World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

# Rapport WBTi France 2017 avec documentation

IBFAN defending breastfeeding

bpni putting child nutrition at the forefront of social change

WBTi World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

**Version du 23 décembre 2017**

World Breastfeeding Trends Initiative (WBT*i*)

***International Baby Food Action Network (IBFAN) Asia***
BP-33, Pitam Pura, Delhi-110034, India
Phone: 91-11-27343608, 42683059 Fax : 91-11-27343606,
E-mail: info@ibfanasia.org , wbti@worldbreastfeedingtrends.org
Website : www.worldbreastfeedingtrends.org

## Coordination

Britta Boutry-Stadelmann (PhD, Animatrice LLL France, Consultante en lactation IBCLC)
http://worldbreastfeedingtrends.org/
https://www.facebook.com/WBTiFrance/
https://wbtifrance.exposure.co/wbti-france

## Comité de rédaction

- Marie Courdent (Puéricultrice, Animatrice LLL France, Consultante en Lactation IBCLC, DIULHAM, Formatrice en allaitement)
- Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau (rédactrice en chef de la revue Allaiter aujourd'hui, ancienne présidente LLL France, auteure)
- Pierre Frange (Pédiatre, PhD, CHU Necker Enfants malades, Laboratoire de Microbiologie&Unité d'Immunologie, Hématologie et Rhumatologie pédiatriques)
- Vanessa Lasne (Animatrice LLL France, membre du CA de la CoFAM),
- Claire Laurent (Médecin Référente IHAB France),
- Mélissa Mialon (PhD Research Fellow Department of Health Sciences, University of York, UK)
- Marie-Claude Marchand (Pédiatre, Consultante en lactation IBCLC, Formatrice en périnatalité, Référencée formateur PNNS)
- Evelyne Steinmetz Trameçon (juriste)

## Comité de lecture

- Bernard Bailleux (Gynécologue Obstétricien, Président du Réseau de Santé en Périnatalité OMBREL de la métropole lilloise)
- Sylvie Balmer (IDE- Consultante en lactation IBCLC - Formatrice)
- Alain Boutry (Médecin Généraliste)
- Magali Bontemps (Auxiliaire de puériculture, Consultante en lactation IBCLC, Directrice AM-F),
- Henri Bruel (Pédiatre Groupe Hospitalier du Havre, membre du CA de la Société Française de Médecine Périnatale et Président du Réseau Périnatalité Eure Seine Maritime)
- Charlotte Codron (Consultante en lactation IBCLC, Animatrice LLL Turquie)
- Véronique Darmangeat (Consultante en lactation IBCLC)
- Carine Flutte-Py (Psychologue)
- Carole Hervé (Consultante en lactation IBCLC, Animatrice LLL France)
- Patricia Hodicq
- Rebecca Norton (DESS nutrition, Consultante en lactation IBCLC, IBFAN-Gifa, Formatrice IFE)
- Myriam Panard (Consultante en lactation IBCLC)

Nous tenons à remercier chaleureusement toutes les personnes, nombreuses et généreuses, qui nous ont aidés et soutenus, qui ont donné des idées, partagé des contacts, livré des traductions et fourni des documents… Grâce à vous tous, ce Rapport WBTi France a pu voir le jour ! Merci du fond du cœur !

Nous tenons également à remercier très spécialement l'équipe de soutien et de formation du BPNI, Breastfeeding Promotion Network India, Dr Shoba Suri et Dr Arun Gupta pour leur aide et disponibilité ! Many thanks to you !

