



L'INITIATIVE
des *amis*
des *bébés*

RAPPORT D'ÉVALUATION

Niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans
les établissements offrant des services de périnatalité au Québec

Rédaction

Laura N. Haiek, médecin-conseil

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (jusqu'à octobre 2009)
Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, Direction générale de la santé publique,
ministère de la Santé et des Services sociaux

Coordination

Laura N. Haiek, médecin-conseil,

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (jusqu'à octobre 2009)
Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, Direction générale de la santé publique,
ministère de la Santé et des Services sociaux

Dany L. Gauthier, chargée de projet

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Ginette Lafontaine, adjointe à la planification, à l'évaluation et à la recherche,

Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Nathalie Lévesque, répondante en allaitement maternel

Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, Direction générale de la santé publique,
ministère de la Santé et des Services sociaux

Sous la direction de :

Marthe Hamel, chef de service

Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale,
Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Lilianne Bertrand, chef de service

Service de la promotion de saines habitudes de vie, Direction générale de la santé publique,
ministère de la Santé et des Services sociaux (jusqu'à octobre 2008)

André Gariépy, directeur

Direction des services sociaux généraux, ministère de la Santé et des Services sociaux (jusqu'à septembre 2006)

Édition

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/allaitement.php

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-61088-5 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-61089-2 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Remerciements

L'équipe de coordination remercie Manon des Côtes, Chantal Desjardins, Marie-Hélène Goulet et Louise Marchitello pour leur soutien à la coordination du projet, au traitement et à l'analyse des données. De précieux commentaires sur le rapport ont été émis par Nathalie Cabana, Roseline Collard, François Cossette, Nathalie Scott et Francine Royer. L'équipe remercie également les intervieweuses pour leur contribution à la collecte des données dans leur région ainsi que les gestionnaires, les intervenants et les mères qui ont pris de leur temps pour participer à l'évaluation.

Révision des textes

Lilianne Bertrand	Chef de service, Service de la promotion de saines habitudes de vie, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Suzanne Dionne	Médecin-conseil, Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Dany Gauthier	Consultante en allaitement, Direction de santé publique, Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James
Marthe Hamel	Chef de service, Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Ginette Lafontaine	Adjointe à la planification, à l'évaluation et à la recherche, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Nathalie Lévesque	Répondante en allaitement maternel, Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Ourdia Naïdji	Coordonnatrice en évaluation de programmes, Direction de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux
Isabelle Ouellet	Agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Membres du comité consultatif

Janie Houle	Chercheuse, Centre de recherche, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Linda Langlais	Agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Monique Michaud	Infirmière, Centre de santé et de services sociaux Jardins-Rousillons
Isabelle Ouellet	Agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Lydia Rocheleau	Agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Ghislaine Reid	Consultante en allaitement, Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher

Centre hospitalier de St. Mary

Eric Belzile Statisticien, Département d'épidémiologie clinique et des études communautaires
Yue You Technicienne en statistique, Département d'épidémiologie clinique et des études communautaires

Institut de la statistique du Québec

Robert Courtemanche Statisticien, Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales
Nathalie Plante Statisticienne, Direction de la méthodologie, de la démographie et des enquêtes spéciales

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Martine Pageau Service de la promotion de saines habitudes de vie
Lysette Trahan Direction de l'évaluation
Pauline Bégin Direction de l'évaluation
Ourdia Naïdji Direction de l'évaluation

Répondantes régionales en allaitement

Dalal Badlissi Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Danielle Beaudin Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Sylvie Bériault Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James
Martine Bienvenue Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Marie-Josée Boulianne Agence de la santé et des services sociaux de Laval
Roselyne Collard Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Marie-Josée Gauthier Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
Manon Gingras Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
Olivia Hernandez-Sanchez Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Linda Langlais Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Nicole Lapointe Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
Josée Martel Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Anne-Marie Ménard Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Isabelle Ouellet Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Karoline Paquet Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James
Lydia Rocheleau Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Monik St-Pierre Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Secrétariat

Hélène Gignac Service de développement, d'adaptation et d'intégration sociale, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Manon Lévesque Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Avant-propos

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'intéresse depuis plusieurs années à la situation de l'allaitement maternel au Québec. En 1997, il incluait sa promotion dans les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Lors de l'élaboration des lignes directrices en matière d'allaitement, en 2001, il a révisé ses objectifs en mettant l'accent sur l'implantation de l'Initiative des amis des bébés (IAB).

Par la suite, le *Programme national de santé publique 2003-2012*, révisé en 2008, et la *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie* faisaient écho à la volonté de l'Organisation mondiale de la santé et du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) d'encourager les établissements de santé à adopter les pratiques favorables à l'allaitement maternel prescrites par l'Initiative des hôpitaux amis des bébés et son adaptation au milieu communautaire, l'IAB.

Par l'implantation de ce programme international, le MSSS vise l'augmentation de la durée et de l'exclusivité de l'allaitement pour que s'améliore la santé de la population québécoise. D'ailleurs, les données issues de l'*Enquête sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006* indiquent une nette progression des taux d'initiation à l'allaitement. Toutefois, en ce qui concerne l'exclusivité et la durée de l'allaitement, elles révèlent des gains mais également des écarts par rapport aux recommandations émanant des organismes nationaux et internationaux.

Afin d'aider les établissements offrant des services en périnatalité à adopter les pratiques promues par l'IAB, le MSSS a, en 2008, mis à leur disposition une formation nationale sur l'allaitement maternel. À cette formation vient maintenant s'ajouter une évaluation sur le niveau d'implantation de l'IAB au Québec. Pour tous les acteurs concernés dans le réseau sociosanitaire, le présent rapport constitue un outil important qui stimulera les réflexions et soutiendra les actions en vue que se poursuive l'implantation de cette initiative internationale.



André Dontigny
Directeur du développement des individus et de l'environnement social
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Sommaire

Contexte

En 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dans ses lignes directrices en matière d'allaitement maternel, a fait de l'Initiative des amis des bébés (IAB) une priorité pour le Québec. En janvier 2003, le MSSS lançait le *Programme national de santé publique 2003-2012*, qui prévoit le déploiement de l'IAB dans toutes les régions du Québec. Cette orientation a été maintenue dans la mise à jour du programme effectuée en 2008. Les établissements concernés par cette activité du programme incluent 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et 4 réseaux universitaires de santé. Au moment de l'évaluation, ces centres et réseaux regroupent 64 installations offrant des soins hospitaliers obstétricaux, 152 installations ayant la mission de centre local de services communautaires (CLSC) et 21 dispensaires offrant des soins pré et postnataux, auxquels s'ajoutent les 7 maisons de naissance relevant de CSSS.

Les orientations nationales précitées rejoignent la volonté commune à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et au Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) d'encourager les établissements donnant des soins aux familles à implanter les politiques, les services et les pratiques favorables à l'allaitement définies dans les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (Dix conditions) et les Sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien de l'allaitement maternel en santé communautaire (Sept étapes) ainsi qu'à respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (Code).

Pour sa part, depuis 2001, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a conçu et développé une méthode pour mesurer le niveau d'implantation de l'IAB dans les CSSS de la région au moyen d'instruments de collecte et d'analyse des données informatisés. Ayant pris connaissance de ces travaux, le MSSS a fait appel à l'expertise de la Montérégie pour coordonner, en 2007, une évaluation du niveau d'implantation de l'IAB à l'échelle provinciale.

Objectif

L'objectif de l'évaluation est d'établir un portrait du niveau d'implantation de l'IAB dans les établissements de santé offrant des soins pré, per et postnataux au Québec. Plus précisément, cette démarche doit montrer dans quelle mesure les politiques, les services et les pratiques existant dans les établissements de santé québécois sont conformes à chacune des Dix conditions et des Sept étapes ainsi qu'au Code.

Méthode

Le présent rapport consiste en une étude descriptive qui s'inspire largement du processus mis en place conjointement par l'OMS et l'UNICEF pour évaluer les établissements voulant être reconnus « Amis des bébés ». Par conséquent, l'étude porte sur le niveau d'implantation des politiques, des services et des pratiques favorables à l'allaitement dans 140 CLSC (CLSC et dispensaires) et 60 centres accoucheurs (hôpitaux et maisons de naissance) du Québec selon trois perspectives proposées pour l'évaluation officielle : 1) celle des 826 professionnels de la santé et

gestionnaires travaillant dans les CLSC et des 535 professionnels de la santé et gestionnaires des centres accoucheurs ; 2) celle des 1 385 mères de bébés âgés de 7 jours à 6 mois bénéficiant de soins et de services dans ces établissements ; 3) celle des observateurs externes ayant visité chaque établissement participant.

Des indicateurs permettant de mesurer le niveau d'implantation des Dix conditions, des Sept étapes et du Code ont été définis, puis mesurés au moyen de questionnaires et de grilles d'observation inclus dans des instruments informatisés. D'abord, les réponses aux questions ou aux observations relatives à chaque indicateur ont fait l'objet d'un examen visant à déterminer si elles étaient conformes aux normes recommandées par l'IAB (« bonnes réponses »). Ensuite, le degré d'implantation d'un indicateur donné a été calculé en divisant la somme des réponses ou des observations conformes par le nombre total de personnes ayant répondu à la question ou le nombre total d'observations effectuées. Il représente donc la proportion des gestionnaires et intervenants, des mères ou des observateurs qui ont donné une réponse conforme.

En raison du nombre élevé d'indicateurs et de la complexité de l'exercice, des scores d'implantation ont été utilisés pour donner une mesure sommaire du niveau d'implantation de l'IAB dans chaque établissement, dans chaque région et dans l'ensemble de la province. Le principe se base sur l'attribution de points lorsqu'un indicateur est complètement implanté, c'est-à-dire lorsque son degré d'implantation atteint une valeur égale ou supérieure au seuil fixé (qui est de 75 % dans la présente évaluation). Cela a permis d'obtenir des scores d'implantation partiels pour chaque condition ou chaque étape (variant entre 0 et 1) ainsi qu'un score d'implantation global résultant de l'addition des scores partiels de chacune des conditions ou de chacune des étapes. Le score global des Dix conditions varie entre 0 et 10 et celui des Sept étapes, entre 0 et 7. Quant au score d'implantation global du Code, il est calculé de la même façon que le score partiel d'une étape ou d'une condition et varie quant à lui entre 0 et 1.

Résultats

Les résultats correspondent aux moyennes établies pour les 140 CLSC et les 60 centres accoucheurs du Québec ayant participé à l'évaluation. Les données sont aussi exposées par région sociosanitaire dans le cas des CLSC (16 régions) et par type de centre accoucheur (hôpital universitaire, hôpital faisant partie d'un CSSS où ont lieu 1 000 naissances et plus annuellement, hôpital faisant partie d'un CSSS où ont lieu moins de 1 000 naissances annuellement et maison de naissance). Un recueil statistique présentant les résultats détaillés sert de complément au rapport.

L'Initiative des amis des bébés : un programme lancé

L'implantation des Sept étapes et des Dix conditions ainsi que du Code est amorcée au Québec. Toutefois, il existe des variations importantes à ce sujet :

- les étapes et les conditions relatives à l'adoption d'une politique d'allaitement, à la formation du personnel, au counseling pré et postnatal et à certaines pratiques hospitalières affichent les scores les plus faibles (scores d'implantation partiels se situant entre 0,17 et 0,54 sur 1).
- la mise en réseau des installations avec les groupes d'entraide et autres ressources en allaitement, la non-utilisation des tétines artificielles et le respect du Code affichent les scores les plus élevés (scores d'implantation partiels se situant entre 0,62 et 0,91 sur 1).

Des opinions contrastées

- Le niveau d'implantation de l'IAB est fréquemment moins élevé selon la perspective des mères que selon celle des gestionnaires et intervenants ou celle des observateurs, surtout en ce qui concerne l'enseignement donné ou reçu en matière d'allaitement.
- Le niveau d'implantation de certaines pratiques hospitalières (le contact peau à peau précoce et prolongé, le recours aux suppléments seulement pour des raisons médicales acceptables) et celui du Code font exception à la tendance précitée, mais les résultats doivent être interprétés en tenant compte de certaines particularités.

Un coup d'œil par région et par type de centre accoucheur

Au Québec, le niveau d'implantation de l'IAB varie selon les régions sociosanitaires et les différents types de centres accoucheurs :

- la moyenne des scores d'implantation globaux calculés pour les CLSC de chacune des 16 régions participantes varie entre 1,19 et 4,39 sur 7 pour les Sept étapes, et entre 0,44 et 0,86 sur 1 pour le Code;
- la moyenne des scores d'implantation globaux calculés pour les quatre types de centres accoucheurs varie entre 3,61 et 6,71 sur 10 pour les Dix conditions, et entre 0,53 et 0,97 sur 1 pour le Code.

Les installations certifiées « Amies des bébés » : un exemple à suivre

Les installations ayant demandé ou obtenu la certification « Ami des bébés » ont un score global plus élevé (moyenne des scores d'implantation globaux de 4,91 pour les CLSC et de 6,60 pour les centres accoucheurs) que l'ensemble des installations participantes (moyenne des scores d'implantation globaux de 3,13 pour les CLSC et de 4,54 pour les centres accoucheurs). Les différences les plus marquées s'observent au regard de l'adoption d'une politique sur l'allaitement, de la formation du personnel, de l'intégration de meilleures pratiques hospitalières et du respect du Code.

Un réseau de la santé mobilisé à l'égard de la certification

- Les gestionnaires montrent un grand intérêt pour la certification « Ami des bébés ». Au moment de l'évaluation, 63 % des 200 CLSC et centres accoucheurs participants avaient déjà déposé une demande de certification, avaient l'intention de le faire avant 2010 ou voulaient conserver leur certification.
- L'état d'avancement de l'IAB dans les installations participantes a été analysé sous l'angle de l'écart entre le score d'implantation global de chacune des 187 installations n'ayant pas la certification « Ami des bébés » et la moyenne des scores globaux des 13 installations ayant demandé ou obtenu la dite certification. L'écart est mesuré en tenant compte des points au-dessus et au-dessous de cette moyenne. Pour quantifier l'adhésion à l'IAB, trois catégories ont été définies : faible, moyenne et élevée. Ainsi, pour 19 % des 187 CLSC et centres accoucheurs non certifiés, l'adhésion est faible ; pour 62 % d'entre eux, elle est moyenne ; pour 19 % d'entre eux, elle est élevée.

Retombées

La présente évaluation donne au MSSS un premier portrait fiable et détaillé de l'état d'avancement de l'IAB au Québec. Les directions de santé publique ainsi que les établissements ont aussi un portrait de la mise en place des toutes dernières recommandations internationales en matière de l'IAB et peuvent maintenant se situer dans une perspective régionale ou provinciale. Par ailleurs, le grand intérêt pour l'agrément rapporté par les gestionnaires des CLSC et des centres accoucheurs participants témoigne que la pertinence d'implanter cette initiative internationale semble faire consensus au Québec. Enfin, il faut souhaiter que l'accès à l'information produite dans le cadre de la présente évaluation aide les établissements québécois à implanter les meilleures pratiques en ce qui concerne l'allaitement et à cheminer vers l'obtention ou le maintien de la certification « Ami des bébés ».

Table des matières

Introduction	1
1. Contexte de l'évaluation	3
2. Initiative des amis des bébés	5
3. Approche méthodologique	9
3.1. Objectif	9
3.2. Cadre logique de l'Initiative des amis des bébés	9
3.3. Modèle théorique de l'évaluation	9
3.4. Stratégies d'évaluation	10
3.4.1. Recrutement des établissements	10
3.4.2. Sélection et taille des échantillons	11
3.4.3. Mesure des indicateurs	14
3.4.4. Considérations éthiques	15
4. Résultats	19
4.1. L'Initiative des amis des bébés : un programme lancé	19
4.2. Des opinions contrastées	21
4.3. Un coup d'œil par région et par type de centre accoucheur	25
4.4. Les installations certifiées « Amies des bébés » : un exemple à suivre	28
4.5. Un réseau de la santé mobilisé à l'égard de la certification	30
5. Diffusion des résultats	37
6. Forces et limites de l'évaluation	41
6.1. La triangulation des données	41
6.2. La fidélité interévaluateurs	42
6.3. La sélection aléatoire des participants	42
6.4. La taille de l'échantillon	44
6.5. Similitudes et différences au regard de l'agrément IAB	45
6.6. L'appropriation des résultats	45
Conclusion	47

Annexe I	49
Annexe II	53
Annexe III	65
Annexe IV	75
Annexe V	85
Références bibliographiques	91

Liste des figures et des tableaux

Figure 1 :	Schéma du recrutement des mères	13
Figure 2 :	Scores d'implantation et intervalles de confiance des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, ensemble du Québec, 2007	20
Figure 3 :	Scores d'implantation et intervalles de confiance des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, ensemble du Québec, 2007.....	20
Figure 4 :	Scores d'implantation des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, par perspective, ensemble du Québec, 2007.....	24
Figure 5 :	Scores d'implantation des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, par perspective, ensemble du Québec, 2007	24
Figure 6 :	Scores d'implantation des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, selon la certification « Ami des bébés » et l'ensemble du Québec, 2007.....	29
Figure 7 :	Scores d'implantation des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, selon la certification « Ami des bébés » et l'ensemble du Québec, 2007	30
Figure 8 :	Distribution des 140 CLSC participants selon leur intention d'obtenir la certification « Ami des bébés », ensemble du Québec, 2007	32
Figure 9 :	Distribution des 60 centres accoucheurs participants selon leur intention d'obtenir la certification « Ami des bébés », ensemble du Québec, 2007	32
Figure 10 :	Distribution des scores d'implantation des 133 CLSC « Non-Amis des bébés » selon leur écart par rapport à la moyenne des scores d'implantation des 7 CLSC « Amis des bébés », ensemble du Québec, 2007	33
Figure 11 :	Distribution des scores d'implantation des 54 centres accoucheurs « Non-Amis des bébés » selon leur écart par rapport à la moyenne des scores d'implantation des 6 centres accoucheurs « Amis des bébés », ensemble du Québec, 2007	33
Tableau 1 :	Sommaire des scores d'implantation des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, selon la région et l'ensemble du Québec, 2007	26
Tableau 2 :	Sommaire des scores d'implantation des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, selon le type de centre accoucheur et l'ensemble du Québec	27

Annexes

Tableau A1 :	Mesure du niveau d'implantation de l'IAB dans les CLSC – Indicateurs relatifs aux Sept étapes et au Code.....	55
Tableau A2 :	Mesure du niveau d'implantation de l'IAB dans les centres accoucheurs – Indicateurs relatifs aux Dix conditions et au Code.....	59
Tableau A3 :	Caractéristiques des intervenants – CLSC	77
Tableau A4 :	Caractéristiques des intervenants – centres accoucheurs	79
Tableau A5 :	Caractéristiques des mères	81

Liste des sigles, acronymes et autres formes abrégées

Agence	Agence de la santé et des services sociaux
CA	Centre accoucheur
CLSC	Centre local de services communautaires
Code	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
Dix conditions	Dix conditions pour le succès de l'allaitement
IAB	Initiative des amis des bébés
IHAB	Initiative des hôpitaux amis des bébés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
Sept étapes	Sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement maternel en santé communautaire
SP-1	Bulletin de naissance
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance

Liste des régions sociosanitaires du Québec

- 01 Région du Bas-Saint-Laurent
- 02 Région du Saguenay–Lac-Saint-Jean
- 03 Région de la Capitale-Nationale
- 04 Région de la Mauricie et du Centre-du-Québec
- 05 Région de l’Estrie
- 06 Région de Montréal
- 07 Région de l’Outaouais
- 08 Région de l’Abitibi-Témiscamingue
- 09 Région de la Côte-Nord
- 10 Région du Nord-du-Québec
- 11 Région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
- 12 Région de la Chaudière-Appalaches
- 13 Région de Laval
- 14 Région de Lanaudière
- 15 Région des Laurentides
- 16 Région de la Montérégie
- 17 Région du Nunavik
- 18 Région des Terres-Cries-de-la-Baie-James

Introduction

Le présent rapport fait état des résultats de l'évaluation portant sur l'implantation, dans les établissements de santé du Québec, de l'une des activités inscrites dans le *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*¹, soit l'Initiative des amis des bébés (IAB). Lancée en 1991 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF)², l'IAB est un programme visant l'amélioration de la qualité des soins qui s'avère efficace pour faire augmenter tant la durée que l'exclusivité de l'allaitement³. Depuis le lancement de cette initiative, près de 20 000 hôpitaux situés dans plus de 156 pays ont obtenu la certification « Ami des bébés »⁴. Au Québec, on en dénombrait treize établissements au moment de l'évaluation, répartis dans six régions sociosanitaires. Depuis, 14 autres établissements ont obtenu cette reconnaissance officielle et d'autres encore se préparent à l'obtenir.

Le rapport se divise en six parties. Les deux premières décrivent, dans l'ordre, le contexte de l'évaluation et l'IAB. Viennent ensuite l'approche méthodologique de l'évaluation, présentée dans la troisième partie, puis l'exposé des résultats et la diffusion de ceux-ci dans les quatrième et cinquième parties. La sixième et dernière partie porte sur les forces ainsi que sur les limites de l'évaluation.

Les résultats détaillés de l'évaluation se trouvent dans un recueil statistique qui constitue un document complémentaire au présent rapport. Il s'agit plus précisément d'un fichier Excel contenant des tableaux et des figures regroupés en cinq parties. La liste de ces tableaux et figures se trouve à l'annexe V. Le cas échéant, des indications sont données dans le rapport pour guider le lecteur vers les tableaux et les figures du recueil statistique qui correspondent au sujet abordé. Au cours de l'année 2008, les résultats propres à chacune des 16 régions ayant participé à l'évaluation ont été produits, sous forme de fichiers Excel, et diffusés à l'intention des directions de santé publique et des établissements⁵⁻⁸. Ce rapport réunit les résultats du niveau de l'implantation de l'IAB de chacune des régions participantes et de l'ensemble des établissements participants au Québec.

1. Contexte de l'évaluation

L'allaitement maternel est depuis longtemps reconnu comme le mode d'alimentation optimal pour les bébés. C'est une activité normale et naturelle, qui s'intègre physiologiquement et psychologiquement au développement de l'être humain⁹. De plus, l'allaitement contribue de multiples façons à la santé ainsi qu'au bien-être de l'enfant et de sa mère ; il est associé notamment à une réduction des risques de morbidité et de mortalité infantiles^{10, 11}.

Les effets bénéfiques de l'allaitement maternel sont souvent liés à sa durée et à son exclusivité¹². Ce constat se situe à la base des recommandations, émises par l'OMS et par de multiples organisations nationales ou internationales, en faveur de l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant et de sa poursuite, avec l'ajout d'aliments complémentaires, jusqu'à deux ans et au-delà¹³⁻¹⁸.

Un autre constat, selon lequel le taux d'allaitement établi pour le Québec se situait parmi les plus faibles au Canada, a amené le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à publier, en 2001, un document intitulé *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices*¹⁹. En vue de faire augmenter le taux d'initiation ainsi que ceux de la durée et de l'exclusivité de l'allaitement, les Lignes directrices s'appuient sur quatre stratégies visant à protéger, à soutenir et à promouvoir l'allaitement maternel. Ayant démontré son efficacité en ce sens³, l'IAB a été retenue comme principale stratégie pour atteindre les objectifs fixés dans les Lignes directrices. Plus précisément, on voulait qu'en 2007, tous les établissements de santé aient amorcé l'implantation de l'IAB et que plusieurs d'entre eux aient obtenu la reconnaissance officielle. De plus, l'IAB est l'une des activités proposées dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* et elle a été retenue dans la mise à jour de 2008¹.

Pour sa part, depuis 2001, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a conçu une méthode pour mesurer le niveau d'implantation de l'IAB dans les 11 centres de santé et de services sociaux de la région. Ainsi, l'adhésion de 9 hôpitaux à l'IAB a été mesurée en 2001, puis en 2004, et celle des 19 CLSC l'a été en 2005. À partir de 2004, deux instruments informatisés servant à la collecte et à l'analyse des données ont été produits pour soutenir la réalisation des évaluations^{20,21}, ce qui a permis d'informer rapidement les gestionnaires et les intervenants sur l'adhésion à l'IAB de leur organisation.

Aux fins du bilan concernant les Lignes directrices sur l'allaitement et le suivi de l'implantation des activités du Programme national de santé publique, le MSSS a fait appel à l'expertise de cette direction pour coordonner, en 2007, les travaux concernant l'évaluation du niveau d'implantation de l'IAB à l'échelle provinciale. Les résultats présentés ici sont le fruit de cette évaluation.

2. Initiative des amis des bébés

L'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB), proposée conjointement par l'OMS et l'UNICEF², vise la création de milieux de soins où l'allaitement maternel est la norme, de façon à assurer à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie. Au Canada, l'IHAB a été modifiée en Initiative des amis des bébés, et ce, afin que le programme exerce une influence non seulement sur les services de maternité mais aussi sur les autres milieux fréquentés par les mères, les pères et les familles.

Pour obtenir la reconnaissance officielle « Ami des bébés », un hôpital doit :

- appliquer les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (Dix conditions) ;
- respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (Code) ;
- atteindre le taux d'allaitement exclusif fixé par le programme ;
- traverser avec succès un processus d'évaluation externe.

Pour obtenir la même reconnaissance, un centre local de services communautaires (CLSC) doit :

- appliquer les Sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement maternel en santé communautaire (Sept étapes) ;
- respecter le Code ;
- atteindre le taux d'allaitement fixé par le programme ;
- traverser avec succès un processus d'évaluation externe.

Enfin, une maison de naissance doit :

- appliquer à la fois les Dix conditions et les Sept étapes ;
- respecter le Code ;
- atteindre le taux d'allaitement exclusif fixé par le programme ;
- traverser avec succès un processus d'évaluation externe.

Il faut mentionner ici que les Dix conditions constituent désormais les seuls critères qui permettent d'évaluer la qualité de tous les milieux de soins, l'OMS et l'UNICEF ayant conjointement proposé l'adaptation de l'initiative à d'autres secteurs du système de santé en 2009⁴.

Dix conditions pour le succès de l'allaitement^{4,19}

1. Avoir une politique d'allaitement maternel écrite et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
Cette condition est maintenant interprétée de la manière suivante :
Placer le nouveau-né en contact peau à peau, pendant au moins une heure, immédiatement après sa naissance. Encourager les mères à reconnaître les signes qui démontrent que leur bébé est prêt à téter et offrir de l'aide au besoin.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Pratiquer la cohabitation – Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou suce.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Sept étapes du plan de protection, de promotion et de soutien à l'allaitement maternel en santé communautaire^{22, 23}

1. Adopter une politique d'allaitement maternel écrite et systématiquement portée à la connaissance de l'ensemble du personnel et des bénévoles.
2. Donner à tout le personnel soignant les connaissances et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre la politique d'allaitement.
3. Renseigner les femmes enceintes et leur famille sur les avantages de l'allaitement et sur sa pratique.
4. Aider les mères à commencer l'allaitement exclusif et à le poursuivre durant au moins six mois.
5. Encourager la poursuite de l'allaitement après six mois avec l'ajout d'aliments solides au régime du bébé au moment opportun.
6. Offrir une ambiance accueillante aux familles des bébés allaités.
7. Encourager la collaboration entre le personnel soignant, les groupes d'entraide à l'allaitement et la communauté locale.

Résumé du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la santé¹⁹

- Interdire la promotion des laits artificiels, tétines ou biberons auprès du grand public.
- Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux femmes enceintes ou aux parents.
- Interdire la promotion de ces produits dans le système de soins de santé (pas d'échantillons ni d'approvisionnement gratuits).
- Interdire le recours à du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux parents.
- Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de la santé.
- Interdire la promotion d'aliments commerciaux pour bébés comme les solides en pots, les céréales, les jus, l'eau embouteillée, afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif.
- Exiger que chaque emballage ou étiquette mentionne clairement la supériorité de l'allaitement au sein et comporte une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
- S'assurer que les fabricants et les distributeurs fournissent aux professionnels de la santé une information scientifique et se limitant aux faits.
- S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité, que la date limite de consommation y est indiquée, et que les emballages ne comportent pas des termes comme « humanisé » ou « maternisé ».
- Afin d'éviter les conflits d'intérêt, faire en sorte que les professionnels de la santé qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne reçoivent pas de soutien financier des compagnies de produits alimentaires pour bébés (ex. : vacances, invitations à des congrès, etc.).

