intégrés dans la condition 1. Les dix conditions sont désormais réparties en une section consacrée aux processus de gestion (conditions 1 et 2) et une section consacrée à la pratique clinique (conditions 3 à 10).

Figure 1 Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel, version révisée

Box 1. Ten Steps to Successful Breastfeeding (revised 2018)

Critical management procedures

1. a. Comply fully with the *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes* and relevant World Health Assembly resolutions.
b. Have a written infant feeding policy that is routinely communicated to staff and parents.
c. Establish ongoing monitoring and data-management systems.
2. Ensure that staff have sufficient knowledge, competence and skills to support breastfeeding.

Key clinical practices

3. Discuss the importance and management of breastfeeding with pregnant women and their families.
4. Facilitate immediate and uninterrupted skin-to-skin contact and support mothers to initiate breastfeeding as soon as possible after birth.
5. Support mothers to initiate and maintain breastfeeding and manage common difficulties.
6. Do not provide breastfed newborns any food or fluids other than breast milk, unless medically indicated.
7. Enable mothers and their infants to remain together and to practise rooming-in 24 hours a day.
8. Support mothers to recognize and respond to their infants' cues for feeding.
9. Counsel mothers on the use and risks of feeding bottles, teats and pacifiers.
10. Coordinate discharge so that parents and their infants have timely access to ongoing support and care.

Source : *Implementation guidance : protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services - the revised Baby-friendly Hospital Initiative*. Geneva : World Health Organization, 2018. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Les données recueillies pour l'année statistique 2018 se réfèrent toujours aux anciennes directives émises par UNICEF Suisse ainsi qu'aux dix conditions qui étaient en vigueur depuis 2012 en Suisse.

Résultats

Au cours de l'année 2018, les données relatives à 20'988 accouchements et 20'617 mères ont été recueillies. Les statistiques comprennent les enfants nés à terme et en bonne santé, soit en 2018 un collectif de 14'299 enfants (68 %) issus de 14'140 mères. L'évaluation du respect des conditions se fonde sur les jeux de données complets d'enfants nés à terme et en bonne santé (collectif du monitoring). Pour l'année 2018, ce collectif du monitoring se compose de 13'736 nouveau-nés (65 %).

En moyenne, les hôpitaux amis des bébés ont respecté toutes les conditions selon les exigences de l'échelle d'évaluation 2018, établie par UNICEF Suisse. D'excellents résultats ont été obtenus pour le contact peau à peau au cours de la première heure (97 %), la première mise au sein au cours des deux premières heures (92 %), le rooming-in ininterrompu (98 %), le renoncement aux sucettes (80 %) et la proportion de nouveau-nés qui étaient allaités lorsqu'ils ont quitté la maternité (96 %). Le pourcentage de l'allaitement exclusif au moment de la sortie (62 %) est jugé satisfaisant. En ce qui concerne la proportion d'enfants qui ont quitté la maternité en étant complètement allaités (79 %) et le renoncement au biberon (79 %), les résultats étaient légèrement en dessous du taux limite de l'échelle d'évaluation.

Aucun changement par rapport à l'année précédente n'est à noter en ce qui concerne l'alimentation des nouveau-nés durant le post-partum. La proportion d'enfants exclusivement allaités au cours de cette période était de 62 %, celle de l'allaitement prédominant était 9 %. A peu près 24 % des enfants nés à terme et en bonne santé ont reçu des préparations pour nourrissons pendant leur séjour à l'hôpital. La proportion d'enfants nés à terme et en bonne santé qui ont encore reçu des préparations pour nourrissons juste avant de quitter la maternité a légèrement augmenté au cours des dernières années ; tout comme en 2017, elle a atteint 16 %.

Si l'on ne considère que les mères en bon état de santé et les enfants nés à terme et en bonne santé, 6.3 cas sur mille étaient des naissances multiples ; ce nombre s'élève à 18.0 pour l'ensemble des naissances. La proportion de césariennes était de 27.0 % (30.7 % pour l'ensemble des naissances), donc légèrement plus élevée qu'en 2017. En moyenne, les mères étaient âgées de 32.0 ans (31.9 ans en 2017) et avaient 1.8 enfant. 90 % des mères avaient une assurance de base et 59 % étaient de nationalité suisse (année précédente : 89 %, resp. 55 %). Chez les mères en bon état de santé et leurs enfants, la durée moyenne du contact peau à peau après l'accouchement était de 113 minutes (médiane : 90 minutes), ce qui représente une légère augmentation par rapport à 2017.

Les enfants nés par voie basse ont eu un contact peau à peau juste après la naissance dans près de 95 % des cas ; dans 99 % des cas, ce contact a eu lieu au cours de la première heure de vie. 95 % de ces enfants ont effectué la première tentative de tétée durant le premier contact peau à peau. Suite à une césarienne, plus de la moitié des nouveau-nés (52 %) ont été mis sur la poitrine de la mère immédiatement après l'accouchement (2017 : 43 %). 90 % des enfants en bonne santé nés par césarienne ont eu un contact peau à peau durant la première heure, 82 % ont effectué la première tentative de tétée au cours de cette période. La proportion d'enfants qui ont eu un contact peau à peau avec la mère après la naissance et qui ont effectué la première tentative de tétée au cours de cette période est ainsi plus élevée que jamais.

Conclusions

Les prestations des hôpitaux amis des bébés en Suisse sont de grande qualité en ce qui concerne le renforcement du lien mère-enfant et l'encouragement de l'allaitement maternel. Le contact peau à peau immédiat est de règle après un accouchement par voie basse, mais aussi la proportion d'enfants nés par césarienne qui profitent du bonding est en constante augmentation depuis des années. Césarienne ou non, les enfants jouissent d'un contact peau à peau après la naissance et ont la possibilité de boire du lait maternel (le colostrum) pour la première fois. Dans les hôpitaux amis des bébés certifiés, les nouveau-nés passent en moyenne presque une heure et demie en compagnie de leur mère (113 minutes). Au cours du séjour à la maternité, qui dure environ 3.2 jours, la majorité des couples mère-enfant restent ensemble (97 %). La proportion d'enfants qui sont exclusivement nourris au sein s'est stabilisé à un haut niveau (62 %) depuis trois ans. 96 % des enfants nés dans les hôpitaux certifiés étaient allaités au moment de quitter la maternité.

Les résultats des hôpitaux certifiés restent satisfaisants pour ce qui est de l'allaitement exclusif, et on peut également constater que la tendance à donner plus souvent des préparations pour nourrissons a été freinée. A peu près un quart des nouveau-nés ont reçu des telles préparations durant le post-partum, ils étaient 16 % (comme en 2017) au moment de quitter la maternité. Afin d'assurer la promotion de l'allaitement maternel également après la sortie de la maternité, il est important de respecter la condition numéro 10 ainsi que le code international de commercialisation des substituts du lait maternel¹. La condition 10 oblige les hôpitaux amis des bébés à encourager les mères à continuer d'allaiter en leur assurant un encadrement continu par des sages-femmes indépendantes, des conseillères en allaitement maternel, des services de consultation parents-enfants et des groupes de soutien à l'allaitement maternel. Pour les femmes qui n'allaitent pas ou partiellement il est également important de pouvoir s'adresser à une personne compétente après le séjour à la maternité afin d'obtenir des réponses à leurs questions en matière d'alimentation, de bonding ou de soins. Dans les hôpitaux amis des bébés, il est de règle (96 %) qu'un suivi est organisé avant que les mères rentrent chez elles. La proportion des couples mère-enfant qui ont été encadrés par une sage-femme indépendante après la sortie de la maternité a connu une augmentation marquée depuis 2012 (92 % vs. 78 %). Compte tenu du fait qu'il est parfois difficile de trouver une sage-femme indépendante, cette performance mérite d'être mentionnée tout particulièrement.

¹ Voir <https://www.unicef.ch/fr/nous-aidons-ainsi/campagnes/hopitaux-amis-des-bebes>

1 Introduction

1.1 Historique

Malgré les nombreux avantages que présente l'allaitement maternel pour la santé de la mère et de l'enfant [5-7] la fréquence et la durée de l'allaitement avaient fortement diminué au cours des années 1960 à 1980 dans les pays industrialisés [8]. Afin de lutter contre cette tendance, l'UNICEF et l'OMS ont lancé en 1992 l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB), qui a pour but de mettre en place des conditions optimales pour favoriser l'allaitement maternel [9]. Les maternités respectant tant les dix conditions formulées à ce propos que le code international de commercialisation des substituts du lait maternel sont certifiées par l'UNICEF.

En Suisse, l'IHAB a été lancée en 1994. Un groupe de travail de l'UNICEF (de 1994 à 2000), puis la Fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel² (de 2000 à 2011) étaient responsables de la mise en œuvre des dix conditions, de l'attribution du certificat « favorable à l'allaitement maternel » et de l'évaluation des maternités.

Une enquête réalisée sur mandat d'UNICEF Suisse en 2009³ a démontré que l'utilité du label est jugée bonne en ce qui concerne la gestion de la qualité et la promotion de l'allaitement maternel, mais faible en ce qui concerne la notoriété et le marketing. La majorité des personnes interrogées se sont déclarées insatisfaites du flux d'informations entre la fondation et les cliniques ainsi que des possibilités d'échanges entre les cliniques. Un engagement plus intensif de la part de la fondation, respectivement d'UNICEF Suisse, a été souhaité notamment dans les domaines formation continue en matière de la mise en pratique des dix conditions, gestion de projets et de processus, accompagnement professionnel des processus. Si l'utilité des statistiques en tant qu'instrument de gestion de la qualité n'était pas contestée, le temps qu'il faut investir pour les mener a fait l'objet de critiques. Une majorité des participants ont exprimé l'avis que le poids accordé aux statistiques lors des évaluations était trop grand.

Sur la base de ce rapport, un relancement du label sous le nom de « hôpital ami des bébés » a été entrepris en 2012⁴. L'accent est désormais mis sur l'évaluation des processus plutôt que sur les statistiques. En même temps et pour la première fois, des normes ont été définies de manière moins rigide, à savoir celles concernant les conditions 7 (rooming-in) et 9 (utilisation de sucettes). L'ajout « sauf une ou deux exceptions » a été apporté à l'exigence « auprès de la mère durant tout le séjour ». En ce qui concerne les moyens auxiliaires, le taux limite pour l'utilisation de sucettes a été réduit de 80 % à 66 %.

Malgré ces modifications, le nombre de cliniques certifiées continue à reculer en Suisse. Cette tendance s'observe d'ailleurs au niveau mondial, constat dressé lors du congrès international au sujet de l'IHAB, organisé par l'UNICEF et l'OMS et qui s'est tenu à Genève du 24 au 26 octobre 2016⁵. En 2017, un groupe de travail de l'OMS et de l'UNICEF a rassemblé les connaissances actuelles concernant les dix conditions pour un allaitement réussi et présenté les résultats au mois de novembre [1]. Sur cette base, un guide pour l'implémentation de la protection et la promotion de l'allaitement maternel dans les établissements de santé du

² Aujourd'hui Promotion allaitement maternel Suisse (www.allaiter.ch). L'organe responsable de la fondation est composé d'institutions gouvernementales, d'organisations non gouvernementales, d'assurances-maladie et de différentes associations professionnelles et spécialisées.

³ Conzelmann C, Neupositionierung des BFHI-Labels in der Schweiz, UNICEF Schweiz, 2009

⁴ Voir <http://www.unicef.ch/fr/nous-aidons-ainsi/campagnes/hopitaux-amis-des-bebes> (consulté en mai 2019)

⁵ Voir http://www.who.int/nutrition/events/2016_bfhi_congress_report.pdf?ua=1 (consulté en mai 2019)

monde entier a été publié en avril 2018 [4]. Ceci reflète l'intention de l'OMS et de l'UNICEF de développer l'initiative et de créer une recommandation concrète visant à transformer les dix conditions en standards nationaux. En ce qui concerne la Suisse, cette recommandation signifie que les standards de qualité doivent être appliqués non seulement dans les maternités mais également dans d'autres services, comme par exemple la néonatalogie.

1.2 Garantie de la qualité en Suisse

L'IHAB va de pair avec un contrôle de qualité complet qui consiste en :

- une **évaluation des mesures favorisant l'allaitement maternel à la clinique** mise au point par une équipe d'expertes. L'évaluation met en évidence le *niveau structurel* à même titre que le *processus de développement*. Cela concerne, par exemple, le développement de critères d'allaitement propres à l'hôpital, la formation continue du personnel et l'organisation d'un suivi global.
- un **monitoring des pratiques d'allaitement dans les services de maternité**. Les pratiques observées sont contrôlées continuellement au moyen de statistiques menées sur chaque couple mère-enfant. Les résultats sont publiés dans un rapport annuel, établi par l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH).
- une **enquête auprès des mères dans les premiers mois après la naissance** menée tous les dix ans (enquête suisse sur l'allaitement maternel en 1994 [8], enquête suisse sur l'alimentation des nouveau-nés au cours des neuf premiers mois en 2003 [10], « Swiss Infant Feeding Study » SWIFS en 2014 [11]).

Grâce au monitoring continu il a pu être démontré pour la Suisse également que les conditions-cadre appropriées ont une influence positive sur la gestion de l'allaitement et la fréquence de l'allaitement exclusif [3, 12] et que durant la période de 2000 à 2008, des améliorations significatives ont été réalisées pour trois des quatre conditions [13]. En tenant compte des résultats de l'enquête suisse sur l'alimentation des nouveau-nés, réalisée en 2003 [10], on a également pu montrer que les enfants nés dans les maternités certifiées sont allaités plus longtemps que ceux nés dans les autres maternités [14]. Ceci est valable en premier lieu pour les établissements qui respectent scrupuleusement les dix conditions. Les résultats de la « Swiss Infant Feeding Study » (SWIFS), menée en 2014, indiquent que ce sont surtout le rooming-in et le renoncement aux préparations pour nourrissons qui influent de manière positive sur la durée de l'allaitement exclusif et complet ainsi que sur la durée totale d'allaitement. Le risque de sevrage est deux fois plus élevé chez les enfants qui ont reçu une préparation pour nourrissons au moins une fois durant leur séjour à l'hôpital [11].

2 Méthode

2.1 *Monitoring/surveillance dans les maternités certifiées*

Un relevé des données concernant chaque nouveau-né dans les hôpitaux certifiés, introduit en 1999, permet d'évaluer les mesures visant à favoriser l'allaitement maternel. Ce monitoring qui se base sur un questionnaire standardisé, à remplir pour chaque couple mère-enfant, a été poursuivi et continuellement adapté.

2.2 *Questionnaire et masque électronique*

Le questionnaire, disponible en français, allemand et italien (voir annexe) peut être subdivisé en neuf unités thématiques :

1. Informations générales concernant la mère
2. Santé de la mère
3. Accouchement
4. Informations générales concernant le nouveau-né
5. Santé de l'enfant
6. Début de l'allaitement maternel
7. Rooming-in/cohabitation
8. Alimentation
9. Moyens auxiliaires artificiels

Les questionnaires ont été remplis par les sages-femmes, les consultantes en lactation et le personnel soignant. Afin de pouvoir donner aux hôpitaux un feed-back immédiat sur leurs résultats, dans le cadre du système de surveillance, une version électronique du questionnaire (Excel) permet d'exploiter directement les données enregistrées. Il est ainsi possible d'utiliser les statistiques comme instrument de gestion. Une fois la saisie des données terminée, le Swiss TPH les a contrôlées et corrigées.

