



	<p>RÉGION PIÉMONT ENTREPRISE HOSPITALIÈRE UNIVERSITAIRE « MAGGIORE della CARITA » Novare</p>	 <small>UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE</small>
<p><b>POLITIQUE DE L'ENTREPRISE POUR L'ALLAITEMENT MATERNEL</b></p>		

## INDICE

<b>1. RÉDACTION DU DOCUMENT .....</b>	<b>2</b>
<b>2. REVALIDATION / MISE À JOUR DE LA VERSION .....</b>	<b>2</b>
<b>3. AGRÉMENT, DURÉE DE VALIDITÉ ET DURÉE .....</b>	<b>2</b>
<b>4. ACRONYMES / GLOSSAIRE / ABRÉVIATIONS / DÉFINITIONS .....</b>	<b>3</b>
<b>5. MOTS CLÉS .....</b>	<b>3</b>
<b>6. RÈGLEMENTATION ET AUTRES DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE .....</b>	<b>3</b>
NORMES ET DOCUMENTS INTERNATIONAUX : .....	3
LOIS NATIONALES : .....	4
LOIS RÉGIONALES : .....	4
PROCÉDURES/INSTRUCTIONS D'UTILISATION ASSOCIÉES : .....	4
RECOMMANDATIONS ET LIGNES DIRECTRICES : .....	4
BIBLIOGRAPHIE : .....	4
<b>7. DISTRIBUTION / DIFFUSION DU DOCUMENT .....</b>	<b>4</b>
<b>8. CONTENU DE LA POLITIQUE .....</b>	<b>5</b>
PREMIÈRE .....	5
OBJET ET BUT .....	5
CHAMP D'APPLICATION ET RESPONSABILITÉ .....	5
ÉNONCÉ DE POSITION .....	6
GROUPE DE TRAVAIL D'ENTREPRISE .....	6
PRIORITÉ DU CHOIX NUTRITIONNEL .....	6
FORMATION DU PERSONNEL .....	7
PRATIQUES DE SOINS .....	7
SUIVI DES DONNÉES .....	8
INTÉRÊTS COMMERCIAUX .....	8
<b>9. ACCESSOIRES .....</b>	<b>9</b>

## 1. RÉDACTION DU DOCUMENT

### STRUCTURE PROPOSANTE

STRUCTURE	FONCTION	SIGNATURE
Gestion de la santé	Daniela Kozel - Directrice médicale	signé en original

### EXPURGÉ

NOM ET PRÉNOM	FONCTION	SIGNATURE	DATE
Angela Maccagnola	Contact politique Coordonnateur du groupe de travail corporatif du PAA	signé en original	

### VÉRIFIÉ

NOM ET PRÉNOM	FONCTION	SIGNATURE	DATE
Angela Maccagnola	Contact politique - Coordonnateur du groupe de travail corporatif du PAA	signé en original	
Béatrice Buratti	Sage-femme, membre du GT de l'entreprise PAA.	signé en original	
Raffaella Buscaglia	Anesthésiste membre du WG de la société PAA	signé en original	
Raffaella Cassone	Néonatalogue membre du GT corporate PAA	signé en original	
Federica Marzola	Infirmière membre du GT de l'entreprise PAA	signé en original	
Antonella Molon	Infirmière DiPSa membre du GT de l'entreprise PAA	signé en original	
Alice Monzani	Pédiatre, membre du GT corporatif du PAA	signé en original	
Ivana Rabbone	Pédiatre directeur du SCDU Pédiatrie Médicale	signé en original	
Valentino Remorgida	Gynécologue directeur du Service de Mère et Enfant et SCDU Obstétrique et Gynécologie - membre du GT d'entreprise PAA et	signé en original	
Modifier Shahi	Directeur Médical du DMPO - Membre du GT corporatif du PAA	signé en original	

## 2. REVALIDATION / MISE À JOUR DE LA VERSION

Numéro de version	MOTIVATION (révision ou revalidation)	SIGNATURE uniquement en cas de revalidation	DATE

## 3. AGRÉMENT, DURÉE DE VALIDITÉ ET DURÉE

La vérification de ce document avant approbation par la direction stratégique relève de la responsabilité du Groupe de Travail Corporatif sur l'Allaitement Maternel et du Comité Corporate Birth Path.

Une fois approuvée, la politique est diffusée à tout le personnel et publiée sur le site Internet de l'entreprise.

Afin de faciliter sa diffusion et sa sensibilisation auprès des utilisateurs, dans les six mois suivant son approbation, la Politique sera traduite dans les langues des nationalités les plus représentées dans les hospitalisations pour accouchement dans notre établissement.

Par ailleurs, une affiche et une brochure résumant le contenu de la politique seront élaborées pour être affichées à l'intérieur de l'AOU et distribuées aux femmes/couples et un code QR reliant la politique sera créé et affiché dans les différents espaces de la maternité et de l'enfant. zone.

La Politique est soumise à une révision triennale, sauf mise à jour préalable.

#### 4. ACRONYMES / GLOSSAIRE / ABRÉVIATIONS / DÉFINITIONS

Promotion de l'allaitement maternel	Stratégies visant à diffuser la culture de l'allaitement maternel à travers des processus d'information et de formation basés sur des preuves d'efficacité.
Protection de l'allaitement maternel	Stratégies visant à protéger l'allaitement maternel au sein du réseau social et des systèmes de santé (protection contre la commercialisation des entreprises produisant des substituts du lait maternel, protection de la mère allaitante dans le monde du travail, dans la famille et dans la société).
Soutien à l'allaitement	Soutien offert aux mères pour démarrer et maintenir l'allaitement, en les aidant à gérer les difficultés les plus courantes, grâce à l'application de bonnes pratiques et à l'offre d'une assistance qualifiée et compétente.
Alimentation adaptée	Nourrir le bébé non pas à des heures fixes mais en réponse à ses signaux de faim, sans durée d'alimentation standardisée et prédéfinie.
Politique d'allaitement de l'entreprise PAA .	
GdL-L-PAA	Groupe de travail PAA local (entreprise).
GdL-N-PAA	Groupe de travail national PAA.
de l'IAN	.
SIN	Société Italienne de Néonatalogie.
PEAU À PEAU	Contact peau à peau.
SUPC	Effondrement postnatal soudain et inattendu .
ML	Lait maternel
LMS	Lait maternel exprimé
LUD	Don de lait maternel
DiPSa	Direction des Professions de Santé
DMPO	Gestion Médicale des Installations Hospitalières.

#### 5. MOTS CLÉS

Des mots qui permettent de les rechercher en ligne.