3. Approche méthodologique

3.1. Objectif

L'évaluation a pour objectif général de donner un portrait du niveau d'implantation de l'IAB au Québec, portrait qui contribuera aux exercices de planification provinciale, régionale et locale. Plus particulièrement, elle vise à montrer dans quelle mesure les politiques, les services et les pratiques existant dans les établissements de santé québécois sont conformes à chacune des Dix conditions et des Sept étapes ainsi qu'au Code.

3.2. Cadre logique de l'Initiative des amis des bébés

C'est un fait maintenant établi que les enfants allaités présentent moins de problèmes de santé et se développent mieux que les enfants nourris avec des préparations commerciales pour nourrissons. En outre, des études suggèrent que ces effets seraient proportionnels à la durée et à l'exclusivité de l'allaitement maternel (phénomène de dose-réponse)^{10, 11, 24}.

Sur le plan populationnel, l'IAB est une stratégie efficace pour faire augmenter la durée et l'exclusivité de l'allaitement³. De nombreuses études rapportent aussi un effet cumulatif des Dix conditions et du Code²⁵⁻³⁰. Les activités proposées par l'IAB – à savoir l'adoption d'une politique claire en faveur de l'allaitement, l'amélioration de la qualité des pratiques et des services fournis aux mères ainsi que la mise en réseau des établissements offrant des services en périnatalité – visent à donner à la mère non seulement un environnement favorable à l'allaitement mais aussi le soutien nécessaire à son initiation et à sa poursuite.

Le cadre logique de l'Initiative des amis des bébés est présenté sous forme modélisée à l'annexe I.

3.3. Modèle théorique de l'évaluation

La présente évaluation, qui s'inscrit dans une optique d'amélioration de la qualité des soins³¹, se veut à la fois normative^{32, 33} et formative.

D'une part, elle est considérée comme une évaluation normative, car elle sert à vérifier dans quelle mesure les services sont conformes aux normes internationales fondées sur des données probantes. Ces normes sont inscrites depuis 2001 dans différents documents d'orientation provinciaux^{1, 19, 34, 35} où figure, parmi les objectifs, celui que tous les établissements donnant des soins pré, per et postnataux obtiennent la certification « Ami des bébés ». C'est pour mieux soutenir l'implantation de cette initiative que le MSSS a voulu connaître l'écart entre les installations participantes (situation actuelle) et les treize installations ayant demandé ou obtenu la reconnaissance officielle au moment de l'évaluation (situation désirée) quant au niveau d'implantation de l'IAB.

D'autre part, l'évaluation est formative puisqu'elle soutiendra les planificateurs aux différents paliers et qu'elle fournira une information utile aux organisations en charge de mettre en œuvre et de faire progresser l'IAB^{36, 37}. Il est connu que, dans les établissements où l'adhésion aux meilleures pratiques reste faible, la rétroaction intensive s'adressant aux gestionnaires et aux cliniciens peut susciter les changements organisationnels et professionnels nécessaires à l'amélioration de leur performance³⁸. La diffusion des résultats auprès des acteurs clés dans les organisations participantes, favorisée dans le cadre de la présente évaluation, prend ici tout son sens.

3.4. Stratégies d'évaluation

La présente étude descriptive est largement inspirée du processus mis en place conjointement par l'OMS et l'UNICEF pour évaluer les établissements voulant être reconnus « Amis des bébés ». Ainsi, tout comme le font ces organisations, l'approche de triangulation a été privilégiée. L'évaluation repose donc sur trois sources d'information, qui représentent autant de perspectives : les gestionnaires et le personnel soignant, les mères et, enfin, les observateurs ayant visité les différents établissements de santé fréquentés par les familles.

3.4.1. Recrutement des établissements

Les établissements visés par l'évaluation sont ceux qui offrent des soins pré, per ou postnataux dans les 18 régions sociosanitaires de la province de Québec^a. Le système de santé et de services sociaux est organisé en 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) et 4 réseaux universitaires de santé. Ces centres et réseaux regroupaient, en 2007, 64 installations offrant des soins hospitaliers obstétricaux ainsi que 152 installations ayant la mission de CLSC et 21 dispensaires, situés dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, qui offrent des soins pré et postnataux^b ; s'y ajoutent les 7 maisons de naissance relevant de CSSS, lesquelles desservent les femmes enceintes qui désirent être suivies par une sage-femme avant, pendant et après leur accouchement.

Le recrutement des installations a été assuré par les agences, qui étaient aussi responsables de la collecte des données auprès des installations participantes de leur région. La participation restant volontaire, des efforts ont été investis afin qu'elle soit aussi optimale que possible. Il en est résulté la mobilisation de seize des dix-huit régions sociosanitaires du Québec ; seules la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et le Nunavik n'ont pas pris part à l'évaluation. L'ensemble des établissements des seize régions ont participé à l'évaluation, sauf dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec ainsi qu'en Abitibi-Témiscamingue – où la moitié des installations y ont participé. Les motifs invoqués étaient le coût de la collecte des données (région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine), la non-disponibilité d'une ressource responsable d'organiser la collecte des données (régions de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nunavik) et le refus de certaines installations de participer (région de la Mauricie et du Centre-du-Québec). Il faut dire que les naissances dans les régions qui n'ont participé que partiellement à l'évaluation et dans celles qui n'y ont pas pris part représentaient respectivement 7,4 % et 1,1 % de toutes les naissances enregistrées au Québec en 2007.

Au total, 55 des 64 hôpitaux (86 %), 138 des 152 CLSC (91 %), 9 des 21 dispensaires (43 %) et 5 des 7 maisons de naissances (71 %) ont accepté de participer à l'évaluation. Des 147 CLSC et

dispensaires, 7 ont été exclus des analyses abordées dans ce rapport parce qu'au moins une source de données était manquante^c. Sous l'angle de la certification « Ami des bébés », 13 installations qui l'avaient reçu ou qui avaient déposé une demande au moment où l'étude ont participé à l'évaluation et 1 maison de naissance certifiée n'y a pas pris part. Enfin, parmi les hôpitaux participants, on trouve les 13 hôpitaux universitaires de la province. Dans un autre ordre d'idées, il faut préciser qu'aux fins de la simplification du texte, le terme *centre accoucheur* a été employé pour désigner les 60 hôpitaux et maisons de naissance participants, tandis que le terme *CLSC* désigne les 140 CLSC et dispensaires participants (après l'exclusion de 7 CLSC évoquée précédemment).

3.4.2. Sélection et taille des échantillons

Les participants faisant partie des échantillons sont les gestionnaires et les intervenants qui travaillent dans les installations ayant consenti à participer ainsi que les mères bénéficiant des soins offerts par celles-ci. Les installations ont été visitées par un intervieweur-observateur qui a questionné le personnel, vérifié les lieux fréquentés par les mères et étudié la documentation fournie par les gestionnaires^d. Les entrevues avec les gestionnaires et les intervenants ont majoritairement eu lieu face à face, tandis que les mères ont été contactées par téléphone.

Intervenants et gestionnaires

Les intervenants ciblés par l'évaluation étaient le personnel infirmier, les médecins, les sages-femmes, les aides natales, les nutritionnistes ainsi que les consultantes en allaitement et autres intervenantes offrant des soins aux mères et aux bébés en matière d'allaitement maternel. Pour être admissibles, ces personnes devaient travailler depuis au moins six mois dans le service de l'installation participante^e. Afin de limiter les coûts, la taille de l'échantillon recommandée pour chaque installation était d'un gestionnaire et d'au moins quatre intervenants pour les CLSC, les hôpitaux où ont lieu moins de 1 000 naissances annuellement et les maisons de naissance, et d'un gestionnaire et d'au moins neuf intervenants pour les hôpitaux où ont lieu 1 000 naissances et plus annuellement. Cependant, chaque agence était libre d'augmenter la taille de l'échantillon dans chacun des établissements de sa région.

Les intervenants ont été sélectionnés de façon aléatoire entre février et novembre 2007, à partir d'une liste du personnel travaillant dans l'installation la journée de la visite de l'intervieweur-observateur. Dans le cas des hôpitaux, la liste devait inclure des intervenants de tous les quarts de travail (jour, soir, nuit) puisque les pratiques peuvent varier d'un quart de travail à l'autre. Sur les 856 gestionnaires et intervenants choisis dans les 140 CLSC, 826 ont rempli le questionnaire (taux de réponse de 96 %), et, sur les 683 gestionnaires et intervenants sélectionnés dans les 60 centres accoucheurs, 535 y ont répondu (taux de réponse de 78 %)^f; cela représente en moyenne 5,9 et 8,9 gestionnaires ou intervenants par CLSC et centre accoucheur respectivement.

Mères

Chaque mère admissible à témoigner de son expérience des soins et des services reçus à l'hôpital, au CLSC ou à la maison de naissance – que ce soit avant, pendant ou après son accouchement – devait répondre à plusieurs critères. D'abord, elle devait résider au Québec et l'âge visé de son enfant au moment de l'entrevue était de 6 à 10 semaines. Cette dernière condition a été fixée pour

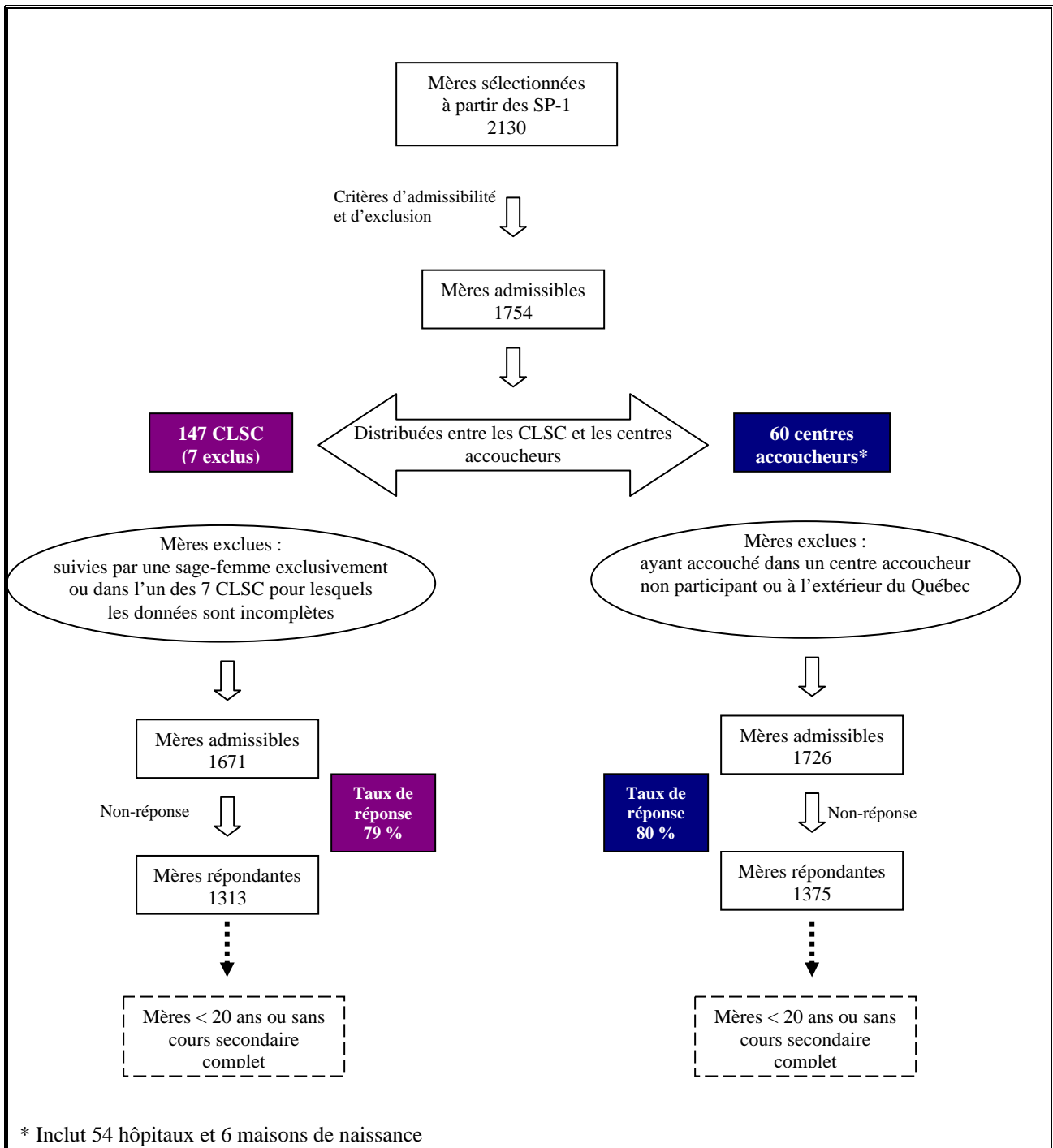
que le portrait des services reçus soit le plus complet possible et pour éviter les biais de rappel. Toutefois, afin de permettre aux installations d'atteindre le nombre de répondantes visé pour former l'échantillon, les critères ont dû être modifiés et les bébés âgés de 7 jours à 6 mois ont finalement été considérés comme admissibles. De plus, la mère devait :

- avoir reçu au moins un service postnatal du CLSC correspondant à son lieu de résidence ou de la maison de naissance où elle avait accouché ;
- allaiter au moment du premier contact avec l'intervenant du CLSC ou de la maison de naissance, c'est-à-dire que le bébé devait avoir reçu du lait maternel au moins une fois dans les 24 heures précédant ce premier contact^g.

L'échantillon des mères a été sélectionné à partir des bulletins de naissance (SP-1), reçus par les directions de santé publique des agences, de 2 130 bébés nés entre les mois de janvier et de septembre 2007. La sélection a été faite à partir d'un plan de sondage aléatoire stratifié par CLSC et par niveau de vulnérabilité de la mère, avec l'objectif de retenir dix mères répondantes par CLSC^h. Parmi ces mères, on visait à en retenir trois qui étaient éligibles au programme québécois des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (programme SIPPE), selon deux des critères d'admissibilité inscrits dans le bulletin de naissance : mères de moins de 20 ans ou dont les études secondaires sont incomplètes. Une fois l'échantillon sélectionné, les mères ont été redistribuées selon le lieu de leur accouchement pour les analyses par centre accoucheur. Cela signifie que l'expérience de l'accouchement d'une mère échantillonnée à partir d'un CLSC dans une région donnée peut se rapporter à un centre accoucheur de la même région ou d'une autre région. Aux fins de l'échantillonnage, les maisons de naissance ont été considérées comme des CLSC, c'est-à-dire que l'on visait à retenir dix mères y ayant accouché, dont trois vivaient en contexte de vulnérabilité ; évidemment, ces mères n'avaient pas à être redistribuées selon le lieu de leur accouchement pour l'analyse par centre accoucheur.

Parmi les 2 130 mères sélectionnées, 1 754 étaient admissibles à l'évaluation et 1 385 d'entre elles ont répondu à un questionnaire téléphonique. Sur le plan de la vulnérabilité, 20 % des mères répondantes étaient âgées de moins de 20 ans ou étaient sous-scolariséesⁱ. La figure 1 résume le processus de sélection des mères et donne le nombre final de mères répondantes, soit 1 313 pour les CLSC et 1 375 pour les centres accoucheurs^j. Ces chiffres représentent en moyenne 9,4 mères par CLSC et 22,9 mères par centre accoucheur dont, en moyenne, 1,8 par CLSC et 4,5 par centre accoucheur sont vulnérables.

Figure 1 : Schéma du recrutement des mères



3.4.3. Mesure des indicateurs

Afin de connaître le degré d'implantation de l'IAB dans une installation, des indicateurs ont été définis pour les Dix conditions, les Sept étapes et certains éléments du Code (voir l'annexe II). Chaque indicateur est évalué au moyen d'une ou deux questions ou observations intégrées à des instruments de mesure informatisés, appelés IHAB-40 et IAB-37^{5, 6, k}. Ainsi, dans un premier temps, les réponses aux questions ou aux observations ont fait l'objet d'un examen visant à déterminer si elles étaient conformes aux normes recommandées par l'IAB (« bonnes réponses »). Ensuite, le degré d'implantation d'un indicateur donné a été calculé en divisant la somme des réponses ou des observations conformes par le nombre total de personnes ayant répondu à la question ou le nombre total d'observations effectuées. Le degré d'implantation représente donc la proportion des gestionnaires et intervenants, des mères ou des observateurs ayant donné une réponse conforme. Aux fins de ce rapport, un indicateur est considéré comme complètement implanté si la proportion atteint 75 %. Enfin, des scores d'implantation ont été calculés selon un système de pointage quand un indicateur est complètement implanté. Ils donnent, d'une part, une mesure sommaire pour chacune des étapes et des conditions (score d'implantation partiel) et, d'autre part, une mesure pour la totalité des Sept étapes et des Dix conditions ainsi que pour le Code (score d'implantation global).

En ce qui a trait aux CLSC, des analyses ont été faites par région et pour l'ensemble du Québec. Ici, le degré d'implantation des indicateurs correspondant aux Sept étapes et au Code résulte de la moyenne des proportions établies pour chaque CLSC d'une région (statistique régionale) ou de l'ensemble de la province, toutes régions confondues (statistique provinciale). Pareillement, les scores d'implantation partiels et globaux des Sept étapes et du Code résultent de la moyenne des scores calculés pour chaque CLSC d'une région (statistique régionale) ou de l'ensemble de la province, toutes régions confondues (statistique provinciale).

Dans le cas des mères, une pondération a été appliquée pour assurer la représentativité des participantes. Elle tient compte de la surreprésentation des mères vulnérables ainsi que du taux d'admissibilité et du taux de réponse établis pour les mères présentant des caractéristiques similaires.

En ce qui concerne les centres accoucheurs, il fallait prendre en considération le fait qu'ils fournissent des services à des mères résidant sur le territoire de CLSC différents et dans diverses régions. Ainsi, les calculs ont été faits selon quatre types de centres accoucheurs, à savoir :

- l'hôpital faisant partie d'un CSSS où ont lieu 1 000 naissances et plus annuellement ;
- l'hôpital faisant partie d'un CSSS où ont lieu moins de 1 000 naissances annuellement ;
- l'hôpital universitaire ;
- la maison de naissance.

Le degré d'implantation des indicateurs correspondant aux Dix conditions et au Code résulte donc de la moyenne des proportions établies pour chaque centre accoucheur d'un même type (statistique par type de centre accoucheur) et pour l'ensemble de la province (statistique provinciale). Pareillement, le score d'implantation des Dix conditions et du Code résulte de la

moyenne des scores pour chaque centre accoucheur d'un même type (statistique par type de centre accoucheur) et pour l'ensemble de la province (statistique provinciale).

L'annexe III donne plus de détails sur les étapes sur lesquelles s'appuie l'évaluation du niveau d'implantation de l'IAB. L'annexe IV présente les questions inscrites dans les instruments de mesure portant sur les caractéristiques des participants et sur d'autres informations liées à la nature, à la fréquence des soins et des services offerts ou reçus ainsi qu'aux ressources mises à contribution.

3.4.4. Considérations éthiques

Compte tenu qu'il s'agit d'une évaluation portant sur le rendement⁴⁰, l'examen du projet par un comité d'éthique de la recherche n'était pas exigé. Toutefois, le MSSS, en collaboration avec les agences, a veillé à ce que des mesures soient prises pour que l'évaluation se fonde sur des règles éthiques. Ainsi, les quatre principes fondamentaux de l'éthique ont été pris en compte tout au long des travaux relatifs à l'évaluation, soit le respect de l'autonomie et la protection de la confidentialité, la bienfaisance, la non-malfaisance ainsi que la justice.

Notes

- a. Le lecteur moins familier avec la structure des services sociosanitaires québécois peut consulter le document intitulé *En bref, le système de santé et de services sociaux au Québec*, accessible sur le site Web du MSSS (http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/ssss_en_bref/index.php?accueil). Le système y est décrit de façon succincte et dans plusieurs langues.
- b. Les 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont issus de la fusion, en 2004, des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement et de soins de longue durée et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier. Les CLSC sont des centres de soins de santé primaires offrant, en périnatalité, des soins et des services préventifs pendant la grossesse et après l'accouchement. En ce qui concerne les hôpitaux faisant partie d'un CSSS, 51 d'entre eux offrent des soins obstétricaux. Quant aux 13 hôpitaux universitaires offrant de tels soins, ils font plutôt partie des quatre réseaux universitaires intégrés de santé et sont rattachés à l'une ou l'autre des quatre facultés de médecine du Québec.
- c. Les 7 CLSC exclus se situent dans les régions 9 (2 CLSC), 10 (1 CLSC), 14 (1 CLSC) et 18 (3 CLSC). Il manquait des données soit pour la perspective des mères (2 CLSC sans mères éligibles pendant la période de collecte des données), soit pour la perspective des gestionnaires et intervenants (3 CLSC), soit pour la perspective des observateurs (4 CLSC). Ce sont 23 gestionnaires et intervenants ainsi que 30 mères qui ont été exclus des analyses sur le niveau d'implantation de l'IAB dans les CLSC. Les 7 CLSC ont toutefois été inclus dans les résultats envoyés à chacune des autorités régionales. Il faut préciser ici qu'aucun centre accoucheur participant n'a été exclu à cause de données manquantes.
- d. Les éléments vérifiés dans les installations incluaient :
- les différents lieux fréquentés par les mères à l'unité de maternité et, dans le cas des CLSC, l'entrée ou l'accueil, les salles d'attente, les bureaux de consultation et les locaux destinés à la vaccination, à l'allaitement ou aux rencontres prénatales ;
 - les lieux d'affichage de la politique sur l'allaitement ;
 - l'entreposage de préparations commerciales pour nourrissons ;
 - la présence d'affiches et d'accessoires tels que des rubans à mesurer, des courbes de croissance, des crayons ou des bloc-notes ;
 - dans le cas des CLSC seulement, l'aménagement d'une pièce fermée mise à la disposition des mères qui allaitent.
- Quant à la documentation fournie par le gestionnaire, la vérification visait :
- la politique sur l'allaitement ;
 - les échantillons ou matériels publicitaires distribués aux familles ;
 - les listes ou dépliants, remis aux mères après leur accouchement, sur les groupes d'entraide et les autres ressources en allaitement (telles que les cliniques d'allaitement, les professionnels de la santé comme les médecins et les consultantes en allaitement).
- e. L'évaluation visait les intervenants donnant des soins directs en matière d'allaitement maternel aux gestantes, aux parturientes, aux nouvelles mères, aux nouveau-nés ou aux nourrissons en période pré, per ou postnatale. Toutefois, certaines directions de santé publique ont jugé pertinent d'inclure, dans l'échantillon des CLSC, au moins un intervenant ne donnant pas de soins directs en allaitement mais ayant suivi la formation sur l'allaitement et l'IAB, et faisant partie d'une équipe multidisciplinaire qui s'occupe des mères et des nourrissons. Le pourcentage d'intervenants appartenant à cette catégorie s'élève à 14 % des 826 intervenants participants (10 % de travailleurs sociaux, psychologues ou psychoéducateurs, 2 % d'auxiliaires familiales ou infirmières auxiliaires et 2 % d'autres intervenants tels que des organisateurs communautaires).
- f. Parmi les 148 gestionnaires et intervenants non répondants, plus de la moitié (N = 91) travaillent dans les deux seuls hôpitaux affichant un taux de réponse inférieur à 50 %. Plus précisément, le taux de réponse d'un hôpital de la région 03 a été de 30 % (30 intervenants répondants sur 101 sélectionnés) et celui d'un hôpital de la région 07 a été de 44 % (14 intervenants répondants sur 34 sélectionnés). Ces deux hôpitaux mis à part, le taux de réponse

pour les intervenants échantillonnés dans les 58 centres accoucheurs est de 90 % (491 intervenants répondants sur 548 sélectionnés). Compte tenu que les estimations provinciales changent très peu lorsque ces deux hôpitaux sont exclus des analyses (différence de 0,04 et de 0,01 pour le score d'implantation global des Dix conditions et du Code respectivement), ils ont été conservés aux fins de l'évaluation.

g. Sont également exclues les mères :

- ayant eu un nouveau-né décédé ou qui pesait moins de 2 000 grammes à la naissance. Celles dont le nouveau-né pesait entre 2 000 et 2 499 grammes ont été retenues même si l'on considère ce dernier comme étant de petit poids à la naissance, parce que le risque pour lui de recevoir des soins spécialisés ou intensifs n'est pas très élevé ;
- ne comprenant ni le français ni l'anglais et étant dans l'impossibilité d'avoir accès à un interprète (membre de l'entourage ou intervieweur parlant et comprenant la langue parlée par la mère) ;
- ayant subi un accouchement par césarienne avec anesthésie générale, en raison du fait que les soins hospitaliers prodigués alors sont particuliers et que les critères fixés conjointement par l'OMS et l'UNICEF dans les Règles mondiales ne les évaluent pas de la même façon⁴ ;
- étant âgées de moins de 18 ans, parce que la vulnérabilité imposée par leur jeune âge les rend incapables de donner un consentement éclairé, selon le Code civil. Toutefois, ces mères représentent un faible pourcentage des naissances au Québec (moins de 1 % des naissances en 2003).

h. Les autorités de chaque région ont déterminé la période de collecte des données dans les CLSC. Certains CLSC ont eu besoin de deux ou trois périodes discontinues pour atteindre le nombre visé de répondantes. Sur la base des informations consignées dans les bulletins de naissance (SP-1) reçus par les directions de santé publique des agences, les bébés dont la mère n'était pas visée ont d'abord été exclus de la sélection. Les bébés restants ont été ordonnés en fonction de leur date de naissance, puis répartis en deux strates d'échantillonnage selon l'âge de la mère et son dernier niveau de scolarité complété. Cette stratification visait à ce que l'échantillon de dix mères soit idéalement réparti comme suit : sept mères de 20 ans et plus ayant complété leurs études secondaires et trois mères de moins de 20 ans ou dont les études secondaires ne sont pas complétées. Ces dernières sont admissibles au programme québécois des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, appelé programme SIPPE. En fait, les mères de moins de 20 ans sont admises d'emblée à ce programme tandis que, pour les mères de 20 ans et plus, deux conditions se posent : des études secondaires non complétées ainsi qu'un faible revenu. Le revenu n'étant pas une information prise en compte dans le SP-1, le seul critère utilisé pour stratifier les mères plus âgées a été le niveau de scolarité. Enfin, les bébés ont fait l'objet d'un échantillonnage systématique visant à ce que l'on ait dix mères répondantes par CLSC, dont trois étant considérées comme vulnérables d'après leur âge et leur niveau de scolarité. Pour ce faire, un pas d'échantillonnage a été estimé pour chacune des strates, sur la base de données tirées du *Registre des événements démographiques du Québec*. Par exemple, un pas d'échantillonnage de 3 indique que l'on sélectionne 1 mère sur 3 ayant accouché durant la période de collecte des données – soit la 3^e, la 6^e, la 9^e, etc. –, jusqu'à l'obtention du nombre de mères désiré.

i. Selon le plan de sondage, l'échantillon devait comprendre 30 % de mères vivant dans un contexte de vulnérabilité. Plusieurs CLSC n'ont pas réussi à atteindre ce pourcentage, soit parce qu'il n'y a pas eu suffisamment de femmes admissibles, selon la base des informations consignées dans les bulletins de naissance (SP-1), au programme québécois des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (programme SIPPE) qui ont accouché pendant la période de collecte des données fixée ou parce que les mères sélectionnées étaient non admissibles ou non répondantes.

j. Dans le cas de l'évaluation du niveau d'implantation de l'IAB dans les CLSC, 72 de 1 385 mères répondantes ont été exclues des analyses présentées dans le rapport ; 30 d'entre elles résidaient sur le territoire desservi par l'un des sept CLSC exclus, alors que les 42 autres avaient été suivies exclusivement par une sage-femme travaillant dans une maison de naissance. Cependant, une mère dont le suivi a été assuré par un CLSC et une maison de naissance a été retenue pour l'analyse. En ce qui concerne les centres accoucheurs, les 43 mères ayant accouché dans une maison de naissance sont prises en compte dans l'analyse et seules 10 des 1 385 mères répondantes ont été exclues ; 6 d'entre elles ont donné naissance à leur bébé dans un centre accoucheur québécois ne participant pas à l'évaluation, tandis que les 4 autres ont accouché à l'extérieur du Québec.