2.3 *Indicateurs*

a) Indicateurs concernant l'alimentation (selon les définitions de l'OMS) :

- Allaitement exclusif (OMS : exclusive breastfeeding) : pas d'autre liquide que le lait maternel, pas d'eau, pas de tisanes. Sont seules autorisées les gouttes avec les médicaments ou les vitamines.
- Allaitement prédominant (OMS : predominant breastfeeding) : lait maternel et autres liquides aqueux, comme par exemple les solutions de maltodextrine à 10 %. Pas de préparation pour nourrissons.
- Allaitement partiel (OMS : partial breastfeeding) : préparation pour nourrissons en complément au lait maternel.
- Sevrage : sevrage primaire (immédiatement après l'accouchement) et secondaire.

b) Indicateurs concernant les conditions-cadre dans les cliniques :

- Le rooming-in est défini comme une cohabitation ininterrompue (jour et nuit) de la mère et de l'enfant avec au maximum une séparation, pendant la journée, qui ne dure pas plus de deux heures. Une ou deux exceptions sont admises : sur demande de la mère, le personnel soignant peut s'occuper de l'enfant entre deux tétées, le jour ou la nuit, pendant trois à quatre heures. Si, lors de leur séjour à la maternité, la mère et l'enfant sont restés ensemble au moins une fois pendant 24 heures, ceci est considéré comme une forme atténuée du rooming-in.
- Première mise au sein du nouveau-né, indépendamment de la réussite ou de l'échec de la tentative de tétée.
- Moment et durée du premier contact peau à peau entre la mère et l'enfant.
- Utilisation de moyens auxiliaires, comme par exemple biberons et sucettes.

2.4 Collectif de l'étude

2.4.1. Hôpitaux qui ont participé

23 maternités certifiées ont fait l'objet du monitoring en 2018. Le nombre de maternités certifiées a baissé de quatre par rapport à l'année précédente. Pour la première fois depuis l'introduction du monitoring, aucune clinique privée en Suisse ne porte le label « favorable à l'allaitement maternel ».

La classification des hôpitaux dans les catégories A et B se base sur la liste des établissements de formation continue pour l'obstétrique et la gynécologie de la FMH⁶. Le tableau 1 présente la répartition des naissances par catégorie d'hôpitaux.

Tableau 1 Distribution des hôpitaux et des naissances selon la catégorie d'hôpitaux

Catégorie d'hôpitaux	A	B	Maison de naissance	Total
Nombre d'hôpitaux	4	18	1	23
Nombre total de naissances	7'793	13'001	194	20'988
Enfants nés à terme*	6'821 (88 %)	12'416 (96%)	188 (97 %)	19'425 (93%)
Enfants nés à terme et en bonne santé*	5'112 (66 %)	8'952 (69%)	164 (85 %)	14'229 (68%)
Enfants nés à terme et en bonne santé, jeux de données complets	4'968 (64 %)	8'604 (66%)	151 (78 %)	13'736 (65%)

* Pour les définitions, voir tableau 2

⁷ Registre des établissements de formation postgradué certifiés de la FMH : <http://www.siwf-register.ch> (consulté en mai 2019)

2.4.2. Les nouveau-nés

L'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé s a pour objectif d'encourager l'allaitement des nouveau-nés en bonne santé lors de leur séjour à la maternité. Des recommandations spécifiques sont valables pour les enfants souffrant d'une pathologie de base préexistante, pour les prématurés ou les enfants dont la mère souffre de graves problèmes médicaux. Par conséquent, ces cas ne sont pas pris en compte lors de l'évaluation du respect des conditions.

Le présent rapport se base sur les données relatives aux enfants nés à terme et en bonne santé. Pour l'évaluation du respect des conditions faisant partie du monitoring certains jeux de données ont été exclus. Le collectif du monitoring ne comprend ainsi ni les cas où les données concernant le rooming-in, la première mise au sein, l'utilisation de moyens auxiliaires ou l'alimentation sont incomplètes, ni les cas où la mère a décidé dès le début de ne pas allaiter.

Tableau 2 Définitions des différents collectifs

Enfants nés à terme	Tous les nouveau-nés avec un âge gestationnel entre 259 et 294 jours (resp. 37 et 42 semaines de grossesse)
Enfants nés à terme et en bonne santé	Tous les enfants nés à terme avec un poids à la naissance entre 2500 et 4500 grammes, qui ne présentent pas de pathologie de base, qui n'ont pas été transférés à une autre station et dont la mère ne souffre pas de graves problèmes médicaux
Collectif du monitoring	Tous les enfants nés à terme et en bonne santé qui ne sont pas nés en ambulatoire, qui n'ont pas été sevrés sur désir de la mère et pour lesquels les données relatives aux quatre indicateurs inclus dans le monitoring (première mise au sein, alimentation, rooming-in, moyens auxiliaires) sont complètes

2.4.3. Exclusions

Le pourcentage des enfants nés à terme a augmenté par 1%. Les pourcentages sont les mêmes que l'année précédente en ce qui concerne les enfants nés à terme et en bonne santé et le collectif du monitoring.

Avec une proportion de 6.5 %, les exclusions dues au critère « naissance à terme mais poids en dessous de 2500 g » étaient plus nombreuses qu'en 2017 (2.5 %). A cela correspond une augmentation du nombre de transferts (2018 : 7.8 %, 2017 : 4.4 %). Les exclusions en raison de problèmes médicaux de la mère étaient également légèrement plus fréquentes qu'au cours de l'année précédente (2018 : 14.5 %, 2017 : 13.6 %). Ces augmentations s'expliquent par la possibilité de réponses multiples, le pourcentage total d'exclusions chez les enfants nés à terme n'a pas changé. Les exclusions dues aux jeux de données incomplets étaient plus fréquentes (2018 : 1.9 %, 2017 : 1.5 %), tandis que les valeurs pour les autres critères n'ont que peu évolué par rapport à l'année précédente (pathologie de base de l'enfant +0.5 %, sevrage primaire +0.1 %, accouchement ambulatoire -0.2 %).

Tableau 3 Nouveau-nés exclus de l'analyse, nombre et pourcentage, selon les critères d'exclusion

	Nombre	% de tous les questionnaires
Nombre total de naissances 2018	20'988	100 %
Critères d'exclusion		
Age gestationnel <37 semaines (259 jours)	1'510	7.2
Age gestationnel >42 semaines (294 jours)	49	0.2
Enfants nés à terme *	19'425	93%
Naissance à terme, poids <2500 g	1'373	6.5
Naissance à terme, poids >4500 g	155	0.7
Transfert de l'enfant	1'640	7.8
Naissance à terme, pathologie de base de l'enfant	2'651	12.6
Naissance à terme, problème médical de la mère	3'034	14.5
Nombre total d'exclus par définition	6'759	32%
Enfants nés à terme et en bonne santé	14'229	68 %
Désir de la mère de ne pas allaiter (sevrage primaire)	105	0.5
Données incomplètes	394	1.9
Accouchement ambulatoire	318	1.5
Nombre total de nouveau-nés exclus	7'252	35%
Collectif du monitoring	13'736	65 %

Vu la possibilité de réponses multiples le total des pourcentages peut dépasser 100 %.

Les pourcentages dans les champs en couleur se rapportent au nombre total de naissances.

Les pourcentages dans les champs blancs font référence au collectif correspondant indiqué dans le sous-titre précédent.

2.5 Exploitation statistique

Dans un premier temps, les données pour le collectif de l'étude sont exploitées de manière descriptive. Les prévalences brutes et corrigées des différents indicateurs relatifs au respect des conditions (première mise au sein, alimentation, rooming-in, utilisation de moyens auxiliaires) sont ensuite établies pour chaque maternité. Elles sont standardisées en utilisant un modèle de régression logistique permettant de corriger les différences entre les hôpitaux qui émanent des facteurs suivants : nationalité, type d'assurance, naissances multiples, âge de la mère, parité, poids à la naissance, césarienne et situation médicale de la mère. Cette manière de procéder permet de comparer plus objectivement les hôpitaux entre eux puisque les facteurs inhérents à la mère et à l'enfant sont pris en compte.

Il est ensuite établi pour tous les établissements à quel degré les objectifs de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé ont été atteints. Chaque condition est répartie en conditions partielles. Une condition est considérée comme « remplie » si les deux conditions partielles sont remplies, comme « partiellement remplie » si une condition partielle est remplie et comme « non remplie » si aucune condition partielle n'est remplie. Les valeurs indicatives correspondantes sont présentées dans le tableau 4. Le score est calculé en additionnant les points (1 point pour chaque condition remplie ; 0.5 point pour une condition partielle remplie).

Tableau 4 Critères pour le respect des conditions, établis par UNICEF Suisse

	Condition partielle remplie	Condition remplie
Condition 4 : Première mise au sein		
a) Contact peau à peau au cours de la première heure	80 % et plus	a+b remplies
b) Première mise au sein au cours des deux premières heures	80 % et plus	
Condition 6 : Alimentation		
a) Pourcentage des nouveau-nés qui ont quitté la maternité en étant complètement allaités (allaitement exclusif et prédominant)	80 % et plus	a+b remplies
b) Pourcentage des nouveau-nés exclusivement nourris au sein	50 % et plus	
Condition 7 : Rooming-in		
a) Pourcentage du rooming-in ininterrompu (enfant toujours auprès de la mère sauf 1 ou 2 exceptions)	50 % et plus	a+b remplies
b) Pourcentage des nouveau-nés qui ont été au moins une fois auprès de la mère pendant 24 heures	80 % et plus	
Condition 9 : Moyens auxiliaires artificiels		
a) Pas de biberon	80 % et plus	a+b remplies
b) Pas de sucette	66 % et plus	

3 Résultats

3.1 Les nouveau-nés

En 2018, 85'253 enfants ont vu le jour dans les hôpitaux suisses (Office fédéral de la statistique)⁷. Le collectif de la présente étude comprend 20'988 enfants représentant 25 % de tous les nouveau-nés enregistrés en Suisse. Parmi eux, 68 % étaient des enfants nés à terme et en bonne santé (n = 14'229, voir tableau 3). L'évaluation du respect des conditions s'est basée sur le collectif du monitoring, composé de 65 % des jeux de données (n = 13'736 ; voir tableau 3). 50.7 % des enfants nés à terme et en bonne santé étaient des garçons, 49.2 % des filles (données manquantes pour 0.1 %). Si l'on ne considère que les mères en bon état de santé et leurs enfants nés à terme et en bonne santé, 6.3 cas sur mille étaient des naissances multiples ; ce nombre s'élève à 18.0 pour l'ensemble des naissances enregistrées. En moyenne, les enfants nés à terme et en bonne santé avaient un poids à la naissance de 3388 g (médiane : 3380 g).

Parmi les problèmes médicaux des nouveau-nés, l'hypoglycémie (3.6 %), l'acidose (3.4 %) et une perte de poids de plus de 10 % (2.8 %) étaient le plus souvent indiquées. Suivent le syndrome de détresse respiratoire (1.9 %) et l'hyperbilirubinémie nécessitant une photothérapie (0.9 %). Pour 11.3 % des enfants, des dispositions médicales susceptibles d'entraver l'allaitement ont été mentionnées sous « autres », dont notamment une croissance retardée ou une naissance prématurée.

Tableau 5 Mentions de problèmes médicaux des nouveau-nés (n = 20'988)

Problème médical	N *	%
Mention d'une disposition médicale quelconque	2'368	11.3
Hypoglycémie	751	3.6
Acidose	706	3.4
Perte de poids >10 %	590	2.8
Syndrome de détresse respiratoire	403	1.9
Hyperbilirubinémie nécessitant une photothérapie	192	0.9
Hypothermie	139	0.7
Diabète chez l'enfant	70	0.3
Asphyxie	65	0.3
Contre-indication à l'allaitement du côté de l'enfant	30	0.1
Sepsis	18	0.1
Trisomie 21	13	0.1
Hémolyse	11	0.1
Maladie métabolique	2	<0.1

* Plusieurs mentions possibles

⁷ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/geburten-fruchtbarkeit.html> (consulté le 24 avril 2019), données provisoires

3.2 Les mères

Le tableau 6 donne un aperçu des caractéristiques des mères. Afin de ne pas prendre en compte plusieurs fois les naissances multiples, les résultats se réfèrent au nombre de mères.

Tableau 6 Caractéristiques des mères

Variable	Catégorie	Couples mère-enfant en bonne santé (n = 14'140)		Total des couples mère-enfant (n = 20'617)	
		Nombre	%	Nombre	%
Nationalité	suisse	8'352	59.1	12'123	58.8
	pas suisse	5'766	40.8	8'463	41.0
	données manquantes	22	0.1	31	0.2
Assurance	de base	12'786	90.4	18'765	91.0
	semi-privée/privée	1'324	9.4	1'811	8.8
	données manquantes	30	0.2	41	0.2
Catégorie de chambre	chambre à plusieurs lits	10'900	77.1	16'024	77.7
	chambre individuelle	2'647	18.7	3'799	18.4
	données manquantes	593	4.2	794	3.9
Compréhension orale	possible	12'857	90.9	18'656	90.5
	impossible / avec difficulté	1'258	8.9	1'927	9.3
	données manquantes	25	0.2	34	0.2
Moyennes (écart type)					
Age		32.0 ans (4.9)		32.1 ans (5.0)	
Parité		1.8 enfant (0.9)		1.7 enfant (0.9)	

Parmi les mères qui n'étaient pas d'origine suisse (59 % du total), « autre » a été le plus souvent indiqué (15.2 %), suivi des pays d'origine Allemagne (5.9 %), Italie (3.3 %), Portugal (2.8 %), Kosovo (2.7 %), Macédoine (2.1 %), Turquie (1.5 %), France (1.1 %), Serbie (1.1 %), Sri Lanka (0.9 %), Albanie (0.9 %), Espagne (0.8 %), Etats-Unis (0.8 %), Brésil (0.5 %), Bosnie (0.4 %), Croatie (0.4 %) et Grande-Bretagne (0.3 %). Dans 0.2 % des cas, la nationalité de la mère n'a pas été mentionnée.

Une compréhension orale était difficile, voire impossible chez 9 % des mères. Cette proportion est en légère baisse, après avoir doublé entre 2008 (5.5 %) et 2016 (11.0 %). Elle a atteint 21.8 % chez les mères de nationalité étrangère et 0.6 % chez les femmes suisses. Ce sont notamment les femmes en provenance de Sri Lanka (44 %), de Turquie (32 %) et d'Albanie (31 %) qui éprouvent des difficultés à communiquer. Depuis que ces données ont été recueillies, la proportion de mères avec lesquelles une compréhension orale était difficile, voire impossible, a toujours dépassée le seuil de 20 % (2013 : 21 %, 2014 : 22 %, 2015 : 23 %, 2016 : 24 %, 2017 : 22 %).

3.3 Type d'accouchement, première mise au sein, premier contact peau à peau, rooming-in et durée du séjour

En ce qui concerne les couples mère-enfant en bonne santé, près de trois accouchements sur quatre ont eu lieu par voie basse, dans la plupart des cas sans avoir recours à des moyens auxiliaires (voir tableau 7). Le taux de césariennes (primaire, secondaire ou d'urgence) a légèrement augmenté à 27.0 % (25.5 % en 2017) dans le groupe des enfants nés à terme et en bonne santé. Si l'on considère toutes les naissances enregistrées en Suisse (indépendamment de l'état de santé de la mère et de l'enfant), un enfant sur trois vient au monde par césarienne⁸. Cette proportion atteint 30.8 % dans les hôpitaux amis des bébés (toutes les naissances).

Tableau 7 Types d'accouchement, rangés selon la fréquence

Type d'accouchement	Couples mère-enfant en bonne santé (n = 14'140)		Total des couples mère-enfant (n = 20'617)	
	Nombre	%	Nombre	%
Par voie basse				
spontané	8'988	63.6	12'186	59.1
ventouse	1'259	8.9	1'981	9.6
forceps	60	0.4	116	0.6
Total par voie basse	10'307	72.9	14'283	69.3
Césarienne				
primaire	1'995	14.1	3'220	15.6
secondaire	1'615	11.4	2'642	12.8
d'urgence	212	1.5	458	2.2
Total césariennes	3'822	27.0	6'320	30.6
Données manquantes	11	0.1	14	0.1

83 % des enfants en bonne santé ont eu un contact peau à peau avec la mère immédiatement après l'accouchement ; s'y ajoutent 14 % au cours de la première heure de vie (voir tableau 8). Le contact peau à peau immédiatement après l'accouchement est moins fréquent chez les enfants nés par césarienne que chez ceux nés par voie basse (52 % vs 95 %). Dans les hôpitaux amis des bébés, 90 % des enfants nés par césarienne ont eu un contact peau à peau au cours de la première heure de vie (99 % des enfants nés par voie basse). 91 % des nouveau-nés en bonne santé ont fait leur première tentative de tétée au cours du premier contact peau à peau (95 % vs 82 %, voir tableau 8).