MOT CLÉ 1	MOT CLÉ 2	MOT CLÉ 3	MOT CLÉ 4
Allaitement maternel	Politique	Maternel	Entreprise

#### 6. RÉGLEMENTATION ET AUTRES DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

##### Normes et documents internationaux :

- Directive 2006/141/CE de la Commission, du 22 décembre 2006, concernant les préparations pour nourrissons et les préparations de suite et abrogeant la directive 1999/21/CE (au Journal officiel de l'Union européenne n° L401/1 du 30.12.2006)
- Règlement délégué UE 2016/127 de la Commission, du 25 septembre 2015, complétant le règlement (UE) n° 2016/127 de la Commission. 609/2013 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne les exigences spécifiques en matière de composition et d'information pour les préparations pour nourrissons et les préparations

de suite et en ce qui concerne les exigences relatives aux informations sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE)

- Nutrition des nourrissons et des enfants jusqu'à trois ans : recommandations standards pour l'Union européenne - <https://www.datocms-assets.com/30196/1613401049-raccomandazioni-alimentazione-lattanti.pdf>
- Code de commercialisation des substituts du lait maternel - Mis à jour en 2021 - <https://www.ibfanitalia.org/cosa-e-il-codice/>

#### Lois nationales :

- Accord État-Régions du 20 décembre 2007, publié au Journal Officiel n° 2007. 32 du 7 février 2008 - « Lignes directrices nationales sur la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel ».
- Articles 9-10-12-13-14-15-16 Arrêté ministériel du 9 avril 2009, n. 82 « Règlement d'application de la Directive 2006/141/CE pour la partie concernant les préparations pour nourrissons et préparations de suite destinées à la Communauté européenne et à l'exportation vers des pays tiers ». - Ministère du Travail, de la Santé et des Politiques sociales - <https://www.gazzetta.ufficio.it/gunewsletter/dettaglio.jsp?service=1&dataqu=2009-07-07&task=dettaglio&numqu=155&redaz=0 0 9G0093&tmstp=1247123707897>

#### Lois régionales :

- DGR n. N° 34-8769 du 12/05/2008 Plan régional socio-sanitaire 2007-2010. Espace mère-enfant : définition des objectifs et indicateurs du « Parcours de naissance ».

#### Procédures/Instructions d'utilisation associées :

- Aucun

#### Recommandations et lignes directrices :

- Ensemble pour l'allaitement - Unicef 2022 - Guide d'application des Étapes pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement dans les maisons de naissance - <https://www.datocms-assets.com/30196/1654092830-guid-a-bfje.pdf>
- Ligne directrice Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les établissements fournissant des services de maternité et de nouveau-né – 2017 - <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>
- Ministère de la Santé - Recommandation n. 16 pour la prévention des décès ou des incapacités permanentes chez les nouveau-nés en bonne santé pesant > 2 500 grammes non liés à une maladie congénitale – avril 2014
- Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les établissements fournissant des services de maternité et de nouveau-né – OMS 2007.
- Stratégie mondiale pour la nutrition du nourrisson et du jeune enfant – OMS/Unicef – 2005 - <https://www.unicef.it/publicazioni/strategia-globale-per-l'alimentazione-dei-neonati-e-dei-bambini/>
- Déclaration des Innocents – 1990-2015 - <https://www.epicentro.iss.it/attiva/pdf/innocenti.pdf>

#### Bibliographie:

- Série des revues Lancet Breastfeeding Publiée : 29 janvier 2016 - <https://www.thelancet.com/series/nursing>
- Dévoilement des tactiques prédatrices de l'industrie du lait maternisé - Pour la série The Lancet Breastfeeding 2023, voir <https://www.thelancet.com/series/allaitement-2023> - [https://www.thelancet.com/journal/series/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00118-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journal/series/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00118-6/fulltext)

## 7. DISTRIBUTION / DIFFUSION DU DOCUMENT

SUJETS	DESTINATAIRES	ACTION	MODE
Société QM	- Directeurs - Interlocuteurs de qualité - RMA - CAS - Personnel de coordination (Infirmier/Technicien) de toutes les structures complexes - Directeur DIPSA	Classement des dossiers (mise à disposition et régulation) dans « Documents QMS » dans le dossier réseau SS RCQ Publication sur l'Intranet de l'entreprise dans le dossier réseau Company Standards	Dossier « Documents QMS » Liste de diffusion de la gestion DMPO  Archives documentaires du Secrétariat SS RCQ  Dossier réseau « Normes de l'entreprise »

			Courriel de notification de publication aux directeurs/RQ/RMA/CAS (infirmiers et techniques)
Directeur / Responsable de la structure proposante	Envoi « Capillaire » au SSCC via URE avec éventuelles indications particulières	Stockage des fichiers dans l'archive réseau de la Structure Dépôt du document papier original signé dans les archives de la structure	Mail/communication de diffusion « capillaire »

## 8. CONTENU DE LA POLITIQUE

### PRÉMISSSE

L'allaitement maternel représente un élément essentiel du droit de chaque enfant à jouir de la meilleure santé possible, dans le respect du droit de chaque mère de prendre une *décision éclairée* sur la manière de nourrir ses enfants, basée sur des informations complètes, étayées par des preuves d'efficacité et libres de tout intérêt commercial.

Toute mère a également le droit de recevoir *le soutien nécessaire* pour mener à bien sa décision.

Les soins que reçoivent la mère et le nouveau-né dans les premiers jours après l'accouchement sont destinés à influencer le progrès de l'allaitement, leur santé et leur vie.

L'assistance à la dyade mère-enfant doit être soutenue par des procédures organisationnelles visant à soutenir l'allaitement maternel et l'alimentation du nourrisson et doit être offerte par des professionnels ayant développé des connaissances et des compétences adéquates pour promouvoir et soutenir les pratiques favorisant l'allaitement maternel. Il est essentiel de placer la famille au centre, en identifiant le type de soutien nécessaire pour soutenir les choix des parents en matière de nutrition et de soins de leurs enfants.

Ce document s'applique dans le cadre des activités d'assistance clinique et d'organisation du Chemin de Naissance au sein de l'AOU Maggiore della Carità de Novara, en concentrant l'attention sur la qualité de l'assistance offerte aux femmes et aux enfants en matière d'allaitement.

### OBJET ET BUT

La politique d'entreprise pour l'allaitement maternel représente le document avec lequel l'AOU Maggiore della Carità di Novara définit sous forme écrite, partagée et publique la position prise à l'égard de l'allaitement maternel, déclarant la valeur que l'AOU reconnaît dans l'allaitement maternel et les engagements pris en conséquence à tous les niveaux. de son organisation.

### CHAMP D'APPLICATION et RESPONSABILITÉ

La politique est mise en œuvre par toutes les entreprises SC/SS impliquées dans la planification, l'organisation et la gestion des services d'assistance aux femmes enceintes et allaitantes et par toutes les structures qui assistent la femme enceinte ou la dyade mère-enfant pendant l'allaitement.

Il s'adresse donc à :

- Orientation stratégique
- DMPO
- DiPSa
- Directeurs de département
- Les directeurs d'établissements, les gestionnaires, les représentants des soins, les coordinateurs et le personnel du secteur maternel et infantile et de tous les autres établissements et services de l'AOU lorsqu'ils assistent les femmes qui allaitent.

Tout le personnel de santé, dans le cadre de ses compétences en fonction du poste, du rôle et de la qualification occupée, a le devoir et la responsabilité de protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel et doit agir avec des objectifs de santé communs, en transmettant des messages uniques aux utilisateurs.

Ceux qui travaillent dans le domaine de la gestion organisationnelle sont responsables de l'affectation, de la gestion et de l'organisation des ressources et des processus de soins et de soins, de manière à faciliter et soutenir le personnel de santé dans la mise en œuvre de pratiques hospitalières favorisant l'allaitement maternel.

Les agents de santé, notamment ceux du service Mère-Enfant, mettent en œuvre et en même temps vérifient que les procédures et protocoles définis sont appliqués. Ils vérifient également que les éventuels changements organisationnels ne pénalisent pas l'allaitement.