-
- k. Dans le cas des maisons de naissance, les questionnaires des instruments IHAB-40 et IAB-37 s'adressant aux intervenants ont été rassemblés en un seul document pour la collecte des données. En effet, les maisons de naissance, de par la nature des services qu'elles offrent, doivent appliquer à la fois les critères établis pour les hôpitaux et ceux qui concernent les CLSC.

4. Résultats

La présente partie fait état des principaux résultats sur le niveau d'implantation IAB dans les établissements de santé québécois offrant des services en périnatalité. Lorsqu'il est question de l'ensemble du Québec dans le texte, il faut se rappeler que certains établissements n'ont pas participé à l'évaluation. Les résultats détaillés se trouvent dans le recueil statistique, document complémentaire au présent rapport^a. Un encadré placé au début de chaque section renvoie aux tableaux et aux figures de ce recueil qui correspondent aux résultats présentés dans ladite section.

4.1. L'Initiative des amis des bébés : un programme lancé

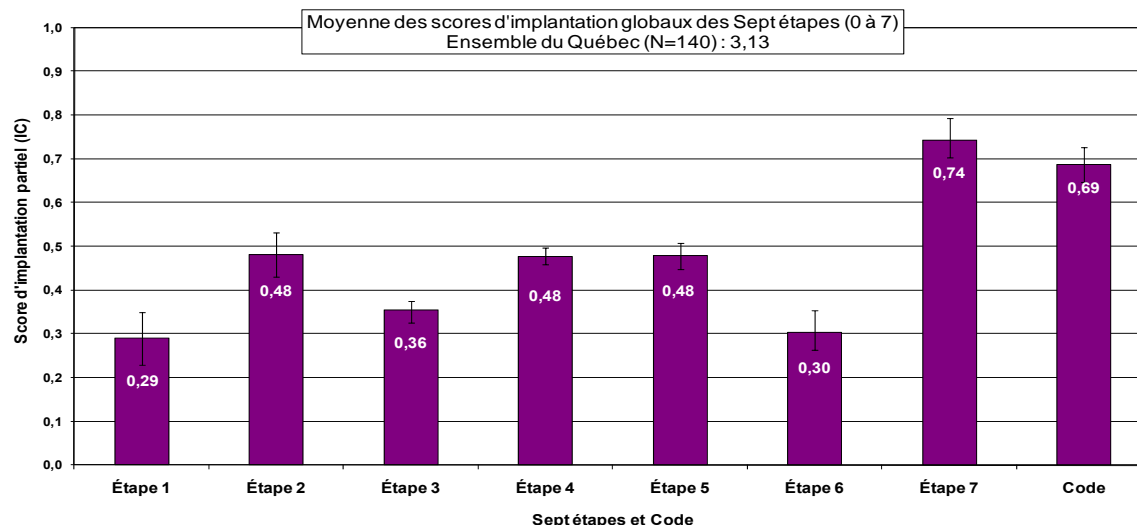
Les résultats portant sur l'implantation de l'IAB dans l'ensemble des CLSC et des centres accoucheurs qui ont participé à l'évaluation montrent que cette implantation est bel et bien en cours au Québec. Les scores d'implantation et les intervalles de confiance correspondants qui se rapportent aux Sept étapes, aux Dix conditions ou au Code montrent également qu'il existe toutefois des variations importantes (voir les figures 2 et 3).

Dans le cas des CLSC, la plus basse moyenne des scores d'implantation se rapporte à l'adoption d'une politique sur l'allaitement (étape 1). En fait, selon la perspective des observateurs, seulement 41 % des 140 CLSC participants ont, par l'entremise de leur conseil d'administration, adopté une telle politique (voir le tableau 2, à la partie I du recueil statistique). À l'opposé, les scores les plus élevés, et assez près l'un de l'autre, sont établis pour la mise en réseau des installations avec les groupes d'entraide et autres ressources en allaitement (étape 7) et pour le Code. En ce qui a trait aux centres accoucheurs, la moyenne des scores la plus élevée concerne la non-utilisation des biberons et des tétines artificielles (condition 9) ; le Code se situe encore ici en deuxième place, suivi de près par la mise en réseau des installations avec les groupes d'entraide et autres ressources en allaitement (condition 10). Le score d'implantation le plus bas correspond à la cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24 (condition 7). Enfin, il faut mentionner que les étapes et les conditions liées au counseling ou à l'enseignement pré et postnatal (étapes 3 et 5 ainsi que conditions 3, 5 et 8) affichent un niveau d'implantation plutôt faible^b.

Les données sur la présente section se trouvent aux endroits suivants du recueil statistique :

- **Partie I**
 - **Tableau 2**
 - **Figure A**
- **Partie II**
 - **Tableau 6**
 - **Figure C**

Figure 2 : Scores d'implantation et intervalles de confiance des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, ensemble du Québec, 2007

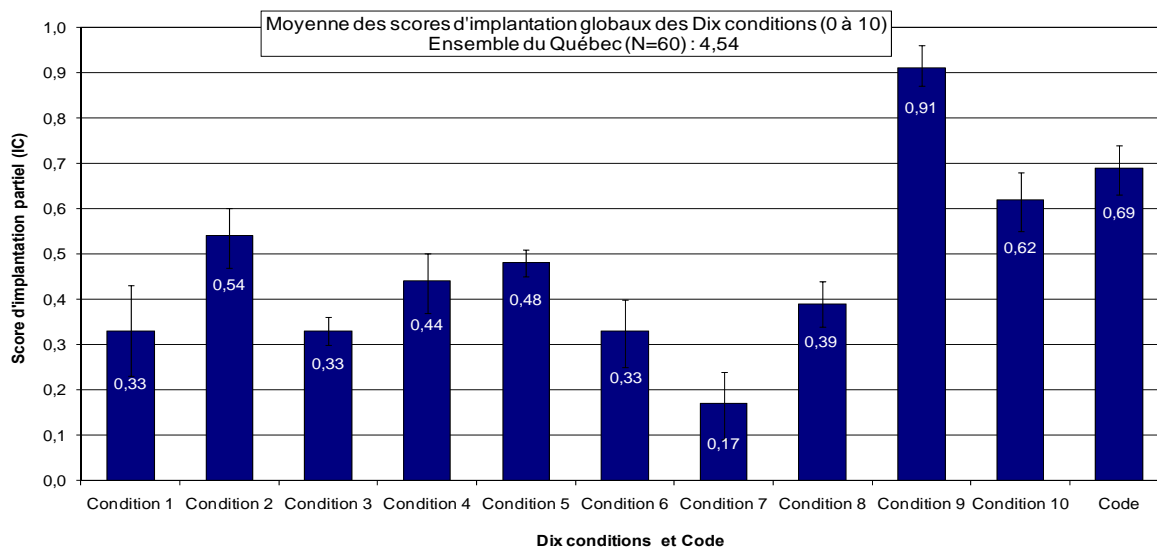


Note : Pour l'interprétation des résultats, les points suivants doivent être pris en compte :

- Les régions 11 et 17 n'ont pas participé à l'évaluation.
- Les régions 04 et 08 n'ont participé que partiellement à l'évaluation (50 % des CLSC de ces régions y ont pris part).
- Les régions 9, 10, 14 et 18 ont vu respectivement deux, un, un et trois de leurs CLSC être exclus de l'analyse en raison d'un manque de données concernant au moins une des trois perspectives définies pour l'évaluation.
- L'intervalle de confiance à 95% (IC) est un intervalle de valeurs qui a 95% de chance de contenir la vraie valeur du score d'implantation.

Source : Recueil statistique, **Partie I, Figure A, onglet « A. Figure scores IAB – CLSC ».**

Figure 3 : Scores d'implantation et intervalles de confiance des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, ensemble du Québec, 2007



Note : Pour l'interprétation des résultats, les points suivants doivent être pris en compte :

- 9 hôpitaux (faisant partie d'un CSSS où ont lieu moins de 1 000 naissances annuellement) des régions 04, 08 et 11 n'ont pas participé à l'évaluation.
- 2 maisons de naissance des régions 04 et 12 n'ont pas participé à l'évaluation.
- L'intervalle de confiance à 95% (IC) est un intervalle de valeurs qui a 95% de chance de contenir la vraie valeur du score d'implantation.

Source : Recueil statistique, **Partie II, Figure C, onglet « C. Figure score IAB – CA ».**

En résumé :

- L'implantation de toutes les étapes et conditions ainsi que du Code est en cours au Québec. Toutefois, il existe des variations importantes :
 - les étapes et les conditions relatives à l'adoption d'une politique sur l'allaitement, à la formation du personnel, au counseling pré et postnatal ainsi qu'à certaines pratiques hospitalières affichent les scores les plus faibles (scores d'implantation partiels se situant entre 0,17 et 0,54 sur 1).
 - la mise en réseau des installations avec les groupes d'entraide et autres ressources en allaitement, la non-utilisation des tétines artificielles et le respect du Code affichent les scores les plus élevés (scores d'implantation partiels se situant entre 0,62 et 0,91, sur 1).

4.2. Des opinions contrastées

Parmi les résultats de l'évaluation, certains montrent le niveau d'implantation de l'IAB selon trois sources, appelées aussi *perspectives* : soit les gestionnaires et intervenants, les mères et les observateurs. Afin de produire ces résultats, des scores ont été construits par perspective (pour les détails sur la méthode, voir l'annexe III). Ainsi, le score d'implantation partiel de chacune des étapes et conditions peut être décortiqué selon les perspectives utilisées pour le produire. Il est calculé pour chacune des installations en divisant le total de points obtenus pour une perspective donnée par le maximum de points pouvant être attribués à cette perspective. Les deux figures suivantes montrent la moyenne des scores d'implantation décortiqués selon la perspective des gestionnaires et intervenants, des mères et des observateurs pour les CLSC (voir la figure 4) et les centres accoucheurs participants (voir la figure 5).

Les données sur la présente section se trouvent aux endroits suivants du recueil statistique :

- **Partie I**
 - **Tableau 2**
 - **Figure B**
- **Partie II**
 - **Tableaux 6, 8 et 9**
 - **Figure D**
- **Partie III**
 - **Tableaux 14 à 17**
- **Partie V**
 - **Tableau 19**

En prenant connaissance des résultats, on constate que les gestionnaires et intervenants ainsi que les observateurs sont plus nombreux que les mères à rapporter une forte adhésion aux normes recommandées par l'IAB. Lorsque le niveau d'implantation selon la perspective des observateurs a été calculé, il est toujours assez proche de celui qui a été établi à partir de la perspective des gestionnaires et intervenants ; quant au niveau d'implantation mesuré selon la perspective des mères, il est souvent moins grand que ceux que l'on obtient à partir des deux autres sources d'information. Par exemple, la moyenne des scores d'implantation partiels pour l'étape 3 est de 0,36 ; celle des scores « décortiqués » pour la même étape est de 0,65 pour la perspective des intervenants et de 0,06 pour la perspective des mères (voir les figures A et B, à la partie I du recueil statistique). Ces résultats indiquent bien que, pour les mêmes indicateurs, le seuil de 75 % est plus fréquemment atteint quand ce sont les intervenants qui se prononcent que quand ce sont

les mères. Le même phénomène se manifeste clairement concernant toutes les étapes (3, 4 et 5) et conditions (3, 5 et 8) liées au counseling ou à l'enseignement pré et postnatal en matière d'allaitement, pour lesquelles on remarque des écarts importants entre ce que l'intervenant rapporte enseigner et ce sur quoi la mère rapporte avoir été informée.

D'autres données illustrent la divergence entre les propos des intervenants et ceux des mères. Lorsque l'on compare les connaissances et l'enseignement, on constate que les mères peuvent posséder certaines connaissances tout en disant ne pas avoir reçu (ou ne pas avoir retenu) la bonne information. Ce phénomène s'observe par certains résultats de l'étape 4 et de la condition 8, qui concernent respectivement le counseling sur l'allaitement à la demande et la durée des tétées. Les réponses aux indicateurs définis pour ces deux concepts de base de l'allaitement montrent que la connaissance des mères sur l'allaitement à la demande et la durée des tétées est excellente. Par exemple, dans les CLSC, en moyenne 81 % des mères donnent une définition acceptable de l'allaitement à la demande et 89 % des mères rapportent que la durée de la tétée ne doit pas être limitée. Toutefois, quand on prend les indicateurs sur l'enseignement reçu, seulement 39 % des mères affirment avoir été informées par les intervenants du CLSC d'allaiter aussitôt que le bébé le demande et 36 % disent l'avoir été de ne pas limiter la durée de la tétée (voir les indicateurs P4_E, P4_F, P4_7 et P4_8 dans le tableau 2, à la partie I du recueil statistique).

Par ailleurs, des différences significatives entre ce que rapportent les mères ne répondant à aucun des critères de vulnérabilité pris en compte dans le cadre de l'évaluation et les mères vulnérables quant aux informations reçues après l'accouchement (étape 4 ainsi que conditions 5 et 8) laissent entrevoir certaines faiblesses dans l'enseignement et le counseling en matière d'allaitement fait par les intervenants des CLSC et des centres accoucheurs. Par exemple, 55 % des mères scolarisées et âgées de 20 ans ou plus – sans caractéristiques de vulnérabilité, donc – disent avoir été informées par les intervenants des centres accoucheurs sur au moins deux éléments permettant d'évaluer si un bébé allaité obtient suffisamment de lait, par rapport à seulement 32 % des mères sous scolarisées ou âgées de moins de 20 ans – soit les mères vulnérables (voir l'indicateur S5_5 dans le tableau 17, à la partie II du recueil statistique)^c.

Les conditions correspondant aux pratiques et aux routines hospitalières telles que le contact peau à peau précoce et prolongé, le recours aux suppléments seulement pour des raisons médicales acceptables, la cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24, la non-utilisation des tétines artificielles et la remise ou le don d'échantillons de préparations commerciales pour nourrissons (conditions 4, 6, 7, 8 et 9 ainsi que Code) font exception à la tendance précitée, mais l'interprétation des résultats doit tenir compte de certaines particularités. Prenons la condition 4, qui porte sur le contact peau à peau entre la mère et son enfant. Selon les nouvelles recommandations publiées par l'OMS et l'UNICEF en 2006⁴, les normes établies pour le contact peau à peau sont plus strictes que celles de 1992⁴¹ ; d'autre part, elles sont devenues identiques pour les accouchements par voie vaginale ou par césarienne^d. Au Québec, les routines de soins liées aux césariennes interféraient souvent avec le contact peau à peau précoce et prolongé durant la période à laquelle avait lieu l'évaluation. Comme l'implantation de cette condition exige que la pratique du contact peau à peau soit conforme à la norme pour les deux types d'accouchements, il n'est pas surprenant que le degré d'implantation établi à partir des propos des gestionnaires et intervenants reste faible même si cette pratique est bien implantée dans le cas des accouchements vaginaux. Par contre, comme la majorité (79 %) des mères répondantes ont accouché par voie

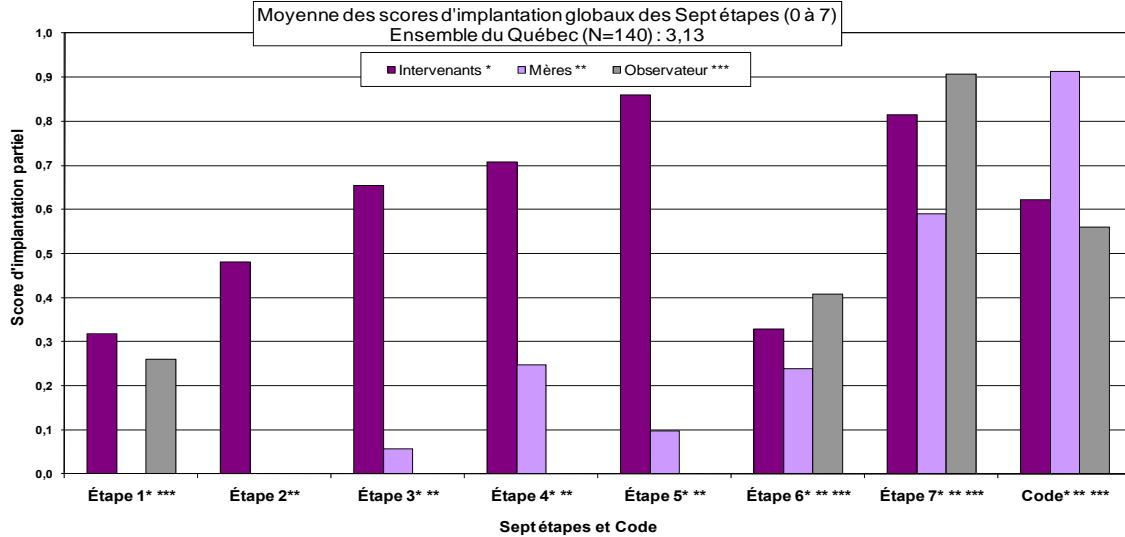
vaginale, elles sont plus nombreuses à avoir eu un contact peau à peau d'une durée et d'une qualité conformes à l'IAB, d'où une implantation plus forte de la pratique selon cette perspective (voir les indicateurs S4_1 à S4_4, S4_Av à S4_Fv et S4_Ac à S4_Fc dans le tableau 6, à la partie II du recueil statistique).

Ces mêmes considérations s'appliquent à la pratique de la cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24 (condition 7) puisque les normes sont, ici aussi, devenues plus strictes qu'avant et identiques pour les deux types d'accouchement. Toutefois, à la différence de la pratique du contact peau à peau, l'expérience des mères n'influence pas à la hausse le niveau d'implantation de cette condition. En effet, malgré le fait que la majorité d'entre elles ont accouché par voie vaginale, seulement 17 % des mères rapportent que leur bébé n'a pas été séparé d'elle pendant le séjour à l'hôpital ou à la maison de naissance. D'autres données montrent que 70 % des 1 144 mères séparées de leur bébé ont subi plus d'une séparation (20 % d'entre elles ont été séparées 5 fois et plus) et que presque 50 % de ces mères ont été séparées pendant plus d'une heure dans le cas de la séparation la plus longue (voir les questions S7_2, S7_A.1 et S7_A.2 dans le tableau 9, à la partie II du recueil statistique).

Pareillement, le faible niveau d'implantation de la condition 6 établi à partir des propos des gestionnaires et intervenants reflète probablement une pratique d'administration de suppléments répandue au Québec^{42, 43} ainsi qu'une méconnaissance des indications médicales acceptables pour l'OMS et l'UNICEF ou une faible adhésion à ces indications⁴⁴. Quant à la perspective des mères, les résultats qui s'y rapportent montrent un portrait plus positif. Parmi les mères questionnées, 62 % disent que leur bébé a reçu seulement du lait maternel et la proportion atteint 69 % lorsque l'on inclut les suppléments donnés pour des indications médicales acceptables^e.

Enfin, le respect élevé du Code, selon la perspective des mères, constitue un signe que les pratiques découragées – notamment la remise d'échantillons de préparations commerciales pour nourrissons, l'approvisionnement en de tels produits et l'enseignement en groupe sur ces produits – sont de plus en plus délaissées dans les établissements de santé québécois. Toutefois, les intervenants disent remettre des échantillons ou des provisions de préparations commerciales plus souvent aux mères en situation d'urgence ou se trouvant dans une situation sociale difficile qu'à celles qui ne connaissent pas ces types de situation (voir les questions C_1.1a, C_1.1b, C_2a et C_2b dans le tableau 19, à la partie V du recueil statistique). Ce constat est confirmé par le fait que les mères vulnérables étaient significativement plus nombreuses que les autres à avoir reçu, pendant leur séjour à l'hôpital, des échantillons de préparations commerciales pour nourrissons ou de la documentation publicitaire à leur sujet ainsi que des provisions pour usage à la maison (voir les indicateurs C_1 et C_2 dans le tableau 17, à la partie III du recueil statistique)^f.

Figure 4 : Scores d'implantation des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, par perspective, ensemble du Québec, 2007

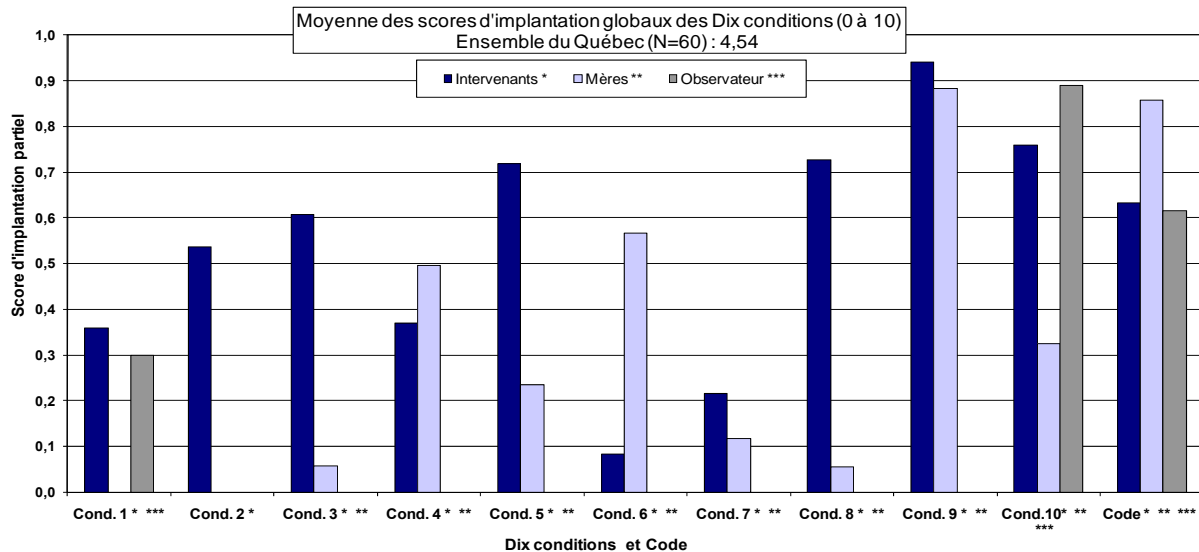


Note : Pour l'interprétation des résultats, les points suivants doivent être pris en compte :

- Les astérisques identifient les perspectives utilisées.
- Les régions 11 et 17 n'ont pas participé à l'évaluation.
- Les régions 04 et 08 n'ont participé que partiellement à l'évaluation (50 % des CLSC de ces régions y ont pris part).
- Les régions 9, 10, 14 et 18 ont vu respectivement deux, un, un et trois de leurs CLSC être exclus de l'analyse en raison d'un manque de données concernant au moins une des trois perspectives définies pour l'évaluation.

Source : Recueil statistique, **Partie I, Figure B, onglet « B. Figure perspectives – CLSC ».**

Figure 5 : Scores d'implantation des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, par perspective, ensemble du Québec, 2007



Note : Pour l'interprétation des résultats, les points suivants doivent être pris en compte :

- Les astérisques identifient les perspectives utilisées.
- 9 hôpitaux (faisant partie d'un CSSS où ont lieu moins de 1 000 naissances annuellement) des régions 04, 08 et 11 n'ont pas participé à l'évaluation.
- 2 maisons de naissance des régions 04 et 12 n'ont pas participé à l'évaluation.

Source : Recueil statistique, **Partie II, Figure D, onglet « D. Figure perspectives – CA ».**

En résumé :

- Le niveau d'implantation de l'IAB est souvent moins grand selon la perspective des mères que selon celle des gestionnaires et intervenants ou celle des observateurs, surtout en ce qui concerne l'enseignement donné ou reçu en matière d'allaitement.
- Le niveau d'implantation de certaines pratiques hospitalières (le contact peau à peau précoce et prolongé, l'administration de suppléments seulement sur indication médicale) et celui du Code font exception à la tendance précitée, mais l'interprétation des résultats exige la prise en compte de certaines particularités.

4.3. Un coup d'œil par région et par type de centre accoucheur

Dans cette section, les scores d'implantation des CLSC sont présentés par région sociosanitaire (voir le tableau 1) et ceux des centres accoucheurs le sont par type (voir le tableau 2) ; dans les deux cas, des scores ont été établis pour l'ensemble du Québec aux fins de comparaison (voir également le tableau 3, à la partie I, et le tableau 7, à la partie II du recueil statistique).

Les résultats montrent qu'il existe des variations importantes du niveau d'implantation de l'IAB entre les régions participantes et entre les différents types de centres accoucheurs. Ainsi, dans le cas des CLSC, le score d'implantation global pour les Sept étapes varie de 1,19 à 4,39 sur 7 et celui du Code, de 0,44 à 0,86 sur 1. En ce qui concerne les centres accoucheurs, les scores varient d'un type à l'autre, les plus élevés étant établis pour les maisons de naissance et les plus faibles, pour les hôpitaux universitaires.

Les données sur la présente section se trouvent aux endroits suivants du recueil statistique :

- **Partie I**
 - **Tableaux 1 et 3**
- **Partie II**
 - **Tableaux 5, 7, 8 et 9**
- **Partie IV**
 - **Tableau 18**
- **Partie V**
 - **Tableaux 19 à 24**

Dans le recueil statistique, les données sur le degré d'implantation des indicateurs (voir le tableau 1, à la partie I, et le tableau 5, à la partie II du recueil statistique) et ceux sur les caractéristiques des répondants (voir les tableaux 19 à 24, à la partie V du recueil statistique) aideront les acteurs concernés par l'IAB à comprendre comment certains facteurs contribuent aux disparités interrégionales. Certaines caractéristiques des installations, des gestionnaires et intervenants (voir le tableau 18, à la partie IV, et les tableaux 19 et 22, à la partie V du recueil statistique) ainsi que des mères (voir les tableaux 20, 21, 23 et 24, à la partie V du recueil statistique) – comme le nombre de naissances dans un hôpital, la présence de consultant en lactation parmi le personnel soignant, le degré de participation des mères aux rencontres prénatales et le nombre de mères qui connaissent une situation particulière (étant membres d'une communauté culturelle, ayant un bébé de petit poids, ou ayant un bébé dont l'état requiert des soins spécialisés ou intensifs) – constituent des facteurs pouvant influencer l'interprétation des résultats obtenus.

Tableau 1 : Sommaire des scores d'implantation des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, selon la région et l'ensemble du Québec, 2007

CLSC par région	Ensemble du Québec	(01) Bas Saint-Laurent	(02) Saguenay-Lac-St-Jean	(03) Capitale Nationale	(04) Mauricie et Centre-du-Québec	(05) Estrie	(06) Montréal	(07) Outaouais	(08) Abitibi-Temiscamingue	(09) Côte-Nord	(10) Nord-du-Québec	(12) Chaudière-Appalaches	(13) Laval	(14) Lanaudière	(15) Laurentides	(16) Montérégie	(18) Terres-Criées-de-la-Baie-James
N participants (Total)	140	8 (8)	6 (6)	10 (10)	6 (12)	7 (7)	29 (29)	8 (8)	3 (6)	7 (9)	4 (5)	11 (11)	4 (4)	5 (6)	7 (7)	19 (19)	6 (9)
Score d'implantation partiel (IC)																	
Étape 1	0,29 (0,23;0,36)	0,56	0,38	0,08	0,46	0,18	0,15	0,09	0,58	0,00	0,63	0,30	0,00	0,00	0,50	0,68	0,00
Étape 2	0,48 (0,43;0,53)	0,53	0,23	0,46	0,80	0,80	0,48	0,45	0,47	0,11	0,10	0,27	0,30	0,52	0,66	0,80	0,03
Étape 3	0,36 (0,33;0,38)	0,40	0,28	0,37	0,47	0,40	0,37	0,40	0,37	0,23	0,40	0,23	0,15	0,38	0,39	0,46	0,15
Étape 4	0,48 (0,46;0,50)	0,63	0,45	0,52	0,47	0,55	0,41	0,62	0,44	0,39	0,43	0,49	0,36	0,44	0,50	0,53	0,36
Étape 5	0,48 (0,45;0,51)	0,47	0,42	0,53	0,63	0,61	0,48	0,59	0,58	0,29	0,50	0,39	0,31	0,55	0,50	0,50	0,29
Étape 6	0,30 (0,26;0,35)	0,44	0,21	0,30	0,29	0,14	0,32	0,06	0,33	0,14	0,13	0,23	0,44	0,40	0,25	0,53	0,29
Étape 7	0,74 (0,69;0,79)	0,88	0,83	0,90	0,80	0,80	0,65	0,88	0,73	0,71	0,50	0,67	0,80	0,84	0,80	0,88	0,07
Score d'implantation global (IC)																	
Sept étapes	3,13 (2,85;3,42)	3,90	2,80	3,15	3,91	3,48	2,85	3,09	3,51	1,88	2,68	2,57	2,36	3,13	3,59	4,39	1,19
Code	0,69 (0,65;0,73)	0,83	0,57	0,57	0,71	0,81	0,70	0,64	0,61	0,47	0,58	0,44	0,60	0,75	0,86	0,86	0,68

Note : Pour l'interprétation des résultats, les points suivants doivent être pris en compte :

- Les régions 11 et 17 n'ont pas participé à l'évaluation
- Les régions 04 et 08 n'ont participé que partiellement à l'évaluation (50 % des CLSC de ces régions y ont pris part).
- Les régions 9, 10, 14 et 18 ont vu respectivement deux, un, un et trois de leurs CLSC être exclus de l'analyse en raison d'un manque de données concernant au moins une des trois perspectives définies pour l'évaluation.