⁸ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive.html>, consulté le 3 mai 2019.

Tableau 8 Indicateurs pris en compte pour le monitoring, pour l'ensemble des enfants nés à terme et en bonne santé et selon le type d'accouchement

Variable	Catégorie	Total (n = 14'229)		Accouchement spontané (n = 10'341)		Césarienne (n = 3'888)	
		%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Contact peau à peau après la naissance	dès la naissance	83.0	9'791	94.7	2'016	51.9	
	au cours de la première heure	13.8	465	4.5	1'496	38.5	
	plus tard	3.1	71	0.7	368	9.4	
	données manquantes	0.1	14	0.1	8	0.2	
Première tentative de tétée	durant le premier contact peau à peau	91.2	9812	94.9	3173	81.6	
	plus tard	6.1	310	3.0	553	14.2	
	aucune mise au sein	2.1	182	1.7	117	3	
	données manquantes	0.6	37	0.4	45	1.2	
Rooming-in	toujours auprès de la mère	75.5	8087	78.2	2651	68.2	
	auprès de la mère sauf 1 ou 2 exceptions	21.5	1980	19.1	1077	27.7	
	au moins 1 x 24 h auprès de la mère	1.9	154	1.5	121	3.1	
	autres	0.7	73	0.7	24	0.6	
	données manquantes	0.4	47	0.5	15	0.4	

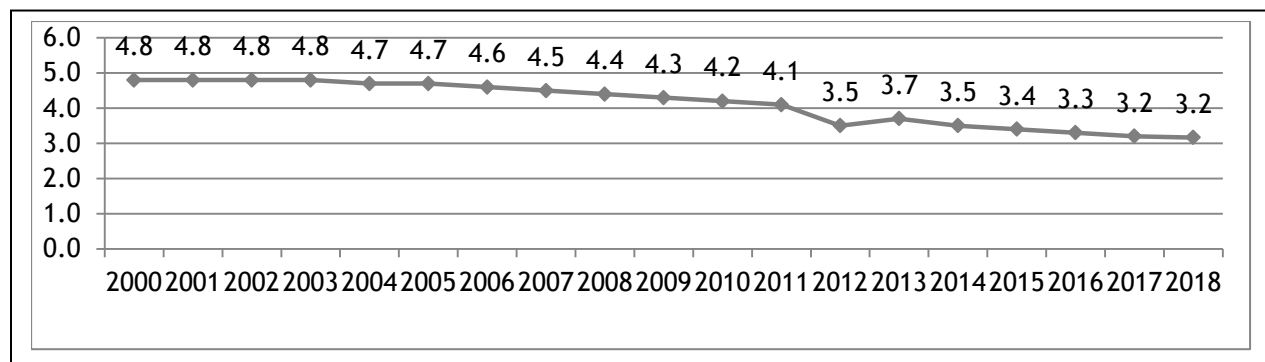
La durée moyenne du premier contact peau à peau (113 minutes, médiane 90 minutes) étant similaire que celle enregistrée en 2017 (voir tableau 9). Elle était plus courte de cinq minutes seulement après une césarienne que dans les cas de naissance par voie basse. Le temps dont bénéficient les couples mère-enfant pour assurer le bonding varie fortement entre les différents hôpitaux : les moyennes se situent entre un peu plus d'une heure (68 minutes) et plus de six heures (368 minutes). Le premier contact peau à peau est un facteur déterminant pour le succès et la durée de l'allaitement maternel [15]. Les enfants nés par césarienne en profitent un peu plus tard, mais de manière aussi intense que ceux nés par voie basse.

Tableau 9 Durée du premier contact peau à peau et durée du séjour de la mère (enfants nés à terme et en bonne santé)

		Total (n = 14'229)		Accouchement spontané (n = 10'341)		Césarienne (n = 3'888)	
Durée du premier contact peau à peau	Moyenne (écart type)	113 min. (104)	114 min. (93)	109 min. (129)			
	Médiane	90 min.	105 min.	90 min.			
Durée du séjour de la mère	Moyenne (écart type)	3.2 jours (1.2)	2.9 jours (1.1)	3.9 jours (1.1)			
	Médiane	3 jours	3 jours	4 jours			

En 2018, la durée moyenne du séjour était de 3.2 jours (voir figure 2). Les mères qui ont accouché par voie basse sont restées à l'hôpital pendant 2.9 jours (médiane : 3 jours ; voir tableau 9), celles ayant subi une césarienne pendant 3.9 jours (médiane : 4 jours). La durée du séjour à la maternité est calculée comme suit : date de la sortie – date de l'accouchement. Après avoir diminué depuis le début du monitoring, elle est restée inchangée par rapport à l'année précédente pour la première fois (voir figure 2).

Figure 2 Evolution de la durée moyenne du séjour de mères avec des enfants nés à terme et en bonne santé depuis l'introduction du monitoring (en jours)



Dans les cas où la mère et l'enfant étaient en bonne santé, 58 % des accouchements par voie basse ont été effectués sans analgésie. Une PDA s'est avérée nécessaire dans 33 % de tous les accouchements par voie basse (2015 : 31 % ; 2016 : 30 % ; 2017 : 31 %). Il existe une relation entre le déroulement de l'accouchement et l'administration d'analgésiques (voir tableau 10). Cette dernière était significativement plus fréquente dans les cas où un forceps ou une ventouse ont été utilisés que lors des accouchements spontanés. Il faut toutefois noter que 87 % des accouchements par voie basse ont été spontanés et que le forceps a été utilisé dans 1 % des cas seulement, la ventouse dans 12 % des cas (proportions similaires aux cinq années précédentes).

Tableau 10 Analgésie lors d'accouchements par voie basse (n = 10'341)

Analgésie	Par voie basse, spontané		Par voie basse, forceps		Par voie basse, ventouse	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Aucune	5'726	63.6	2	3.3	294	23.3
PDA	2'449	27.2	57	93.4	855	67.7
PCA	411	4.6	0	0	43	3.4
Autres	403	4.5	2	3.3	69	5.5
Données manquantes	17	0.1	0	0	2	0.1

3.4 Alimentation

3.4.1 Enfants nés à terme et en bonne santé

Le pourcentage des enfants qui ont reçu du lait maternel après la naissance (97 %) et celui du sevrage primaire (environ 3 %) sont restés constants au cours des huit dernières années. Celui des enfants exclusivement allaités est similaire aux trois années précédentes (62 %). Le taux d'enfants nés à terme et en bonne santé qui ont quitté la maternité en étant complètement allaités (allaitement exclusif et prédominant) est resté stable à 79 %. Aucune augmentation n'est enregistrée en ce qui concerne l'allaitement partiel à la sortie de la maternité, et ce pour la première fois depuis 2012 (2012 : 9.5 %, 2013 : 12.4 %, 2014 : 11.6 %, 2015 : 13.4 %, 2016 : 15.4 %, 2017 : 16.0 %).

Tableau 11 Alimentation des enfants nés à terme et en bonne santé (n = 14'229)

Début de l'allaitement	Lait maternel oui ou non ?	Durant le post-partum	A la sortie de la maternité	
91.2 % ont fait la première tentative de tétée dans le cadre du premier contact peau à peau, au cours des deux premières heures de vie.	97.3 % ont reçu du lait maternel.	62.1 % allaitement exclusif	62.1 % allaitement exclusif	} 79% complètement allaités à la sortie
		9.4 % allaitement prédominant	16.5 % allaitement prédominant	
6.1 % ont fait la première tentative de tétée plus tard.		24.0 % allaitement partiel	16.4 % allaitement partiel	
2.1 % n'ont pas fait une première tentative de tétée.	2.7 % sevrage primaire	1.5 % sevrage secondaire	4.2 % sevrés	} 95 % allaités à la sortie
0.6 % données manquantes	-	3.0 % données manquantes	0.8 % données manquantes	

3.4.2 Alimentation dans les cas de maladies ou de dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement maternel

L'allaitement est fréquent chez les mères d'enfants nés à terme et en bonne santé même si elles présentent des dispositions médicales susceptibles d'influer sur l'allaitement maternel.

Les facteurs pouvant entraver l'allaitement maternel comprennent notamment le tabagisme, les dépressions et autres maladies psychiques, les mamelons plats ou ombiliqués, l'atonie utérine post-partum, l'hypothyroïdisme et d'autres dispositions médicales apportées à la main sur le questionnaire. 86 % de ces mères ont mis au sein leur enfant né à terme et en bonne santé dans le cadre du premier contact peau à peau, 9 % l'ont fait plus tard. Au début, 94 % des enfants de mères avec des dispositions médicales ont reçu du lait maternel. Durant le post-partum, 47 % ont été allaités de manière exclusive, 9 % de manière prédominante et 36 % partiellement (2015 : 33 %, 2016 : 37 % ; 2017 : 36 %). 66 % d'entre eux étaient complètement allaités au moment de quitter la maternité, 24 % étaient partiellement allaités.

Parmi les mères présentant des maladies ou des difficultés anatomiques (suite à une opération mammaire) qui, en règle générale, influent sur l'allaitement maternel, 84 % (2015 : 77 %, 2016 : 81 % ; 2017 : 80 %) ont mis leur enfant au sein durant le premier contact peau à peau, 11 % à un moment ultérieur. Au début, 94 % des enfants de mères malades ont reçu du lait maternel. Durant le post-partum, l'allaitement était exclusif chez 27 %, prédominant chez 9 % et partiel chez 55 % des enfants. Un allaitement complet à la sortie de la maternité a été mentionné dans 55 % des cas, un allaitement partiel dans 34 % des cas.

80 % des enfants malades issus de mères en bonne santé ont été mis au sein dans le cadre du premier contact peau à peau, 17 % à un moment ultérieur. Au début, 98 % des enfants malades ont reçu du lait maternel. 20 % ont été allaités de manière exclusive, 5 % de manière prédominante et 71 % partiellement durant le post-partum. A la sortie de la maternité, 49 % des enfants malades étaient complètement allaités, 43 % partiellement (2015 : 39 % ; 2016 : 45 % ; 2017 : 46 %).

Les tableaux 12 et 13 présentent l'alimentation des enfants nés à terme souffrant d'une hyperbilirubinémie, d'une hypoglycémie ou d'une acidose, en comparaison aux enfants nés à terme et en bonne santé pendant le post-partum et à la sortie.

Tableau 12 Alimentation des enfants nés à terme* souffrant de hyperbilirubinémie, hypoglycémie ou acidose, en comparaison aux enfants nés à terme et en bonne santé (durant le post-partum)

	n	Durant le post-partum			
		All. exclusif %	All. prédominant %	All. partiel %	Sevrage secondaire %
Enfants nés à terme et en bonne santé	14'229	62.1	9.4	24.0	1.5
Enfants nés à terme* souffrant de :					
hyperbilirubinémie	68	26.5	7.3	63.2	1.5
hypoglycémie	257	11.3	2.7	81.7	1.6
acidose	511	38.7	5.1	52.4	1.8

* Enfants nés à terme, poids à la naissance entre 2500 et 4500 g, pas de transfert, mère en bonne santé. Les pathologies multiples n'ont pu être exclues.

Tableau 13 Alimentation des enfants nés à terme* souffrant de hyperbilirubinémie, hypoglycémie ou acidose, en comparaison aux enfants nés à terme et en bonne santé (au moment de quitter la maternité)

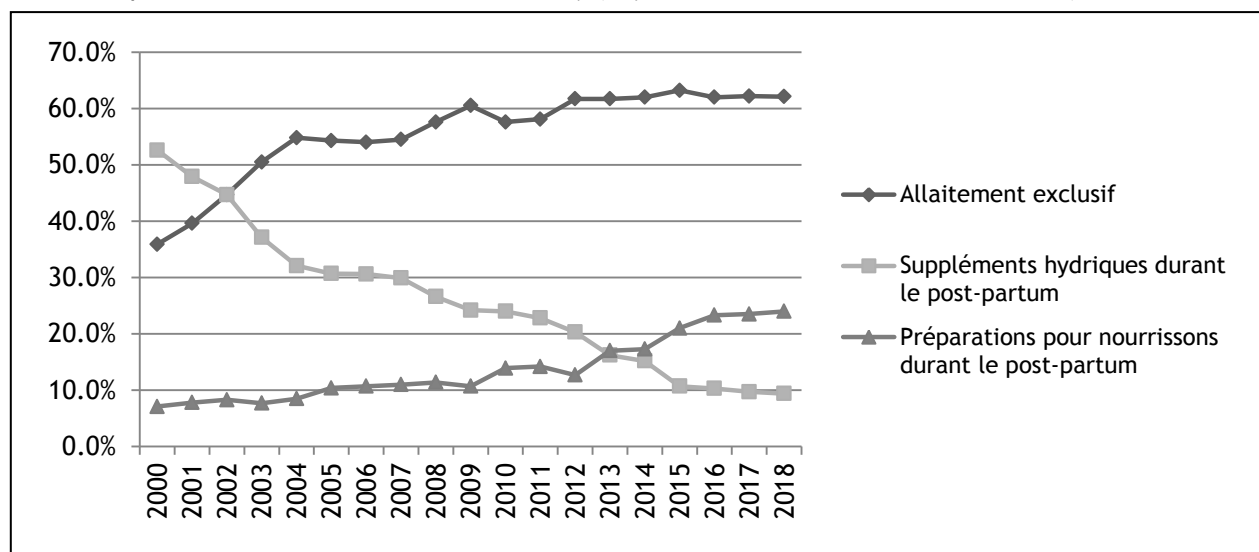
	n	A la sortie de la maternité			
		All. exclusif %	All. prédominant %	All. partiel %	Sevrage %
Enfants nés à terme et en bonne santé	14'229	62.1	16.5	16.4	4.2
Enfants nés à terme* souffrant de :					
hyperbilirubinémie	67	26.5	27.5	43.3	2.9
hypoglycémie	256	11.2	42.6	41.8	2.7
acidose	504	38.7	30.9	26.6	3.1

* Enfants nés à terme, poids à la naissance entre 2500 et 4500 g, pas de transfert, mère en bonne santé. Les pathologies multiples n'ont pu être exclues.

3.4.3 Administration de suppléments hydriques et de préparations pour nourrissons

A l'instar de l'année précédente, 9.4 % des enfants nés à terme et en bonne santé qui ont été allaités ont également reçu des suppléments hydriques pendant le post-partum, 24.0 % ont reçu des préparations pour nourrissons, et un sevrage secondaire a été observé dans 1.5 % des cas (voir tableau 11). Depuis l'introduction du monitoring en l'an 2000, deux tendances sont à noter : l'administration de suppléments hydriques a continuellement diminué, tandis que celle des préparations pour nourrissons a augmenté, légèrement jusqu'en 2012, plus nettement par la suite (voir figure 3). Entre 2000 et 2009, la proportion d'enfants complètement allaités (lait maternel et suppléments hydriques) a reculé, mais davantage d'enfants ont été exclusivement allaités. On a ensuite observé une modification de la pratique, les préparations pour nourrissons ayant été plus souvent données que les suppléments hydriques. Pourtant, il n'en a résulté aucun effet négatif sur le taux d'allaitement exclusif durant le post-partum (voir figure 3).