## ÉNONCÉ DE POSITION

L'AOU Maggiore della Carità reconnaît que :

- Le lait maternel est la *référence* en matière de nutrition des bébés.
- L'allaitement a *des effets positifs sur la santé* de l'enfant et de la mère, à court et à long terme.
- L'allaitement maternel a *des répercussions positives sur la famille et sur la santé collective* : en créant des individus en meilleure santé, il génère une société plus saine, réduisant les dépenses de santé, avec des effets positifs également sur les générations futures. C'est pour cette raison que la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel représentent l'une des *interventions de santé publique les plus pertinentes en termes d'efficacité et de rapport coût/bénéfice*.
- L'allaitement a *des effets positifs sur l'environnement*.
- L'allaitement maternel *favorise le développement social des individus et réduit les inégalités*.
- Les interventions pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel reposent sur la conscience de l'équilibre complexe qui régule le processus de naissance dans toutes ses phases, du prénatal au périnatal et postnatal, donc la compétence du personnel, la planification et l'organisation de l'assistance et des services sont des points fondamentaux pour l'efficacité des interventions susmentionnées.

## GRUPE DE TRAVAIL D'ENTREPRISE

Le Groupe de Travail d'Entreprise sur l'allaitement maternel, créé par résolution spécifique du directeur général, est un groupe multidisciplinaire composé de personnalités professionnelles qui opèrent tant dans le secteur maternel-infantile (pédiatre-néonatalogue-gynécologue-obstétricien-infirmière-anesthésiste) que dans le domaine organisationnel-managérial (médecin, infirmière et sage-femme de gestion).

Le groupe de travail d'entreprise sur l'allaitement maternel fonctionne en collaboration et en synergie avec le comité du chemin de naissance de l'entreprise, mettant en œuvre et surveillant les interventions de promotion, de protection et de soutien de l'allaitement menées au sein de l'AOU.

En particulier:

- met en œuvre le PAA dans l'Entreprise et l'intègre éventuellement ;
- définit et met en œuvre localement des pratiques postnatales qui facilitent l'initiation à l'allaitement maternel ;
- assure la vérification des procédures/protocoles cliniques sur le contact peau à peau entre la mère et le nouveau-né, la cohabitation, l'alimentation adaptée, l'assistance à l'alimentation, la gestion de la perte de poids néonatale et la prévention de la déshydratation du nouveau-né, la prévention de l'hypoglycémie, la gestion de l'allaitement maternel pendant l'ictère néonatal/photothérapie, prévention et gestion de la douleur pendant l'alimentation, prévention et gestion de l'engorgement et de la mammite ;
- active la surveillance des taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital ;
- supervise l'avancement du projet PAA local ;
- collabore avec le groupe de travail national du PAA ;
- vérifie que les interventions sociales concernant l'allaitement maternel au sein de l'AOU ne sont pas influencées par des intérêts commerciaux.

## PRIORITÉ DU CHOIX NUTRITIONNEL

La priorité dans le choix nutritionnel de l'enfant tant à la naissance qu'en cas d'éventuelles admissions ultérieures à l'AOU respecte l'ordre suivant :

1. lait maternel extrait du sein;
2. lait maternel exprimé;
3. lait maternel mis en réserve, avec utilisation prioritaire pour les enfants de l'USIN ;
4. formule.

<sup>1</sup>Résolution 575 du 18/07/2023 « Création du groupe de travail local pour la promotion et le soutien de l'allaitement maternel ».

Dans tous les contextes de soins (de la salle d'accouchement à la sortie après la naissance, dans les services de pathologie néonatale, USIN, ou en cas d'hospitalisation de l'enfant en Pédiatrie ou USIN après la naissance, voire d'hospitalisation de la mère pour pathologies maternelles, même en structures autres que l'obstétrique), quel que soit l'âge de l'enfant allaité, l'organisation et les professionnels s'engagent à trouver des solutions qui respectent et protègent la priorité du choix nutritionnel, en s'engageant à lever toutes les barrières présent.

L'utilisation du lait maternisé n'a lieu qu'après avoir évalué toutes les solutions possibles ou en cas de choix de la mère de ne pas allaiter, à condition qu'elle soit suffisamment informée.

Au sein de l'AOU, les indications du Ministère de la Santé sont respectées, qui, comme mesure de santé publique, recommande que les enfants soient *allaités exclusivement<sup>2</sup> jusqu'à l'âge de six mois et que l'allaitement se poursuive ensuite, avec des aliments complémentaires adéquats jusqu'à ce que la mère et l'enfant le souhaitent.*, même jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà.

Par ailleurs, au sein de l'AOU, toutes les actions et interventions visant à favoriser le début de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance sont mises en œuvre.

L'AOU respecte le choix d'une femme de ne pas allaiter, à condition qu'elle ait été correctement informée et qu'elle reçoive l'assistance appropriée dont elle et son nouveau-né ont besoin lors de l'utilisation de substituts du lait maternel.

## FORMATION DU PERSONNEL

L'AOU garantit une formation spécifique structurée et accréditée sur l'allaitement maternel aux médecins, infirmiers, obstétriciens, OSS, diététiciens, kinésithérapeutes ou autres personnalités professionnelles qui, dans le cadre de leur service, entrent en contact avec des femmes enceintes et/ou nouvelles. les mères.

La durée, les programmes et les contenus des cours seront définis en fonction du poste occupé et du rôle exercé.

## PRATIQUES D'AIDE

Au sein de l'AOU, nous nous engageons à mettre en œuvre les pratiques suivantes :

1. **les informations prénatales sur l'allaitement** soient transmises aux femmes présentes à la maison de naissance lors des réunions d'accompagnement à la naissance, en vérifiant et/ou remodelant le programme IAN et en appliquant la check-list prénatale (Annexe 1 - Check-list prénatale<sup>1</sup>) sur les thèmes abordés concernant l'allaitement.

Les informations transmises lors de l'IAN doivent être cohérentes avec les pratiques de soins et les modalités d'accompagnement à l'allaitement effectivement dispensées et fondées sur des preuves scientifiques.

2. Mettre en œuvre et garantir des soins adaptés aux mères basés sur les recommandations de l'OMS pour une expérience de naissance positive car ils représentent **des soins intrapartum capables de promouvoir l'allaitement maternel** (Annexe 2 - Soins intrapartum qui favorisent l'allaitement maternel).
3. Mettre en œuvre et/ou accroître les pratiques postnatales qui, sur la base des preuves scientifiques actuelles, sont capables de promouvoir l'allaitement maternel :

- a. Placer les nouveau-nés en **contact peau à peau continu avec la mère immédiatement après la naissance pendant au moins deux heures**. après l'accouchement vaginal et aider la mère à commencer la première tétée de manière précoce et appropriée, en garantissant des critères de sécurité en référence à la prise de position du SIN national sur la prévention et la prise en charge du SUPC ou de l'effondrement postnatal.

- b. **Placer le nouveau-né dans la même chambre que la mère ( rooming-in ), afin qu'ils passent 24 heures sur 24 ensemble pendant leur séjour à l'hôpital (« zéro séparation »)**, afin de favoriser une alimentation adaptée du nouveau-né. Les mères doivent être soutenues pour reconnaître les états comportementaux de l'enfant et **répondre à ses signaux de faim**. Encourager le libre accès au sein de la mère réduit le besoin d'ajouter du lait maternisé et/ou d'utiliser une tétine et/ou des tétines qui, surtout au cours du premier mois, interfèrent avec l'allaitement en réduisant la production de lait.