Source : Recueil statistique, **Partie I, Tableau 3, onglet « 3. Score IAB CLSC – sommaire ».**

Tableau 2 : Sommaire des scores d'implantation des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, selon le type de centre accoucheur et l'ensemble du Québec

Types de centre accoucheur	Québec	Hôpitaux en CSSS avec 1 000 naissances annuelles ou plus	Hôpitaux en CSSS avec moins de 1 000 naissances annuelles	Hôpitaux universitaires	Maisons de naissance
N participants (Total)	60	15 (15)	27 (36)	13 (13)	5 (7)
Score d'implantation partiel (IC)					
Condition 1	0,33 (0,23 ; 0,43)	0,38	0,41	0,17	0,15
Condition 2	0,54 (0,47 ; 0,60)	0,51	0,55	0,51	0,64
Condition 3	0,33 (0,30 ; 0,36)	0,29	0,34	0,35	0,38
Condition 4	0,44 (0,37 ; 0,5)	0,47	0,40	0,28	0,95
Condition 5	0,48 (0,45 ; 0,51)	0,45	0,50	0,42	0,63
Condition 6	0,33 (0,25 ; 0,40)	0,37	0,35	0,12	0,60
Condition 7	0,17 (0,09 ; 0,24)	0,03	0,13	0,10	0,95
Condition 8	0,39 (0,34 ; 0,44)	0,40	0,38	0,27	0,77
Condition 9	0,91 (0,87 ; 0,96)	0,93	0,89	0,90	1,00
Condition 10	0,62 (0,55 ; 0,68)	0,63	0,67	0,49	0,64
Score d'implantation partiel (IC)					
Dix conditions	4,54 (3,92 ; 5,12)	4,46	4,62	3,61	6,71
Code	0,69 (0,63 ; 0,74)	0,75	0,67	0,53	0,97

Note : Pour l'interprétation des résultats, les points suivants doivent être pris en compte :

- 9 hôpitaux (faisant partie d'un CSSS où ont lieu moins de 1 000 naissances annuellement) des régions 04, 08 et 11 n'ont pas participé à l'évaluation.
- 2 maisons de naissance des régions 04 et 12 n'ont pas participé à l'évaluation.

Source : Recueil statistique, **Partie II, Tableau 7, onglet « 7. Score IAB CA – Sommaire ».**

En résumé :

- Au Québec, le niveau d'implantation de l'IAB varie selon les régions sociosanitaires et les différents types de centres accoucheurs.
 - La moyenne des scores d'implantation globaux des CLSC de chacune des 16 régions participantes varie entre 1,19 et 4,39 sur 7 pour les Sept étapes, et entre 0,44 et 0,86 sur 1 pour le Code.
 - La moyenne des scores d'implantation globaux des quatre types de centres accoucheurs varie entre 3,61 et 6,71 sur 10 pour les Dix conditions, et entre 0,53 et 0,9 sur 1 pour le Code.

4.4. Les installations certifiées « Amies des bébés » : un exemple à suivre

La présente section porte sur l'implantation des Sept étapes, des Dix conditions et du Code sous l'angle d'une comparaison entre l'ensemble des 200 installations participantes (situation actuelle) et les 13 installations qui avaient demandé ou obtenu la certification « Ami des bébés » (situation désirée)^g au moment de l'évaluation. La figure 6 fait la distinction entre les 140 CLSC et les 7 d'entre eux certifiés « Amis des bébés » tandis que la figure 7 établit une comparaison entre les 60 centres accoucheurs et les 6 qui parmi eux sont considérés comme des « Amis des bébés ».

Les données sur la présente section se trouvent aux endroits suivants du recueil statistique :

- **Partie III**
 - **Tableaux 10 à 13**
 - **Figures E et F**

Ces figures montrent que la moyenne des scores d'implantation des installations ayant demandé ou obtenu la certification « Ami des bébés » est plus élevée que la moyenne des scores de la totalité des installations participantes^h. Les écarts les plus importants s'observent pour les deux premières étapes et conditions. Cela s'explique par le fait qu'au moment du dépôt de la demande, des exigences doivent déjà être satisfaites par l'installation, notamment l'adoption, par le conseil d'administration, d'une politique sur l'allaitement et la conformité à certaines exigences au regard de la formation des employés.

Une autre constatation importante concerne les étapes et les conditions liées à l'enseignement ou au counseling prénatal (étape 3 et condition 3) et postnatal (étapes 4 et 5 ainsi que conditions 5 et 8), qui sont les moins bien implantées, et ce, partout au Québec. Dans le cas des installations considérées comme des « Amies des bébés », ces étapes et conditions sont pour la plupart implantées à près de 50 %, tandis qu'elles le sont à moins de 50 % dans les installations n'ayant pas encore demandé la certification. Les différences entre installations certifiées et non certifiées ne sont toutefois pas très prononcées. Les résultats indiquent aussi que la mise en réseau des établissements avec les groupes d'entraide et autres ressources en allaitement (étape 7 et condition 10) ainsi que le Code sont relativement bien implantés partout au Québec.

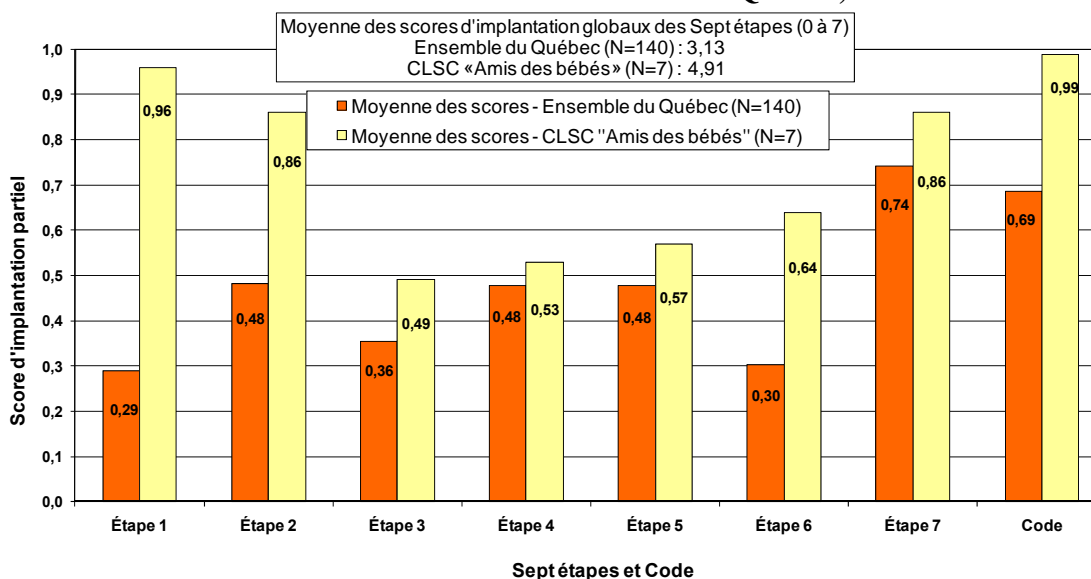
Dans le cas des centres accoucheurs, les écarts les plus importants entre les deux groupes se remarquent pour les conditions relatives aux pratiques ou aux routines hospitalières. Ils viennent confirmer que les centres accoucheurs ayant demandé ou obtenu la certification « Ami des bébés » ont revu en profondeur leurs pratiques. À titre d'illustration, les mères ayant accouché dans ces centres ont été plus nombreuses à expérimenter les pratiques suivantes (voir le tableau 12, à la partie III du recueil statistique) :

- une durée et un type de contact avec leur bébé répondant aux recommandations : bébé nu sur le corps nu de sa mère, et ce, pour au moins 60 minutes (condition 4) ;
- pas d'administration de suppléments de préparations commerciales pour nourrissons sans indication médicale acceptable (condition 6) ;

- pas de séparation mère-enfant non justifiée (condition 7) ;
- pas de remise d'échantillons et de matériel faisant la promotion de produits concernés par le Code.

Malgré leur supériorité, les scores relativement faibles établis pour les centres accoucheurs « Amis des bébés » peuvent être attribués en partie au fait que les recommandations publiées conjointement par l'OMS et l'UNICEF⁴ en 2006, plus strictes pour certaines conditions que celles de 1992, n'avaient pas encore été intégrées aux pratiques au moment où ces centres ont déposé leur demande de certification ou obtenu ladite certification.

Figure 6 : Scores d'implantation des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, selon la certification « Ami des bébés » et l'ensemble du Québec, 2007

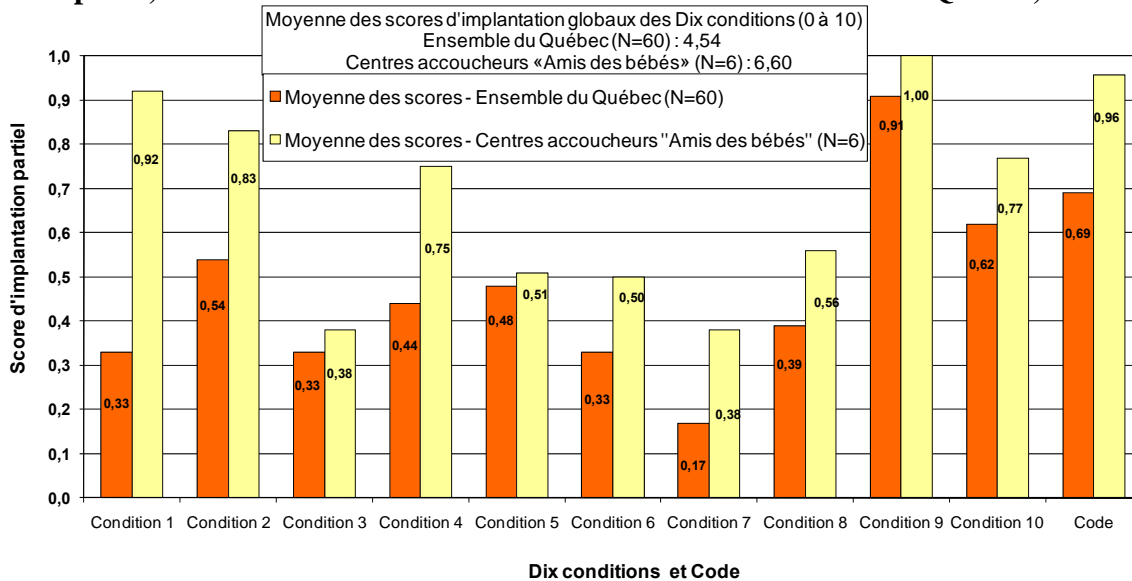


Note : Pour l'interprétation des résultats, les points suivants doivent être pris en compte :

- Les régions 11 et 17 n'ont pas participé à l'évaluation.
- Les régions 04 et 08 n'ont participé que partiellement à l'évaluation (50 % des CLSC de ces régions y ont pris part).
- Les régions 9, 10, 14 et 18 ont vu respectivement deux, un, un et trois de leurs CLSC être exclus de l'analyse en raison d'un manque de données concernant au moins une des trois perspectives définies pour l'évaluation.

Source : Recueil statistique, **Partie III, Figure E, onglet « E. Figure scores – CLSC ».**

Figure 7 : Scores d'implantation des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, selon la certification « Ami des bébés » et l'ensemble du Québec, 2007



Note : Pour l'interprétation des résultats, les points suivants doivent être pris en compte :

- 9 hôpitaux (faisant partie d'un CSSS où ont lieu moins de 1 000 naissances annuellement) des régions 04, 08 et 11 n'ont pas participé à l'évaluation.
- 2 maisons de naissance des régions 04 et 12 n'ont pas participé à l'évaluation.

Source : Recueil statistique, **Partie III, Figure F, onglet « F. Figure scores – CA ».**

En résumé :

- Les installations ayant demandé ou obtenu la certification « Ami des bébés » ont un score global plus élevé (moyenne des scores d'implantation globaux de 4,91 pour les CLSC et de 6,60 pour les centres accoucheurs) que la totalité des installations participantes (moyenne des scores globaux de 3,13 pour les CLSC et de 4,54 pour les centres accoucheurs).
- Les différences les plus marquées se rapportent à l'adoption d'une politique sur l'allaitement, à la formation du personnel, à l'intégration des meilleures pratiques hospitalières et au respect du Code.

4.5. Un réseau de la santé mobilisé à l'égard de la certification

Une façon de mesurer l'intérêt du réseau de la santé pour l'IAB était de questionner les gestionnaires sur l'intention de leur installation quant au fait d'entreprendre ou de poursuivre le processus officiel d'agrément. La mesure a été effectuée au moyen d'une échelle d'adoption d'un comportement inspirée du modèle transthéorique de Prochaska⁴⁵. Les figures 8 et 9 illustrent l'intention des gestionnaires des 140 CLSC et des 60 centres accoucheurs participants d'obtenir ou maintenir la certification « Ami des bébés ».

Les données sur la présente section se trouvent aux endroits suivants du recueil statistique :

- **Partie IV**
 - **Figures G, H, I et J**
- **Partie V**
 - **Tableaux 19 et 22**

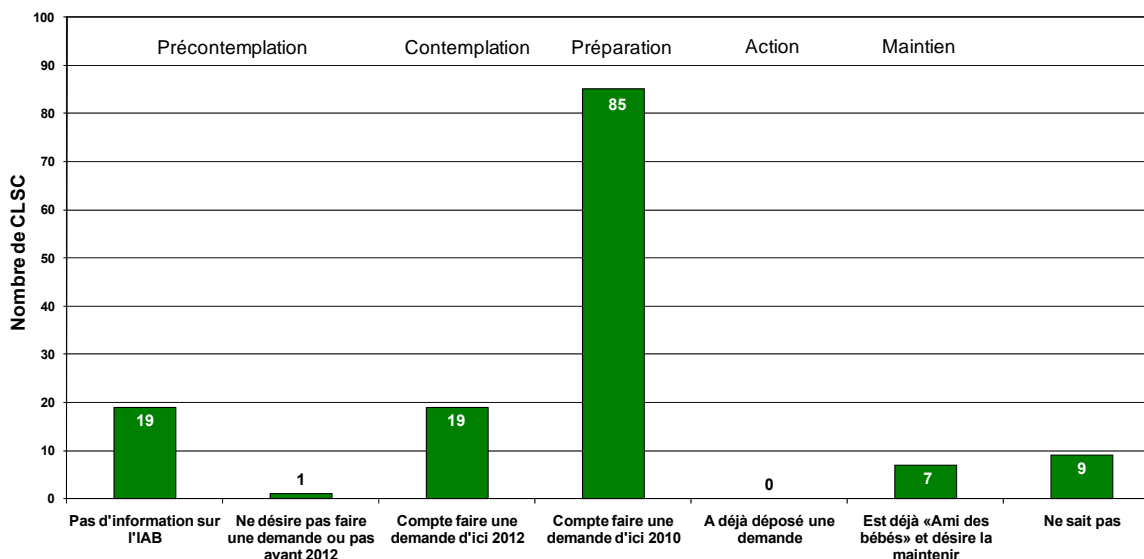
Ces figures indiquent clairement que de nombreuses installations québécoises sont intéressées par la certification. En effet, selon les 200 questionnaires des CLSC et des centres accoucheurs interviewés dans le cadre de l'évaluation, 2% des installations avaient déjà déposé une demande officielle de certification, 56,5 % d'entre elles avaient l'intention de le faire avant 2010 et un autre 4,5 % voulaient maintenir leur certification.

Aux fins de l'interprétation des données sur l'intention de devenir « Ami des bébés », une comparaison de l'état d'avancement de l'IAB a été faite entre les installations « Non-Amies des bébés » et celles qui ont demandé ou obtenu la certification au moment de l'évaluation. Les figures 10 et 11 illustrent l'écart entre le score d'implantation global des premières et la moyenne des scores d'implantation globaux des secondes. L'écart est mesuré en tenant compte des points au-dessus et au-dessous de cette moyenne.

Plus précisément, 25 des 133 CLSC (19 %) n'ayant pas la certification ont un score qui se situe à un point près de la moyenne (4,91) de ceux qui sont reconnus « Amis des bébés ». Cela indiquerait qu'ils sont avancés dans leur cheminement vers la certification. Le score de 11 des 54 centres accoucheurs (20 %) non certifiés est à un point près de la moyenne de ceux qui ont fait une demande ou obtenu la certification ; le nombre monte à 23 (43 %) lorsque l'on prend en compte les centres accoucheurs qui sont à deux points près de cette moyenne. D'autre part, on remarque que 5 installations, soit 2 CLSC et 3 centres accoucheurs, n'ayant pas la certification ont un score global plus élevé que la moyenne des installations « Amies des bébés ».

Pour quantifier l'adhésion à l'IAB, trois catégories ont été définies : adhésion faible, adhésion moyenne et adhésion élevée. Ainsi, sur la base de la moyenne des scores d'implantation des Sept étapes obtenus par les CLSC certifiés « Amis des bébés », qui est de 4,91, l'adhésion d'un CLSC n'ayant pas la certification est considérée comme faible si le score de celui-ci est égal ou inférieur à 1,90, comme moyenne si son score se situe entre 1,91 et 3,90, et comme élevée si son score est de 3,91 ou plus. À titre indicatif, un CLSC dont le score d'implantation global pour les Sept étapes est de 3,50 entre dans la catégorie des installations dont l'adhésion à l'IAB est moyenne. Une analyse similaire a été utilisée pour classer les hôpitaux. À partir de l'ensemble des installations n'ayant pas la certification « Ami des bébés », on a pu établir que l'adhésion à l'IAB est faible pour 19 % des 187 CLSC et centres accoucheurs, moyenne pour 62 % d'entre eux et élevée pour 19 % d'entre eux.

Figure 8 : Distribution des 140 CLSC participants selon leur intention d'obtenir la certification « Ami des bébés », ensemble du Québec, 2007

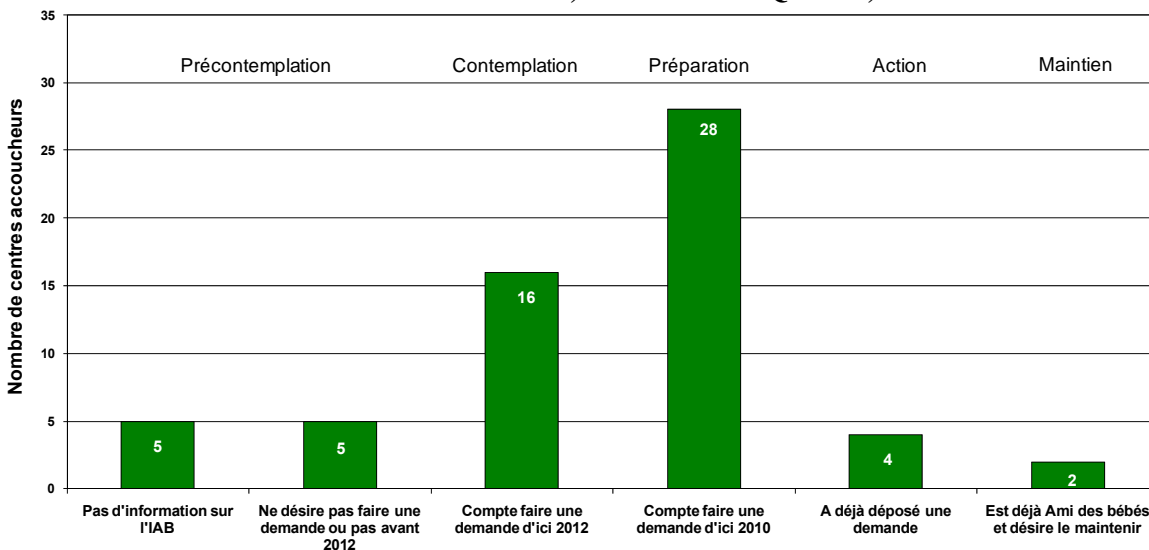


Note : Pour l'interprétation des résultats, les points suivants doivent être pris en compte :

- Les régions 11 et 17 n'ont pas participé à l'évaluation.
- Les régions 04 et 08 n'ont participé que partiellement à l'évaluation (50 % des CLSC de ces régions y ont pris part).
- Les régions 9, 10, 14 et 18 ont vu respectivement deux, un, un et trois de leurs CLSC être exclus de l'analyse en raison des données manquantes pour au moins une des trois perspectives mesurées).

Source : Recueil statistique, [Partie IV, Figure G, onglet « G. Intention devenir IAB – CLSC »](#).

Figure 9 : Distribution des 60 centres accoucheurs participants selon leur intention d'obtenir la certification « Ami des bébés », ensemble du Québec, 2007

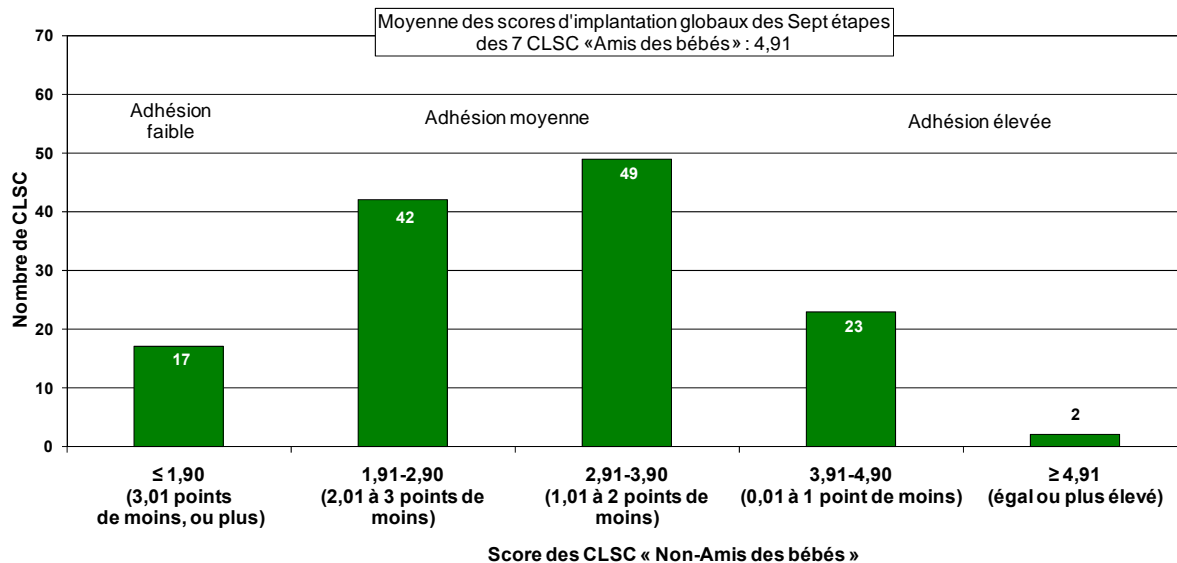


Note : Pour l'interprétation des résultats, les points suivants doivent être pris en compte :

- 9 hôpitaux (faisant partie d'un CSSS où ont lieu moins de 1 000 naissances annuellement) des régions 04, 08 et 11 n'ont pas participé à l'évaluation.
- 2 maisons de naissance des régions 04 et 12 n'ont pas participé à l'évaluation.

Source : Recueil statistique, [Partie IV, Figure H, onglet « H. Intention devenir IAB – CA »](#).

Figure 10 : Distribution des scores d'implantation des 133 CLSC « Non-Amis des bébés » selon leur écart par rapport à la moyenne des scores d'implantation des 7 CLSC « Amis des bébés », ensemble du Québec, 2007

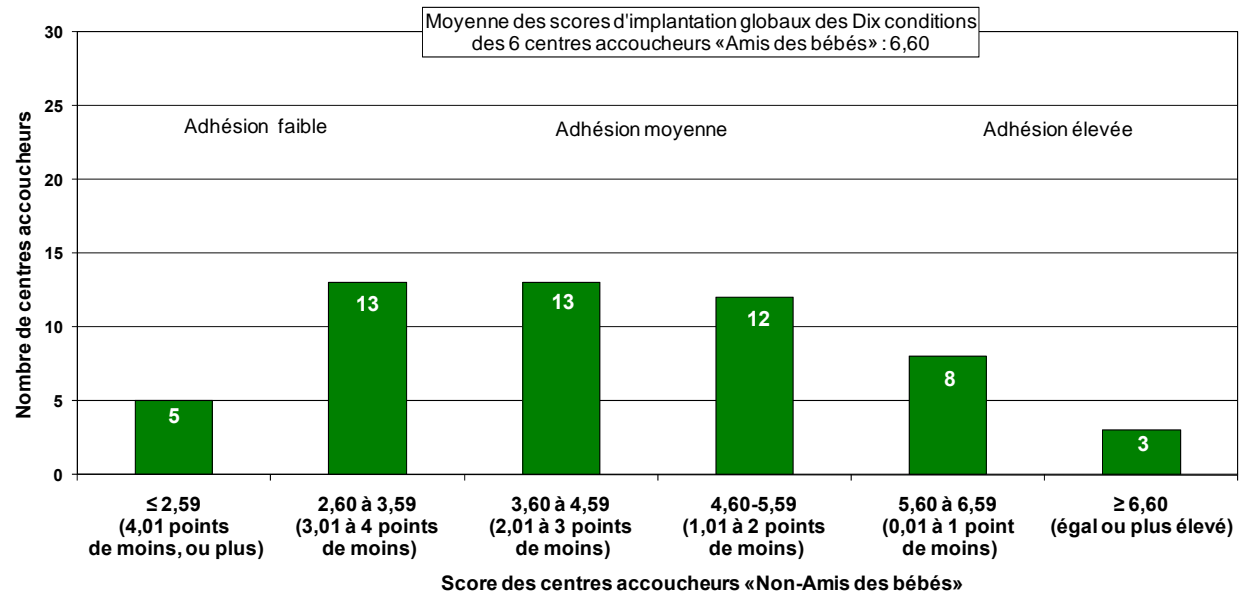


Note : Pour l'interprétation des résultats, les points suivants doivent être pris en compte :

- Les régions 11 et 17 n'ont pas participé à l'évaluation.
- Les régions 04 et 08 n'ont participé que partiellement à l'évaluation (50 % des CLSC de ces régions y ont pris part).
- Les régions 9, 10, 14 et 18 ont vu respectivement deux, un, un et trois de leurs CLSC être exclus de l'analyse en raison des données manquantes concernant au moins une des trois perspectives définies pour l'évaluation.

Source : Recueil statistique, [Partie IV, Figure I, onglet « I. Figure cheminement CLSC »](#).

Figure 11 : Distribution des scores d'implantation des 54 centres accoucheurs « Non-Amis des bébés » selon leur écart par rapport à la moyenne des scores d'implantation des 6 centres accoucheurs « Amis des bébés », ensemble du Québec, 2007



Note : Pour l'interprétation des résultats, les points suivants doivent être pris en compte :

- 9 hôpitaux (faisant partie d'un CSSS où ont lieu moins de 1 000 naissances annuellement) des régions 04, 08 et 11 n'ont pas participé à l'évaluation.
- 2 maisons de naissance des régions 04 et 12 n'ont pas participé à l'évaluation.