Figure 3 Administration de suppléments hydriques ou de préparations pour nourrissons durant le post-partum et taux d'allaitement exclusif (enfants nés à terme et en bonne santé)



Dans la plupart des cas où des suppléments hydriques ou des préparations pour nourrissons ont été donnés, le désir de la mère était à l'origine de cette mesure (voir tableau 14). Il est intéressant de constater que la raison pour l'administration de suppléments hydriques a très souvent été indiquée sous « autres ». Les raisons mentionnées le plus souvent étaient « pour des raisons de soins » (n = 129), « signes de soif » et « signes de faim » (n = 9) et « pleurs » (n = 8). Dans 29 % des cas, « autres » était également la raison indiquée pour l'administration de préparations pour nourrissons. Outre « pour des raisons de soins » (n = 689), des indications très précises ont été faites, comme par exemple le soulagement en cas de mamelons douloureux ou saignants (interruption de l'allaitement), des signes de faim, une perte de poids chez l'enfant, l'absence de miction, etc.

Tableau 14 Administration de suppléments hydriques ou de préparations pour nourrissons, enfants nés à terme et en bonne santé

Raisons indiquées	Supplément hydrique (allaitement prédominant)		Préparation pour nourrissons et allai- ment (all. partiel)		Préparation pour nourrissons suite au sevrage secondaire	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Selon le désir de la mère	660	49.3	1'725	50.5	191	90.9
Autres	511	38.2	970	28.4	6	2.9
Sur prescription médicale, à cause de disposition(s) médicale(s) de l'enfant	101	7.5	456	13.3	0	0
Sur prescription médicale, à cause de disposition(s) médicale(s) de la mère	49	3.7	234	6.9	8	3.8
Aucune mention	18	1.3	31	0.9	5	2.4
Total	1'339	100%	3'416	100%	210	100%

3.5 Moyens auxiliaires

46 % des enfants nés à terme et en bonne santé ont été nourris sans utiliser des moyens auxiliaires. Si l'on ne considère que les enfants exclusivement allaités, cette proportion est de 73 % (voir tableau 15). Les sucettes et les tétérelles étaient les moyens auxiliaires préférés dans les cas d'allaitement exclusif.

Tableau 15 Utilisation de moyens auxiliaires artificiels, enfants nés à terme et en bonne santé

Moyens auxiliaires	Tous les enfants		Enfants exclusivement allaités	
	Nombre	%*	Nombre	%*
Aucun moyen auxiliaire	6'597	46.4	7'329	72.6
Cuillère	3'663	25.7	329	3.3
Tire-lait	2'126	14.9	487	4.8
Biberon	2'985	21.0	183	1.8
Sucette	2'847	20.0	1'292	12.8
Téterelle	2'372	16.7	1'277	12.6
Autres	160	1.1	26	0.6
Total	14'229		10'099	

* Vu la possibilité de réponses multiples le total des pourcentages peut dépasser 100 %.

Ce sont le fingerfeeder (n = 70) et la seringue (n = 54) qui ont été mentionnés le plus souvent sous « autres ».

3.6 Suivi après la sortie de la maternité

92 % des couples mère-enfant en bonne santé ont été encadrés par une sage-femme indépendante après la sortie de la maternité. Cette proportion a constamment augmenté depuis 2012 (78 %). Les « autres spécialistes » ont été mentionnés dans 3.8 % des cas. 3.2 % des mères ont renoncé à un encadrement. Comme l'année précédente, il était plus difficile d'assurer un suivi pour les enfants malades que pour ceux en bonne santé (1.3 % vs 0.5 %).

L'impossibilité d'organiser un suivi a été justifiée le plus souvent par le transfert de la mère ou de l'enfant (n = 50). Dans les cas où aucune sage-femme ne pouvait être trouvée (n = 36), les explications les plus fréquentes étaient absence pour cause de vacances ou manque de capacités. Il était parfois mentionné que la mère (n = 5) ou le père (n = 1) se chargerait de trouver une sage-femme. D'autres raisons indiquées étaient le séjour à un « centre d'enregistrement » (n = 4), le domicile à l'étranger (n = 2) et le manque de connaissances linguistiques (n = 1).

4 Résultats individuels des maternités

4.1 Comparaison des résultats individuels

Les figures présentées dans ce chapitre permettent de comparer les données relatives à la première mise au sein, l'alimentation, le rooming-in et les moyens auxiliaires recueillies dans les diverses maternités, et ce pour le collectif du monitoring. En plus des pourcentages bruts, des valeurs corrigées ont été calculées selon un modèle global. Ces ajustements ont été effectués en tenant compte de ces indicateurs importants : nationalité, âge de la mère, parité, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, type d'assurance, dispositions médicales de la mère qui pourraient entraver l'allaitement. Les pourcentages bruts et corrigés pour les conditions 4, 6, 7 et 9 sont présentés dans les figures suivantes ; les cliniques y sont rangées selon les pourcentages corrigés.

La maison de naissance (numéro 27) doit être considérée à part puisqu'elle accueille une sélection très spécifique de mères et n'est donc que partiellement comparable aux autres maternités.

L'évaluation est basée sur les critères établis par UNICEF Suisse (voir p. 44).

4.1.1 Première mise au sein et contact peau à peau

Toutes les maternités ont rempli de manière exemplaire la condition partielle du contact peau à peau au cours de la première heure après l'accouchement (voir figure 4), c'est-à-dire que 90 % à 100 % des enfants faisant partie du collectif du monitoring ont eu un tel contact avec leur mère. En ce qui concerne la proportion d'enfants qui ont fait une première tentative de tétée au cours des deux premières heures, un seul hôpital est resté en dessous du taux limite de 80 % et n'a donc pas rempli cette condition (voir figure 5). 21 établissements et la maison de naissance ont ainsi satisfait à l'objectif fixé, 19 d'entre eux ont obtenu d'excellents résultats (>90 %).

Figure 4 Premier contact peau à peau dès l'accouchement*

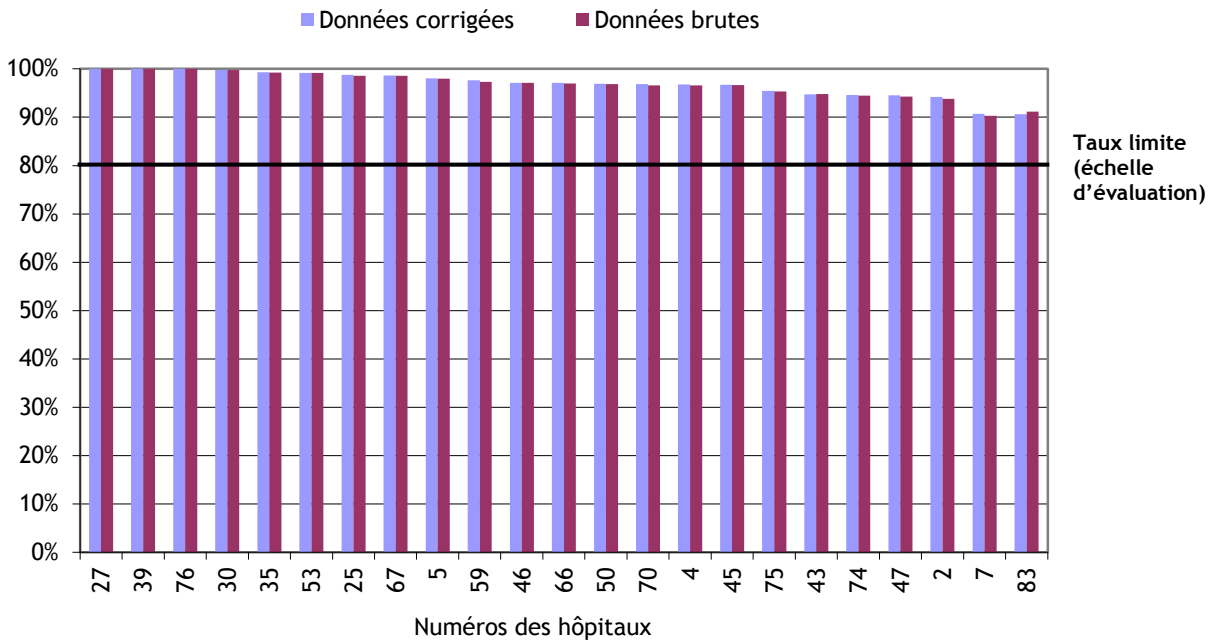
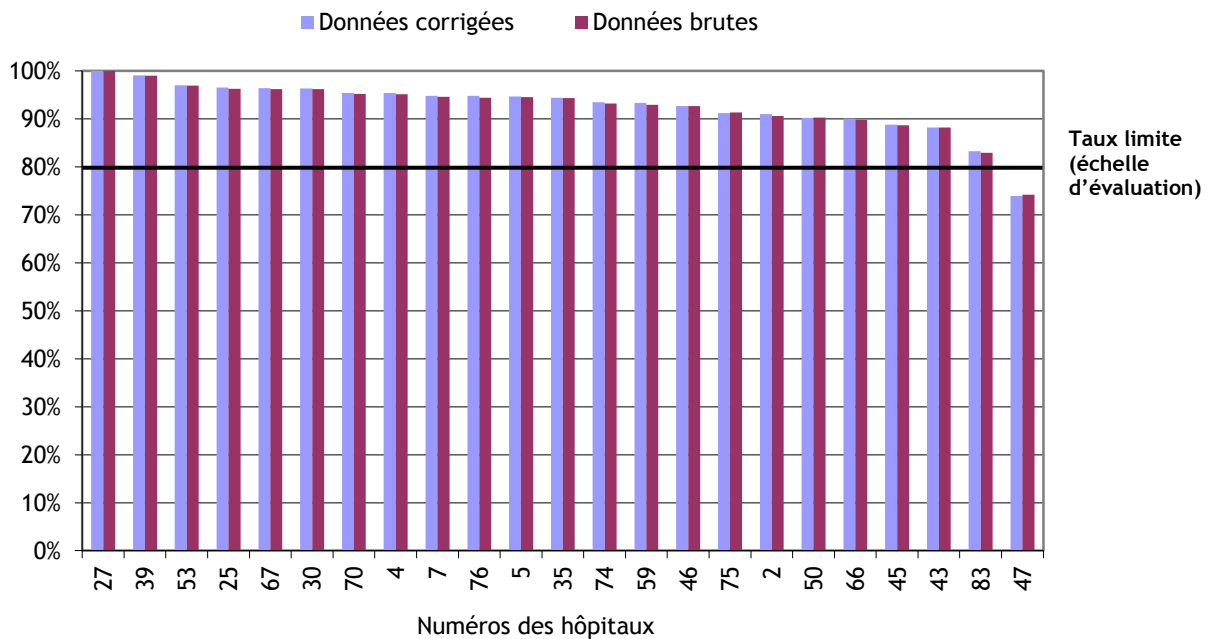


Figure 5 Première mise au sein au cours des deux premières heures*



* Valeurs en pourcentage brutes et corrigées selon nationalité, âge et parité de la mère, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, assurance et dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement (tabagisme, dépression, autre maladie psychique, mamelons plats/ombiliqués, atonie utérine / révision de la cavité utérine, hypothyroïdie, enfant en isolette à la station, indications concernant des dispositions médicales de la mère ou de l'enfant apportées à la main) pour le collectif du monitoring

4.1.2 Alimentation

En ce qui concerne le taux d'allaitement complet (lait maternel et suppléments liquides, mais pas de préparations pour nourrissons), trois cliniques et la maison de naissance ont obtenu un excellent résultat (plus de 90 % d'enfants complètement allaités au moment de quitter la maternité). 10 cliniques ont obtenu de bons résultats (80 % à 90 % d'allaitement complet au moment de la sortie), tandis que 9 n'ont pas atteint l'objectif fixé (voir figure 6).

Le pourcentage d'enfants qui n'ont reçu que du lait maternel (allaitement exclusif) a varié entre 31 % et 97 % dans les différents établissements (voir figure 7). Parmi les trois établissements qui ont enregistré d'excellents résultats, soit au-dessus de 80 %, se trouvent la maison de naissance et deux cliniques de la catégorie B. 17 cliniques ont satisfait à l'objectif fixé (allaitement exclusif chez près de 50 % des enfants), trois cliniques n'ont pas réussi à atteindre le taux limite.

Selon les résultats corrigés, le taux du sevrage primaire (voir figure 8) se situe en dessous de 5 % dans 19 cliniques et dans la maison de naissance, qui ont ainsi satisfait à l'objectif défini. Dans toutes les cliniques et dans la maison de naissance, un sevrage secondaire a été enregistré chez moins de 5 % des mères (voir figure 9).

Figure 6 Allaitement complet au moment de quitter la maternité*

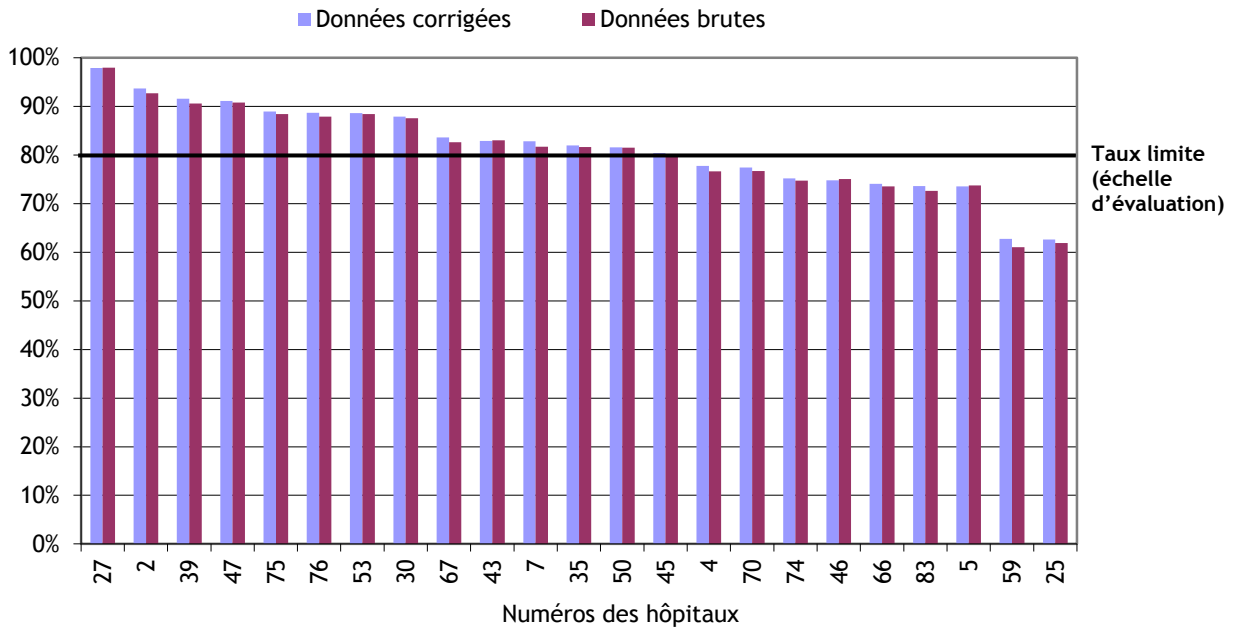
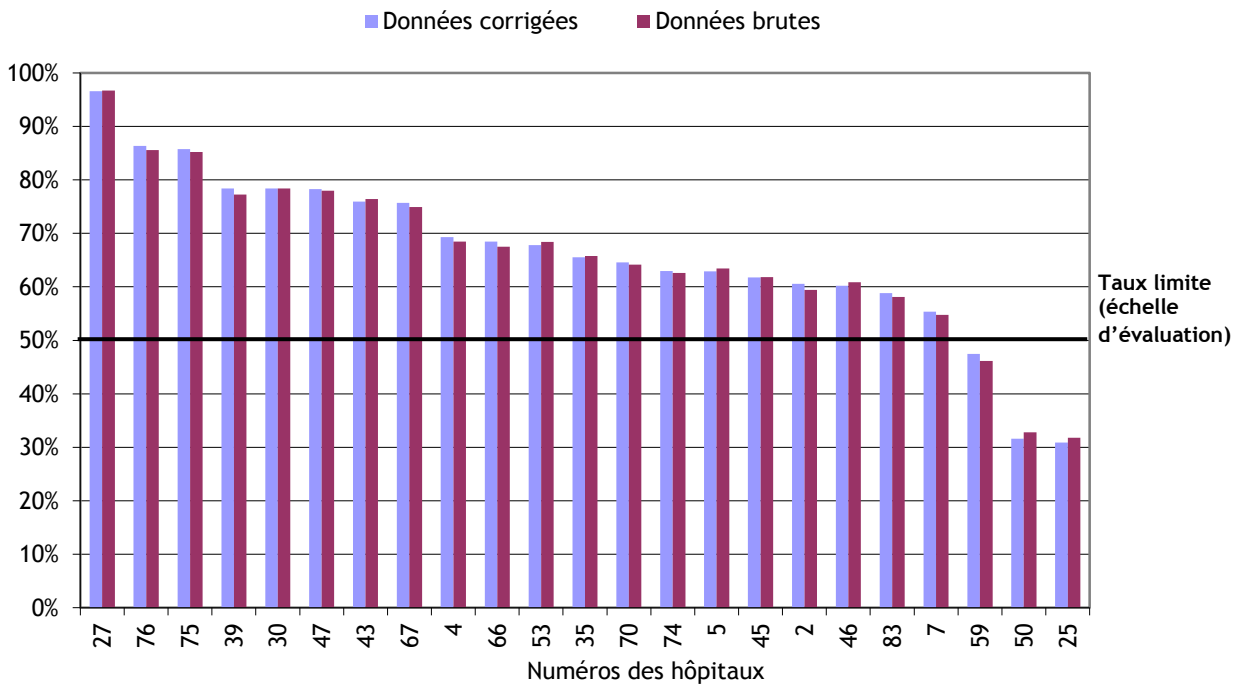