Les pratiques de cohabitation et d'alimentation réactive s'inspirent de comportements naturels, qui sont à la base de la relation entre la mère/famille et le nouveau-né, mais, pour être mises en œuvre, elles nécessitent encore du temps, une attitude positive et adéquate de la part du connaissances et compétences du personnel de santé pour soutenir les mères. Les agents de santé doivent garantir un soutien compétent, proactif et empathique, également en ce qui concerne les différentes conditions qui peuvent survenir et affecter la dyade dans les premiers jours après l'accouchement, comme le baby

<sup>2</sup> L'allaitement exclusif signifie la consommation uniquement de lait maternel et/ou de lait maternel exprimé (même si le bébé prend du dextrogel, des gouttes, des vitamines, des minéraux).

blues et l'anxiété, les difficultés à prendre le sein et les douleurs pendant l'allaitement. , les pleurs du bébé, des informations correctes sur le comportement normal du nouveau-né, sur la jaunisse, sur la perte de poids doivent également être fournies .

Afin d'améliorer la qualité de l'information et de réduire le risque d'information partielle, il est décidé d'utiliser la liste de contrôle postnatal (Annexe 3 - Liste de contrôle postnatal). La formation et les protocoles cliniques sont des outils clés pour réduire le risque de transmission d'informations incohérentes.

4. Garantir le **droit des mères à être accompagnées** dans la réalisation de leur désir d'allaiter, en les aidant à démarrer et à maintenir l'allaitement et en les aidant à gérer les difficultés les plus courantes dans le respect des différentes cultures, en s'engageant à combler tous les types d'inégalités.
5. Informer **à la sortie** en informant les mères et les familles sur les services disponibles sur le territoire (installations, personnes de contact, plages horaires, numéros de téléphone) relatifs à l'allaitement et au soutien à la parentalité . Des informations sur les ressources bénévoles présentes sur le territoire et sur le site Internet de la Ligue La Leche sont également transmises.
6. **Ne prescrivez pas de lait maternisé** à la sortie aux nouveau-nés dont les mères allaitent exclusivement avec des mères capables de gérer l'allaitement.

Ces pratiques sont mises en œuvre à travers des protocoles d'entreprise et/ou des procédures/instructions opérationnelles qui doivent être soumis, avant leur approbation et publication, à la vérification du Groupe de Travail Allaitement Maternel et du Comité Parcours de Naissance de l'entreprise.

Toute modification éventuelle des protocoles et/ou procédures ou aspects organisationnels, susceptibles d'interférer avec l'allaitement, doit être discutée et convenue au préalable entre la Direction de l'Entreprise, la Direction du Service Maternelle et Infantile, le Groupe de Travail Local Allaitement Maternel et le Comité Parcours de Naissance de l'Entreprise.

## SURVEILLANCE DES DONNÉES

L'AOU s'engage à suivre les taux d'allaitement à la sortie en utilisant les catégories OMS représentées dans le tableau suivant, afin de garantir la comparaison des données de l'entreprise avec les standards de référence.

Le reporting des catégories alimentaires est transmis trimestriellement au groupe de travail local et à la direction afin qu'ils puissent être discutés, définissant d'éventuelles actions d'amélioration/correctives.

Catégorie alimentaire	Nourrir le nouveau-né
Allaitement exclusif	Lait maternel (LM) et/ou lait maternel exprimé (LMS). (Même si l'enfant prend du dextrogel, des gouttes, des vitamines, des minéraux)
Allaitement humain exclusif	SCI et/ou SCI + lait maternel de donneuse (LUD) ou LUD uniquement
Allaitement maternel prédominant	LM et/ou LMS et/ou LUD + eau ou solution de glucose (SG)
Alimentation complémentaire	LM et/ou LMS et/ou LUD + lait maternisé
Ne pas allaiter	Formule lactée uniquement

## INTÉRÊTS COMMERCIAUX

L'AOU s'engage à contenir des interventions/actions qui impliquent des intérêts de nature purement commerciale et qui peuvent interférer avec l'allaitement maternel.

Il s'engage notamment à :

- Évitez de distribuer aux mères des échantillons gratuits de préparations pour nourrissons et/ou d'autres produits couverts par le Code de commercialisation des substituts du lait maternel <sup>3</sup>.
- Refusez la fourniture gratuite ou à bas prix de formules.
- Éviter les contacts entre les entreprises produisant du lait ou des produits couverts par le Code de commercialisation des substituts du lait maternel et les parents.

<sup>3</sup> Le Code s'applique à tous les laits maternisés, en poudre ou liquides, aux préparations spéciales, dites laits de suite, à tous les produits pouvant remplacer totalement ou partiellement le lait maternel (tisanes, thé, eaux minérales, préparations lyophilisées, produits pour bébés). (aliments, crèmes, biscuits lorsqu'ils sont présentés comme adaptés aux enfants de moins de 6 mois), biberons et tétines. La résolution de 2016 précise et précise que le Code s'applique aux aliments commercialisés pour les nourrissons et les jeunes enfants jusqu'à 36 mois.

- Évitez d'exposer dans les cliniques des gadgets portant la marque des entreprises produisant des préparations pour nourrissons et/ou d'autres produits couverts par le Code de commercialisation des substituts du lait maternel et des parents.

## 9. ACCESSOIRES

- Pièce jointe 1 – Liste de contrôle prénatale
- Annexe 2 – Soins intrapartum favorisant l'allaitement maternel
- Annexe 3 – Liste de contrôle postnatale

Réf. document : Angela Maccagnola

Expurgé Angela Maccagnola	Vérifié : GdL-L-PAA Ivana Rabbone	Approuvé: Directeur de la santé	Date d'émission: 01/10/2024	Statut du document Vers.0
Politique d'allaitement de l'entreprise 240920.doc			Page 9 sur 9	



## Annexe 1 - Liste de contrôle prénatal - Informations pendant la grossesse (Réf. Politique de l'entreprise en matière d'allaitement)

### IMPORTANCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Information	Discuté	Date	Signature
Importance de l'allaitement et conséquences du non-allaitement pour l'enfant et la mère			
Importance de l'allaitement maternel exclusif et conséquences de l'administration d'autres aliments ou liquides en l'absence d'indications médicales			
Recommandations de l'OMS sur la durée de l'allaitement exclusif et l'introduction d'aliments complémentaires avec la poursuite de l'allaitement maternel			

### DÉMARRER ET MAINTENIR L'ALLAITEMENT MATERNEL

Information	Discuté	Date	Signature
Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience de naissance positive (Mother Friendly Care)			
Contact peau à peau immédiatement après la naissance et à toute occasion utile			
Comment démarrer et consolider l'allaitement après la naissance			
Rythmes d'alimentation les plus courants (au moins 8 fois en 24 heures)			
Alimentation réactive et signaux du bébé			
Les états comportementaux du nouveau-né			
Conséquences de l'utilisation de tétines, biberons, tétines et tétines pendant la période de calibrage			
Importance de garder votre enfant près de vous jour et nuit à l'hôpital (colocation) et à la maison			
Partage du lit, risques et bénéfices et mesures utiles pour répondre à l'enfant pendant la nuit			
Position confortable et sûre pour l'allaitement			
Importance du contact visuel avec le bébé pendant la tétée			
Signes d'une prise du sein et d'une succion efficaces et d'un transfert de lait adéquat			
Signes d'une consommation adéquate de lait (prise de poids, selles et urine)			