## Information de la démarche WBTi France envoyée par lettre à

- Emmanuel Macron, Président de la République Française
- Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé
- Benoît Vallet, Directeur Général de la Santé (DGS)
- Dominique Maigne, Directeur de la Haute Autorité de la Santé (HAS)
- Franck Chauvin, Haut Conseil de la Santé publique (HCSP)
- François Bourdillon, Directeur Général de Santé publique France
- Nicolas Hulot, Ministre d'Etat de la transition écologique et solidaire
- Marlène Schiappa, Secrétaire d'État auprès du Premier ministre chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes
- Didier Migaud, Premier Président de la Cour des comptes
- Pierre Bédier, Président du Conseil départemental des Yvelines

## Associations, collèges professionnels, organismes divers contactés

- ACLP, Association des Consultants en Lactation Professionnels de Santé, Brigitte Fontaine, Présidente
- AFAR, Alliance francophone pour l'acouchement respecté
- AFCL, Association Française des Consultants en Lactation, Martine Vergnol, Présidente
- AMF, Allaitement Maternel – Formation, Magali Bontemps, Directrice
- ANAP, Association Nationale des Auxiliaires de Puériculture, Françoise Camguilhem, Présidente
- ANPDE, Association Nationale des Puéricultrices Diplômées et des Étudiantes, Charles Eury, Président
- APSF, Association Professionnelle des Sages-Femmes. Caroline Brochet, Présidente
- ARPAL, Association Relais Parentalité Allaitement, Danièle Bruguières, Présidente
- Association IHAB France (Initiative Hôpital Ami des Bébés), Francis Puech, PrésidentIHAB France
- CEEPAME, Comité d'entente des écoles préparant aux métiers de l'enfance (puéricultrices, auxiliaires de puériculture), Anne Dannenmuller, Présidente
- CERDAM, CEntre de Ressources Documentaires sur l'Allaitement Maternel, voir IPA
- CIANE, Collectif Interassociatif Autour de la Naissance, Chantal Ducroux-Schouwey (mai 2017)
- CMG, Collège de la Médecine Générale, Pierre-Louis Druais, Président
- CNEMa, Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique**,** Christine Morin, Présidente (octobre 2016), Véronique Lecointe, Présidente (décembre 2017)
- CNGOF, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Bernard Hédon, Président (mars 2017) et Israël Nisand, Président (juin 2017)
- CNPU, Collège National des Pédiatres Universitaires, Thierry Debillon, Président
- CNSF, Collège National des Sages-femmes, Sophie Guillaume, Présidente
- COFAM, Coordination Française pour l'Allaitement Maternel, Aurélie Serry, Présidente
- CO-NAITRE, Organisme de formation, Geneviève Fancello, Directrice
- CREFAM, Centre de Recherche, d'Evaluation et de Formation à l'Allaitement Maternel, Laure Marchand-Lucas, Directrice
- FFRSP, Fédération Française des Réseaux de Périnatalité, Blandine Mulin, Présidente
- IPA, Information Pour l'Allaitement – Irène Loras-Duclaux et Juliette Le Roy
- IRASF, Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes, Basma Boubakri et July Bouhallier, Co-Présidentes
- LLL La Leche League France, Sophie Chevalier, Présidente

- ONSF, Ordre National des Sages-femmes, Marie-Josée Keller, Présidente (mars 2017), Anne-Marie Curat (oct 2017)
- Papallaitants, les papas des bébés allaités, Pascal Ghazi, Président
- PHAAM, réseau des Pharmacies Amies de l'Allaitement Maternel, Frédéric Roussel
- SFMP, Société Française de Médecine Périnatale, Claude D'Ercole, Président
- SFN Société Française de Néonatalogie, Elie Saliba, Président
- SFP Société Française de Pédiatrie, Brigitte Chabrol, Présidente (mars 2017), Christophe Delacourt (septembre 2017)
- SFSP, Société Française de Santé Publique, Flore Lecomte, Déléguée Générale
- Solidarilait, Mireille Patoux, Présidente (déc. 2016), Céline Barriga, Présidente (sept. 2017)
- UNSSF Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes, Marie-Anne Poumaer, Présidente
- UFNAFAAM Union fédérative nationale des associations de familles d'accueil et assistants maternels

Contacts avec de nombreux professionnels de santé, de réseaux et de groupes de soutien à l'allaitement de portée régionale et locale, d'organismes œuvrant dans le domaine de la périnatalité et la parentalité. Contributions de différentes personnes avec leur signature dans le texte pour celles qui étaient d'accord.