Figure 7 Allaitement exclusif*



* Valeurs en pourcentage brutes et corrigées selon nationalité, âge et parité de la mère, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, assurance et dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement (tabagisme, dépression, autre maladie psychique, mamelons plats/ombiliqués, atonie utérine / révision de la cavité utérine, hypothyroïdie, enfant en isolette à la station, indications concernant des dispositions médicales de la mère ou de l'enfant apportées à la main) pour le collectif du monitoring

Figure 8 Sevrage primaire*

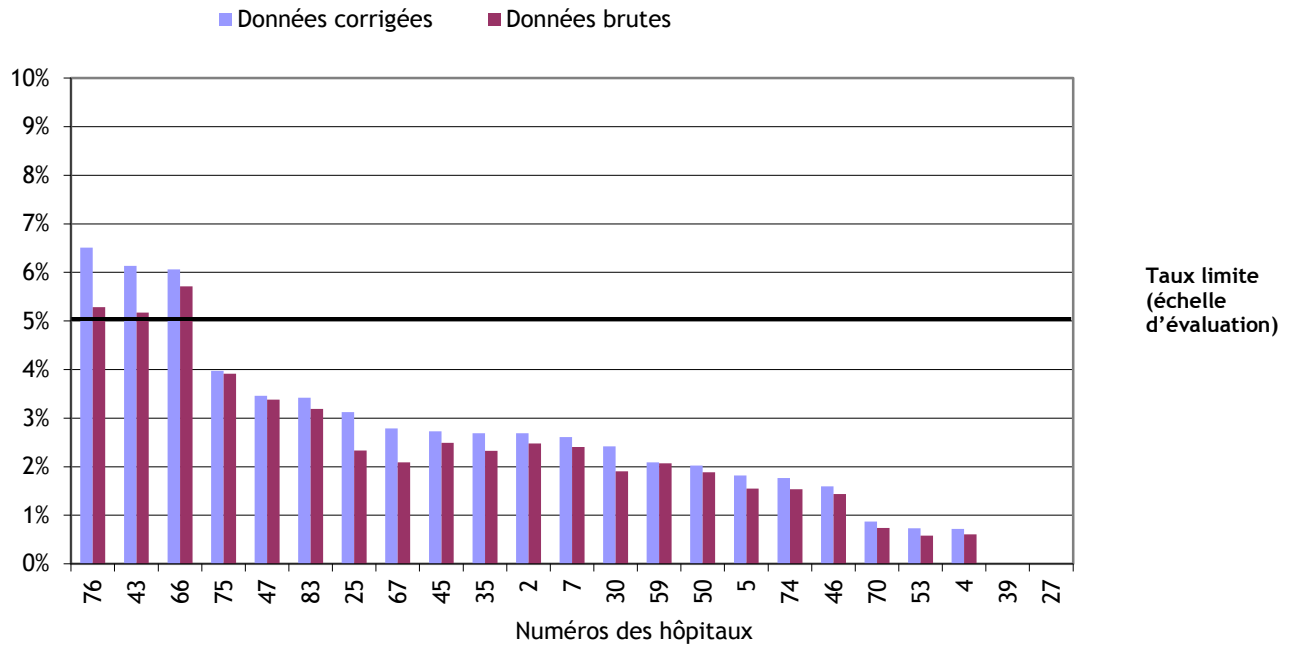
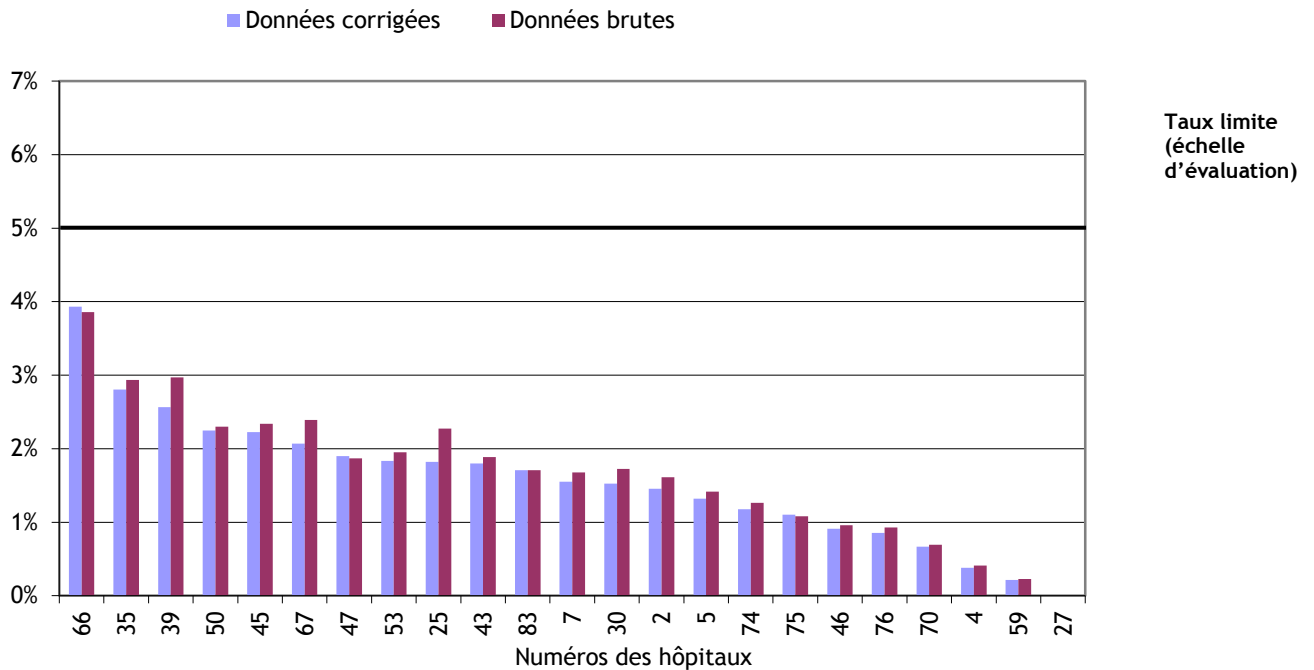


Figure 9 Sevrage secondaire*

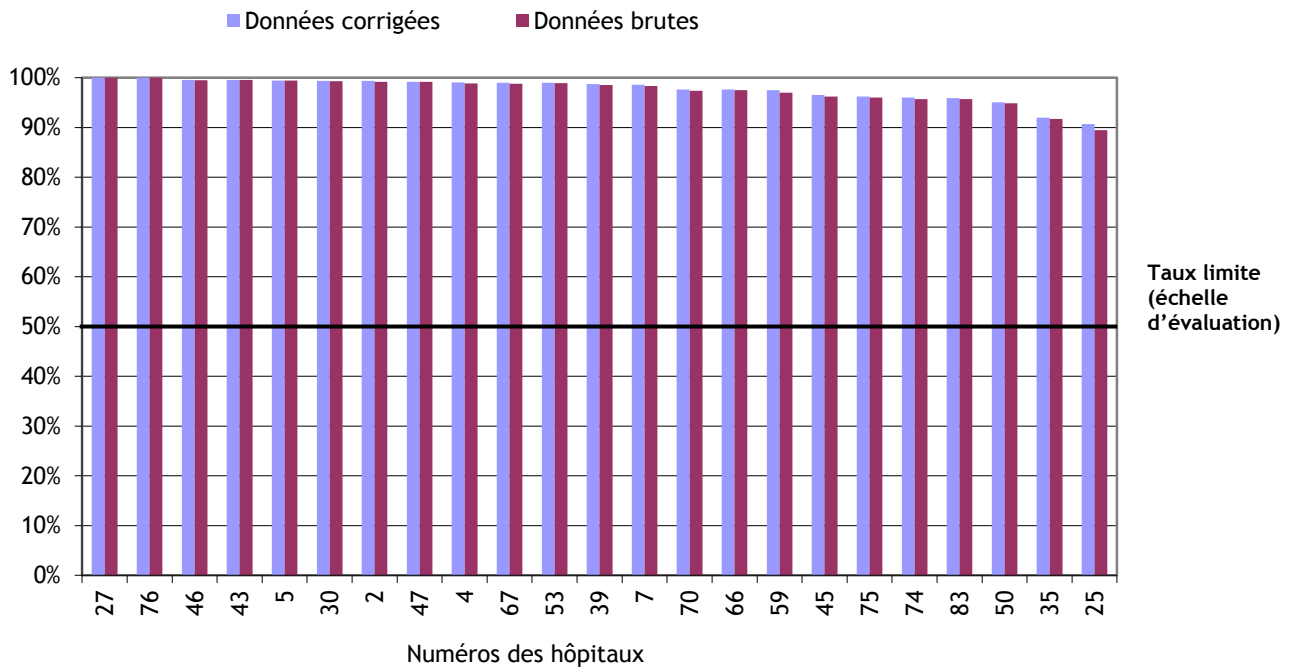


* Valeurs en pourcentage brutes et corrigées selon nationalité, âge et parité de la mère, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, assurance et dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement (tabagisme, dépression, autre maladie psychique, mamelons plats/ombiliqués, atonie utérine / révision de la cavité utérine, hypothyroïdisme, enfant en isolette à la station, indications concernant des dispositions médicales de la mère ou de l'enfant apportées à la main) pour le collectif du monitoring

4.1.3 Rooming-in

Toutes les cliniques ont atteint l'objectif concernant le rooming-in ininterrompu (une ou deux exceptions entre les tétées étant admises) de manière excellente.

Figure 10 Rooming-in ininterrompu (1 ou 2 exceptions admises)*



4.1.4 Biberons et sucettes

13 cliniques et la maison de naissance ont satisfait à l'objectif fixé, c'est-à-dire qu'au moins 80 % des nouveau-nés étaient nourris sans avoir recours à un biberon. La maison de naissance et quatre cliniques ont même enregistré des valeurs excellentes de 95 % et plus. Dans 9 cliniques, le taux limite concernant l'utilisation de biberons n'a pas été atteint (voir figure 11).

20 cliniques et la maison de naissance ont renoncé à utiliser des sucettes chez au moins 66 % des enfants, 11 d'entre elles et la maison de naissance ont même atteint un excellent résultat de plus de 80 %. Deux établissements sont restés en dessous du taux limite de 66% (voir figure 12).

* Valeurs en pourcentage brutes et corrigées selon nationalité, âge et parité de la mère, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, assurance et dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement (tabagisme, dépression, autre maladie psychique, mamelons plats/ombiliqués, atonie utérine / révision de la cavité utérine, hypothyroïdisme, enfant en isolette à la station, indications concernant des dispositions médicales de la mère ou de l'enfant apportées à la main) pour le collectif du monitoring

Figure 11 Pas de biberon*

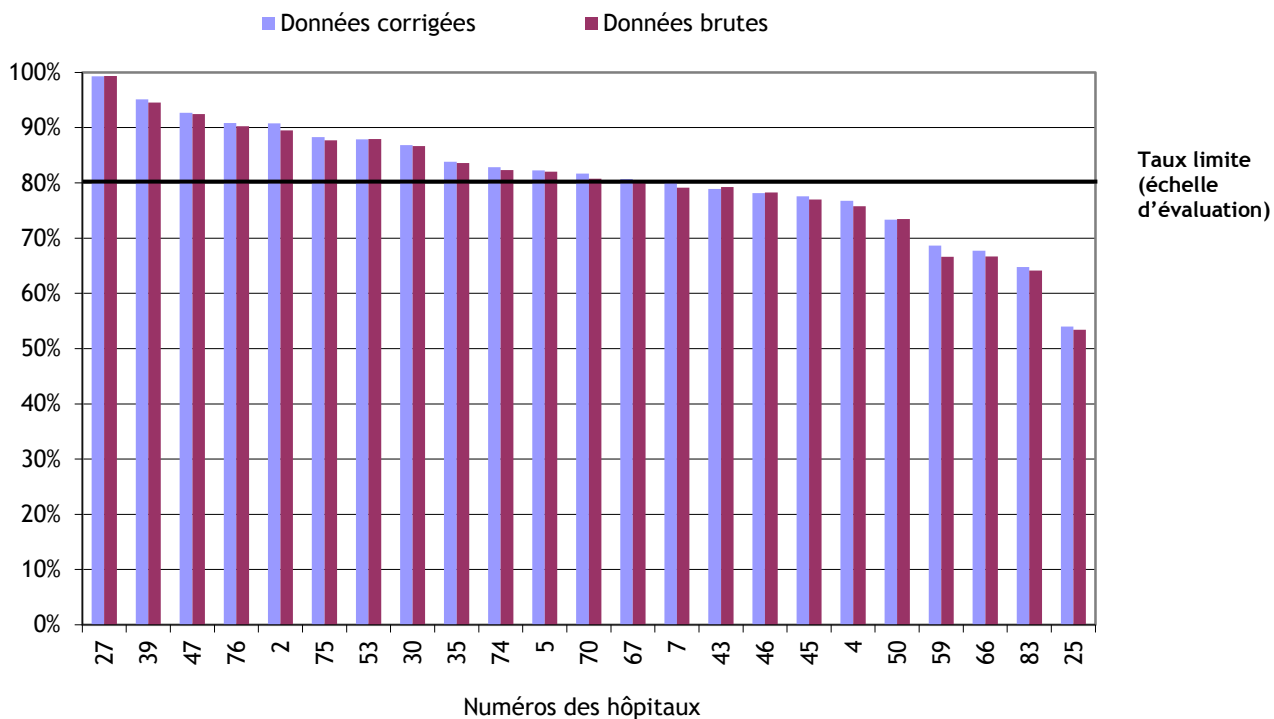
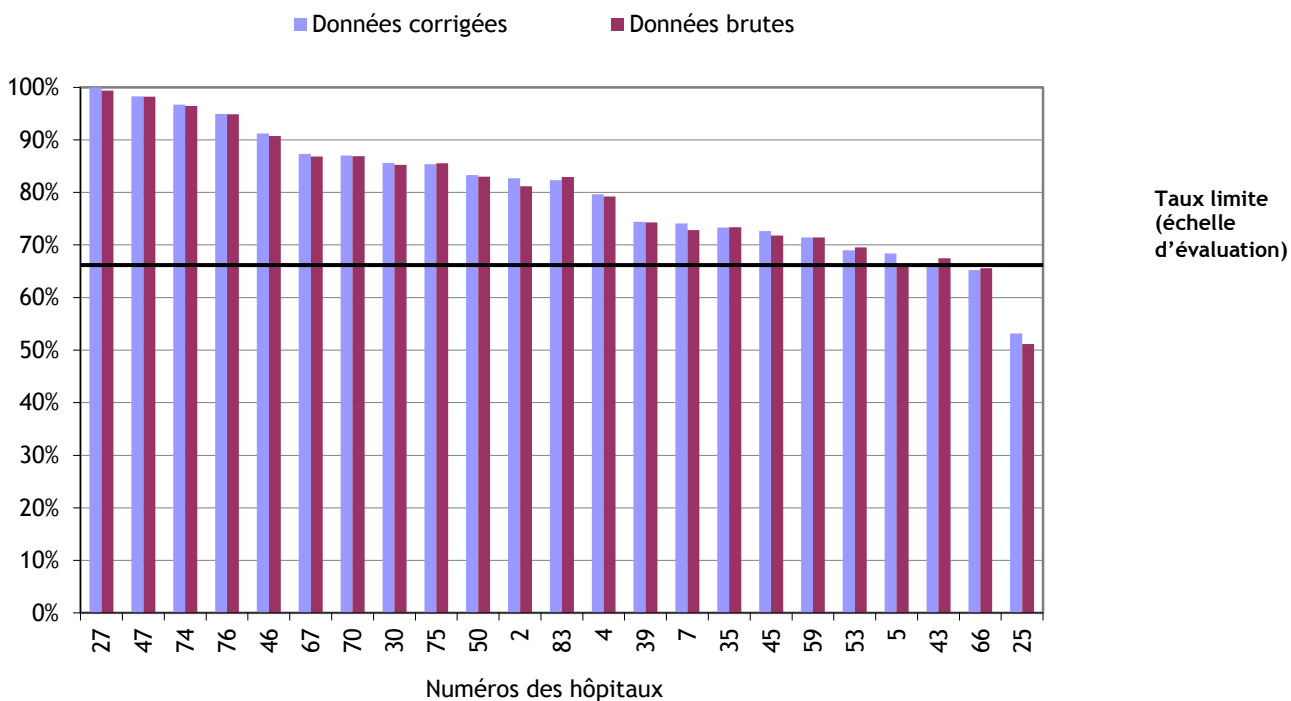