### PRESSAGE MANUEL

Information	Discuté	Date	Signature
Importance de la compression manuelle			
Comment exprimer et conserver le lait maternel			

### MODES DE VIE ET SÉCURITÉ

Information	Discuté	Date	Signature
Importance de modes de vie sains et d'éviter de fumer, d'alcool et de substances abusives pendant la grossesse et l'allaitement			
Sécurité à la maison et en voiture et sommeil en toute sécurité			

### UNIQUEMENT POUR LES FEMMES QUI MONTRENT UNE PROPENSION POUR L'UTILISATION DE LA FORMULE

Information	Discuté	Date	Signature
-------------	---------	------	-----------



Aider respectueusement une femme, qui n'envisage peut-être pas d'allaiter, à prendre une décision éclairée quant à l'alimentation de son bébé.			
--	--	--	--

#### UNIQUEMENT POUR LES FEMMES QUI UTILISERONT LA FORMULE

Information	Discuté	Date	Signature
Importance de la nutrition de remplacement AFASS (acceptable, réalisable, abordable, durable et sûre)			
Méthodes de préparation, de conservation et d'administration des substituts du lait maternel			

#### UNE FOIS À LA MAISON

Information	Discuté	Date	Signature
Gestion du flux de lait			
Prévention et prise en charge des difficultés d'allaitement les plus courantes (engorgement, mammite, etc.)			
Réseau de soutien post-partum			
Signes de l'enfant et/ou de la mère indiquant la nécessité de contacter un professionnel de santé			
Compatibilité de l'allaitement avec la plupart des médicaments			
Recommandations de l'OMS sur l'âge approprié pour l'introduction des aliments complémentaires			
Allaitement qui se poursuit après l'introduction d'aliments complémentaires			
Gestion du retour au travail de la mère			

R : GdL

V : GdV

A : Direction d'émission

: voir document de



résolution

## Annexe 2 - Soins intrapartum favorisant l'allaitement (Réf. Politique de l'entreprise en matière d'allaitement)

### Soins intrapartum qui favorisent l'allaitement maternel - Soins adaptés aux mères

Les soins adaptés aux mères visent à offrir une assistance aux femmes pendant le travail et l'accouchement d'une manière qui respecte la physiologie et visent à promouvoir une expérience positive à l'accouchement.

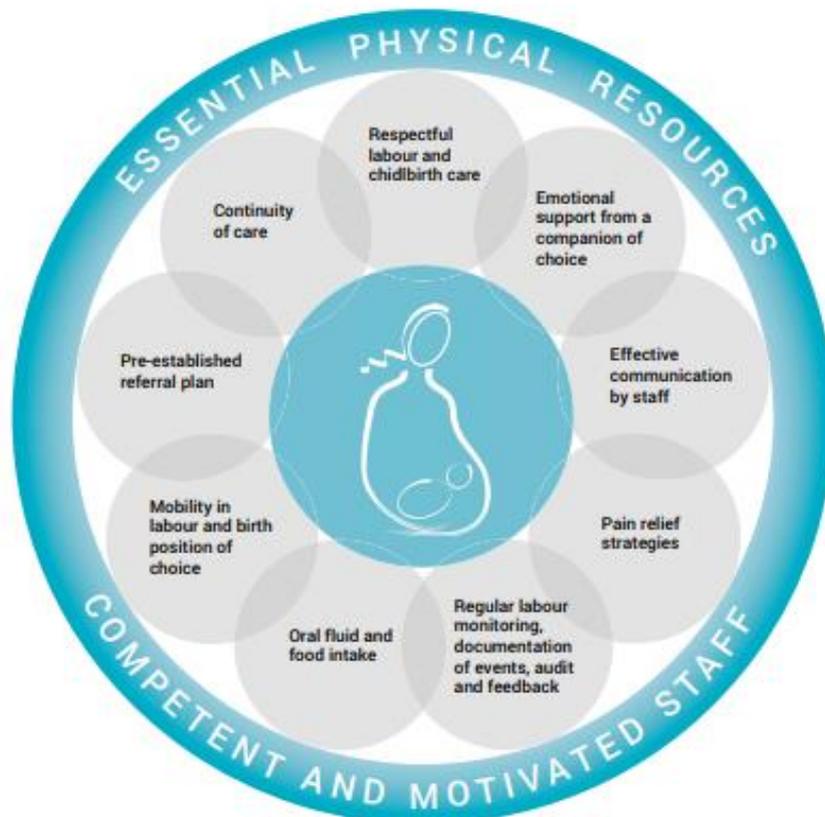
Respectant les choix conscients de la femme, *Mother-Friendly Care* soutient la physiologie de la naissance et encourage un chemin qui favorise l' *autonomisation* de la femme.

La justification de leur mise en œuvre repose sur le fait que des pratiques de soins ont été identifiées qui ont des répercussions importantes sur le bien-être de la mère, sur la protection de sa dignité et de ses droits.

Ces pratiques améliorent la qualité des soins intrapartum et, par conséquent, les résultats maternels, fœtaux et néonataux. En effet, on constate une réduction des accouchements opératoires (césariennes et ventouses), des complications liées à l'accouchement, ils facilitent l'initiation et le maintien de l'allaitement et favorisent une expérience positive de l'accouchement. En particulier, la qualité de l'expérience de la naissance a des répercussions très importantes sur la santé de la femme, de l'enfant et de la famille : elle influence et conditionne de manière significative la période qui suit la naissance, le processus de régulation mutuelle mère-enfant, la relation avec l'enfant, et le partenaire, la réorganisation familiale, l'allaitement et le choix d'avoir d'autres grossesses.

Les soins adaptés aux mères sont basés sur les recommandations d'assistance pendant le travail physiologique et l'accouchement contenues dans les lignes directrices de l'OMS. *Recommandations Soins intrapartum pour une expérience d'accouchement positive* et font partie d'un modèle de soins approprié qui doit être adapté à chaque contexte spécifique et à chaque femme. .

Les principes sur lesquels repose le modèle de soins sont représentés dans la figure suivante et décrits ensuite. Ils concernent à la fois les ressources organisationnelles et les compétences et attitudes du personnel nécessaires pour assurer des soins appropriés aux femmes pendant le travail et l'accouchement.



1. Offre d' **assistenza respectueuse** : l'ensemble des soins apportés à toutes les femmes pendant le travail et l'accouchement doit protéger leur dignité, leur intimité et leur confidentialité, dans le plein respect de leurs besoins, en évitant les traitements et comportements nuisibles à leur dignité ou à leur bien-être, en offrant la possibilité prendre des décisions éclairées et recevoir un soutien continu.
2. Accompagnement pendant le travail/accouchement par la présence d'une personne choisie par la femme qui pourra lui offrir un **soutien émotionnel** .
3. **Communication efficace** : communication entre les opérateurs et les travailleuses qui utilise une méthode compréhensible et respectueuse des spécificités personnelles et culturelles.
4. Stratégies de **contrôle de la douleur** : les opérateurs doivent expliquer et proposer aux femmes enceintes les options disponibles dans la maison de naissance pour contrôler la douleur avec des méthodes non pharmacologiques et pharmacologiques, en présentant les avantages et les limites de chacune.
5. Définir **des systèmes de suivi du travail/accouchement** (documentation dans le dossier médical, audit, feedback) et une procédure de transfert de la femme vers un établissement de soins plus intensifs, si nécessaire.
6. **Boire et manger** : Les femmes à faible risque devraient être autorisées à boire et à manger pendant le travail.
7. **Mobilité pendant le travail et liberté de choix de la position d'accouchement** : les femmes doivent avoir la possibilité de marcher ou de bouger pendant le travail, si elles le souhaitent, et de trouver les positions qui leur conviennent pendant l'accouchement.
8. **Projet de naissance** : les femmes doivent pouvoir discuter avant d'accoucher du type de soins qu'elles souhaitent et qui sont proposés en Maison de naissance.
9. Garantir **la continuité des soins** dans la relation de la femme avec une seule figure pendant le processus d'accouchement.