Source : Recueil statistique, [Partie IV, Figure J, onglet « J. Figure cheminement CA »](#).

En résumé :

- Les gestionnaires éprouvent un grand intérêt pour la certification « Ami des bébés ». Au moment de l'évaluation, 63 % des 200 CLSC et centres accoucheurs participants avaient déjà déposé une demande de certification, avaient l'intention de le faire avant 2010 ou voulaient maintenir leur certification.
- Sur la base de la moyenne des scores établis pour les 13 installations ayant demandé ou obtenu la certification « Ami des bébés », l'adhésion à l'IAB est faible pour 19 % des 187 autres CLSC et centres accoucheurs participants, moyenne pour 62 % d'entre eux et élevée pour 19 % d'entre eux.

Notes

- a. Il s'agit plus précisément d'un fichier Excel, dans lequel les tableaux et les figures sont regroupés en cinq parties. À l'ouverture du fichier, il se peut que différents messages s'affichent à l'écran. Le fait de cliquer sur les boutons situés au bas des fenêtres contenant ces messages ne modifiera pas le contenu du fichier.
- b. De par la construction du score d'implantation de chaque installation participante, la précision de celui-ci varie en fonction de la précision du degré d'implantation des indicateurs utilisés pour le produire. Cette précision est mesurée à l'aide de l'intervalle de confiance du degré d'implantation de chaque indicateur, qui est lui-même influencé par la variance estimée et la taille de l'échantillon. Lorsqu'une pratique n'est pas implantée de façon uniforme – le degré d'implantation de l'indicateur se situant alors autour de 50 % –, un nombre plus grand de répondants donnera une estimation plus précise et, par conséquent, un intervalle de confiance plus petit ; lorsque l'implantation de la pratique est au contraire uniforme – c'est-à-dire quand le degré d'implantation de l'indicateur se situe près de 0 % ou de 100 % –, la précision de l'estimé sera plus grande, même si le nombre de répondants demeure petit. Si l'on prend comme exemple la moyenne du degré d'implantation des indicateurs mesurant l'étape 6 dans les CLSC (voir le tableau 2, à la partie I du recueil statistique), on constate que la pratique n'est pas uniforme puisque les intervenants, tout comme les mères, ont des avis partagés concernant l'ambiance accueillante qu'offre le CLSC aux familles des bébés allaités. Par contre, la moyenne du degré d'implantation des indicateurs mesurant la condition 9, soit la non-utilisation de tétines artificielles (voir le tableau 6, à la partie II du recueil statistique), traduit une pratique très uniforme, car presque tous les intervenants et presque toutes les mères rapportent qu'elle est respectée. Par ailleurs, la taille des échantillons varie entre CLSC et centres accoucheurs participants. Autre remarque : les échantillons composés des mères sont en général plus gros que ceux que forment les questionnaires et intervenants. Enfin, il va sans dire que les installations qui comptent plus de répondants pour une perspective donnée font augmenter la précision des résultats.
- c. Il est possible que certaines différences soient significatives du point de vue statistique, mais qu'elles ne le soient pas du point de vue clinique (voir les tableaux 15 et 17, à la partie III du recueil statistique). Les différences significatives associées à des différences minimales dans le degré d'implantation des indicateurs peuvent être expliquées par la grande taille de l'échantillon lorsque l'on fait des analyses agrégées à partir des données des mères.
- d. Les recommandations faites conjointement par l'OMS et l'UNICEF, accessibles dans une version préliminaire dès 2006 puis dans leur version définitive depuis 2009, contiennent des normes plus strictes qu'en 1992, surtout en ce qui concerne le contact peau à peau (contact plus précoce et plus long) et la cohabitation mère-enfant (aucune tolérance pour les séparations non justifiées). De plus, les recommandations sur les soins donnés au cours d'un accouchement par voie vaginale ou d'une césarienne sous anesthésie épidurale sont maintenant identiques.
- e. Depuis 2008, le centre accoucheur qui demande la certification « Ami des bébés » doit, pour espérer l'obtenir, prouver qu'au moins 75 % des bébés nés l'année précédant sa demande n'ont reçu, de la naissance au congé, que du lait maternel ou, s'ils ont reçu autre chose, que c'était uniquement pour des raisons médicales acceptables selon les critères établis conjointement par l'OMS et l'UNICEF.
- f. Voir la note c.
- g. Les scores des CLSC et des centres accoucheurs qui avaient, au moment de l'évaluation, obtenu la certification « Ami des bébés » ou déposé une demande sont ceux qui ont été établis au cours de cette évaluation même et non les résultats obtenus dans le cadre du processus d'agrément ; ces derniers ne sont pas mesurés de la même façon et demeurent confidentiels.
- h. Les tableaux 10 et 12, à la partie III du recueil statistique, présentent le degré d'implantation des indicateurs définis pour les Sept étapes, les Dix conditions et le Code dans les différentes installations selon la reconnaissance « Ami des bébés » (ayant demandé ou obtenu la certification, ou n'ayant pas déposé de demande), et pour l'ensemble du Québec. Les tableaux 11 et 13, à la partie III du recueil statistique, présentent la même analyse pour les scores d'implantation. Afin de rendre possible la comparaison de ces scores, des intervalles de confiance à 95 % ont été calculés. Toutefois, l'interprétation des résultats doit tenir compte du petit nombre d'installations qui avaient, au moment de l'évaluation, demandé ou obtenu la certification « Ami des bébés » par rapport au grand nombre d'installations qui n'avaient pas encore demandé la certification au moment de l'évaluation.

5. Diffusion des résultats

La diffusion des résultats constitue un volet important de l'évaluation. Plusieurs mesures ont été prises pour que chacune des installations et autorités des régions participantes ait accès à l'information recueillie dans le cadre des travaux portant sur l'implantation de l'IAB. En outre, faut-il le rappeler, le fait d'informer les gestionnaires et les cliniciens des résultats d'une étude peut servir de moteur aux changements organisationnels et professionnels nécessaires à l'amélioration de leur performance³⁸. Il sera question ici des modes de présentation et de diffusion des résultats qui ont été privilégiés.

D'abord, les résultats sont présentés de façon à donner aux organisations une appréciation normative leur permettant de se situer dans une perspective régionale et provinciale, grâce à la production de recueils régionaux dont le contenu est détaillé un peu plus loin. À cela vient s'ajouter une appréciation normative de deux situations : l'une étant idéale et l'autre, désirée.

La situation idéale serait représentée par des résultats montrant les degrés d'implantation des indicateurs et les scores d'implantation des Sept étapes, des Dix conditions et du Code les plus élevés possibles ou, encore, parfaits. Il faut se rappeler ici que, de par la façon de calculer les scores dans la présente évaluation, l'exigence est que la conformité aux normes atteigne 75 % (et non 100 %). Quant à la situation désirée, on la définit comme la moyenne des degrés d'implantation des indicateurs et la moyenne des scores établies pour les installations « Amies des bébés » au moment de l'évaluation. Ces installations auraient atteint ce qui se rapproche le plus de la référence absolue (*gold standard*) permettant de juger la validité de la méthode utilisée, jugement qui passe par une évaluation externe approfondie menée sur plusieurs jours par une équipe d'évaluateurs formés et certifiés.

En ce qui concerne les moyens utilisés pour faire connaître les résultats aux décideurs et aux cliniciens, ils visaient l'amélioration du programme dans l'optique d'une hausse de la qualité et d'un plus grand soutien à la planification, tant locale que régionale. Ces personnes ont accès à différents types de résultats, allant des données brutes de nature qualitative (commentaires formulés par les intervenants ou les mères et inscrits dans les instruments de mesure) jusqu'aux scores indiquant le niveau d'implantation de l'IAB. La même information est présentée dans différents formats – données brutes, tableaux, figures et histogrammes –, de manière à faciliter l'utilisation des résultats.

Plus précisément, en 2008, les autorités des agences et les responsables du dossier allaitement dans les seize directions de santé publique des régions participantes ont reçu :

- les instruments de mesure destinés aux centres accoucheurs (IHAB-40) et aux CLSC (IAB-37) de leur région, remplis au cours des entrevues et des visites d'observation^a. Ces instruments contiennent les données brutes^b ainsi que les tableaux et les figures présentant les résultats ; toutefois, ils ne comprennent pas de moyennes régionales ou provinciales. De par la façon dont le logiciel Excel est structuré, toutes les formules utilisées pour calculer les résultats peuvent être visualisées. Ces instruments ont été envoyés aux autorités régionales afin qu'ils soient diffusés aux installations ;

- deux recueils régionaux regroupant les résultats de chaque installation participante ainsi que les moyennes régionales et provinciales^{7,8} ; l'un porte sur les CLSC et l'autre, sur les hôpitaux^c. Les agences pouvaient transmettre ces documents aux installations ;
- dans les régions comptant au moins une maison de naissance, un recueil regroupant les résultats des cinq installations participantes de ce type par rapport à la moyenne provinciale. Seules les maisons de naissance de la région y sont identifiées ;
- deux recueils regroupant les résultats des sept CLSC et des six centres accoucheurs ayant demandé ou obtenu la certification « Ami des bébés ». Les recueils contiennent les résultats de chacune de ces installations ainsi que la moyenne pour les sept CLSC et les six centres accoucheurs par rapport à la moyenne provinciale. Les installations n'y sont pas identifiées.

Les responsables du dossier allaitement dans les directions de santé publique ont participé à des activités provinciales visant à les appuyer dans l'interprétation des données. Elles ont aussi reçu un soutien individualisé à ce sujet et concernant les modèles de présentation PowerPoint qui pouvaient s'avérer utiles au moment de la diffusion des résultats auprès des installations de leur région. De plus, elles ont été consultées, au cours de rencontres provinciales, sur leurs besoins de soutien au regard de l'utilisation efficace de ces résultats et de la meilleure façon de les communiquer aux publics cibles. À l'échelle régionale, chaque direction de santé publique assumait toute responsabilité au sujet de la diffusion des résultats auprès des installations du territoire.

Le présent rapport et le recueil statistique qui l'accompagne constituent le dernier volet de la diffusion des résultats de l'évaluation ; ils permettent aux autorités de chacune des agences de prendre connaissance de l'implantation de l'IAB dans les autres régions.

Notes

- a. Vu qu'elles assurent un suivi pré, per- et postnatal, les maisons de naissance ont reçu les deux instruments de mesure remplis.
- b. Dans le cas des 54 hôpitaux, les instruments de mesure retournés aux agences prennent en compte toutes les mères ayant accouché dans l'un des hôpitaux de leur région, sauf celles qui résidaient dans une autre région. Comme la collecte et la gestion des données brutes étaient sous la responsabilité des directions de santé publique de chaque région, cette décision a été prise afin de protéger la confidentialité.
- c. Étant donné que les recueils régionaux ne contiennent pas de données brutes, contrairement aux instruments de mesure, les résultats des hôpitaux incluent les mères qui résidaient dans une autre région.

6. Forces et limites de l'évaluation

L'évaluation du niveau d'implantation de l'IAB constitue un exercice complexe qui a exigé la participation de multiples organisations des trois paliers du système de santé québécois. Le MSSS, qui en assume la direction, a confié à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie le mandat d'en assurer la coordination. Quant aux directions de santé publique régionales, elles ont été mises à contribution pour la collecte des données et la diffusion des résultats. Sur le plan local, 147 CLSC et dispensaires offrant des services pré et postnataux ainsi que 60 hôpitaux et maisons de naissance ont participé à l'évaluation. Par ailleurs, un nombre important de mères ayant reçu des services dans l'une ou l'autre de ces installations y ont également participé. La démarche s'avère une expérience unique au Québec concernant l'évaluation d'une initiative de santé publique en matière d'allaitement. À terme, il en ressort plusieurs forces et limites.

6.1. La triangulation des données

L'une des principales forces de l'évaluation est le recours à l'analyse par triangulation des données. Grâce à celle-ci, il est possible de comparer les données recueillies auprès des gestionnaires et intervenants à celles qui ont été obtenues auprès des mères ou consignées par les observateurs afin d'améliorer la validité des conclusions. Elle est particulièrement pertinente dans le cas où un biais pourrait affecter de façon importante les résultats établis à partir de l'une ou l'autre des sources d'information prises en considération. L'analyse a d'ailleurs mis au jour des grandes différences entre les sources d'information. La triangulation des données permet donc d'évaluer la direction et l'ampleur des différences en même temps qu'elle permet d'analyser les raisons et les contextes particuliers contribuant à la présence de ces différences.

Dans le cadre de l'évaluation, l'une des raisons possibles des différences entre les sources est un biais de désirabilité sociale. Bien qu'un tel biais puisse s'observer au cours des rencontres menées avec les mères, c'est davantage probable qu'il se manifestera pendant les entrevues avec les intervenants. Quant aux gestionnaires, ils constituent une bonne source pour donner des informations sur les politiques établies dans leur établissement, mais l'exactitude de ces informations peut varier d'un répondant à l'autre. De plus, si les entrevues avec les membres du personnel sont utiles pour comprendre dans quelle mesure les professionnels respectent les politiques endossées par l'établissement, c'est toutefois bien connu que les gestionnaires et les intervenants ont tendance à surestimer leur performance et celle de leur établissement. Par conséquent, il est fort probable que leurs réponses concorderont avec les normes de pratique optimales de l'IAB⁶. Pour réduire la probabilité que se produise ce biais, les questions s'adressant aux gestionnaires et aux intervenants sont, aussi souvent que possible, des questions ouvertes (sans choix de réponses) et les intervieweurs ont été priés d'éviter d'émettre des commentaires en cours d'entrevue.

L'information fournie par les mères risque beaucoup moins d'être affectée par un biais de désirabilité sociale – les mères n'ayant en général aucun intérêt à l'égard de l'image de l'établissement⁶ –, que par un biais de rappel, lequel augmente au fur et à mesure que la date du soin ou du service reçu s'éloigne. Pour prévenir ce biais, il fallait interviewer les mères lorsque

leur bébé avait entre 6 et 10 semaines, idéalement, et au plus 6 mois. Cette consigne a été respectée puisque la moitié des mères ont répondu au questionnaire alors que leur enfant avait de 6 à 10 semaines et que l'âge moyen des enfants au moment de l'entrevue était de 2,5 mois. De plus, afin d'aider les mères à se remémorer leur expérience, les intervieweurs leur ont posé, dans la mesure du possible, des questions ouvertes et l'énoncé de chacune d'entre elles indiquait clairement le type de soin ou de service évalué ainsi que le lieu où il était donné.

Malgré les précautions prises, le vécu des mères en ce qui concerne la grossesse, l'accouchement et la période postpartum, de même que certains autres facteurs personnels non reliés à l'expérience de la maternité, peut affecter le souvenir des services reçus. Cela pourrait expliquer les différences importantes entre ce que les mères et le personnel rapportent à l'égard de l'enseignement reçu et donné au cours du suivi assuré par le CLSC (étapes 3, 4 et 5) ou, encore, pendant le séjour à l'hôpital ou à la maison de naissance (conditions 3, 5 et 8). Ce phénomène a déjà été signalé dans des études montréalaises où, cependant, les procédures de sélection et les fourchettes des âges des bébés étaient différentes^{12, 46}.

Enfin, le nombre élevé de mères dont les réponses s'apparentent à des pratiques non conformes à l'IAB, contrastant ici avec les réponses données par les intervenants, et de mères rapportant ne pas se rappeler d'une information qu'elles auraient reçue ou affirmant n'avoir reçu aucun enseignement sur un sujet donné laisse supposer, entre autres, des problèmes de communication. Par exemple, les échanges pourraient être trop peu nombreux pour que les intervenants réussissent à transmettre toutes les informations aux mères, avoir un contenu trop dense, avoir lieu à des moments inopportuns ou comporter des informations contradictoires. Des facteurs contextuels liés au type d'établissement (niveau de soins de 1^{re}, 2^e ou 3^e ligne, maison de naissance, etc.), aux particularités des mères (appartenant à une communauté culturelle, ayant accouché prématurément, etc.) ou à l'organisation des soins (pénurie ou roulement du personnel, nombre élevé des personnes s'occupant d'une même mère, etc.) pourraient aussi avoir influencé les réponses des mères sur l'enseignement reçu.

6.2. La fidélité interévaluateurs

Les directions de santé publique des 16 régions participantes ont engagé 32 intervieweurs pour effectuer la collecte des données^a. Il faut envisager la possibilité que leur grand nombre ait constitué une source d'erreur. Leur profil est diversifié quant à leur lien d'emploi avec ces directions, à leur profession de base et à leur expérience en administration de questionnaires, d'où le risque d'interprétations différentes des réponses données ou des observations faites. Pour une plus grande fidélité interévaluateurs, les intervieweurs ont été formés sur l'administration des questionnaires et une procédure de contrôle permettant de vérifier la fidélité des réponses enregistrées par chaque intervieweur pendant la collecte des données a été mise en place^b.

6.3. La sélection aléatoire des participants

Une force importante de l'évaluation est la sélection aléatoire des sujets, laquelle contribue à prévenir les biais de sélection. L'utilisation des bulletins de naissance vivante pour sélectionner les mères a éliminé la possibilité que les établissements proposent les mères à l'intervieweur. D'autre part, la sélection des intervenants a aussi été faite de façon aléatoire parmi ceux qui étaient présents au moment de la visite de l'intervieweur. Cette façon de procéder aurait pu

introduire un biais de sélection, mais il est peu probable que les gestionnaires aient modifié l'horaire des intervenants en fonction de la visite de l'intervieweur. De plus, l'application de certaines mesures a permis de réduire le nombre de non-répondants parmi les mères et les intervenants. Ainsi, une procédure de rappel a été instaurée pour les mères difficiles à joindre. En ce qui concerne les intervenants, une entrevue par téléphone leur était offerte s'ils ne pouvaient pas se libérer pour répondre au questionnaire au cours de la journée de la visite. Il en est résulté d'excellents taux de réponse pour les mères ainsi que pour les gestionnaires et intervenants.

Par ailleurs, afin que le portrait soit représentatif de la province ou d'une région donnée, tout a été mis en œuvre pour assurer une large participation des régions du Québec et, à l'intérieur de chaque région, la participation de l'ensemble des établissements. Ces efforts ont contribué à la participation de la plupart des régions et des installations québécoises. Le fait que l'ensemble des établissements de deux régions du Québec et que la moitié des installations de deux autres régions n'aient pas participé à l'évaluation limite toutefois la généralisation des résultats à l'ensemble du Québec.

Dans un autre ordre d'idées, l'évaluation a permis d'aborder l'expérience des mères vulnérables recevant des services de soutien intensifs offerts par les CLSC. Le plan de sondage visait la surreprésentation de ces mères, de façon à ce qu'elles participent en nombre suffisant à l'évaluation. Dans les faits, 272 des mères interviewées (20 %) étaient jeunes ou sous-scolarisées. Les informations fournies par ces mères sur les soins et les services reçus en matière d'allaitement étaient encore inédites au Québec. Elles constituent donc une précieuse source de données pour la planification des services destinés à une population pour laquelle les taux d'allaitement demeurent plus faibles que ceux qui ont été documentés pour les mères ne présentant pas de critères de vulnérabilité⁴².

Afin d'assurer la représentativité des participantes, la pondération des résultats établis à partir de la perspective des mères tient compte de cette surreprésentation des mères vulnérables ainsi que du taux d'admissibilité et du taux de réponse calculés pour les mères présentant des caractéristiques similaires. Ainsi, pour un CLSC, les estimations pondérées du degré d'implantation des indicateurs et les scores qui leur sont associés peuvent être appliqués à l'ensemble de la population visée (ici, toutes les mères vivant sur le territoire du CLSC), et pas seulement à l'échantillon des mères répondantes. En d'autres mots, la pondération des résultats a permis de calculer des estimations populationnelles quant au niveau d'implantation de l'IAB pour chaque CLSC participant.

De plus, en faisant la moyenne des estimations par CLSC à l'échelle d'une région ou du Québec, on a obtenu des estimations régionales ou provinciales, et ce, peu importe le nombre de naissances par territoire de CLSC. Cela tient à la nature de la certification « Ami des bébés », dont les normes et les procédures d'évaluation sont les mêmes pour tous les types d'installations^c. Il faut préciser ici que les scores d'implantation provinciaux estimés avec et sans pondération étaient très semblables (différence de 0,01)^d pour chacun des scores globaux des Sept étapes et du Code (données non présentées).

6.4. La taille de l'échantillon

Le choix de calculer les estimations régionales et provinciales en faisant la moyenne des scores d'implantation des installations compromet la généralisation des résultats en raison de la taille restreinte des échantillons de mères et d'intervenants dans chaque installation. Une autre stratégie aurait été de faire l'analyse des données après les avoir regroupées par CSSS, par région ou pour le Québec (données agrégées). Il en aurait résulté un échantillon d'une taille plus appropriée, surtout lorsque le nombre d'installations d'un CSSS ou le nombre d'établissements d'une région est élevé. Si l'on compare les moyennes des scores d'une région ou de l'ensemble du Québec avec les scores calculés à partir des données agrégées, on constate que les estimés résultant de la deuxième approche sont plus précis mais probablement moins éloquentes que ceux qui résultent de la première. Par exemple, dans le cas d'une grande variation de l'implantation d'une étape ou d'une condition donnée, les scores établis à partir des données agrégées seront inférieurs à ceux qui sont basés sur les moyennes ; en effet, les installations où l'adhésion est élevée sont éclipsées par celles où l'adhésion est faible, puisqu'il est moins probable que le degré d'implantation « agrégé » atteigne le seuil de 75 %. Dans un autre scénario, si une étape ou une condition est très bien implantée dans plusieurs installations d'une même région, le score basé sur les données agrégées sera plus élevé que celui qui a été calculé à partir des moyennes, le degré d'implantation « agrégé » pouvant alors atteindre le seuil de 75 % même si certains CLSC de cette région, pris isolément, ne l'atteignent pas^e.

Malgré cette limite, il faut tenir compte des expériences antérieures, lesquelles ont démontré la stabilité du devis d'évaluation.

- En Montérégie, les échantillons utilisés à l'occasion de trois mesures différentes du niveau d'implantation de l'IAB dans 9 hôpitaux (en 2001 et 2004) et 19 CLSC (en 2005) étaient aussi de petite taille. Il en est résulté une distribution des scores d'implantation semblable d'une mesure à l'autre. On mentionnera seulement que ceux qui ont été calculés pour les étapes et les conditions sur le counseling en matière d'allaitement étaient plus bas, tout comme dans la présente évaluation (données non présentées)⁴⁶.
- Les scores d'implantation montréalais suivent, dans la présente évaluation, la même tendance que ceux qui ont été établis antérieurement, et ce, tant pour les hôpitaux que pour les CLSC (données non présentées)⁴⁶.

D'autre part, l'ampleur des intervalles de confiance des scores est influencée par la variance estimée ainsi que par la taille de l'échantillon. Les mesures seront plus précises pour les installations ayant les pratiques les plus uniformes et pour celles où les répondants sont les plus nombreux. En dépit de ces différences entre les installations, les statistiques régionales et provinciales semblent stables puisque la moyenne des scores ne paraît pas en dépendre ni varier énormément en fonction de l'exclusion de l'une ou l'autre de ces installations. Par exemple, lorsque la statistique provinciale est calculée en excluant deux hôpitaux où l'on observe des taux de réponse de moins de 50 %, le score d'implantation global des Dix conditions change très peu (voir la note f de la partie 3, qui traite de l'approche méthodologique). De plus, la différence entre les scores d'implantation des Sept étapes calculés en tenant compte ou non de la pondération pour la perspective des mères reste minime (voir la note d).

Outre ces considérations sur la fidélité de l'instrument de mesure, il faut s'interroger sur la validité de la méthode utilisée. En l'absence d'une référence absolue (*gold standard*) permettant d'évaluer si les résultats donnent un portrait réel du niveau d'implantation de l'IAB dans les établissements de santé, il est important de mentionner que la méthode reconnaît la distinction entre les CLSC ou les hôpitaux « Amis des bébés » et ceux qui ne le sont pas. Ainsi, pour seulement 5 des 187 installations n'ayant pas encore demandé cette reconnaissance officielle au moment de l'évaluation, le score d'implantation est égal ou plus élevé que la moyenne des installations qui l'ont demandé ou obtenu. Lorsque les installations sont prises isolément, on observe que le CLSC, de même que le centre accoucheur, ayant le score le plus élevé de la province avait, au moment de l'étude, demandé ou obtenu la certification « Ami des bébés » (données non présentées).

6.5. Similitudes et différences au regard de l'agrément IAB

La méthode utilisée dans le cadre de la présente étude s'inspire de celle qui sert à l'évaluation officielle de tout établissement ayant demandé la certification « Ami des bébés ». La rigueur scientifique différencie toutefois la démarche d'évaluation provinciale du processus qui encadre l'agrément d'un établissement. Par exemple, un évaluateur de l'IAB peut user de son jugement pour apprécier un établissement selon une vision d'ensemble, tandis que l'intervieweur-observateur qui a participé à l'évaluation avait une marge de manœuvre plus restreinte. Il était en effet contraint de suivre les directives émises au sujet des questionnaires et grilles d'évaluation des instruments de mesure.

6.6. L'appropriation des résultats

La réussite de l'évaluation réside en partie dans les activités mises en place afin que les acteurs clés des régions et des installations participantes aient accès à l'information³⁸. L'appropriation des résultats se trouve facilitée par l'uniformité dans la démarche d'évaluation, uniformité qui permet la comparaison entre les installations. Toutefois, les résultats ne constituent pas une vérité absolue et ils n'apportent pas toutes les réponses aux questions liées à l'adoption des pratiques favorables à l'allaitement³³. La responsabilité d'interpréter ces résultats revient ultimement aux acteurs concernés par le portrait que l'on peut en tirer et le contexte unique de chaque région ou établissement.

Notes

- a. En tout, 32 intervieweurs ont été engagés par les directions de santé publique des 16 régions participantes. Parmi ces 32 intervieweurs, 10 ont été engagés par la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, qui a dû avoir recours à un nombre élevé d'intervieweurs en raison de contraintes culturelles et géographiques.
- b. Les auteurs de l'instrument de mesure ont procédé à l'écoute téléphonique d'une ou deux entrevues menées par chacun des intervieweurs afin de pouvoir faire des commentaires à ces derniers.
- c. Si la pondération régionale servant à calculer le score pour une région donnée était basée sur l'analyse des données agrégées et non sur la moyenne des estimations par CLSC, on obtiendrait une estimation d'un point de vue populationnel où un CLSC comptant plus de naissances a plus de poids dans l'estimation du score régional qu'un CLSC qui en compte moins. Pour obtenir des estimations d'un point de vue populationnel à l'échelle provinciale, il faudrait un ajustement, de façon à tenir compte du nombre de naissances variable d'une région à l'autre. Toutefois, dans le présent rapport, l'analyse par CLSC a été privilégiée compte tenu que la certification « Ami des bébés » est offerte aux installations ou aux établissements, et non aux régions ou à la province.
- d. Dans les statistiques provinciales, une différence de 0,01 s'observe entre les scores globaux pondérés et les non pondérés (score d'implantation des Sept étapes non pondéré de 3,14 au lieu de 3,13 et score d'implantation du Code non pondéré de 0,68 au lieu de 0,69).
- e. Lorsque l'on compare les données basées sur la moyenne des 140 CLSC avec les données agrégées pour le Québec, on constate que le score d'implantation de l'étape 1 est de 0,29 selon la première approche et de 0 selon la deuxième puisque le pourcentage des CLSC ayant adopté une politique sur l'allaitement est inférieur à 75 %. Les scores d'implantation de l'étape 2 sont respectivement de 0,48 et de 0,20, et ceux de l'étape 6, de 0,30 et de 0. La raison de ces différences réside dans la variation importante entre CLSC quant à la formation donnée aux intervenants et à l'environnement offert aux familles des bébés allaités ; d'ailleurs, quand on analyse les données agrégées, un seul indicateur de l'étape 2 atteint le seuil de 75 % mais aucun indicateur de l'étape 6 ne l'atteint. Pour l'étape 7, les scores d'implantation sont de 0,74 selon la première approche et de 1,00 selon la deuxième, car tous les indicateurs relatifs à cette étape sont implantés à au moins 75 % ; toutefois, quand les CLSC sont pris isolément, on observe que certains d'entre eux ne sont pas arrivés à implanter complètement l'ensemble des indicateurs. Les scores des étapes 3, 4 et 5 sont pratiquement les mêmes selon les deux approches puisqu'il y a moins de variation dans le degré d'implantation des indicateurs entre les CLSC participants. Ainsi, les scores d'implantation globaux des Sept étapes et du Code, qui étaient respectivement de 3,13 et de 0,69 selon la moyenne des 140 CLSC, sont de 2,46 et de 0,50 selon les données agrégées. Enfin, la comparaison des données basées sur la moyenne des 140 CLSC avec la moyenne des données agrégées des 16 régions montre que les différences entre les scores de chaque étape sont aussi importantes : les scores d'implantation globaux des Sept étapes et du Code sont respectivement de 3,13 et de 0,69 selon la première approche, et de 2,44 et de 0,54 quand on prend les données agrégées par région et que l'on fait ensuite la moyenne des 16 régions (voir le tableau 4, à la partie I du recueil statistique).