Figure 12 Pas de sucette*



* Valeurs en pourcentage brutes et corrigées selon nationalité, âge et parité de la mère, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, assurance et dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement (tabagisme, dépression, autre maladie psychique, mamelons plats/ombiliqués, atonie utérine / révision de la cavité utérine, hypothyroïdisme, enfant en isolette à la station, indications concernant des dispositions médicales de la mère ou de l'enfant apportées à la main) pour le collectif du monitoring

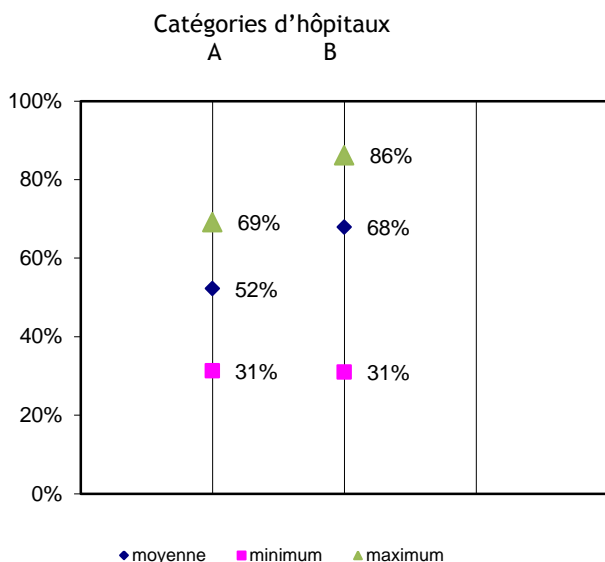
4.2 Différences entre les catégories d'hôpitaux

Ce chapitre traite des différences entre les catégories d'hôpitaux A et B (voir figures 13a-h). La comparaison est faite selon les moyennes calculées et les valeurs maximale et minimale de la catégorie correspondante, et ce après correction des facteurs inhérents à l'enfant et à la mère (collectif des enfants nés à terme et en bonne santé). La maison de naissance a été exclue de ces analyses.

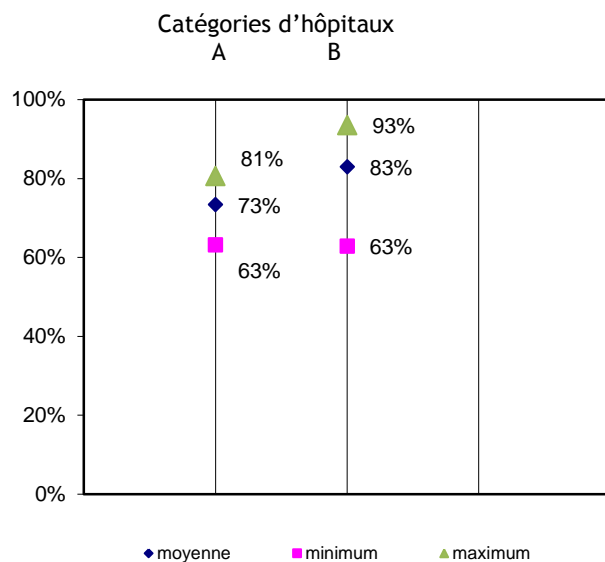
A l'instar des années précédentes, les plus grands écarts entre la valeur maximale et la valeur minimale concernent, dans toutes les catégories d'hôpitaux, l'allaitement exclusif et l'utilisation de moyens auxiliaires. Cela peut indiquer des conditions hétérogènes dans le domaine des soins parmi les différents établissements, et ce également s'ils appartiennent à la même catégorie. En ce qui concerne le sevrage primaire, la plus grande diversité s'observe encore une fois dans la catégorie B. Les hôpitaux de la catégorie B ont obtenu en moyenne de meilleurs résultats pour l'allaitement exclusif que ceux de la catégorie A. Les valeurs pour l'allaitement complet sont similaires à celles des années précédentes. Les objectifs fixés pour la pratique du contact peau à peau continu juste après l'accouchement ont été réalisés de manière exemplaire, encore mieux qu'en 2017. Peu de changements sont à noter en ce qui concerne le rooming-in ininterrompu ainsi que la première tentative de tétée dans le cadre du contact peau à peau au cours des deux premières heures de vie.

Figure 13 Comparaison entre les catégories d'hôpitaux ; enfants nés à terme et en bonne santé, valeurs corrigées* ; valeurs minimales, moyennes et maximales pour chaque catégorie d'hôpitaux

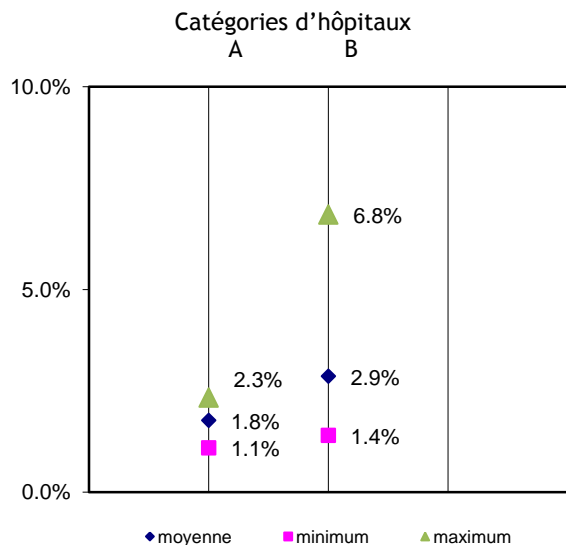
a) Allaitement exclusif : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



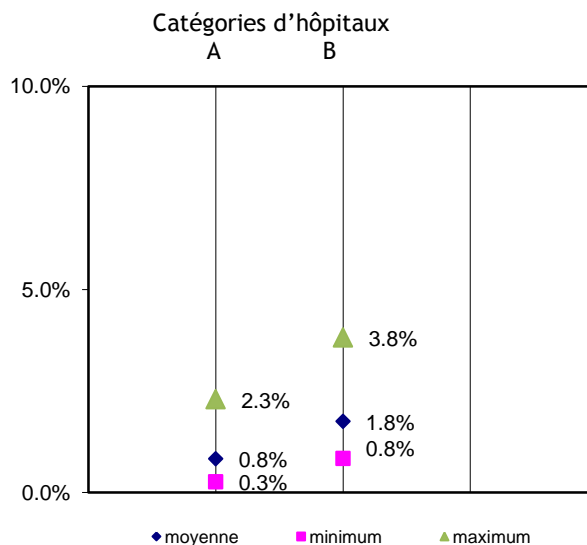
b) Allaitement complet : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



c) Sevrage primaire : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



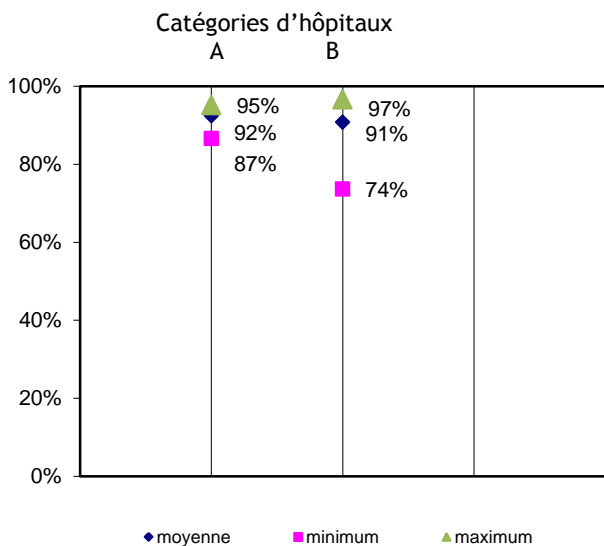
d) Sevrage secondaire : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



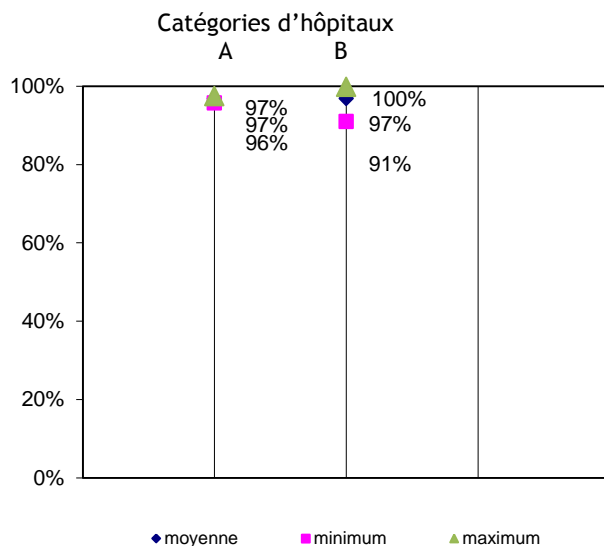
* Corrigées selon nationalité, âge et parité de la mère, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, assurance et dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement (tabagisme, dépression, autre maladie psychique, mamelons plats/ombiliqués, atonie utérine / révision de la cavité utérine, hypothyroïdie, enfant en isolette à la station, indications concernant des dispositions médicales de la mère ou de l'enfant apportées à la main)

Figure 13 (suite) Comparaison entre les catégories d'hôpitaux ; enfants nés à terme et en bonne santé, valeurs corrigées* ; valeurs minimales, moyennes et maximales pour chaque catégorie d'hôpitaux

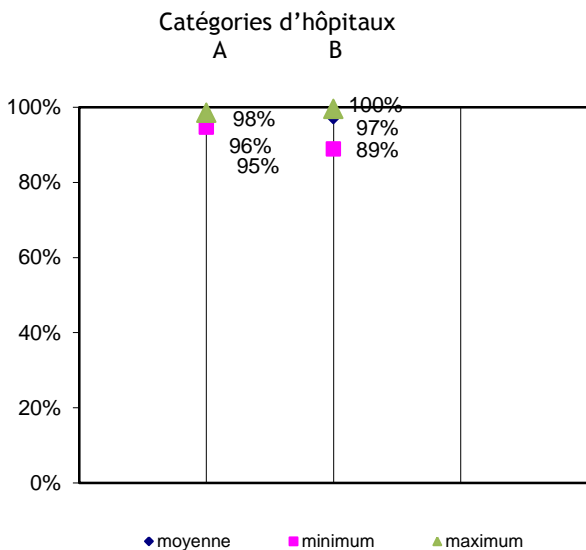
e) Première tentative de tétée dans le cadre du contact peau à peau, au cours des deux premières heures : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



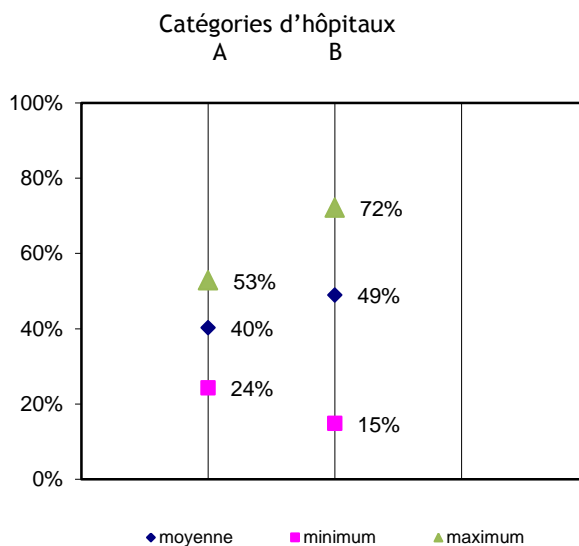
f) Contact peau à peau dès l'accouchement : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



g) Rooming-in ininterrompu : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



h) Aucun moyen auxiliaire artificiel : moyenne, maximum et minimum pour chaque catégorie



* Corrigées selon nationalité, âge et parité de la mère, poids à la naissance, type d'accouchement, naissances multiples, assurance et dispositions médicales qui pourraient entraver l'allaitement (tabagisme, dépression, autre maladie psychique, mamelons plats/ombiliqués, atonie utérine / révision de la cavité utérine, hypothyroïdie, enfant en isolette à la station, indications concernant des dispositions médicales de la mère ou de l'enfant apportées à la main)

5 Réalisation des objectifs et comparaison aux années précédentes

5.1 Réalisation des objectifs (collectif du monitoring)

Les cliniques ont obtenu d'excellents résultats dans les domaines de la première mise au sein (condition 4) et du rooming-in (condition 7). En ce qui concerne l'alimentation, les valeurs correspondent à celles enregistrées en 2017. Si les résultats étaient excellents pour l'allaitement et satisfaisantes pour l'allaitement exclusif, le taux limite n'a pas été atteint pour l'allaitement complet (79 %). A l'instar de l'année précédente, 46 % des enfants faisant partie du collectif du monitoring ont été allaités sans utiliser des moyens auxiliaires (condition 9). L'objectif de renoncer aux sucettes a été réalisé de manière excellente, tandis que les résultats concernant le renoncement aux biberons sont jugés non satisfaisants.