Déjà lors des réunions de grossesse ou au moment de l'hospitalisation, les femmes doivent recevoir des informations sur la possibilité d'être accompagnées par une personne de confiance, de boire et de manger des aliments légers pendant le travail, de marcher ou de bouger pendant le travail et d'occuper les positions de leur choix pendant le travail. L'accouchement, à moins qu'une restriction ne survienne en raison de complications et que la raison leur soit expliquée.

Les femmes devraient recevoir des informations sur les options disponibles dans la maison de naissance pour contrôler la douleur (non pharmacologiques et pharmacologiques) ainsi que sur les avantages et les limites de chacune.

La maison de naissance doit mettre en œuvre des protocoles spécifiques pour évaluer les besoins de soulagement de la douleur de chaque femme, en proposant des modalités naturelles qui activent ses compétences et/ou l'utilisation de méthodes pharmacologiques.

Plus généralement, les femmes, les nouveau-nés et les nouveau-nés doivent être traités dans le respect de leurs besoins, en veillant à protéger leur dignité et leur vie privée, en évitant les traitements et les comportements préjudiciables à leur bien-être. Les femmes enceintes, les mères et les parents doivent pouvoir prendre des décisions éclairées. Une attention similaire doit être portée aux décisions relatives à la césarienne, dont l'indication doit toujours respecter des critères d'opportunité.

Les femmes doivent être informées que les soins au lieu d'accouchement n'incluent pas de pratiques cliniques inappropriées pour les femmes en bonne santé (lavement d'évacuation, trichotomie, surveillance cardiotocographique fœtale continue, rupture des membranes, épisiotomie, limitation des mouvements, positions forcées, etc.), sauf complications et la raison leur est expliquée.

### Résumé des recommandations en matière de soins intrapartum pour une expérience de naissance positive

Les consultations techniques de l'OMS ont abouti à 56 recommandations sur les soins intrapartum : 26 d'entre elles sont récentes tandis que les 30 autres découlent des lignes directrices existantes de l'OMS.

Ces recommandations sont réparties selon le contexte des soins intrapartum (travail/accouchement), des soins pendant les première, deuxième et troisième étapes du travail et des soins du nouveau-né et de la mère immédiatement après la naissance.

Les recommandations sont classées en :

- **Recommandé** : Cette catégorie indique que l'intervention ou l'option doit être mise en œuvre.
- **Non recommandé** : Cette catégorie indique que l'intervention ou l'option ne doit pas être mise en œuvre.
- **Recommandé uniquement dans des contextes spécifiques** : Cette catégorie indique que l'intervention ou l'option est applicable uniquement dans des contextes spécifiques.
- **Recommandé uniquement dans le cadre d'une recherche rigoureuse** : Cette catégorie indique que d'importantes incertitudes demeurent quant à l'intervention ou à l'option. Dans de tels cas, la mise en œuvre ne peut être entreprise à grande échelle que si elle prend la forme d'une recherche capable de répondre aux questions et aux incertitudes encore sans réponse concernant à la fois l'efficacité de l'intervention ou de l'option ainsi que son acceptabilité et sa faisabilité.

Vous trouverez ci-dessous un résumé de toutes les recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience d'accouchement positive.

### Summary list of recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience

Care option	Recommendation	Category of recommendation
<b>Care throughout labour and birth</b>		
Respectful maternity care	1. Respectful maternity care – which refers to care organized for and provided to all women in a manner that maintains their dignity, privacy and confidentiality, ensures freedom from harm and mistreatment, and enables informed choice and continuous support during labour and childbirth – is recommended.	Recommended
Effective communication	2. Effective communication between maternity care providers and women in labour, using simple and culturally acceptable methods, is recommended.	Recommended
Companionship during labour and childbirth	3. A companion of choice is recommended for all women throughout labour and childbirth.	Recommended
Continuity of care	4. Midwife-led continuity-of-care models, in which a known midwife or small group of known midwives supports a woman throughout the antenatal, intrapartum and postnatal continuum, are recommended for pregnant women in settings with well functioning midwifery programmes. <sup>a</sup>	Context-specific recommendation
<b>First stage of labour</b>		
Definitions of the latent and active first stages of labour	5. The use of the following definitions of the latent and active first stages of labour is recommended for practice. <ul style="list-style-type: none"> <li>– The latent first stage is a period of time characterized by painful uterine contractions and variable changes of the cervix, including some degree of effacement and slower progression of dilatation up to 5 cm for first and subsequent labours.</li> <li>– The active first stage is a period of time characterized by regular painful uterine contractions, a substantial degree of cervical effacement and more rapid cervical dilatation from 5 cm until full dilatation for first and subsequent labours.</li> </ul>	Recommended
Duration of the first stage of labour	6. Women should be informed that a standard duration of the latent first stage has not been established and can vary widely from one woman to another. However, the duration of active first stage (from 5 cm until full cervical dilatation) usually does not extend beyond 12 hours in first labours, and usually does not extend beyond 10 hours in subsequent labours.	Recommended
Progress of the first stage of labour	7. For pregnant women with spontaneous labour onset, the cervical dilatation rate threshold of 1 cm/hour during active first stage (as depicted by the partograph alert line) is inaccurate to identify women at risk of adverse birth outcomes and is therefore not recommended for this purpose.	Not recommended
	8. A minimum cervical dilatation rate of 1 cm/hour throughout active first stage is unrealistically fast for some women and is therefore not recommended for identification of normal labour progression. A slower than 1-cm/hour cervical dilatation rate alone should not be a routine indication for obstetric intervention.	Not recommended
	9. Labour may not naturally accelerate until a cervical dilatation threshold of 5 cm is reached. Therefore the use of medical interventions to accelerate labour and birth (such as oxytocin augmentation or caesarean section) before this threshold is not recommended, provided fetal and maternal conditions are reassuring.	Not recommended

<sup>a</sup> Integrated from WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.