Conclusion

L'enquête sur l'allaitement maternel au Québec indique une nette progression dans la pratique de l'allaitement au cours des dernières années. En 2005-2006, 85 % des bébés reçoivent du lait maternel pendant leur séjour en milieu hospitalier ou à la maison de naissance^{42, 43} alors que la proportion était de 72 % en 1997-1998⁴⁷. En contrepartie, l'enquête montre le chemin qu'il reste à parcourir pour que soient respectées les recommandations internationales sur la durée et l'exclusivité de l'allaitement. Seulement la moitié des bébés québécois ne reçoivent que du lait maternel pendant leur séjour dans un centre accoucheur et l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie n'est pas encore répandu au Québec. Pourtant, c'est l'intensité de l'allaitement, laquelle se caractérise par la durée et l'exclusivité, qui est associée aux effets bénéfiques sur la santé des mères et des bébés.

Dans un tel contexte, la priorisation de l'IAB^{19, 34} dans les documents d'orientation ministériels depuis 2001 est à maintenir considérant l'efficacité de cette stratégie pour augmenter la durée et l'exclusivité de l'allaitement.

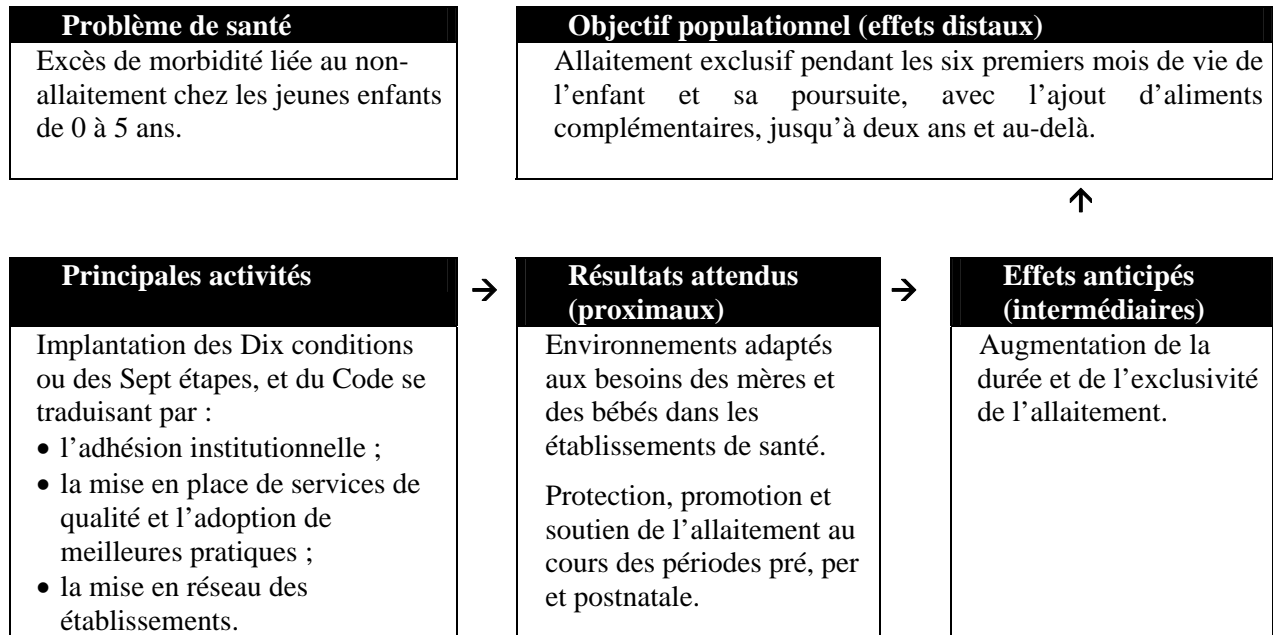
La présente évaluation fournit le premier état de la situation quant à l'avancement de l'IAB au Québec. Les autorités régionales et les établissements disposent maintenant d'un portrait des toutes dernières recommandations internationales en matière d'IAB et peuvent se situer dans une perspective régionale ou provinciale. Par ailleurs, le grand intérêt à l'égard de la certification « Ami des bébés » rapporté par les gestionnaires des CLSC et des centres accoucheurs témoigne de la pertinence d'implanter cette initiative internationale.

Il faut souhaiter que l'accès aux résultats de la présente évaluation encourage les établissements québécois à implanter les meilleures pratiques concernant l'allaitement et que le progrès constaté au regard de l'initiation de l'allaitement s'accompagne d'une augmentation de sa durée et de son exclusivité et ce, au profit de la santé des mères et des bébés.

Annexe I

Schéma du cadre logique de l'Initiative des amis des bébés

Schéma du cadre logique de l'Initiative des amis des bébés



Annexe II

Indicateurs utilisés pour mesurer le niveau d'implantation de l'IAB

La présente annexe porte sur les indicateurs utilisés dans les instruments de mesure IAB-37 et IHAB-40^{5,6} pour évaluer le niveau d'implantation des Sept étapes, des Dix conditions et du Code. Certains d'entre eux ont été retenus pour le calcul des scores d'implantation ; ils apparaissent dans les encadrés intitulés « Indicateurs inclus dans le score ». Des indicateurs supplémentaires ont servi à mesurer d'autres aspects de l'implantation de l'IAB, sans toutefois avoir été retenus pour le calcul des scores ; ils sont présentés dans les encadrés intitulés « Indicateurs non inclus dans le score ».

Tableau A1 : Mesure du niveau d'implantation de l'IAB dans les CLSC – Indicateurs relatifs aux Sept étapes et au Code

Indicateurs inclus dans le score	
Énoncés des indicateurs	
ÉTAPE 1 : Adopter une politique d'allaitement maternel écrite et systématiquement portée à la connaissance de l'ensemble du personnel et des bénévoles.	
P1_1	L'intervenant/L'observateur rapporte que le CLSC a une politique d'allaitement écrite adoptée par le conseil d'administration.
P1_2	L'intervenant/L'observateur rapporte avoir vu la politique d'allaitement écrite.
ÉTAPE 2 : Donner à tous les intervenants en santé les connaissances et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre la politique d'allaitement maternel.	
P1_1	L'intervenant/L'observateur rapporte que le CLSC a une politique d'allaitement écrite adoptée par le conseil d'administration.
P2_1	L'intervenant ayant plus de six mois de service rapporte avoir reçu de la formation en matière d'allaitement au cours des cinq dernières années.
P2_2	L'intervenant ayant plus de six mois de service rapporte avoir reçu au moins 18 heures de formation en matière d'allaitement au cours des cinq dernières années.
P2_3	L'intervenant ayant plus de six mois de service rapporte avoir reçu de la formation théorique et clinique en matière d'allaitement au cours des cinq dernières années.
P2_4	Le gestionnaire rapporte l'existence d'un plan d'orientation sur l'Initiative des amis des bébés destiné aux nouveaux employés qui offrent des soins directs en allaitement.
P2_5	Le gestionnaire rapporte l'existence d'un registre composé de fiches individuelles de toutes les formations reçues par les intervenants.
ÉTAPE 3 : Renseigner les femmes enceintes et leur famille sur les avantages de l'allaitement maternel et sur sa pratique.	
P3_1	L'intervenant informe les femmes enceintes sur / La mère nomme au moins deux pratiques ou routines hospitalières qui aident au succès de l'allaitement.
P3_2	L'intervenant informe les femmes enceintes / La mère rapporte avoir été informée sur la durée optimale de l'allaitement exclusif, c.à.d. d'allaiter exclusivement pendant les six premiers mois de vie.
P3_3	L'intervenant informe les femmes enceintes / La mère rapporte avoir été informée sur au moins deux avantages d'allaiter exclusivement au cours des six premiers mois de vie.
P3_4	L'intervenant informe les femmes enceintes / La mère rapporte avoir été informée sur la durée optimale de l'allaitement, c.à.d. que le bébé poursuit l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou plus tout en recevant d'autres solides ou liquides.
P3_5	L'intervenant informe les femmes enceintes / La mère rapporte avoir été informée sur au moins deux conséquences du non-allaitement.

ÉTAPE 4 : Aider les mères à commencer l'allaitement maternel exclusif et à le poursuivre jusqu'à six mois.	
P4_1	L'intervenant rapporte que lors de chaque contact avec les mères qui allaitent, il s'informe / La mère rapporte que les intervenants se sont informés à chaque contact avec elle du déroulement de l'allaitement.
P4_2	L'intervenant rapporte que lors de chaque contact en personne avec les mères qui allaitent, pour lesquelles il assure le suivi, il les a / La mère rapporte que les intervenants, lors de chaque contact en personne avec elle, l'ont vu allaiter.
P4_3	L'intervenant / La mère nomme au moins trois éléments d'une bonne position et d'une bonne prise du sein.
P4_4	L'intervenant rapporte informer les mères / La mère rapporte avoir été informée d'au moins deux facteurs qui assurent une production suffisante de lait.
P4_5	L'intervenant rapporte informer les mères / La mère rapporte avoir été informée d'au moins une façon de prévenir les gerçures et les crevasses.
P4_6	L'intervenant rapporte enseigner aux mères / La mère a été informée sur au moins deux éléments qui permettent de reconnaître qu'un bébé est prêt à téter.
P4_7	L'intervenant donnant des soins directs en allaitement rapporte enseigner aux mères / La mère rapporte avoir été informée d'allaiter aussitôt que le bébé le demande (période critique de 5 heures et plus est acceptable) / en réponse aux signes manifestés par le bébé / selon le cycle d'éveil-sommeil du bébé.
P4_8	L'intervenant rapporte enseigner aux mères / La mère rapporte avoir été informée de ne pas limiter la durée de la tétée.
P4_9	L'intervenant informe les mères / La mère rapporte avoir été informée sur au moins deux éléments permettant d'évaluer si un bébé allaité obtient suffisamment de lait.
P4_10	L'intervenant rapporte enseigner aux mères / La mère rapporte avoir reçu l'enseignement sur l'expression manuelle du lait.
P4_11	L'intervenant donnant des soins directs en allaitement nomme au moins deux raisons pour donner autre chose que du lait maternel au cours des six premiers mois parmi les / La mère rapporte que son bébé allaité n'a reçu que du lait maternel entre le congé de l'hôpital et le sevrage (s'il a eu lieu avant 6 mois) ou, s'il a reçu autre chose que du lait maternel, c'est pour une ou des indications médicales acceptables proposées par le CQA ou pour une raison hors du contrôle de l'installation (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison.
P4_12	L'intervenant ne suggère pas aux mères / La mère rapporte que les intervenants ne lui ont pas suggéré d'utiliser la suce pour leur bébé lorsqu'il tète trop souvent ou trop longtemps.
ÉTAPE 5 : Encourager la poursuite de l'allaitement maternel après six mois avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés au régime du bébé au moment opportun.	
P5_1	L'intervenant informe les mères / La mère rapporte avoir été informée sur le moment approprié de l'introduction des solides et des liquides à l'alimentation d'un bébé allaité, soit à partir de l'âge de 6 mois.
P5_2	L'intervenant informe les mères / La mère rapporte avoir été informée sur au moins deux avantages de poursuivre l'allaitement au-delà de l'âge de 6 mois.
ÉTAPE 6 : Offrir une ambiance accueillante aux familles de bébés allaités.	
P6_1	L'intervenant rapporte que les mères devraient se sentir / La mère rapporte qu'elle se sentirait à l'aise d'allaiter n'importe où au CLSC, c.à.d., dans tous les lieux offrant des services à la clientèle.
P6_2	La mère rapporte la présence d'une pièce fermée mise à sa disposition si elle / L'observateur rapporte la présence d'une pièce fermée mise à la disposition de la mère qui désire allaiter dans un lieu plus intime.

ÉTAPE 7 :	
Encourager la coopération entre les intervenants en santé, les groupes d'entraide à l'allaitement maternel et la communauté locale.	
P7_1	L'intervenant rapporte remettre aux mères / La mère rapporte avoir reçu / L'observateur rapporte que l'installation remet aux mères de la documentation écrite sur les groupes d'entraide ou autres ressources en allaitement.
P7_2	L'intervenant rapporte référer les mères / La mère rapporte avoir été référée vers les groupes d'entraide ou autres ressources en allaitement.
Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	
C_1	L'intervenant rapporte que le CLSC ne remet pas aux mères / La mère rapporte qu'elle n'a pas reçu au CLSC / L'observateur rapporte que les intervenants ne remettent pas aux femmes enceintes et aux mères des échantillons ou documents publicitaires sur les produits couverts par le Code (préparations commerciales pour nourrissons, autres aliments pour nourrissons et tétines artificielles).
C_2	L'intervenant rapporte que le CLSC ne remet pas aux mères / La mère rapporte qu'elle n'a pas reçu au CLSC de l'approvisionnement de préparations commerciales pour nourrissons pour usage à la maison.
C_3	L'intervenant / L'observateur rapporte que les endroits fréquentés par les mères, les bébés et leur famille ne présentent pas du matériel faisant la promotion de produits couverts par le Code ou identifiant les marques de commerce des ces produits.
C_4	L'intervenant rapporte que les intervenants n'enseignent pas aux femmes enceintes et mères qui allaitent / La mère rapporte n'avoir reçu aucun enseignement sur comment préparer des préparations commerciales pour nourrissons lors d'un cours en groupe.
C_5	Le gestionnaire rapporte que le CLSC ne conserve pas, ne manipule pas, ne distribue pas et ne donne pas de produits couverts par le Code ou s'il possède ces produits, il en fait l'achat à au moins 80 % du prix de vente au détail.
C_6	Le gestionnaire rapporte que le CLSC (incluant la boutique de cadeaux si présente dans le même établissement) ne vend pas de produits couverts par le Code.
C_7	Le gestionnaire rapporte qu'il n'y a pas de cadeaux provenant des fabricants de produits couverts par le Code qui sont remis aux intervenants, incluant tout type de matériel, des allocations pour la formation continue ou des honoraires pour services rendus.

Indicateurs non inclus dans le score	
Énoncés des indicateurs	
Indicateurs non inclus dans le score de l'étape 1	
P1_A	L'observateur confirme la présence des Sept étapes et du Code dans la politique d'allaitement.
Indicateurs non inclus dans le score de l'étape 3	
P3_A	L'intervenant nomme la durée optimale de l'allaitement exclusif recommandée par les experts, c.à.d. d'allaiter exclusivement pendant les six premiers mois de vie.
P3_B	L'intervenant nomme la durée optimale de l'allaitement recommandée par les experts, c.à.d. que le bébé poursuit l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou plus tout en recevant des aliments solides ou liquides.
P3_C	L'intervenant rapporte remettre aux femmes enceintes de la documentation écrite sur les groupes d'entraide ou ressources en allaitement
Indicateurs non inclus dans le score de l'étape 4	
P4_A	L'intervenant / La mère nomme au moins un élément d'une bonne position au sein.
P4_B	L'intervenant / La mère nomme au moins deux éléments d'une bonne prise du sein.
P4_C	L'intervenant rapporte enseigner aux mères qui n'allaitent pas au moins un élément / La mère qui n'allait pas rapporte avoir reçu au CLSC l'enseignement sur la préparation des préparations commerciales pour nourrissons.
P4_D	L'intervenant rapporte informer les mères d'au moins une façon de prévenir les difficultés reliées à la montée de lait.

P4_E	L'intervenant / La mère rapporte que la durée de la tétée ne doit pas être limitée.
P4_F	L'intervenant / La mère donne une définition acceptable de l'allaitement à la demande.
P4_G	L'intervenant rapporte transmettre aux mères au moins une bonne information sur l'utilisation des suces et des biberons en lien avec l'allaitement au cours des premières semaines de vie d'un bébé.
Indicateurs non inclus dans le score de l'étape 7	
P7_A	La mère rapporte avoir consulté les groupes d'entraide en allaitement pendant sa grossesse ou après l'accouchement.
P7_B	La mère rapporte avoir consulté des services spécialisés en allaitement.
Indicateurs non inclus dans le score du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	
C_A	L'intervenant rapporte que le CLSC ne remet pas aux mères / La mère rapporte qu'elle n'a pas reçu au CLSC / L'observateur rapporte que les intervenants ne remettent pas aux femmes enceintes et aux mères des échantillons ou documents publicitaires sur les préparations commerciales pour nourrissons.
C_B	L'intervenant rapporte que le CLSC ne remet pas aux mères / La mère rapporte qu'elle n'a pas reçu au CLSC / L'observateur rapporte que les intervenants ne remettent pas aux femmes enceintes et aux mères des échantillons ou documents publicitaires sur de l'eau embouteillée, les céréales ou autres aliments pour nourrissons.
C_C	L'intervenant rapporte que le CLSC ne remet pas aux mères / La mère rapporte qu'elle n'a pas reçu au CLSC / L'observateur rapporte que les intervenants ne remettent pas aux femmes enceintes et aux mères des échantillons ou documents publicitaires sur les tétines artificielles.
C_D	L'intervenant rapporte que le CLSC ne remet pas aux femmes enceintes ou aux mères / La mère rapporte qu'elle n'a pas reçu au CLSC un sac à couches ou une pochette-cadeaux contenant des produits couverts par le Code.
C_E	L'intervenant rapporte donner aux mères une raison conforme pour ne pas donner d'échantillons de préparations commerciales pour nourrissons.
C_F	Le gestionnaire rapporte l'existence d'une ressource ayant comme mandat d'assurer l'absence de cadeaux, matériel promotionnel ou documents publicitaires provenant des fabricants de produits couverts par le Code.

Tableau A2 : Mesure du niveau d'implantation de l'IAB dans les centres accoucheurs – Indicateurs relatifs aux Dix conditions et au Code

Indicateurs inclus dans le score	
Énoncés des indicateurs	
CONDITION 1 : Adopter une politique d'allaitement maternel écrite et systématiquement portée à la connaissance de l'ensemble du personnel et des bénévoles.	
S1_1	L'intervenant / L'observateur rapporte que l'hôpital a une politique d'allaitement écrite adoptée par le conseil d'administration.
S1_2	L'intervenant / L'observateur rapporte avoir vu la politique d'allaitement.
CONDITION 2 Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.	
S2_1	L'intervenant ayant plus de six mois de service rapporte avoir reçu de la formation en matière d'allaitement au cours des cinq dernières années.
S2_2	L'intervenant ayant plus de six mois de service rapporte avoir reçu au moins 18 heures de formation en matière d'allaitement au cours des cinq dernières années.
S2_3	L'intervenant ayant plus de six mois de service rapporte avoir reçu de la formation théorique et clinique en matière d'allaitement au cours des cinq dernières années.
S2_4	L'infirmière-chef rapporte l'existence d'un plan d'orientation sur l'Initiative des amis des bébés destiné aux nouveaux employés qui offrent des soins directs en allaitement.
S2_5	L'infirmière-chef apporte l'existence d'un registre composé de fiches individuelles de toutes les formations reçues par les intervenants.
CONDITION 3 Informé toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement et de sa pratique.	
S3_1	L'intervenant / La mère nomme au moins deux pratiques ou routines hospitalières qui aident au succès de l'allaitement.
S3_2	L'intervenant connaît / La mère rapporte avoir été informée par le CLSC sur la durée optimale de l'allaitement exclusif recommandée par les experts, c'est-à-dire d'allaiter exclusivement pendant les six premiers mois de vie.
S3_3	L'intervenant nomme / La mère rapporte avoir été informée par le CLSC sur au moins deux avantages d'allaiter exclusivement au cours des six premiers mois de vie.
S3_4	L'intervenant connaît / La mère rapporte avoir été informée par le CLSC sur la durée optimale de l'allaitement recommandée par les experts, c.à.d. que le bébé poursuit l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou plus tout en recevant d'autres solides ou liquides.
S3_5	L'intervenant nomme / La mère rapporte avoir été informée par le CLSC sur au moins deux conséquences du non-allaitement.
CONDITION 4 Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.	
S4_1	L'intervenant rapporte mettre le bébé né à terme et en santé en contact avec sa mère dans les cinq premières minutes suivant l'accouchement / La mère rapporte qu'elle a été mise en contact avec son bébé dans les cinq premières minutes suivant l'accouchement, ou si ce contact ne s'est pas fait dans les cinq premières minutes, c'est pour une raison acceptable selon les règles mondiales de l'IHAB.
S4_2	L'intervenant rapporte laisser le bébé né à terme et en santé en contact avec sa mère pendant au moins 60 minutes suivant l'accouchement / La mère rapporte qu'elle a été laissée en contact avec son bébé pendant au moins 60 minutes suivant l'accouchement, ou s'ils n'ont pas été laissés en contact pendant au moins 60 minutes, c'est pour une raison acceptable selon les règles mondiales de l'IHAB.

S4_3	L'intervenant rapporte que le bébé né à terme et en santé est mis en contact peau à peau avec sa mère / La mère rapporte qu'elle a été mise en contact peau à peau avec son bébé selon une définition préétablie (bébé nu sur le corps nu de la mère).
S4_4	L'intervenant rapporte encourager la mère à reconnaître que le bébé né à terme et en santé / La mère rapporte qu'elle a été encouragée à reconnaître que son bébé est prêt à téter pour la première fois.
CONDITION 5 Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.	
S5_1	L'intervenant rapporte offrir aux mères de l'aide / La mère rapporte qu'on lui a offert de l'aide pour allaiter la deuxième fois.
S5_2	L'intervenant rapporte observer les mères qui allaitent, et dont il a la responsabilité durant son quart de travail / La mère rapporte avoir été observée, durant son séjour à l'hôpital, pendant au moins une tétée du début à la fin.
S5_3	L'intervenant / La mère nomme au moins trois éléments d'une bonne position et d'une bonne prise du sein.
S5_4	L'intervenant rapporte informer les mères sur / La mère rapporte avoir été informée d'au moins deux facteurs qui assurent une production suffisante de lait.
S5_5	L'intervenant rapporte informer les mères / La mère rapporte avoir été informée sur au moins deux éléments permettant d'évaluer si un bébé allaité obtient suffisamment de lait.
S5_6	L'intervenant rapporte enseigner aux mères / La mère rapporte avoir reçu l'enseignement sur l'expression manuelle du lait.
S5_7	L'intervenant rapporte informer les mères / La mère rapporte avoir été informée d'au moins une façon de prévenir les gerçures et les crevasses.
CONDITION 6 Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.	
S6_1	L'intervenant rapporte que si les bébés allaités reçoivent / La mère rapporte que son bébé allaité a reçu seulement du lait maternel durant son séjour à l'hôpital ou, s'il a reçu autre chose que du lait maternel, c'est pour une ou des indications médicales acceptables (selon les Règles mondiales de l'IHAB) ou pour une raison hors du contrôle de l'hôpital (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison.
CONDITION 7 Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.	
S7_1	L'intervenant rapporte que le bébé né à terme et en santé n'est pas séparé de sa mère pendant tout le séjour à l'hôpital ou, s'il est séparé, c'est / La mère rapporte que son bébé n'a pas été séparé d'elle pendant tout le séjour ou, s'il a été séparé, c'était seulement pour une raison acceptable selon les Règles mondiales de l'IHAB.
S7_2	L'intervenant rapporte que 80 % ou plus des bébés nés à terme et en santé cohabitent avec leur mère / La mère rapporte que son bébé a cohabité avec elle 24 heures sur 24 pendant le séjour à l'hôpital.
CONDITION 8 Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.	
S8_1	L'intervenant rapporte enseigner aux mères / La mère rapporte avoir été informée sur au moins deux éléments qui permettent de reconnaître qu'un bébé est prêt à téter.
S8_2	L'intervenant rapporte enseigner aux mères / La mère rapporte avoir été informée d'allaiter aussitôt que le bébé le demande (période critique de 5 heures et plus est acceptable) / en réponse aux signes manifestés par le bébé / selon le cycle d'éveil-sommeil du bébé.
S8_3	L'intervenant rapporte enseigner aux mères / La mère rapporte avoir été informée de ne pas limiter la durée de la tétée.

CONDITION 9	
Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.	
S9_1	L'intervenant rapporte qu'il suggère une suce à 20 % ou moins des bébés nés à terme et en santé / La mère rapporte qu'on ne lui a pas suggéré d'utiliser une suce ou autres tétines artificielles pour son bébé pendant le séjour à l'hôpital.
S9_2	L'intervenant rapporte qu'il suggère un biberon à 20 % ou moins des bébés allaités / La mère rapporte qu'on ne lui a pas suggéré l'utilisation du biberon pour son bébé pendant le séjour à l'hôpital.
CONDITION 10	
Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.	
S10_1	L'intervenant rapporte remettre aux mères / La mère rapporte avoir reçu / L'observateur rapporte que l'installation remet aux mères de la documentation écrite sur les groupes d'entraide ou autres ressources en allaitement.
S10_2	L'intervenant rapporte référer les mères / La mère rapporte avoir été référée vers les groupes d'entraide ou autres ressources en allaitement.
Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	
C_1	L'intervenant rapporte que l'hôpital ne remet pas aux mères / La mère rapporte qu'elle n'a pas reçu à l'hôpital / L'observateur rapporte que les intervenants ne remettent pas aux femmes enceintes et aux mères des échantillons ou documents publicitaires sur les produits couverts par le Code (préparations commerciales pour nourrissons, autres aliments pour nourrissons et tétines artificielles).
C_2	L'intervenant rapporte que l'hôpital ne remet pas aux mères / La mère rapporte qu'elle n'a pas reçu à l'hôpital de l'approvisionnement de préparations commerciales pour nourrissons pour usage à la maison.
C_3	L'intervenant / L'observateur rapporte que l'unité de maternité (incluant la pouponnière) ne présente pas du matériel faisant la promotion de produits couverts par le Code ou identifiant les marques de commerce des ces produits.
C_4	L'intervenant rapporte que les intervenants n'enseignent pas aux femmes enceintes et mères qui allaitent / La mère rapporte n'avoir reçu aucun enseignement sur comment préparer des préparations commerciales pour nourrissons lors d'un cours en groupe.
C_5	L'infirmière-chef rapporte que l'hôpital ne reçoit pas d'approvisionnement gratuit ou à prix réduit des produits couverts par le Code (préparations commerciales pour nourrissons, autres types d'aliments pour nourrissons et tétines artificielles).
C_6	L'infirmière-chef rapporte que l'hôpital (incluant la boutique de cadeaux si présente dans le même établissement) ne vend pas de produits couverts par le Code.
C_7	L'infirmière-chef rapporte qu'il n'y a pas de cadeaux provenant des fabricants de produits couverts par le Code qui sont remis aux intervenants, incluant tout type de matériel ou équipement, des allocations pour la formation continue ou des honoraires pour services rendus.

Indicateurs non inclus dans le score	
Énoncés des indicateurs	
Indicateurs non inclus dans le score de la condition 1	
S1_A	L'observateur confirme la présence des Dix conditions et du Code dans la politique d'allaitement.
Indicateurs non inclus dans le score de la condition 4	
S4_Av	L'intervenant rapporte mettre le bébé né à terme et en santé en contact avec sa mère dans les cinq premières minutes suivant un accouchement par voie vaginale / La mère rapporte qu'elle a été mise en contact avec son bébé dans les cinq premières minutes suivant un accouchement par voie vaginale, ou si ce contact ne s'est pas fait dans les cinq premières minutes, c'est pour une raison acceptable selon les règles mondiales de l'IHAB.
S4_Bv	L'intervenant rapporte que le contact entre la mère et son bébé né à terme et en santé ne se fait pas dans les cinq premières minutes suivant un accouchement par voie vaginale pour une raison acceptable selon les règles mondiales de l'IHAB.