# Table des matières

**Acronymes** ..... **9**

**Résumé des recommandations clés** ..... **11**

**Introduction au Rapport World Breastfeeding Trends Initiative (WBT*i*) France** ..... **12**

**Partie I : Politiques et programmes sur l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)** ..... **18**

*Indicateur 1 : Politique, programme et coordination au niveau national* ..... *19*

Evaluation de la France ..... 19
Constat pour la France ..... 19
Insuffisances indicateur 1 ..... 24
Recommandations indicateur 1 ..... 24
Sources d'information indicateur 1 ..... 25
Annexe 1.1 ..... 27
Annexe 1.2 ..... 28
Annexe 1.3 ..... 29

*Indicateur 2 : Soins Amis des Bébés et Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) (10 Conditions pour le succès de l'allaitement maternel)* ..... *32*

Evaluation de la France ..... 32
Constat pour la France ..... 34
Insuffisances indicateur 2 ..... 34
Recommandations indicateur 2 ..... 35
Sources d'information indicateur 2 ..... 35
Annexe 2 Trois témoignages ..... 36

*Indicateur 3 : Mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.* *38*

Evaluation de la France ..... 38
Constat pour la France ..... 39
Recommandations indicateur 3 ..... 44
Sources d'information indicateur 3 ..... 45
Annexe 3.1 ..... 46
Annexe 3.2 ..... 48

*Indicateur 4 : Protection de la maternité* ..... *50*

Evaluation de la France ..... 50
Constat pour la France ..... 52
Insuffisances indicateur 4 ..... 55
Recommandations indicateur 4 ..... 55
Sources d'information indicateur 4 ..... 56
Annexe 4.1 ..... 57
Annexe 4.2 ..... 57
Annexe 4.3 ..... 58
Annexe 4.4 ..... 60
Annexe 4.5 ..... 61

*Indicateur 5 : Le système de santé et de nutrition (en soutien à l'allaitement et à l'ANJE)* ..... *62*

Evaluation de la France ..... 62
Constat pour la France ..... 64
Insuffisances indicateur 5 ..... 68
Recommandations indicateur 5 ..... 69
Sources d'information indicateur 5 ..... 70
Annexe 5.1 OMS ..... 71
Annexe 5.2 CRC ..... 72
Annexe 5.3 Propositions ..... 72
Annexe 5.4 Témoignages ..... 73
Annexe 5.5 Checklist ..... 75

*Indicateur 6 : Soutien de mère-à-mère et actions communautaires – Soutien communautaire pour les femmes enceintes et allaitantes ..... 78*

Evaluation de la France ..... 78
Constat pour la France ..... 79
Insuffisances indicateur 6 ..... 84
Recommandations indicateur 6 ..... 84
Sources d'information indicateur 6 ..... 85
Annexe 6 Exemples ..... 86

*Indicateur 7 : Appui en information ..... 89*

Evaluation de la France ..... 89
Constat pour la France ..... 90
Insuffisances indicateur 7 ..... 93
Recommandations indicateur 7 ..... 93
Sources d'information indicateur 7 ..... 94
Annexe 7.1 SMAM ..... 94
Annexe 7.2 Actions ..... 94
Annexe 7.3 Visuels ..... 96
Annexe 7.4 IPA-CERDAM ..... 100

*Indicateur 8 : Alimentation infantile et VIH ..... 102*

Evaluation de la France ..... 102
Constat pour la France ..... 103
Recommandations indicateur 8 ..... 106
Sources d'information indicateur 8 ..... 106

*Indicateur 9 : Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence ..... 107*