Tableau 16 *Respect des conditions, collectif du monitoring 2018 (n = 13'736)*

	Moyenne de toutes les cliniques (%)	Evaluation par UNICEF Suisse
Condition 4 : Première mise au sein		
* Contact peau à peau continu au cours de la première heure	97 %	90 % et plus : excellent moins de 80 % : pas rempli
* Première mise au sein au cours des deux premières heures	92 %	90 % et plus : excellent moins de 80 % : pas rempli
Condition 6 : Alimentation		
Pourcentage des nouveau-nés qui ont quitté la maternité en étant allaités	96 %	95 % et plus : excellent moins de 90 % : pas rempli
* Pourcentage des nouveau-nés qui ont quitté la maternité en étant complètement allaités (allaitement exclusif et prédominant)	79 %	90 % et plus : excellent moins de 80 % : pas rempli
* Pourcentage des nouveau-nés exclusivement nourris au sein	62 %	75 % et plus : excellent moins de 50 % : pas rempli
Condition 7 : Rooming-in		
* Pourcentage du rooming-in ininterrompu (enfant toujours auprès de la mère sauf une ou deux exceptions)	98 %	55 % et plus : excellent moins de 50 % : pas rempli
* Pourcentage des nouveau-nés qui ont été au moins une fois auprès de la mère pendant 24 heures	99 %	90 % et plus : excellent moins de 80 % : pas rempli
Condition 9 : Moyens auxiliaires		
* Pas de biberon	79 %	95 % et plus : excellent moins de 80 % : pas rempli
* Pas de sucette	80 %	80 % et plus : excellent moins de 66 % : pas rempli
Aucun moyen auxiliaire	46 %	Non évalué

* Conditions partielles qui sont utilisées pour calculer le score

Tableau 17 Nombre de conditions remplies par les hôpitaux qui ont participé, années 2000 à 2018*

Nombre de conditions remplies	Nombre d'hôpitaux pour chaque année																	
	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
4	5	12.5	7	16.3	11	20.8	22	34.4	27	42.2	28	44.4	25	41.0	33	55.9	28	48.3
3½	9	22.5	13	30.2	6	11.3	17	26.6	20	31.3	14	22.2	18	29.5	16	27.1	18	31.0
3	3	7.5	3	7.0	6	11.3	6	9.4	4	6.3	5	7.9	6	9.8	4	6.8	5	8.6
2 + 2x ½	11	27.5	9	20.5	6	11.3	4	6.3	2	3.1	6	9.5	5	8.2	2	3.4	7	12.1
2½	4	10.0	5	11.6	13	24.5	6	9.4	7	10.9	7	11.1	5	8.2	3	5.1	-	-
2	-	-	2	4.7	2	3.8	-	-	-	-	1	1.6	1	1.6	-	-	-	-
1 + 3x ½	3	7.5	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3.2	1	1.6	0	0	-	-
1 + 2x ½	3	7.5	3	7.5	4	7.5	4	6.3	2	3.1	0	0	0	0	1	1.7	-	-
1½	1	2.5	1	2.5	5	9.4	2	3.1	2	3.1	0	0	0	0	0	0	-	-
2x ½	1	2.5	-	-	-	-	3	4.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nombre d'hôpitaux	40	100	43	100	53	100	65	100	65	100	63	100	61	100	59	100	58	100

* Les valeurs enregistrées depuis 2008 doivent être relativisées à cause du fait qu'un plus grand nombre de mères ou d'enfants malades ont été exclus, ce qui a logiquement engendré une amélioration des résultats.

Tableau 17 (suite) Nombre de conditions remplies par les hôpitaux qui ont participé, années 2000 à 2018*

Nombre de conditions remplies	Nombre d'hôpitaux pour chaque année																			
	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
4	33	57.9	25	45.5	20	37.7	22	53.7	15	41.7	14	43.8	14	48.3	14	48.3	12	46.2	10	43.5
3½	13	22.8	17	30.9	19	35.9	14	34.1	13	36.1	8	25.0	7	24.1	6	20.7	4	15.4	6	26.1
3	3	5.3	4	7.3	5	9.4	5	12.2	6	16.7	9	28.1	7	24.1	7	24.1	5	19.2	4	17.4
2 + 2x ½	6	10.5	4	7.3	5	9.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2½	2	3.5	4	7.3	3	5.7	-	-	2	5.6	1	3.1	1	3.5	1	3.5	4	15.4	2	8.7
2	-	-	1	1.8	1	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.5	1	3.8	1	4.3
1 + 3x ½	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1 + 2x ½	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1½	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2x ½	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nombre d'hôpitaux	57	100	55	100	53	100	41	100	36	100	32	100	29	100	29	100	26	100	23	100

Depuis 2004, le nombre d'établissements certifiés a reculé de plus de la moitié (de 65 à 23). Un relancement du label a été entrepris en 2012, la responsabilité a été transférée de la Fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel à UNICEF Suisse (voir Introduction). Les hôpitaux qui continuent à adhérer à l'initiative respectent en règle générale mieux les conditions.

* Les valeurs enregistrées depuis 2008 doivent être relativisées à cause du fait qu'un plus grand nombre de mères ou d'enfants malades ont été exclus, ce qui a logiquement engendré une amélioration des résultats.

5.2 Comparaison des conditions 4, 6, 7 et 9 pour les années 2000 à 2018, enfants nés à terme et en bonne santé

De l'analyse des indicateurs examinés dans la présente étude et relatifs à la mise en œuvre des dix conditions de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé on peut déceler les tendances suivantes pour les années 2000 à 2018 (voir tableau 18 et figure 14) :

- **Condition 4** : Depuis 2012, la proportion d'enfants qui ont un contact peau à peau dès la naissance a continuellement augmenté pour atteindre en 2018 un niveau record de 83 %. La part d'enfants qui ont bénéficié d'un contact peau à peau dès la naissance et au cours de la première heure de vie se situe aux alentours de 95 % depuis 2006 ; en 2018, cette valeur a légèrement augmentée (97 %).
Selon la condition 4, la première tentative de tétée devrait avoir lieu durant ce premier contact peau à peau. La distinction entre la première et la deuxième heure de vie a été abandonnée en 2012. La valeur pour la première tentative de tétée dans le cadre du contact peau à peau au cours des deux premières heures de vie a toujours dépassé 90 %.
- **Condition 6** : Entre 2002 et 2009, la proportion d'enfants nés à terme et en bonne santé qui ont été exclusivement nourris au lait maternel était passée de 44.7 % à 60.5 %. Après un recul de 3 % entre 2009 et 2010, elle a de nouveau augmenté pour atteindre plus de 60 % depuis 2012 et même 63 % en 2015, la plus haute valeur jamais enregistrée (voir également figure 3). Depuis, elle se situait à 62 %. La valeur pour l'allaitement complet a baissé d'environ 15 % depuis l'introduction du monitoring (2000 : 87 %, 2018 : 72 %).
- **Condition 7** : Les résultats pour le rooming-in ininterrompu chez les enfants nés à terme et en bonne santé ont montré une tendance à la hausse entre 2002 (54.5 %) et 2011 (74.2 %). Avec 97 %, la proportion d'enfants qui ont passé tout le séjour à la maternité auprès de leur mère a atteint un niveau record en 2018. Presque tous les enfants (99 %) étaient auprès de leur mère au moins une fois 24 heures sinon toujours.
- **Condition 9** : En 2018, aucun moyen auxiliaire artificiel n'a été utilisé chez 46 % des enfants nés à terme et en bonne santé. Cette valeur n'a guère évolué au cours des dernières années.

Des améliorations marquées concernant la plupart des indicateurs précités ont été constatées surtout au cours des premières années du monitoring. Les résultats sont par la suite restés plutôt stables. Suite à la modification du questionnaire, introduite en 2008 et qui a visé à prendre systématiquement en compte la situation médicale de l'enfant et de la mère, le taux de l'allaitement exclusif s'est stabilisé à environ 60 %. Il a continuellement augmenté après le relancement du label en 2012 et se situe actuellement à 62 %. La proportion du sevrage primaire était toujours légèrement en dessous de 3 % depuis le début du monitoring.

L'usage de préparations pour nourrissons se reflète indirectement dans la proportion d'enfants complètement allaités. Une baisse plus marquée du taux de l'allaitement complet, respectivement une augmentation du taux de l'allaitement partiel, est à observer depuis 2012 (voir également figure 3).

Tableau 18 Comparaison des données pour les années 2000 à 2018 concernant l'alimentation des enfants nés à terme et en bonne santé ainsi que les conditions-cadre favorables à l'allaitement maternel*

	2000	%	2001	%	2002	%	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%
Condition 4 : Première mise au sein																		
Au cours de la première heure	11'748	69.6	13'833	73.2	16'254	74.6	20'756	75.1	23'100	76.6	23'293	75.6	23'611	75.8	23'328	76.1	22'156	77.3
Au cours de la deuxième heure	3'513	20.8	3'621	19.2	3'694	16.9	4'750	17.2	4'909	16.3	5'376	17.4	5'419	17.4	5'171	16.9	4'721	16.5
Au cours des deux premières heures	15'255	90.4	17'454	92.4	19'948	91.5	25'506	92.3	28'009	92.9	28'669	93.0	29'030	93.3	28'499	92.9	26'877	93.8
Contact peau à peau dès la naissance					15'574	71.4	20'162	72.9	21'927	72.7	22'343	72.5	22'609	72.6	22'199	72.4	21'123	73.7
Contact peau à peau au cours de la première heure					4'326	19.8	5'667	20.5	6'382	21.2	6'716	21.8	6'776	21.8	6'851	22.3	6'272	21.9
Contact peau à peau dès la naissance et au cours de la première heure					19'900	91.2	25'829	93.4	28'309	93.9	29'059	94.3	29'375	94.5	29'050	94.7	27'395	95.6
Condition 6 : Alimentation au post-partum																		
Allaitement exclusif	6'065	35.9	7'482	39.6	9'749	44.7	13'974	50.5	16'530	54.8	16'750	54.3	16'829	54.0	16'703	54.5	16'521	57.6
Allaitement prédominant	8'641	51.2	9'062	48.0	9'162	42.0	10'245	37.1	9'686	32.1	9'466	30.7	9'545	31.0	9'180	29.9	7'618	26.6
Allaitement complet	14'706	87.1	16'544	87.5	18'911	86.7	24'215	87.6	26'216	86.9	26'216	85.0	26'374	84.7	25'883	84.4	24'193	84.2
Sevrage primaire	487	2.9	476	2.5	562	2.6	725	2.6	759	2.5	742	2.4	739	2.4	733	2.4	732	2.6
Condition 7 : Rooming-in																		
Rooming-in ininterrompu	8'138	48.2	9'937	52.6	11'886	54.5	17'596	63.7	20'529	68.1	21'294	69.1	22'009	70.7	22'098	72.1	20'948	73.1
Au moins 1 x 24 h auprès de la mère	5'777	34.2	6'735	35.6	7'839	36.0	8'141	29.5	8'053	26.7	8'170	26.5	8'095	26.0	7'688	25.1	6'993	24.4
Ininterrompu + 1 x 24 h auprès de la mère	13'914	82.4	16'672	88.2	19'725	90.5	25'737	93.2	28'582	94.8	29'464	95.6	30'104	96.7	29'786	97.1	27'941	97.5
Condition 9 : Moyens auxiliaires																		
Sucette	2'343	13.9	2'835	15.0	3'387	15.5	3'943	14.3	3'594	11.9	3'770	12.2	3'928	12.6	3'626	11.8	3'364	12.7
Biberon	2'784	16.5	3'107	16.4	3'528	16.2	4'282	15.5	4'779	15.8	5'321	17.3	5'599	18.1	5'479	17.9	4'973	17.3
Aucun moyen auxiliaire	5'664	33.6	6'401	33.9	8'307	38.1	11'786	42.6	14'045	46.6	14'364	46.6	14'313	46.0	14'207	46.3	13'780	48.1
Nombre total de naissances	15'627		18'913		21'804		27'647		30'161		30'830		31'141		30'667		28'673	

* Les valeurs enregistrées depuis 2008 doivent être relativisées à cause du fait qu'un plus grand nombre de mères ou d'enfants malades ont été exclus, ce qui a logiquement engendré une amélioration des résultats. Toutes les valeurs en pourcentage se rapportent au nombre total de naissances, indiqué en bas du tableau, moins les manquantes pour chaque variable.

Tableau 18 (suite) Comparaison des données pour les années 2000 à 2018 concernant l'alimentation des enfants nés à terme et en bonne santé ainsi que les conditions-cadre favorables à l'allaitement maternel

	2009	%	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
Condition 4 : Première mise au sein																
Au cours de la première heure	21'041	76.6	22'107	75.9	21'262	75.5	supprimé		supprimé		supprimé		supprimé		supprimé	
Au cours de la deuxième heure	4'695	17.1	5'205	17.9	4'995	17.7	supprimé		supprimé		supprimé		supprimé		supprimé	
Au cours des deux premières heures	25'736	93.6	27'312	93.7	26'257	93.3	20'889	90.1	19'197	90.8	17'093	90.9	16'898	90.8	17'415	90.7
Contact peau à peau dès la naissance	20'783	75.6	21'968	75.4	22'343	72.5	17'573	75.7	16'228	76.8	14'668	78.0	14'818	79.6	15'357	80.0
Contact peau à peau au cours de la première heure	5'532	20.1	5'906	20.3	6'716	21.8	4'515	19.5	3'965	18.8	3'285	17.5	2'805	15.1	2'859	14.9
Contact peau à peau dès la naissance et au cours de la première heure	26'315	95.7	27874	95.6	29'059	94.3	22'069	95.1	20'193	95.5	17'953	95.5	17'923	94.7	18'216	94.9
Condition 6 : Alimentation au post-partum																
Allaitement exclusif	16'640	60.5	16'783	57.6	16'395	58.1	14'306	61.7	13'042	61.7	11'658	62.0	11'754	63.2	11'901	62.0
Allaitement prédominant	6'650	24.2	6'980	24.0	6'422	22.8	4'701	20.3	3'426	16.2	2'859	15.2	1'990	10.7	1'984	10.3
Allaitement complet	23'290	84.7	23'763	81.5	22'787	81.0	19'007	81.9	16'468	77.9	14'517	77.2	13'744	73.9	13'885	72.3
Sevrage primaire	690	2.5	727	2.5	771	2.7	638	2.8	580	2.7	551	2.9	526	2.8	527	2.8
Condition 7 : Rooming-in																
Rooming-in ininterrompu	20'101	73.1	21'529	73.9	20'895	74.2	21'537	92.8	19'877	94.0	17'835	94.9	17'800	95.6	18'414	95.9
Auprès de la mère sauf une ou deux exceptions							4'930	21.3	4'773	22.6	4'362	23.2	3'665	19.7	4'022	21.0
Au moins 1 x 24 h auprès de la mère	6'754	24.6	6'985	24.0	6'716	23.9	1'233	5.3	982	4.7	663	3.5	563	3.0	555	2.9
Ininterrompu + 1 x 24 h auprès de la mère	26'855	97.7	28'514	97.8	27'611	98.1	22'770	98.2	20'859	98.7	18'498	98.4	18'363	98.7	18'969	98.8
Condition 9 : Moyens auxiliaires																
Sucette	3'400	12.4	3'974	13.5	4'283	15.2	3'844	16.6	3'831	18.1	3'417	18.2	3'405	18.3	3'405	17.7
Biberon	4'405	16.0	5'153	17.7	5'182	18.4	4'379	18.9	4'365	20.7	3'786	20.1	3'862	20.8	4'115	21.4
Aucun moyen auxiliaire	13'801	50.2	13'790	47.3	13'307	47.3	11'151	48.1	9'862	46.7	8'844	47.0	8'844	48.0	8'992	46.8
Nombre total de naissances	27'484		29'145		28'158		23'198		20'141		18'805		18'613		19'198	

Tableau 18 (suite) Comparaison des données pour les années 2000 à 2018 concernant l'alimentation des enfants nés à terme et en bonne santé ainsi que les conditions-cadre favorables à l'allaitement maternel

	2017	%	2018	%
Condition 4 : Première mise au sein				
Au cours de la première heure	supprimé		supprimé	
Au cours de la deuxième heure	supprimé		supprimé	
Au cours des deux premières heures	15'256	90.1	12'985	91.3
Contact peau à peau dès la naissance	13'592	80.3	11'807	83.0
Contact peau à peau au cours de la première heure	2'415	14.3	1'961	13.8
Contact peau à peau dès la naissance et au cours de la première heure	16'007	94.5	13'768	96.8
Condition 6 : Alimentation au post-partum				
Allaitement exclusif	10'535	62.2	8'840	62.1
Allaitement prédominant	1'635	9.7	1'339	9.4
Allaitement complet	12'170	71.9	10'179	71.5
Sevrage primaire	494	2.9	388	2.7
Condition 7 : Rooming-in				
Rooming-in ininterrompu	16'311	96.3	13'795	97.4
Auprès de la mère sauf une ou deux exceptions	3'570	21.1	10'738	75.8
Au moins 1 x 24 h auprès de la mère	431	2.6	275	1.9
Ininterrompu + 1 x 24 h auprès de la mère	16'742	98.9	14'070	99.3
Condition 9 : Moyens auxiliaires				
Sucette	3'146	18.6	2'847	20.0
Biberon	3'723	22.0	2'985	21.0
Aucun moyen auxiliaire	7'905	46.7	6'597	46.4
Nombre total de naissances	16'932		14'229	