S4_Cv	L'intervenant rapporte laisser le bébé né à terme et en santé en contact avec sa mère pendant au moins 60 minutes suivant un accouchement par voie vaginale / La mère rapporte qu'elle a été laissée en contact avec son bébé pendant au moins 60 minutes suivant un accouchement par voie vaginale, ou s'ils n'ont pas été laissés en contact pendant au moins 60 minutes, c'est pour une raison acceptable selon les règles mondiales de l'IHAB.
S4_Dv	L'intervenant rapporte que la mère et son bébé né à terme et en santé ne sont pas laissés en contact pendant au moins 60 minutes suivant un accouchement par voie vaginale pour une raison acceptable selon les règles mondiales de l'IHAB.
S4_Ev	L'intervenant rapporte que le bébé né à terme et en santé est mis en contact peau à peau avec sa mère / La mère rapporte qu'elle a été mise en contact peau à peau avec son bébé selon une définition préétablie (bébé nu sur le corps nu de la mère) suivant un accouchement par voie vaginale.
S4_Fv	L'intervenant rapporte encourager la mère à reconnaître que le bébé né à terme et en santé / La mère rapporte qu'elle a été encouragée à reconnaître que son bébé est prêt à téter pour la première fois suivant un accouchement par voie vaginale.
S4_Ac	L'intervenant rapporte mettre le bébé né à terme et en santé en contact avec sa mère dans les cinq premières minutes suivant un accouchement par césarienne sous épidurale / La mère rapporte qu'elle a été mise en contact avec son bébé dans les cinq premières minutes suivant un accouchement par césarienne sous épidurale, ou si ce contact ne s'est pas fait dans les cinq premières minutes, c'est pour une raison acceptable selon les règles mondiales de l'IHAB.
S4_Bc	L'intervenant mentionne que le contact entre la mère et son bébé né à terme et en santé ne se fait pas dans les cinq premières minutes suivant un accouchement par césarienne sous épidurale pour une raison acceptable selon les règles mondiales de l'IHAB.
S4_Cc	L'intervenant rapporte laisser le bébé né à terme et en santé en contact avec sa mère pendant au moins 60 minutes suivant un accouchement par césarienne sous épidurale / La mère rapporte qu'elle a été laissée en contact avec son bébé pendant au moins 60 minutes suivant un accouchement par césarienne, ou s'ils n'ont pas été laissés en contact pendant au moins 60 minutes, c'est pour une raison acceptable selon les règles mondiales de l'IHAB.
S4_Dc	L'intervenant mentionne que la mère et son bébé né à terme et en santé ne sont pas laissés en contact pendant au moins 60 minutes suivant un accouchement par césarienne sous épidurale pour une raison acceptable selon les règles mondiales de l'IHAB.
S4_Ec	L'intervenant rapporte que le bébé né à terme et en santé est mis en contact peau à peau avec sa mère / La mère rapporte qu'elle a été mise en contact peau à peau avec son bébé selon une définition préétablie (bébé nu sur le corps nu de la mère) suivant un accouchement par césarienne sous épidurale.
S4_Fc	L'intervenant rapporte encourager la mère à reconnaître que le bébé né à terme et en santé / La mère rapporte qu'elle a été encouragée à reconnaître que son bébé est prêt à téter pour la première fois suivant un accouchement par césarienne sous épidurale.
Indicateurs non inclus dans le score de la condition 5	
S5_A	L'intervenant / La mère nomme au moins un élément d'une bonne position au sein.
S5_B	L'intervenant / La mère nomme au moins deux éléments d'une bonne prise du sein.
S5_C	L'intervenant rapporte enseigner sur la préparation et l'administration des préparations commerciales pour nourrissons aux mères qui n'allaitent pas.
S5_D	L'intervenant rapporte informer les mères d'au moins une façon de prévenir les difficultés reliées à la montée de lait.
Indicateurs non inclus dans le score de la condition 6	
S6_A	L'infirmière-chef rapporte que 80 % ou plus des bébés allaités reçoivent, pendant le séjour à l'hôpital, / La mère rapporte que son bébé allaité a reçu, pendant le séjour à l'hôpital, / L'observateur rapporte, après l'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), que chaque bébé allaité observé a reçu seulement du lait maternel.
S6_B	L'intervenant rapporte que les bébés allaités reçoivent, durant leur séjour à l'hôpital, seulement du lait maternel ou s'ils reçoivent / La mère rapporte que son bébé allaité a reçu seulement du lait maternel durant son séjour à l'hôpital ou, s'il a reçu autre chose que du lait maternel c'est pour une ou des indications médicales acceptables (selon les Règles mondiales de l'IHAB).

S6_C	L'intervenant rapporte que les bébés allaités reçoivent, durant leur séjour à l'hôpital, seulement du lait maternel ou s'ils reçoivent / La mère rapporte que son bébé allaité a reçu seulement du lait maternel durant son séjour à l'hôpital ou, s'il a reçu autre chose que du lait maternel c'est pour une raison hors du contrôle de l'hôpital (un refus d'allaiter) sans mentionner aucune autre raison.
Indicateurs non inclus dans le score de la condition 7	
S7_A	L'intervenant rapporte que le bébé né à terme et en santé n'est pas séparé de sa mère pendant tout le séjour à l'hôpital, ou s'il est séparé, c'est / La mère rapporte que son bébé n'a pas été séparé d'elle pendant tout le séjour à l'hôpital ou, s'il a été séparé, c'était pour des périodes d'une heure ou moins à la fois.
S7_Av	L'intervenant rapporte que le bébé né à terme et en santé n'est pas séparé de sa mère pendant tout le séjour à l'hôpital, ou s'il est séparé, c'est / La mère rapporte que son bébé n'a pas été séparé d'elle pendant tout le séjour à l'hôpital ou, s'il a été séparé, c'était pour des périodes d'une heure ou moins à la fois suivant un accouchement par voie vaginale.
S7_Ac	L'intervenant rapporte que le bébé né à terme et en santé n'est pas séparé de sa mère pendant tout le séjour à l'hôpital, ou s'il est séparé, c'est / La mère rapporte que son bébé n'a pas été séparé d'elle pendant tout le séjour à l'hôpital ou, s'il a été séparé, c'était pour des périodes d'une heure ou moins à la fois suivant un accouchement par césarienne sous épidurale.
S7_B	L'observateur rapporte qu'après l'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière) que le bébé n'était pas séparé de sa mère.
Indicateurs non inclus dans le score de la condition 8	
S8_A	L'intervenant / La mère rapporte que la durée de la tétée ne doit pas être limitée.
S8_B	L'intervenant / La mère donne une définition acceptable de l'allaitement à la demande.
Indicateurs non inclus dans le score de la condition 9	
S9_A	L'intervenant rapporte transmettre aux mères au moins une bonne information sur l'utilisation des suces et des biberons en lien avec l'allaitement au cours des premières semaines de vie d'un bébé.
S9_B	L'intervenant rapporte que 20 % ou moins des bébés nés à terme et en santé utilisent une suce pendant le séjour à l'hôpital.
S9_C	L'intervenant rapporte que 20 % ou moins des bébés allaités utilisent un biberon pendant le séjour à l'hôpital.
S9_D	L'observateur rapporte après l'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière), que le bébé n'utilisait pas de suce ou n'était pas en présence de suce.
S9_E	L'observateur rapporte après l'observation à l'unité de maternité (incluant la pouponnière) que chaque bébé observé n'utilisait pas ou n'était pas en la présence d'un biberon (dans son lit ou près du lit de sa mère).
Indicateurs non inclus dans le score de la condition 10	
S10_A	L'infirmière-chef rapporte l'existence d'au moins deux services spécialisés en allaitement accessibles au sein de l'hôpital ou dans la région.
Indicateurs non inclus dans le score du Code	
C_A	L'intervenant rapporte que l'hôpital ne remet pas aux mères / La mère rapporte qu'elle n'a pas reçu à l'hôpital / L'observateur rapporte que les intervenants ne remettent pas aux femmes enceintes et aux mères des échantillons ou documents publicitaires sur les préparations commerciales pour nourrissons.
C_B	L'intervenant rapporte que l'hôpital ne remet pas aux mères / La mère rapporte qu'elle n'a pas reçu à l'hôpital / L'observateur rapporte que les intervenants ne remettent pas aux femmes enceintes et aux mères des échantillons ou documents publicitaires sur de l'eau embouteillée, les céréales ou autres aliments pour nourrissons.
C_C	L'intervenant rapporte que l'hôpital ne remet pas aux mères / La mère rapporte qu'elle n'a pas reçu à l'hôpital / L'observateur rapporte que les intervenants ne remettent pas aux femmes enceintes et aux mères des échantillons ou documents publicitaires sur les tétines artificielles.
C_D	L'intervenant rapporte que l'hôpital ne remet pas aux femmes enceintes ou aux mères / La mère rapporte qu'elle n'a pas reçu à l'hôpital un sac à couches ou une pochette-cadeaux contenant des produits couverts par le Code.
C_E	L'intervenant rapporte donner aux mères au moins une raison conforme pour ne pas donner d'échantillons de préparations commerciales pour nourrissons aux femmes enceintes ou mères.

C_F	L'infirmière-chef rapporte l'existence d'une ressource ayant comme mandat d'assurer l'absence de cadeaux, matériel promotionnel ou documents publicitaires provenant des fabricants de produits couverts par le Code.
C_G	L'observateur rapporte que les contenants des préparations commerciales pour nourrissons et les biberons préparés sont conservés hors vue de la clientèle.

Annexe III

**Précisions sur les étapes utilisées pour évaluer le
niveau d'implantation de l'IAB**

La présente annexe donne des précisions concernant les indicateurs, les scores d'implantation et les calculs sur lesquels se base l'évaluation du niveau d'implantation de l'IAB qui a été faite à l'échelle provinciale en 2007. Les principales statistiques utilisées sont, en plus du degré d'implantation des indicateurs définis pour chacune des conditions et des étapes ainsi que pour le Code, les scores d'implantation partiels et globaux calculés pour les Dix conditions, les Sept étapes et le Code.

Définition des indicateurs

Afin de connaître le niveau d'implantation de l'IAB dans une installation, des indicateurs ont été définis pour les Dix conditions, les Sept étapes et certains éléments du Code (voir l'annexe II). Deux types d'indicateurs ont été formulés. Les indicateurs du premier type sont utilisés pour le calcul des scores d'implantation ; on les désigne comme étant « inclus dans le score ». Ceux du second type servent à mesurer d'autres aspects de cette implantation et n'entrent pas dans le calcul des scores ; on les désigne comme étant « non inclus dans le score »^a.

Les indicateurs utilisés sont mesurés par une, deux ou trois sources d'information, ou perspectives : les gestionnaires et intervenants, les mères et les observateurs. Afin de simplifier la lecture des tableaux dans le recueil statistique (fichier Excel), les indicateurs mesurés par plus d'une perspective sont identifiés par une étiquette^b et un énoncé communs. Par exemple, l'énoncé de l'indicateur P5_2 de l'étape 5 (voir l'annexe II, p. 56) se lit ainsi : « **L'intervenant informe les mères / La mère rapporte avoir été informée** sur au moins deux avantages de poursuivre l'allaitement au-delà de l'âge de 6 mois ».

La partie du texte en gras est propre à chaque perspective, tandis que le reste de l'énoncé est commun aux deux perspectives.

Ainsi, l'indicateur P5_2 pourrait se lire de la façon suivante :

- L'intervenant informe les mères sur au moins deux avantages de poursuivre l'allaitement au-delà de l'âge de 6 mois.
- La mère rapporte avoir été informée sur au moins deux avantages de poursuivre l'allaitement au-delà de l'âge de 6 mois.

La plupart des indicateurs utilisés pour mesurer l'adhésion à l'IAB ont été définis à partir de deux sources : les *Règles mondiales* établies conjointement par l'OMS et l'UNICEF en 1992⁴¹, et des documents élaborés par le Comité d'agrément IAB du MSSS en 2004^{23, 48, 49}. Toutefois, pour certaines conditions et certaines étapes, des indicateurs supplémentaires ont été ajoutés afin de recueillir de l'information pertinente aux changements de pratiques. La plupart d'entre eux avaient déjà été utilisés dans le cadre d'études effectuées en Montérégie^{12, 46} ; ils ont cependant été adaptés aux besoins particuliers de la présente évaluation, selon l'expérience tirée de ces études et selon des recommandations faites par l'OMS et l'UNICEF en 2006⁴¹.

Chaque indicateur est évalué à l'aide d'une ou deux questions ou observations. La plupart des questions ont été validées dans le cadre d'études antérieures^{12, 46}. Aux fins de la comparaison des résultats par la triangulation des données, l'indicateur qui sert à mesurer l'implantation d'une politique ou d'une pratique est identique, ou le plus similaire possible, d'une perspective à l'autre. Par exemple, pour mesurer l'indicateur S5_4 de la condition 5 (voir l'annexe II, p. 60), on demande aux intervenants quelle information ils ont donnée aux mères et aux mères quelle information elles ont reçue des intervenants sur ce qui peut les aider à produire suffisamment de lait.

Les questionnaires et les grilles d'observation sont intégrés à des instruments de mesure informatisés qui, eux, ont été créés à l'aide d'une base de modèle du logiciel Excel. Ces instruments sont une adaptation des versions précédemment utilisées en Montérégie^{20, 21} et ont été renommés Instrument de mesure IHAB-40⁵, pour les hôpitaux, et Instrument de mesure IAB-37⁶, pour les CLSC. Le nom de chacun des instruments de mesure révèle le nombre d'indicateurs utilisés pour calculer les scores d'implantation dans la présente évaluation^c.

Mesure du degré d'implantation d'un indicateur

Les réponses données par les gestionnaires et intervenants ainsi que par les mères, tout comme celles qui ont été consignées à l'occasion d'observations, sont jugées acceptables lorsqu'elles sont conformes aux normes recommandées par l'IAB (« bonnes réponses »). Le degré d'implantation d'un indicateur donné indique la proportion des gestionnaires et intervenants, des mères ou des observateurs ayant donné une réponse conforme. Il est mesuré en divisant la somme des réponses ou des observations conformes par le nombre total de personnes ayant répondu à la question ou le nombre d'observations effectuées. Par exemple, pour l'indicateur P4_3 de l'étape 4 (voir l'annexe II, p. 56), si 7 des 10 intervenants peuvent nommer au moins trois éléments d'une bonne position et d'une bonne prise du sein, le degré d'implantation de cet indicateur est de 70 %.

Critères pour qu'un indicateur soit considéré comme complètement implanté

Pour qu'un indicateur soit considéré comme complètement implanté, son degré d'implantation doit atteindre le seuil fixé. Dans la présente évaluation, le seuil est de 75 %^d. Par exemple, pour l'indicateur S8_3 de la condition 8 (voir l'annexe II, p. 60), à la question « À l'hôpital, que vous a-t-on dit au sujet de la durée des tétées recommandée ? », il faut que 75 % ou plus des mères interviewées donnent une réponse conforme aux normes recommandées par l'IAB pour que cet indicateur soit considéré comme complètement implanté. Lorsqu'il s'agit d'une mesure dichotomique rapportée par un seul répondant (le gestionnaire ou l'observateur), le degré d'implantation ne peut être que de 0 % ou de 100 %. L'indicateur sera donc complètement implanté lorsque son degré d'implantation sera égal à 100 %. Par exemple, il faut que l'observateur rapporte que l'installation a une politique écrite sur l'allaitement et que celle-ci a été adoptée par le conseil d'administration (degré d'implantation de 100 %) pour que les indicateurs P1_1 (pour les CLSC) ou S1_2 (pour les centres accoucheurs) soient considérés comme complètement implantés (voir l'annexe II, p. 55 et 59).

Construction des scores d'implantation pour un CLSC ou un centre accoucheur

Étant donné le nombre élevé d'indicateurs utilisés pour les trois perspectives, des scores ont été construits à partir des indicateurs. Il faut rappeler ici que les indicateurs « non inclus dans le score » n'entrent pas dans le calcul. Ces scores donnent une mesure sommaire du niveau d'implantation de l'IAB. Ils sont appelés *scores d'implantation partiels* dans le cas de chacune des conditions et étapes, et *scores d'implantation globaux* dans le cas des Dix conditions, des Sept étapes et du Code.

Score d'implantation partiel de chacune des conditions et étapes

Pour construire le score d'implantation partiel de chacune des conditions et étapes, des points ont été attribués à chaque indicateur en fonction de son degré d'implantation. Plus précisément, lorsque l'indicateur n'est pas complètement implanté, c'est-à-dire que le degré d'implantation n'atteint pas le seuil fixé, on lui attribue la valeur 0 ; lorsque le degré d'implantation est égal ou supérieur au seuil fixé, on attribue 1 point à l'indicateur en question.

Le score d'implantation partiel pour chacune des conditions et étapes se calcule ainsi : on divise le total des points obtenus (somme des points attribués aux indicateurs de la condition ou de l'étape qui sont complètement implantés) par le total maximal possible des points (maximum de points pouvant être accumulés quand tous les indicateurs de la condition ou de l'étape sont complètement implantés).

Ce score partiel varie entre 0 et 1, la valeur 0 signifiant qu'aucun indicateur de la condition ou de l'étape n'est complètement implanté et la valeur 1, que tous les indicateurs le sont. Une valeur se situant entre 0 et 1 signifie que seulement certains indicateurs de la condition ou de l'étape sont implantés.

Scores d'implantation globaux des Dix conditions, des Sept étapes et du Code

Le score d'implantation global des Dix conditions est obtenu en additionnant les scores partiels de chacune des conditions. Sa valeur varie donc entre 0 et 10. De la même façon, le score d'implantation global des Sept étapes est obtenu en additionnant les scores partiels de chacune des étapes et varie entre 0 et 7. Dans les deux cas, plus le score obtenu est grand, plus le niveau d'implantation de l'IAB est élevé.

Le score d'implantation global du Code est calculé de la même façon que le score partiel d'une étape ou d'une condition : on divise le total des points obtenu (somme des points attribués aux indicateurs du Code qui sont complètement implantés) par le total maximal possible des points (maximum de points pouvant être accumulés lorsque tous les indicateurs du Code sont complètement implantés). Ce score varie entre 0 et 1.

Calcul du degré d'implantation d'un indicateur et des scores d'implantation pour l'ensemble du Québec

Calculs relatifs à l'implantation des Sept étapes et du Code dans les CLSC

À partir du plan d'échantillonnage des mères défini pour l'évaluation (stratification des bulletins de naissance par CLSC de résidence), des analyses ont été effectuées par région et pour l'ensemble du Québec. Ici, le degré d'implantation d'un indicateur résulte de la moyenne des proportions (des gestionnaires et intervenants, des mères et des observateurs ayant donné une réponse conforme à l'IAB) calculées pour chaque CLSC de la région (statistique régionale) ou de l'ensemble de la province, toutes régions confondues (statistique provinciale)^e.

De la même manière, les scores d'implantation ont été calculés à partir de la moyenne des scores d'implantation partiels des étapes pour chaque CLSC de la région (statistique régionale) ou de l'ensemble de la province, toutes régions confondues (statistique provinciale)^f.

Dans le cas des mères, une pondération régionale a permis d'associer à chaque mère répondante un poids indiquant le nombre de mères de sa région qu'elle représente au sein de la population visée.^g Les estimations ainsi pondérées peuvent être appliquées à l'ensemble de cette population, que ce soit à l'échelle d'un territoire de CLSC ou d'une région, et pas seulement à l'échantillon des répondantes. La pondération a été effectuée en tenant compte de la probabilité de sélection de chacune des mères (les mères vulnérables étant surreprésentées)^h, de l'étendue de la période de collecte des données pour le CLSCⁱ ainsi que du taux d'admissibilité et du taux de réponse établis pour les mères présentant des caractéristiques similaires. Les poids ont servi à fournir des estimations de proportions populationnelles par CLSC (proportion pondérée des mères ayant donné une réponse conforme à l'IAB)^j.

Calculs relatifs à l'implantation des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs

Les résultats portant sur les centres accoucheurs ont été regroupés selon quatre types de centres pour l'ensemble du Québec, à savoir :

- l'hôpital faisant partie d'un CSSS où ont lieu 1 000 naissances et plus annuellement ;
- l'hôpital faisant partie d'un CSSS où ont lieu moins de 1 000 naissances annuellement ;
- l'hôpital universitaire ;
- la maison de naissance.

Le degré d'implantation d'un indicateur résulte de la moyenne des proportions (de gestionnaires et intervenants, de mères et d'observateurs ayant donné une réponse conforme à l'IAB) calculées pour chaque centre accoucheur d'un même type (statistique par type de centre accoucheur) et pour l'ensemble de la province (statistique provinciale). Pour cette analyse, on n'a pas jugé nécessaire de pondérer la perspective des mères^k.

Pareillement, les scores d'implantation ont été calculés en faisant la moyenne des scores d'implantation partiels des conditions pour chaque type de centre (statistique par type de centre accoucheur) et pour l'ensemble de la province, tous types de centres accoucheurs confondus (statistique provinciale).

Calcul du score d'implantation partiel par perspective

Afin de calculer les scores d'implantation partiels par perspective, on utilise la méthode décrite précédemment. Pour chaque étape ou condition, on décortique le score selon les perspectives utilisées. Ainsi, pour calculer ce score « décortiqué », on divise le total de points obtenus pour une perspective donnée par le maximum de points pouvant être attribués à cette perspective.

Notes

- a. Ces indicateurs donnent des informations additionnelles ou complémentaires. Par exemple, à la condition 4, qui porte sur le contact peau à peau précoce et prolongé, 12 indicateurs non inclus dans le score fournissent plus de détail sur la conformité des pratiques correspondant à cette condition avec l'IAB. Ces indicateurs traitent séparément les accouchements par voie vaginale (S4_Av à S4_Fv) et les césariennes (S4_Ac à S4_Fc), ce qui peut être utile pour interpréter les résultats obtenus à cette l'étape. Autre exemple : à l'étape 4, les indicateurs non inclus dans le score P4_E et P4_F servent à mesurer les connaissances des intervenants et celles des mères en vue de comparer les résultats avec l'enseignement postnatal donné par les intervenants ou reçu par les mères (indicateurs P4_7 et P4_8).
- b. Les étiquettes identifiant les indicateurs ont été construits en assignant, dans l'ordre suivant :
- la lettre P s'il s'agit d'un indicateur d'une étape ou la lettre S s'il s'agit d'un indicateur d'une condition ;
 - le numéro de l'étape ou de la condition ;
 - un _ (trait bas) ;
 - le numéro de l'indicateur de l'étape ou de la condition dans le cas d'un indicateur inclus dans le score ou des lettres dans le cas d'un indicateur non inclus dans le score.
- Par exemple, à la page 56 de l'annexe II, l'indicateur P6_2 est le deuxième indicateur inclus dans le score de l'étape 6.
- c. Les instruments sont conçus pour mesurer le niveau d'implantation de l'IAB dans une installation à la fois. Chaque instrument contient deux grilles d'entrevue semi-structurée pour les gestionnaires et intervenants (version adaptée selon qu'il s'agit d'un centre accoucheur ou d'un CLSC) et une autre pour les mères. Il contient aussi une grille d'observation, qui est la même pour tous les types d'installations. Les calculs sont effectués automatiquement et les résultats sont illustrés par des tableaux et des figures afin d'en faciliter la diffusion.
- d. Dans le cadre de l'évaluation officielle menant à la certification « Ami des bébés », le seuil à atteindre est généralement de 80 % (seuil utilisé dans les études montréalaises). Pour la présente évaluation, le nombre restreint de gestionnaires et intervenants dans plusieurs installations participantes (en général, un gestionnaire et quatre intervenants) a entraîné la décision d'abaisser le seuil à 75 %. En effet, le gestionnaire ne donnant que rarement des soins directs en allaitement, plusieurs questions peuvent ne pas s'appliquer à sa situation et sont exclues du calcul du degré d'implantation de l'indicateur ; le calcul est alors basé uniquement sur les réponses de 4 intervenants. Dans ce contexte, l'atteinte d'un seuil de 80 % impliquerait que tous les intervenants donnent des réponses conformes tandis que, pour atteindre le seuil de 75 %, il suffit que 3 intervenants sur 4 en donnent, ce qui reflète davantage l'esprit de la démarche d'agrément.
- e. Contrairement au calcul d'une moyenne des estimations régionales, la méthode utilisée permet de se rapprocher d'une représentativité provinciale. En effet, au lieu de donner la même importance à chacune des régions dans le calcul, peu importe le nombre d'installations participantes, on accorde plus d'importance aux régions comptant plus d'installations participantes.
- f. *Idem.*
- g. Les poids d'échantillonnage régionaux calculés font en sorte que, pour une région donnée, la somme des poids est égale au nombre de mères répondantes.
- h. Une mère pour qui la probabilité de sélection est plus faible se voit associer un poids plus grand que celui des autres mères puisqu'elle représente un plus grand nombre de mères au sein de la population visée. Par exemple, les mères ne présentant aucune caractéristique de vulnérabilité ont en général un poids plus grand que celles qui sont considérées comme vulnérables dans le cadre de l'évaluation.
- i. Puisque, pour une région donnée, la période des naissances couverte varie d'un CLSC à l'autre, les poids initiaux sont ajustés selon la durée de cette période. Ainsi, les mères associées à un CLSC où la période d'échantillonnage est plus longue voient leurs poids diminuer par rapport à celui des autres mères, de façon à rétablir l'importance relative de chaque CLSC. Cet ajustement permet d'appliquer les résultats à la population des mères visées pour une région.
- j. Par exemple, si les mères peu scolarisées ont tendance à participer à l'évaluation en moins grande proportion, leur poids initial doit être ajusté à la hausse puisqu'elles représentent les mères peu scolarisées non-répondantes. Cet

ajustement se fait par l'intermédiaire d'une analyse de la non-réponse, où l'on cherche à déterminer quelles sont les caractéristiques des mères associées au fait de participer ou non à l'évaluation. En plus de la région de résidence et de la strate d'échantillonnage, on prend en compte certaines caractéristiques issues des bulletins de naissance. Autre élément dont il faut tenir compte : l'analyse de la non-réponse porte sur l'ensemble des mères admissibles à l'évaluation. Or, vu que l'on n'a pas pu confirmer l'admissibilité de certaines mères, on doit d'abord ajuster les poids initiaux de ces dernières à la baisse puisque seule une partie d'entre elles représentent les mères admissibles. L'ajustement est basé ici sur une analyse visant à déterminer quelles sont les caractéristiques des mères associées au fait d'être admissible ou non à l'évaluation. Aux fins de cette analyse, seules les données relatives aux mères pour lesquelles le statut d'admissibilité a pu être confirmé sont utilisées. Enfin, lorsque certaines données de la collecte ou du bulletin de naissance étaient manquantes, des données ont été saisies sur la base des informations disponibles ou, encore, imputées de façon aléatoire.

- k. Les poids échantillonnage des CLSC n'ont pas pu être utilisés pour les centres accoucheurs puisqu'ils ont été calculés par région. Rappelons ici que les naissances dans les centres accoucheurs ne respectent pas la répartition régionale, les mères pouvant résider dans une autre région que celle du centre où elles ont accouché. Par ailleurs, la comparaison entre résultats pondérés et non pondérés qui ont été établis pour les CLSC n'a montré qu'une différence minime dans le cas des scores d'implantation globaux des Sept étapes et du Code. On a donc décidé de ne pas procéder aux analyses supplémentaires qu'aurait exigées la pondération des résultats relatifs à la perspective des mères pour les centres accoucheurs.

Annexe IV

Caractéristiques des participants et autres informations pertinentes mesurées

La présente annexe porte sur les caractéristiques des participants et autres informations pertinentes qui ont été mesurées autant dans les CLSC que dans les centres accoucheurs. Le contenu des tableaux est tiré intégralement des instruments de mesure IAB-37 et IHAB-40^{5,6}.