Care option	Recommendation	Category of recommendation
Labour ward admission policy	10. For healthy pregnant women presenting in spontaneous labour, a policy of delaying labour ward admission until active first stage is recommended only in the context of rigorous research.	Research-context recommendation
Clinical pelvimetry on admission	11. Routine clinical pelvimetry on admission in labour is not recommended for healthy pregnant women.	Not recommended
Routine assessment of fetal well-being on labour admission	12. Routine cardiotocography is not recommended for the assessment of fetal well-being on labour admission in healthy pregnant women presenting in spontaneous labour. 13. Auscultation using a Doppler ultrasound device or Pinard fetal stethoscope is recommended for the assessment of fetal well-being on labour admission.	Not recommended Recommended
Perineal/pubic shaving	14. Routine perineal/pubic shaving prior to giving vaginal birth is not recommended. <sup>a</sup>	Not recommended
Enema on admission	15. Administration of enema for reducing the use of labour augmentation is not recommended. <sup>b</sup>	Not recommended
Digital vaginal examination	16. Digital vaginal examination at intervals of four hours is recommended for routine assessment of active first stage of labour in low-risk women. <sup>a</sup>	Recommended
Continuous cardiotocography during labour	17. Continuous cardiotocography is not recommended for assessment of fetal well-being in healthy pregnant women undergoing spontaneous labour.	Not recommended
Intermittent fetal heart rate auscultation during labour	18. Intermittent auscultation of the fetal heart rate with either a Doppler ultrasound device or Pinard fetal stethoscope is recommended for healthy pregnant women in labour.	Recommended
Epidural analgesia for pain relief	19. Epidural analgesia is recommended for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended
Opioid analgesia for pain relief	20. Parenteral opioids, such as fentanyl, diamorphine and pethidine, are recommended options for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended
Relaxation techniques for pain management	21. Relaxation techniques, including progressive muscle relaxation, breathing, music, mindfulness and other techniques, are recommended for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended
Manual techniques for pain management	22. Manual techniques, such as massage or application of warm packs, are recommended for healthy pregnant women requesting pain relief during labour, depending on a woman's preferences.	Recommended
Pain relief for preventing labour delay	23. Pain relief for preventing delay and reducing the use of augmentation in labour is not recommended. <sup>b</sup>	Not recommended
Oral fluid and food	24. For women at low risk, oral fluid and food intake during labour is recommended. <sup>b</sup>	Recommended
Maternal mobility and position	25. Encouraging the adoption of mobility and an upright position during labour in women at low risk is recommended. <sup>b</sup>	Recommended
Vaginal cleansing	26. Routine vaginal cleansing with chlorhexidine during labour for the purpose of preventing infectious morbidities is not recommended. <sup>a</sup>	Not recommended
Active management of labour	27. A package of care for active management of labour for prevention of delay in labour is not recommended. <sup>b</sup>	Not recommended

<sup>a</sup> Integrated from WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections.

<sup>b</sup> Integrated from WHO recommendations for augmentation of labour.

Care option	Recommendation	Category of recommendation
Routine amniotomy	28. The use of amniotomy alone for prevention of delay in labour is not recommended. <sup>a</sup>	Not recommended
Early amniotomy and oxytocin	29. The use of early amniotomy with early oxytocin augmentation for prevention of delay in labour is not recommended. <sup>a</sup>	Not recommended
Oxytocin for women with epidural analgesia	30. The use of oxytocin for prevention of delay in labour in women receiving epidural analgesia is not recommended. <sup>a</sup>	Not recommended
Antispasmodic agents	31. The use of antispasmodic agents for prevention of delay in labour is not recommended. <sup>a</sup>	Not recommended
Intravenous fluids for preventing labour delay	32. The use of intravenous fluids with the aim of shortening the duration of labour is not recommended. <sup>a</sup>	Not recommended
<b>Second stage of labour</b>		
Definition and duration of the second stage of labour	33. The use of the following definition and duration of the second stage of labour is recommended for practice. <ul style="list-style-type: none"> <li>— The second stage is the period of time between full cervical dilatation and birth of the baby, during which the woman has an involuntary urge to bear down, as a result of expulsive uterine contractions.</li> <li>— Women should be informed that the duration of the second stage varies from one woman to another. In first labours, birth is usually completed within 3 hours whereas in subsequent labours, birth is usually completed within 2 hours.</li> </ul>	Recommended
Birth position (for women without epidural analgesia)	34. For women without epidural analgesia, encouraging the adoption of a birth position of the individual woman's choice, including upright positions, is recommended.	Recommended
Birth position (for women with epidural analgesia)	35. For women with epidural analgesia, encouraging the adoption of a birth position of the individual woman's choice, including upright positions, is recommended.	Recommended
Method of pushing	36. Women in the expulsive phase of the second stage of labour should be encouraged and supported to follow their own urge to push.	Recommended
Method of pushing (for women with epidural analgesia)	37. For women with epidural analgesia in the second stage of labour, delaying pushing for one to two hours after full dilatation or until the woman regains the sensory urge to bear down is recommended in the context where resources are available for longer stay in second stage and perinatal hypoxia can be adequately assessed and managed.	Context-specific recommendation
Techniques for preventing perineal trauma	38. For women in the second stage of labour, techniques to reduce perineal trauma and facilitate spontaneous birth (including perineal massage, warm compresses and a "hands on" guarding of the perineum) are recommended, based on a woman's preferences and available options.	Recommended
Episiotomy policy	39. Routine or liberal use of episiotomy is not recommended for women undergoing spontaneous vaginal birth.	Not recommended
Fundal pressure	40. Application of manual fundal pressure to facilitate childbirth during the second stage of labour is not recommended.	Not recommended

<sup>a</sup> Integrated from WHO recommendations for augmentation of labour.

Care option	Recommendation	Category of recommendation
<b>Third stage of labour</b>		
Prophylactic uterotonics	41. The use of uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage (PPH) during the third stage of labour is recommended for all births. <sup>a</sup>	Recommended
	42. Oxytocin (10 IU, IM/IV) is the recommended uterotonic drug for the prevention of postpartum haemorrhage (PPH). <sup>a</sup>	Recommended
	43. In settings where oxytocin is unavailable, the use of other injectable uterotonics (if appropriate, ergometrine/methyletergometrine, or the fixed drug combination of oxytocin and ergometrine) or oral misoprostol (600 µg) is recommended. <sup>a</sup>	Recommended
Delayed umbilical cord clamping	44. Delayed umbilical cord clamping (not earlier than 1 minute after birth) is recommended for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. <sup>b</sup>	Recommended
Controlled cord traction (CCT)	45. In settings where skilled birth attendants are available, controlled cord traction (CCT) is recommended for vaginal births if the care provider and the parturient woman regard a small reduction in blood loss and a small reduction in the duration of the third stage of labour as important. <sup>a</sup>	Recommended
Uterine massage	46. Sustained uterine massage is not recommended as an intervention to prevent postpartum haemorrhage (PPH) in women who have received prophylactic oxytocin. <sup>a</sup>	Not recommended
<b>Care of the newborn</b>		
Routine nasal or oral suction	47. In neonates born through clear amniotic fluid who start breathing on their own after birth, suctioning of the mouth and nose should not be performed. <sup>c</sup>	Not recommended
Skin-to-skin contact	48. Newborns without complications should be kept in skin-to-skin contact (SSC) with their mothers during the first hour after birth to prevent hypothermia and promote breastfeeding. <sup>d</sup>	Recommended
Breastfeeding	49. All newborns, including low-birth-weight (LBW) babies who are able to breastfeed, should be put to the breast as soon as possible after birth when they are clinically stable, and the mother and baby are ready. <sup>e</sup>	Recommended
Haemorrhagic disease prophylaxis using vitamin K	50. All newborns should be given 1 mg of vitamin K intramuscularly after birth (i.e. after the first hour by which the infant should be in skin-to-skin contact with the mother and breastfeeding should be initiated). <sup>d</sup>	Recommended
Bathing and other immediate postnatal care of the newborn	51. Bathing should be delayed until 24 hours after birth. If this is not possible due to cultural reasons, bathing should be delayed for at least six hours. Appropriate clothing of the baby for ambient temperature is recommended. This means one to two layers of clothes more than adults, and use of hats/caps. The mother and baby should not be separated and should stay in the same room 24 hours a day. <sup>f</sup>	Recommended

<sup>a</sup> Integrated from WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage.