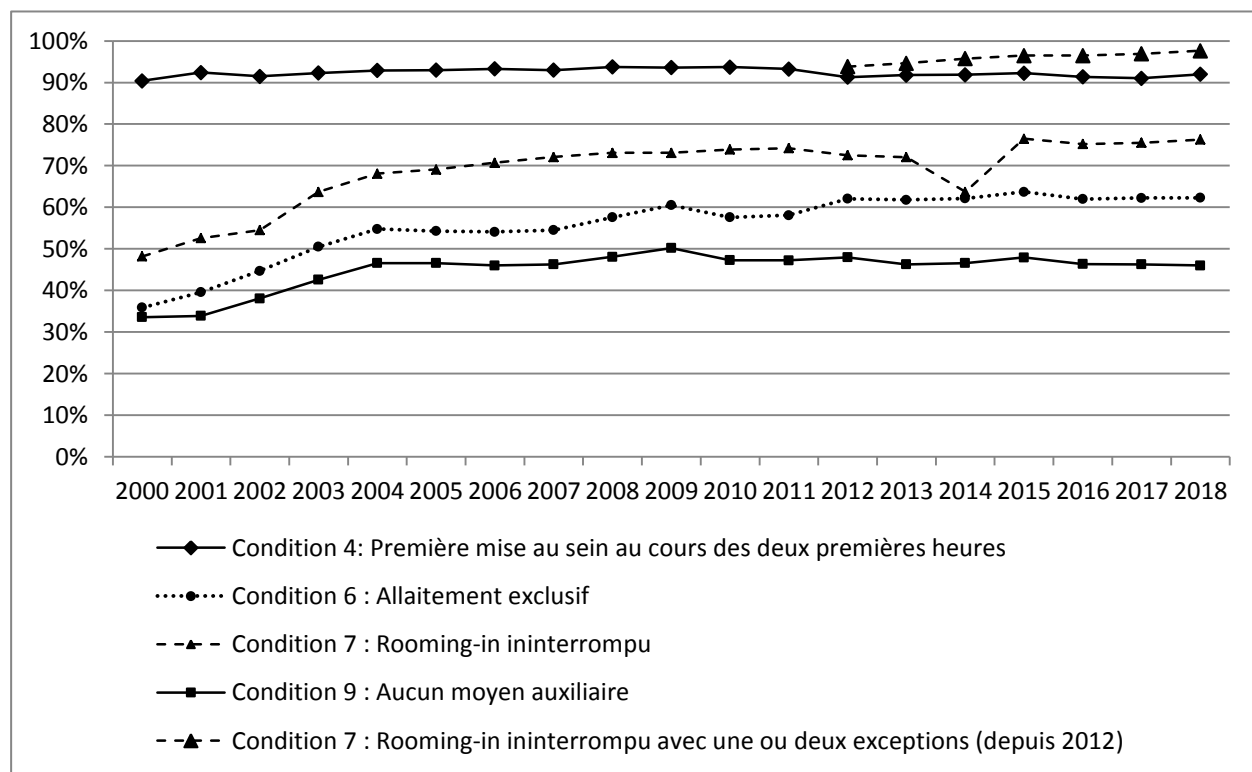
5.3 Comparaison des conditions 4, 6, 7 et 9 pour les années 2000 à 2018, collectif du monitoring

La proportion d'enfants qui entreprennent une première tentative de tétée dans les deux heures après la naissance se situe à un niveau élevé (plus de 90 %) depuis que les données sont recueillies. Elle a augmenté jusqu'en 2005, est restée à environ 93 % jusqu'en 2011 et a connu une légère baisse par la suite. L'évolution du rooming-in ininterrompu peut être considérée comme positive : une forte progression jusqu'en 2004 a été suivie par une augmentation lente mais constante. Suite à la modification des critères en 2012, le nombre d'hôpitaux qui remplissent cette condition a connu une nouvelle hausse. Si l'on se réfère à une interprétation stricte du rooming-in, c'est-à-dire sans exceptions, on peut constater que cette valeur, après un recul marqué en 2014, s'est stabilisée à environ 75 % (voir figure 14).

Le taux d'enfants nés à terme et en bonne santé qui ont été exclusivement nourris au lait maternel a nettement dépassé le seuil des 50 % en 2004 pour la première fois. Il a par la suite encore progressé et se situe actuellement à 62 %, donc à un niveau élevé.

La proportion d'enfants nés à terme et en bonne santé qui ont été nourris sans utilisation de moyens auxiliaires artificiels a légèrement diminué au cours des trois dernières années.

Figure 14 Evolution des critères les plus importants concernant les quatre conditions examinées*



* Les valeurs enregistrées depuis 2008 doivent être relativisées à cause du fait qu'un plus grand nombre de mères ou d'enfants malades ont été exclus, ce qui a logiquement engendré une amélioration des résultats. Depuis 2012, une ou deux exceptions sont admises en ce qui concerne le rooming-in ininterrompu.

6 Annexe



6.1 Scores obtenus par les hôpitaux

Score	Hôpital	Score	Hôpital	Score	Hôpital	Score	Hôpital	Score	Hôpital
4		3.5		3		2.5		2.0	
	2		5		4		59		25
	7		43		50		66		
	27		45		83				
	30		47		46				
	35		70						
	39		74						
	53								
	67								
	75								
	76								

Moyenne : 3.5

6.2 Statistique d'allaitement : échelle suisse d'évaluation 2018

Question 6 :



- Contact peau à peau au cours de la première heure  90 % et plus : excellent
moins de 80 % : pas rempli
- Première mise au sein au cours des deux premières heures  90 % et plus : excellent
moins de 80 % : pas rempli

Définition

Première mise au sein :
l'enfant est mis au sein et fait une première tentative de tétée.

Condition 7 : Rooming-in

Question 7 :




- Rooming-in ininterrompu:  55 % et plus : excellent
moins de 50 % : pas rempli
- Au moins 1 x 24 h auprès de la mère:  90 % et plus : excellent
moins de 80 % : pas rempli

Définition

Rooming-in ininterrompu :
l'enfant est toujours auprès de la mère sauf une ou deux exceptions.

Condition 6 : Alimentation

Question 8:

- Pourcentage des nouveau-nés qui ont quitté la maternité en étant allaités  95 % et plus : excellent
moins de 90 % : pas rempli
- Pourcentage des nouveau-nés qui ont quitté la maternité en étant complètement allaités (allaitement exclusif et prédominant):  90 % et plus : excellent
moins de 80 % : pas rempli
- Pourcentage des nouveau-nés exclusivement nourris au sein  75 % et plus : excellent
moins de 50 % : pas rempli

Définitions



Allaitement exclusif (exclusive breastfeeding) :
l'enfant n'a reçu que du lait maternel (selon l'OMS, seuls des sirops ou des gouttes contenant des vitamines ou des médicaments sont admis).

Allaitement prédominant (predominant breastfeeding) :
l'enfant a reçu du lait maternel et des suppléments hydriques (eau, MD, tisane) mais pas de préparations pour nourrissons.

Allaitement partiel (partial breastfeeding) :
préparations pour nourrissons en complément au lait maternel

Condition 9 : Moyens auxiliaires

Question 9:

- Pas de biberon:  95 % et plus : excellent
moins de 80 % : pas rempli
- Pas de sucette:  80 % et plus : excellent
moins de 66 % : pas rempli

6.3 Questionnaire 2018

Enregistrement No. 5

Année (entrer les quatre chiffres) No selon le registre des accouchements Code hôpital

Saisie des données refusée

Décès perinatal

Feuille de statistique

correction automatique inactif

1. Informations générales concernant la mère

Année de naissance entrer les quatre chiffres Parité Âge

Nationalité

Compréhension orale possible

oui

non ou avec difficulté

Assurance

de base

demi-privée / privée

Chambre

à un lit

à plusieurs lits

Sortie de la mère jour.mois.année

Suivi durant le post-partum immédiat après sortie de l'hôpital

par une sage-femme indépendante

par une autre spécialiste (infirmière, puéricultrice, consultante en lactation)

pas de suivi souhaité

le suivi n'a pas pu être organisé

parce que:

2. Santé de la mère

2a: Dispositions médicales de la mère qui pourraient entraver l'allaitement (plusieurs réponses possibles)

diabète (préexistant ou gestationnel)

dépendance (alcool, drogue)

tabagisme

épilepsie

dépression (préexistante ou post-partum)

autre maladie psychique

autre:

état après opération mammaire majeure

mamelons plats / ombiliqués

HELLP / Eclampsie

atonie utérine post-partum / révision de la cavité utérine

grosse opération post-partum / Hystérectomie

anémie (Hb < 9 g/l et / ou pertes de sang > 1 litre)

hypothyroïdie

2b: Si une ou plusieurs des dispositions ci-dessus sont présentes: effet sur l'allaitement

aucun effet

sevrage primaire

sevrage secondaire

poursuite de l'allaitement avec apports complémentaires:

préparations pour nourrissons

supplément hydrique (eau, MD)

Effacer les données saisies

2c. Contre-indication à l'allaitement chez la mère (plusieurs réponses possibles)

VIH

désir de la mère

médicaments contre-indiqués pendant l'allaitement

Questionnaire 2018 (suite)

3. Accouchement

3a. Type d'accouchement

- Par voie basse spontané forceps ventouse
Sectio Caesarea (césarienne) primaire secondaire césarienne d'urgence

3b. Analgésie / Anesthésie (en cas d'accouchement vaginal ou de césarienne)

- aucune péridurale (PDA) PCA rachis anesthésie générale
 autre

4. Informations générales concernant le nouveau-né

Date de naissance / / 0 jours
jour.mois.année Semaines de gestation / / 7 s.g.
semaines jours

Naissance multiple non oui: sur le nombre total /
(par ex. 1/2 = jumeau premier-né)

Sexe féminin masculin

Poids à la naissance g

Naissance ambulatoire non oui

Transfert non oui

(c'est-à-dire séjour de l'enfant hors du service ordinaire mère-enfant)

5. Santé de l'enfant

5a. Dispositions médicales de l'enfant nécessitant éventuellement le recours à une préparation pour nourrissons / un apport de supplément hydrique (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> foetopathie diabétique | <input type="checkbox"/> hypothermie |
| <input type="checkbox"/> syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né | <input type="checkbox"/> hyperbilirubinémie nécessitant une photothérapie |
| <input type="checkbox"/> asphyxie | <input type="checkbox"/> hypoglycémie |
| <input type="checkbox"/> acidose (ph < 7.15) | <input type="checkbox"/> perte de poids >10% |
| <input type="checkbox"/> septicémie | <input type="checkbox"/> trisomie 21 |
| <input type="checkbox"/> hémolyse | <input type="checkbox"/> fente labio-maxillo-palatine |
| | <input type="checkbox"/> isolette dans le service mère-enfant |

autre

5b: Si une ou plusieurs des dispositions ci-dessus sont présentes: effet sur l'allaitement

- aucun effet nécessaire de donner une préparation pour nourrissons nécessaire de donner un supplément hydrique

Effacer les données saisies

5c. Contre-indication de l'enfant à l'allaitement

- maladies métaboliques (galactosémie classique, maladie du sirop d'érable, phénylcétonurie)
 autre

Questionnaire 2018 (suite)

6. Début de l'allaitement maternel

6a. Contact peau à peau

- dès l'accouchement au cours de la première heure plus tard

Durée du contact continu peau à peau heures:minutes

6b. Première mise au sein

- dans le cadre du contact peau à peau, au cours des deux premières heures plus tard pas de mise au sein (sevrage primaire)

8. Alimentation

8a: Allaitement au sein

- lait maternel sevrage primaire

8b. Allaitement au sein exclusif, prédominant et partiel, sevrage secondaire

Les indications suivantes **concernent les duos mère-enfant qui ont commencé l'allaitement au sein**

[Effacer les données saisies](#)

- Allaitement exclusif durant tout le séjour hospitalier
- Allaitement prédominant: allaitement au sein avec supplément hydrique (sans préparations pour nourrissons) durant une certaine période lors du séjour à l'hôpital.

Quel est le supplément hydrique que le bébé a reçu? eau sans sucre MD

- Allaitement au sein partiel: lait maternel et préparations pour nourrissons durant une certaine période lors du séjour à l'hôpital.

Le bébé a-t-il reçu des préparations pour nourrissons au cours des dernières 24 heures avant la sortie? non oui

- Sevrage secondaire

Raison principale conduisant à donner à l'enfant un supplément hydrique ou des préparations pour nourrissons; raisons du sevrage secondaire

- sur prescription médicale, à cause de dispositions médicales concernant la mère, cf. question 2
- sur prescription médicale, à cause de dispositions médicales concernant l'enfant cf. question 5
- selon le désir de la mère
- autre

9. Moyens auxiliaires

(plusieurs réponses possibles)

- pas de moyens auxiliaires tétérelle
- cuillère, gobelet, cupule biberon
- tire-lait sucette (lolette)
- autre:

Remarques supplémentaires

7 Bibliographie

1. Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. Geneva 2017.
2. Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez 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.
3. Spaeth A, Zemp E, Merten S, Dratva J. Baby-Friendly Hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Matern Child Nutr.* 2017.
4. Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services - the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization, 2018.
5. Rollins, N. C., N. Bhandari, N. Hajeebhoy, S. Horton, C. K. Lutter, J. C. Martines, E. G. Piwoz, L. M. Richter and C. G. Victora (2016). "Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?" *Lancet* 387(10017): 491-504
6. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517
7. Victora, C. G., R. Bahl, A. J. Barros, G. V. Franca, S. Horton, J. Krasevec, S. Murch, M. J. Sankar, N. Walker, N. C. Rollins and G. Lancet Breastfeeding Series (2016). "Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect." *Lancet* 387(10017): 475-490.
8. Conzelmann-Auer C, Ackermann-Liebrich U. Frequency and duration of breast-feeding in Switzerland. *Soz Präventivmed* 1995;40:396-398
9. World Health Organisation and Wellstart International. Promoting Breast-feeding in Health Facilities- A Short Course for Administrators and Policy Makers. WHO, Geneva, Switzerland;1996
10. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Säuglingsernährung in den ersten neun Lebensmonaten - nationale Studie 2003. In: Eichholzer-Helblin M et al (Hrsg.). Fünfter Schweizer Ernährungsbericht. Bundesamt für Gesundheit. Bern, 2005. S. 109-124
11. Gross K, Späth A, Dratva J, Zemp Stutz E. SWIFS - Swiss Infant Feeding Study : eine nationale Studie zur Säuglingsernährung und Gesundheit im ersten Lebensjahr : Schlussbericht. (2014). Bericht verfügbar unter: www.swisstph.ch/swifs
12. Merten S, Ackermann-Liebrich U. Exclusive Breastfeeding Rates and Associated Factors in Swiss Baby-Friendly Hospitals. *J Hum Lact.* 2004;20:9-17
13. Forrester-Knauss C, Merten S, Weiss C, Ackermann-Liebrich U, Zemp Stutz E. Results of the Baby-Friendly Hospital Initiative in Switzerland: Trends over a nine-year period. *Journal of Human Lactation* 2013. doi:10.1177/0890334413483923
14. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do Baby-Friendly Hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005;116:702-708
15. Moore ER, Anderson GC, Bergman N: Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2

Les rapports sur le « Monitoring de la promotion de l'allaitement maternel dans les maternités certifiées » des années 1999 à 2017 ainsi que le rapport sur la phase pilote concernant l'évaluation du nouveau questionnaire en 2011 peuvent être obtenus auprès du Swiss TPH.