Tableau A3 : Caractéristiques des intervenants – CLSC

SECTION 1	
Informations générales sur les intervenants ou gestionnaires participants	
A.	Titre d'emploi des participants
B.	Formation des participants
C.	Années de service dans l'équipe enfance du CLSC (moyenne en années)
D.	Tâches des participants dans le CLSC

Précisions sur les services en situation d'urgence

C_1.1a et 1b	Remise des échantillons de préparations commerciales pour nourrissons, c.à.d, un sachet ou une quantité pour un seul boire par l'intervenants
C_2a et 2b	Les intervenants remettent de l' approvisionnement de préparations commerciales pour nourrissons pour usage à la maison, c.à.d, une quantité suffisante pour plus d'un boire
C_4.1 et 4.2	Les intervenants enseignent comment préparer des préparations commerciales pour nourrissons lors d'un cours en groupe

Perspective du gestionnaire

E	Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?
F.2	Lors d'une situation d'urgence ou sociale, où dirigez-vous les mères et les familles pour qu'elles reçoivent des préparations commerciales pour nourrissons ou d'autres produits couverts par le Code gratuitement ?
P7_C	Quelles activités faites vous en collaboration avec les groupes d'entraide à l'allaitement localisés dans le territoire du CLSC ?
G.1	Au CLSC, avez-vous un registre qui comptabilise le taux d'allaitement ?
G.2	Quels données sont recueillies par ce registre par rapport à l'allaitement ? Notez qu'on vous demandera la même chose sur l'allaitement exclusif dans les prochaines questions.
G.3	Selon ce registre, savez-vous quel est le taux d'allaitement au premier contact avec le CLSC ?

G.4	Notez-vous dans le registre de l'information sur l'allaitement exclusif ?
G.5	Quels données sont recueillies ?
G.6	Selon ce registre, savez-vous quel est le taux d'allaitement exclusif au premier contact avec le CLSC ?
H.1	Quel énoncé décrit le mieux la situation de votre installation (établissement) ? Votre réponse ne vous engage pas.
H.2	Selon vous, est-ce que ce serait une demande CSSS ou installation ?
I	Quel est le nombre annuel d'accouchements dans le territoire du CLSC ?
J	Quelle est la durée moyenne d'attente avant le premier appel après la sortie de l'hôpital ou la maison de naissance ?
K	Quelle est la durée moyenne d'attente avant une première visite postnatale à domicile du CLSC ?.
L	Combien des consultantes en allaitement IBCLC comptez-vous dans votre service ?

Tableau A4 : Caractéristiques des intervenants – centres accoucheurs

SECTION 1	
Informations générales sur les intervenants ou gestionnaires participants	
A	Titre d'emploi des participants
B	Formation des participants
C	Quart de travail habituel du participant
D	Autres quarts de travail du participant
E	Service(s) où le participant travaille
F	Années de service du participant dans l'unité de maternité
S3_A	En tant qu'intervenant de l'hôpital, est-ce que vous donnez personnellement des soins ou services prénataux aux femmes enceintes ?
SECTION 3.2	
Gestionnaires	
H	Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?
S10_B	Quelles activités faites vous en collaboration avec les groupes d'entraide à l'allaitement localisés dans le territoire de l'hôpital ?
Les prochaines questions demandent quelques renseignements sur le taux d'allaitement à l'hôpital.	
J.1	À l'unité de maternité, avez-vous un registre qui comptabilise le taux d'allaitement ?
J.2	Quels données sont recueillies par ce registre au sujet de l'allaitement ? Notez qu'on vous demandera la même chose sur l'allaitement exclusif dans les prochaines questions.
J.4	Notez-vous dans le registre de l'information sur l'allaitement exclusif ?
J.5	Quels données sont recueillies ?
J.6	Selon ce registre, savez-vous quel est le taux d'allaitement exclusif ?
K.1	Quel énoncé décrit le mieux la situation dans votre établissement ? (l'installation) le service ?
K.2	Est-ce que ce serait une demande CSSS ou installation ?
L	Quel est le nombre total de lits dans l'hôpital ?

M	Quel est le niveau de soins offerts par l'hôpital ?
N	Avez-vous des chambres de séjour unique dans l'unité ? La question fait référence aux chambres qui servent à donner des soins pendant le travail, l'accouchement et le postpartum.
O	Nombre journalier de naissances maximal, c.à.d., le nombre des bébés admis dans l'unité postpartum aux journées les plus achalandées ?
P.1	Y a-t-il une ou des pouponnières ?
P.2	Quelle est la capacité de la pouponnière, c.à.d. le nombre de lits de bébés maximal pouvant être placés dans la pouponnière en même temps ?
Q	Y a-t-il des chambres parentales ou de courtoisie ?
R.1	Quel est le nombre annuel d'accouchements ?
R.2	Quel est le pourcentage d'accouchements par césarienne, (incluant élective ou urgent) ?
R.3	Quel est le pourcentage de naissances de bébés de faible poids (moins de 2 500 grammes)?
S.1	Y a-t-il une unité de soins néonataux intermédiaires ?
S.2	Y a-t-il une unité de soins néonataux intensifs ?
S.3	Quel est le pourcentage de naissances admis aux soins néonataux intensifs ?
T	Quel est le pourcentage de naissances transférées ailleurs à une installation de soins plus spécialisé ?
U	Quelle est la durée moyenne, en jours, du séjour en postpartum ?
V	Combien des consultantes en allaitement IBCLC comptez-vous dans votre service ?

Tableau A5 : Caractéristiques des mères

Type d'entrevue	
Age du bébé au moment de l'entrevue (moyenne)	
Age du bébé au moment de l'entrevue	
Caractéristiques obstétricales et sociodémographiques des femmes participantes (facultatif)	
Type d'installation	
Lieu d'accouchement	
Type d'accouchement	
Type de naissance	
Sexe du bébé	
Poids à la naissance (en grammes)	
Durée de la grossesse (en semaines)	
Années d'éducation complétées (en années)	
Niveau de scolarité complété	
Âge au moment de l'accouchement (en années)	
Situation de couple à la naissance de l'enfant	
État civil	
Parité	
Langue d'usage	
Lieu de naissance	
M_24	En ce moment, fumez-vous au moins une cigarette par jour ?
Services reçus en pré-, per- et en postnatal par l'hôpital et le CLSC	
M_6	Contact prénatal avec l'hôpital (p.e., des rencontres, des visites à la unité de maternité, des hospitalisations, etc. ; tests ou échographies exclus)
M_7	Contact prénatal avec le CLSC (p. ex., des appels téléphoniques, des visites, des rencontres prénatales, etc.)

M_8	Participation aux rencontres prénatales offertes par le CLSC (cours privés, même si donnés par une infirmière d'un CLSC, exclus)
M_22	Utilisation d'une chambre de séjour unique (LDRP) lors du séjour à l'hôpital pour accouchement par voie vaginale
M_11v	Durée du séjour à l'hôpital ou maison de naissance lors d'un accouchement par voie vaginale
M_11c	Durée du séjour à l'hôpital ou maison de naissance lors d'un accouchement par césarienne
M_2.1	Depuis la naissance de votre bébé, avez-vous reçu un appel d'un intervenant de votre CLSC et avez-vous réussi à lui parler? Si la mère a été en contact seulement avec un CLSC autre que le sien, elle n'est pas admissible à cette évaluation
M_3.1	Depuis la naissance de votre bébé, avez-vous vu un intervenant de votre CLSC, soit chez vous ou au CLSC ? Si la mère a été en contact seulement avec un CLSC autre que le sien, elle n'est pas admissible à cette évaluation.
M_2.2	Premier contact téléphonique postnatal avec un intervenant du CLSC
M_3.2	Première visite postnatale avec un intervenant du CLSC (chez la mère ou au CLSC)
M_13	Nombre de contacts téléphoniques ou en personne (chez la mère ou au CLSC) avec un intervenant du CLSC (inclut les rencontres en groupe, les cliniques du nourrisson et la vaccination ; m'inclut pas les appels faits à Info-Santé)
M_16	Êtes-vous allée au CLSC pendant votre grossesse ou après votre accouchement ?
Durée de l'allaitement et de l'allaitement exclusif et raisons de l'administration de supplément	
M_12	Pendant le séjour de votre bébé à l'hôpital, a-t-il reçu du lait maternel au moins une fois ? Quand nous parlons de lait maternel, nous parlons de celui que vous donnez directement en allaitant votre bébé au sein ou encore de celui que vous exprimez pour le donner à votre bébé.
M_17	Au cours des dernières 24 heures, votre bébé a-t-il reçu du lait maternel au moins une fois ? Inclut le lait maternel exprimé.
M_18	Quel âge avait votre bébé lorsque vous avez arrêté de lui donner du lait maternel (arrêt complet) (en jours) ? Inclut le lait maternel exprimé.
M_19	Si la mère allaite encore : au cours des dernières 24 heures, votre bébé a-t-il reçu uniquement du lait maternel ? Inclut le lait maternel exprimé.
M_20	Et, une sage-femme ?
M_21	Toujours pendant votre grossesse ou après votre accouchement, avez-vous reçu de l'aide tel des suppléments alimentaires (OLO ou œuf, lait, orange ; OLV ou œuf, lait, vitamines) de votre CLSC ? Si jamais les suppléments sont distribués à la clientèle SIPPE par une autre ressource que le CLSC, remplacer par le nom approprié.

Bilan du recrutement des mères

Classification des mères par strate selon l'âge et la scolarité

Clientèle vulnérable APRÈS L'ENTREVUE (Strate 1)

selon l'âge OU les années de scolarité (var. M25_1) OU le niveau de scolarité (var G) vérifié par le questionnaire

Clientèle universelle selon les ANNÉES de scolarité (Strate 2)

(Strate 2) selon l'âge ET les années de scolarité (var. M25_1) vérifié par le questionnaire

Clientèle universelle selon le NIVEAU de scolarité (Strate 2)

selon l'âge ET les niveau de scolarité (question G) vérifié par le questionnaire

Clientèle universelle APRÈS L'ENTREVUE (Strate 2)

selon l'âge ET les années de scolarité (var. M25_1) ET le niveau de scolarité (question G) vérifié par le questionnaire

Clientèle vulnérable LORS DE LA SELECTION(Strate 1)

selon l'âge ET la scolarité lors de la sélection

Clientèle universelle LORS DE LA SELECTION (Strate 2)

selon l'âge ET la scolarité lors de la sélection

Annexe V
Liste des tableaux et des figures du recueil statistique

PARTIE I – CLSC

Portrait provincial du niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les CLSC participants

Tableau 1 – Voir onglet **1. Implantation CLSC – régions**

Degré d'implantation des indicateurs des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, selon la région et l'ensemble du Québec, 2007

Tableau 2 – Voir onglet **2. Implantation CLSC – Québec**

Degré d'implantation des indicateurs des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, ensemble du Québec, 2007

Tableau 3 – Voir onglet **3. Score IAB CLSC – sommaire**

Sommaire des scores d'implantation des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, selon la région et l'ensemble du Québec, 2007

Figure A – Voir onglet **A. Figure scores IAB – CLSC**

Scores d'implantation et intervalles de confiance des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, ensemble du Québec, 2007

Figure B – Voir onglet **B. Figure perspectives – CLSC**

Scores d'implantation des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, par perspective, ensemble du Québec, 2007

Tableau 4 – Voir onglet **4. Score IAB – données agrégées**

Scores d'implantation des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants calculés avec données agrégées, par région et pour l'ensemble du Québec, 2007

Partie II – Centres accoucheurs

Portrait provincial du niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les centres accoucheurs participants (hôpitaux et maisons de naissance) participants

Tableau 5 – Voir onglet **5. Implantation CA – type**

Degré d'implantation des indicateurs des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, selon le type de centre accoucheur et l'ensemble du Québec, 2007

Tableau 6 – Voir onglet **6. Implantation CA – Québec**

Degré d'implantation des indicateurs des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, ensemble du Québec, 2007

Tableau 7 – Voir onglet **7. Score IAB CA – Sommaire**

Sommaire des scores d'implantation des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, selon le type de centre accoucheur et l'ensemble du Québec, 2007

Figure C – Voir onglet **C. Figure score IAB – CA**

Scores d'implantation et intervalles de confiance des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, ensemble du Québec, 2007

Figure D – Voir onglet **D. Figure perspectives – CA**

Scores d'implantation des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, par perspective, ensemble du Québec, 2007

Tableau 8 – Voir onglet **8. Détails intervenants – CA**

Détails sur le niveau d'implantation dans les centres accoucheurs participants, perspective des intervenants/gestionnaires, ensemble du Québec, 2007

Tableau 9 – Voir onglet **9. Détails mères – CA**

Détails sur le niveau d'implantation dans les centres accoucheurs participants, perspective des mères, ensemble du Québec, 2007

Partie III – Variation de l'IAB

Variation du niveau d'implantation selon certaines caractéristiques des établissements et des répondants

Tableau 10 – Voir onglet **10. Implantation CLSC certifiés**

Degré d'implantation des indicateurs des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, selon la certification « Ami des bébés » et l'ensemble du Québec, 2007

Tableau 11 – Voir onglet **11. Score CLSC certifiés**

Sommaire des scores d'implantation des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, selon la certification « Ami des bébés » et l'ensemble du Québec, 2007

Figure E – Voir onglet **E. Figure scores – CLSC**

Scores d'implantation des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, selon la certification « Ami des bébés » et l'ensemble du Québec, 2007

Tableau 12 – Voir onglet **12. Implantation CA certifiés**

Degré d'implantation des indicateurs des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, selon la certification « Ami des bébés » et l'ensemble du Québec, 2007

Tableau 13 – Voir onglet **13. Score CA certifiés**

Sommaire des scores d'implantation des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, selon la certification « Ami des bébés » et l'ensemble du Québec, 2007

Figure F – Voir onglet **F. Figure scores – CA**

Scores d'implantation des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, selon la certification « Ami des bébés » et l'ensemble du Québec, 2007

Tableau 14 – Voir onglet **14. Implantation CLSC – intervenant**

Degré d'implantation des indicateurs des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, selon la fonction des répondants et l'ensemble du Québec, 2007

Tableau 15 – Voir onglet **15. Implantation CLSC – mères**

Degré d'implantation des indicateurs des Sept étapes et du Code dans les CLSC participants, selon le niveau de vulnérabilité de la mère participante et l'ensemble du Québec, 2007

Tableau 16 – Voir onglet **16. Implantation CA – intervenants**

Degré d'implantation des indicateurs des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, selon la fonction des répondants et l'ensemble du Québec, 2007

Tableau 17 – Voir onglet **17. Implantation CA – mères**

Degré d'implantation des indicateurs des Dix conditions et du Code dans les centres accoucheurs participants, selon le niveau de vulnérabilité de la mère participante et l'ensemble du Québec, 2007

Partie IV – Établissements

Caractéristiques des établissements participants

Tableau 18 – Voir onglet **18. Installations participantes**

Nombre de naissances et participation des installations selon la région et l'ensemble du Québec, 2007

Figure G – Voir onglet **G. Intention devenir IAB – CLSC**

Distribution des 140 CLSC participants selon leur intention d'obtenir la certification « Ami des bébés », ensemble du Québec, 2007

Figure H – Voir onglet **H. Intention devenir IAB – CA**

Distribution des 60 centres accoucheurs participants selon leur intention d'obtenir la certification « Ami des bébés », ensemble du Québec, 2007

Figure I – Voir onglet **I. Figure cheminement CLSC**

Distribution des scores d'implantation des 133 CLSC « Non-Amis des bébés » selon leur écart par rapport à la moyenne des scores d'implantation des 7 CLSC « Amis des bébés », ensemble du Québec, 2007

Figure J – Voir onglet **J. Figure cheminement CA**

Distribution des scores d'implantation des 54 centres accoucheurs « Non-Amis des bébés » selon leur écart par rapport à la moyenne des scores d'implantation des 6 centres accoucheurs « Amis des bébés », ensemble du Québec, 2007

Partie V – Répondants

Caractéristiques des répondants

Répondants pour les CLSC

Tableau 19 – Voir onglet **19. Caract. intervenants CLSC**

Caractéristiques professionnelles des intervenants et des gestionnaires répondants, selon la région et l'ensemble du Québec, 2007

Tableau 20 – Voir onglet **20. Caract. mères admissibles CLSC**

Caractéristiques sociodémographiques, conditions de naissance et consommation de tabac des mères admissibles, selon la région et l'ensemble du Québec, 2007

Tableau 21 – Voir onglet **21. Caract. mères répondantes CLSC**

Caractéristiques sociodémographiques, conditions de naissance et consommation de tabac des mères répondantes, selon la région et l'ensemble du Québec, 2007

Répondants pour les centres accoucheurs

Tableau 22 – Voir onglet **22. Caract. intervenants CA**

Caractéristiques professionnelles des intervenants et des gestionnaires répondants, selon le type de centre et l'ensemble du Québec, 2007

Tableau 23 – Voir onglet **23. Caract. mères admissibles CA**
Caractéristiques sociodémographiques, conditions de naissance et consommation de tabac des mères admissibles, selon le type de centre et l'ensemble du Québec, 2007

Tableau 24 – Voir onglet **24. Caract. mères répondantes CA**
Caractéristiques sociodémographiques, conditions de naissance et consommation de tabac des mères répondantes, selon le type de centre et l'ensemble du Québec, 2007

Références bibliographiques

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 103 p.
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>].
2. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et UNICEF. *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : Le rôle spécial des services liés à la maternité*, Déclaration conjointe de l'OMS et de l'Unicef, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1989, 32 p.
3. KRAMER, M. S., B. CHALMERS, E. D. HODNETT, Z. SEVKOVSKAYA et autres. « Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus », *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, n° 4, 24 janvier 2001, p. 413-420.
4. WORLD HEALTH ORGANIZATION et UNICEF. *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care – Section 1: Background and implementation*, Genève, World Health Organization et Unicef, 2009, 70 p.
[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594967_s1.pdf].
5. HAIK, L.N., et D.L. GAUTHIER. *Instrument de mesure IHAB-40 : Une méthodologie pour évaluer le niveau d'implantation de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés / BFHI-40 Assessment Tool: A methodology to measure compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2007, n.p.
6. HAIK, L.N., et D.L. GAUTHIER. *Instrument de mesure IAB-37 : Une méthodologie pour évaluer le niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les centres de soins de santé primaires / BFI-37 Assessment Tool: A methodology to measure compliance with the Baby-Friendly Initiative in community health centers*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2007, n.p.
7. HAIK, L. N. *Fichier d'analyse à l'aide des données recueillies avec l'Instrument de mesure IAB-37*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2008, n.p.
8. HAIK, L. N. *Fichier d'analyse à l'aide des données recueillies avec l'Instrument de mesure IHAB-40*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2008, n.p.

9. VIENS, C., S. GROULX, L. N. HAIEK, C. LAFRENIÈRE et A. TREMBLAY. *Évaluation d'une intervention pilote visant à promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel dans le Réseau local de services Haut-Richelieu/Rouville*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2010, 106 p.
[\[http://extranet.santemonteregie.qc.ca/Menu_Gauche/4-Publications/3-Monographies_Orientations_Rapports/Prevention_et_promotion_de_la_sante/Rapport%20Allaitement-RLS_HHR-Juin2010.pdf\]](http://extranet.santemonteregie.qc.ca/Menu_Gauche/4-Publications/3-Monographies_Orientations_Rapports/Prevention_et_promotion_de_la_sante/Rapport%20Allaitement-RLS_HHR-Juin2010.pdf).
10. HORTA, B., R. BAHL, J. MARTINÉS et C. VICTORA. *Evidence on the long-term effects of breastfeeding: Systematic reviews and meta-analysis*, Genève, World Health Organization, 2007, 52 p.
[\[http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf\]](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf).
11. IP, S., M. CHUNG, G. RAMAN, P. CHEW, N. MAGULA, D. DEVINE et autres. *Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries*, Evidence Report/Technology Assessment n° 153, AHRQ Publication n° 07-E007, Rockville (Maryland), Agency for Healthcare Research and Quality, 2007, 186 p.
[\[http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf\]](http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf).
12. HAIEK, L.N., D. BROSSEAU, D. L. GAUTHIER et L. ROCHELEAU. *Initiative des hôpitaux amis des bébés : Étude sur le niveau d'implantation en Montérégie*, Longueuil, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2003, 114 p.
[\[http://extranet.santemonteregie.qc.ca/Menu_Gauche/4-Publications/3-Monographies_Orientations_Rapports/Prevention_et_promotion_de_la_sante/dsp_pub_allaitement_implantation.pdf\]](http://extranet.santemonteregie.qc.ca/Menu_Gauche/4-Publications/3-Monographies_Orientations_Rapports/Prevention_et_promotion_de_la_sante/dsp_pub_allaitement_implantation.pdf).
13. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. « Breastfeeding and the use of human milk », *Pediatrics*, vol. 115, n° 2, février 2005, p. 496-506.
14. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Allaitement maternel*, [En ligne], 1998,
[\[http://www.oiiq.org/uploads/publications/prises_de_position/allaitement/allaitement.htm\]](http://www.oiiq.org/uploads/publications/prises_de_position/allaitement/allaitement.htm)
 (Consulté le 3 août 2009).
15. ORDRE PROFESSIONNEL DES DIÉTÉTISTES DU QUÉBEC. *Position de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec pour la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel*, [En ligne], 2002, [\[http://www.opdq.org/\]](http://www.opdq.org/) (Consulté le 3 août 2009).
16. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003, 30 p.
[\[http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242562211.pdf\]](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242562211.pdf).
17. SANTÉ CANADA. *Durée de l'allaitement maternel exclusif : Recommandation de Santé Canada*, Publication n° 4825, [Ottawa], Santé Canada, 2004, 4 p. [\[http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/excl_bf_dur-dur_am_excl_f.pdf\]](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/excl_bf_dur-dur_am_excl_f.pdf).

18. SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE, LES DIÉTÉTISTES DU CANADA et SANTÉ CANADA. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé*, [En ligne], 2005, [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/pubs/infant-nourrisson/nut_infant_nourrisson_term-fra.php] (Consulté le 3 août 2009).
19. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2001, 75 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-815-01.pdf>].
20. HAIÉK, L.N. *Instrument de mesure IAB-111 : Une méthodologie pour évaluer le niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les centres de soins de santé primaires*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2005, n.p.
21. HAIÉK, L.N., D. L. GAUTHIER, D. BROSSEAU et L. ROCHELEAU. *Instrument de mesure IHAB-100 : Une méthodologie pour évaluer le niveau d'implantation de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés / BFHI-100 Assessment Tool: A methodology to measure compliance with the Baby-Friendly Hospital Initiative*, Longueuil, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2004, n.p.
22. COMITÉ CANADIEN POUR L'ALLAITEMENT. *L'Initiative des amis des bébés dans les services de santé communautaire : Guide canadien de mise en œuvre*, Toronto, Comité canadien pour l'allaitement, 2003, 98 p.
23. COMITÉ D'ACCREDITATION IAB. *L'initiative des amis des bébés : Outil d'information pour les établissements – Mission CLSC*, Québec, Direction générale des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 26 p.
24. LEON-CAVA, N., C. LUTTER, J. ROSS et L. MARTIN. *Quantifying the benefits of breastfeeding: A summary of the evidence*, Washington (D.C.), Pan American Health Organization, 2002, 168 p. [<http://www.linkagesproject.org/media/publications/Technical%20Reports/BOB.pdf>].
25. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. « Breastfeeding-related maternity practices at hospitals and birth centers – United States, 2007 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 57, n° 23, 13 juin 2008, p. 621-625.
26. DECLERCQ, E., M. H. LABBOK, C. SAKALA et M. O'HARA et autres. « Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed », *American Journal of Public Health*, vol. 99, n° 5, mai 2009, p. 929-935.
27. DIGIROLAMO, A.M., L.M. GRUMMER-STRAWN et S. FEIN. « Maternity care practices: implications for breastfeeding », *Birth*, vol. 28, n° 2, juin 2001, p. 94-100.
28. DIGIROLAMO, A.M., L.M. GRUMMER-STRAWN et S.B. FEIN. « Effect of maternity-care practices on breastfeeding », *Pediatrics*, vol. 122, Supplement 2, octobre 2008, p. S43-S49.

29. MERTEN, S., J. DRATVA et U. ACKERMANN-LIEBRICH. « Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? », *Pediatrics*, vol. 116, n° 5, novembre 2005, p. e702-e708.
30. ROSENBERG, K. D., J. D. STULL, M. R. ADLER, L. J. KASEHAGEN et A. CRIVELLI-KOVACH. « Impact of hospital policies on breastfeeding outcomes », *Breastfeeding Medicine*, vol. 3, n° 2, 18 juin 2008, p. 110-116.
31. DONABEDIAN, A. *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Ann Arbor (Michigan), Health Administration Press, 1980, XIII, 163 p.
32. CONTANDRIOPOULOS, A.-P., F. CHAMPAGNE, J.-L. DENIS et M.-C. AVARGUES. « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 48, n°6, décembre 2000, p. 517-539.
33. CONTANDRIOPOULOS, A.-P., F. CHAMPAGNE, J.-L. DENIS et R. PINEAULT. « L'évaluation dans le domaine de la santé . concepts et méthodes », *Bulletin*, vol. 33, n° 1, 1993, p. 12-17.
34. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf>].
35. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de périnatalité 2008-2018 : Un projet porteur de vie*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 164 p. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>].
36. PATTON, M.Q. *Utilization-focused evaluation*, Thousand Oaks (Californie), SAGE Publications, 1997, 431 p.
37. ROSSI, P.H., H.E. FREEMAN et M.W. LIPSEY. *Evaluation: a systematic approach*, Thousand Oaks (Californie), SAGE Publications, 1998, 500 p.
38. JAMTVEDT, G., J. M. YOUNG, D. T. KRISTOFFERSEN, M. A. O'BRIEN et A. D. OXMAN. « Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 4, Art. n° CD000259. DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub2., 2006, n.p.
39. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Méthodes qualitatives en recherche sociale sur les maladies tropicales : Rapport du matériel didactique*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2002, 51 p.

40. INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA, CONSEIL DE RECHERCHES EN SCIENCES NATURELLES ET EN GÉNIE DU CANADA et CONSEIL DE RECHERCHES EN SCIENCES HUMAINES DU CANADA. *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998 (avec les modifications de 2000, 2002 et 2005), 101 p.
[http://www.pre.ethics.gc.ca/francais/pdf/TCPS%20octobre%202005_F.pdf].
41. UNICEF et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Les Règles mondiales de l'Initiative OMS/Unicef pour des hôpitaux Amis des bébés - 1 -*, New York, Unicef, 1992, 6 p.
42. NEILL, G., B. BEAUVAIS, N. PLANTE et L. N. HAIK. *Recueil statistique sur l'allaitement maternel au Québec, 2005-2006*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, 85 p.
[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2006/recueil_allaitement06.pdf].
43. HAIK, L. N., G. NEILL, N. PLANTE et B. BEAUVAIS. *L'allaitement maternel au Québec : coup d'oeil sur les pratiques provinciales et régionales*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2006, 4 p.
[http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2006/fasc_allaitement06.pdf].
44. WORLD HEALTH ORGANIZATION et UNICEF. *Acceptable Medical Reasons for Use of Breast-milk Substitutes*, Genève, World Health Organization, 2009, 11 p.
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf].
45. PROCHASKA, J.O., J.C. NORCROSS et C.C. DICLEMENTE. *Changing for Good: A Revolutionary Six Stages Program for Overcoming Bad Habits and Moving your Life Positively Forward*, New York, William Morrow and Company inc., 1994, 304 p.
46. HAIK, L.N., L. ROCHELEAU et M. DES CÔTES. *Comment devenir Ami des bébé : Documents de référence et résultats des études sur le niveau d'implantation*, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2006, n.p.
47. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) : Les nourrissons de 5 mois – L'alimentation du nourrisson*, volume 1, numéro 5, Québec, Institut de la statistique du Québec, coll. « La santé et le bien-être », 2000, 52 p.
48. COMITÉ D'ACCREDITATION IAB. *L'initiative des amis des bébés (IAB) : Outil d'information pour les établissements – Mission centre hospitalier*, Québec, Direction générale des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 33 p.
49. COMITÉ D'ACCREDITATION IAB. *L'initiative des amis des bébés (IAB). Outil d'information pour les établissements – Mission Maison de naissance*, Québec, Direction générale des services sociaux, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 38 p.

*Santé
et Services sociaux*

Québec