<sup>b</sup> Integrated from the WHO Guideline: delayed cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes.

<sup>c</sup> Integrated from WHO Guidelines on basic newborn resuscitation.

<sup>d</sup> Integrated from WHO Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations.

<sup>e</sup> Integrated from WHO recommendations on newborn health.

<sup>f</sup> Integrated from WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn.

Care option	Recommendation	Category of recommendation
<b>Care of the woman after birth</b>		
Uterine tonus assessment	52. Postpartum abdominal uterine tonus assessment for early identification of uterine atony is recommended for all women. <sup>a</sup>	Recommended
Antibiotics for uncomplicated vaginal birth	53. Routine antibiotic prophylaxis is not recommended for women with uncomplicated vaginal birth. <sup>b</sup>	Not recommended
Routine antibiotic prophylaxis for episiotomy	54. Routine antibiotic prophylaxis is not recommended for women with episiotomy. <sup>b</sup>	Not recommended
Routine postpartum maternal assessment	55. All postpartum women should have regular assessment of vaginal bleeding, uterine contraction, fundal height, temperature and heart rate (pulse) routinely during the first 24 hours starting from the first hour after birth. Blood pressure should be measured shortly after birth. If normal, the second blood pressure measurement should be taken within six hours. Urine void should be documented within six hours. <sup>c</sup>	Recommended
Postnatal discharge following uncomplicated vaginal birth	56. After an uncomplicated vaginal birth in a health care facility, healthy mothers and newborns should receive care in the facility for at least 24 hours after birth. <sup>c,d</sup>	Recommended

<sup>a</sup> Integrated from WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage.

<sup>b</sup> Integrated from WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections.

<sup>c</sup> Integrated from WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn.

<sup>d</sup> For the newborn, this includes an immediate assessment at birth, a full clinical examination around one hour after birth and before discharge.

## Bibliographie

- [Guide](https://www.dacoms-assets.com/30196/1654092830-guida-bfi.pdf) d'application des Étapes pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement dans les maisons de naissance - <https://www.dacoms-assets.com/30196/1654092830-guida-bfi.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (2018). Recommandations de l'OMS : des soins intrapartum pour une expérience d'accouchement positive. - <https://www.epicentro.iss.it/percorso-nascita/documentazione-mondo>  
-  
[Recommandations de l'OMS : des soins intrapartum pour une expérience d'accouchement positive](#)
- Organisation mondiale de la santé (2016). Normes pour améliorer la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. (Genève : Organisation mondiale de la santé). - [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/goc/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities-1a22426e-fdd0-42b4-95b2-4b5b9c590d76.pdf?sfvrsn=3b364d8\\_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/goc/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities-1a22426e-fdd0-42b4-95b2-4b5b9c590d76.pdf?sfvrsn=3b364d8_4)
- Impact des pratiques d'accouchement sur l'allaitement. 2e éd. Smith, L.J., Kroeger, M. (2010) - [https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=GX\\_HvJ\\_AYgUC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Impact+des+pratiques+d'accouchement+sur+l'allaitement+maternel.+2nd+ed&ots=0WH85KbjVu&sig=YqPdV1Lokq3bLB\\_kl9ESzC1zFkQ#v=onepage&q=Impact%20of%20birthing%20practices%20on%20allaitement+maternel.%202nd%20ed&f=false](https://books.google.it/books?hl=it&lr=&id=GX_HvJ_AYgUC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Impact+des+pratiques+d'accouchement+sur+l'allaitement+maternel.+2nd+ed&ots=0WH85KbjVu&sig=YqPdV1Lokq3bLB_kl9ESzC1zFkQ#v=onepage&q=Impact%20of%20birthing%20practices%20on%20allaitement+maternel.%202nd%20ed&f=false)
- Accord entre le Gouvernement, les Régions et les Provinces autonomes de Trente et Bolzano, les Provinces, les Communes et les communautés de montagne sur le document concernant les « Lignes directrices pour la promotion et l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'adéquation des interventions de soins dans le processus d'accouchement et pour la réduction des césariennes – [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_4\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=salastampa&p=null&id=3147](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_4_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=salastampa&p=null&id=3147)

R : GdL  
résolution

V : GdV

A : Direction d'émission

: voir document de





### Annexe 3 - Liste de contrôle postnatal - Informations après la naissance (Réf. Politique de l'entreprise en matière d'allaitement)

#### IMPORTANCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Information	Discuté	Date	Signature
Importance de l'allaitement et conséquences du non-allaitement pour l'enfant et la mère			
Importance de l'allaitement maternel exclusif et conséquences de l'administration d'autres aliments ou liquides en l'absence d'indications médicales			
Recommandations de l'OMS sur la durée de l'allaitement exclusif et l'introduction d'aliments complémentaires avec la poursuite de l'allaitement maternel			

#### DÉMARRER ET MAINTENIR L'ALLAITEMENT MATERNEL

Information	Discuté	Date	Signature
Comment démarrer et consolider l'allaitement après la naissance			
Rythmes d'alimentation les plus courants (au moins 8 fois en 24 heures)			
Alimentation réactive et signaux du bébé			
Les états comportementaux du nouveau-né			
Importance de garder votre enfant près de vous jour et nuit à l'hôpital et à la maison			
Contact peau à peau immédiatement après la naissance et à toute occasion utile			
Position confortable et sûre pour l'allaitement			
Importance du contact visuel avec le bébé pendant la tétée			
Signes d'une prise du sein et d'une succion efficaces et d'un transfert de lait adéquat			
Partage du lit, risques et bénéfices et mesures utiles pour répondre à l'enfant pendant la nuit			
Conséquences de l'utilisation de tétines, biberons, tétines et tétines pendant la période de calibrage			
Signes d'une consommation adéquate de lait (prise de poids, selles et urine)			

#### PRESSAGE MANUEL

Information	Discuté	Date	Signature
Importance de la compression manuelle			
Démonstration pratique sur l'expression et informations sur la conservation du lait maternel			
Pour les mamans qui ont besoin d'un tire-lait : savoir l'utiliser correctement et en prendre soin			

#### UNIQUEMENT POUR LES FEMMES UTILISANT LA FORMULE

Information	Discuté	Date	Signature
-------------	---------	------	-----------



Importance de la nutrition de remplacement AFASS (acceptable, réalisable, abordable, durable et sûre)			
Démonstration pratique individuelle sur la préparation et l'administration du lait maternisé et sur la conservation et l'administration des substituts du lait maternel			

### MODES DE VIE ET SÉCURITÉ

Information	Discuté	Date	Signature
Importance de modes de vie sains et d'éviter de fumer, d'alcool et de substances abusives pendant la grossesse et l'allaitement			
Signes de l'enfant et/ou de la mère indiquant la nécessité de contacter un professionnel de santé			

### RETOUR À LA MAISON

Information	Discuté	Date	Signature
Recommandations de l'OMS sur l'âge approprié pour l'introduction des aliments complémentaires			
Gestion du flux de lait			
Prévention et prise en charge des difficultés d'allaitement les plus courantes (engorgement, mammite, etc.)			
Compatibilité de l'allaitement avec la plupart des médicaments			
Réseau de soutien post-partum et où trouver de l'aide si nécessaire			
Allaitement qui se poursuit après l'introduction d'aliments complémentaires			
Gestion du retour au travail de la mère			



R : GdL

V : GdV

A : Direction d'émission

: voir document de résolution