Evaluation de la France ..... 107
Constat pour la France ..... 108
Insuffisances indicateur 9 ..... 112
Recommandations indicateur 9 ..... 113
Sources d'information indicateur 9 ..... 114
Annexe 9 Checkliste ANJE-U ..... 115

*Indicateur 10 : Système de suivi et d'évaluation ..... 119*

Evaluation de la France ..... 119
Constat pour la France ..... 119
Insuffisances indicateur 10 ..... 124
Recommandations indicateur 10 ..... 125
Sources d'information indicateur 10 ..... 126

**Partie II : Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ..... 127**

*Indicateur 11 : Initiation précoce de l'allaitement au sein ..... 128*

Directives ..... 128

Source des données indicateur 11 ..... 128
*Indicateur 12 : Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois ..... 130*
Directive ..... 130
Source des données indicateur 12 ..... 130
*Indicateur 13 : Durée médiane de l'allaitement ..... 132*
Directives ..... 132
Source des données indicateur 13 ..... 132
*Indicateur 14 : Alimentation au biberon ..... 133*
Directives ..... 133
Source des données indicateur 14 ..... 133
*Indicateur 15 : Alimentation de complément – Introduction de solides, semi-solides ou aliments mous ... 134*
Directives ..... 134
Source des données indicateur 15 ..... 134
**Résumé Partie I : ANJE Politiques et Programmes ..... 136**
**Résumé Partie II : Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) ..... 137**
**Total Parties I et II (indicateurs 1-15) : ANJE - Pratiques, politiques et programmes ..... 138**
Evaluation de la France : vue d'ensemble des 15 indicateurs ..... 138
Résumé des principales insuffisances ..... 139

# Acronymes

| | |
|---|---|
| AMS | Assemblée Mondiale de la Santé (WHA World Health Assembly) |
| ANJE | Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants voir IYCF Infant and Young Child Feeding |
| ANJE-U | Alimentation des nourrissons et des jeunes, voir IFE enfants dans les situations d'urgence |
| BPNI | Breastfeeding Promotion Network of India, initiateur de la WBTi |
| CPM | Convention sur la Protection de la Maternité |
| DIULHAM | Diplôme Inter-Universitaire de Lactation Humaine et Allaitement Maternel |
| DGS | Direction Générale de la Santé |
| DGOS | Direction Générale de l'Offre de Soins |
| DIM | Département des Informations Médicales |
| DREES | Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques |
| DU | Diplôme Universitaire |
| ECN | Examen Classant National |
| ECTS | European Credit Transfer and Accumulation System |
| EDS | Enquête Démographique et de Santé |
| ELFE | Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance (lancée en 2011) |
| ENP | Enquête Nationale Périnatale (1995, 1998, 2003, 2010 et 2016) |
| EPIFANE | Etude française sur les pratiques alimentaires des nourrisson (2012-2013) |
| EPOPé | Equipe de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique |
| FAO | Food and Agriculture Organization Organisation des Nations Unis pour l'alimentation et l'agriculture |
| GLOPAR | Global Participatory Action Research |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HCSP | Haut Conseil de la Santé Publique |
| IBCLC | International Board Certified Lactation Consultant – consultant en lactation IBCLC |
| IBFAN | International Baby Food Action Network ou Réseau International de Groupes d'Action pour l'Alimentation Infantile |
| ICDC | International Code Documentation Centre ou Centre International de Documentation sur le Code 1981 |
| IEC | Information, Education et Communication |
| IFE | Infant Feeding in Emergencies, voir Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence ANJE-U |
| IGAS | Inspection Générale des Affaires Sociales |
| IHAB | Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (BFHI Baby Friendly Hospital Initiative) |
| INSERM | Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale |
| IRDES | Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé |
| IYCF | Infant and Young Child Feeding, voir ANJE Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants |
| LLLI | La Leche League Internationale |
| MAMA | Méthode de l'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée de la lactation |
| MICS | Multiple Indicator Cluster Survey ou Enquête Indicateurs Multiples à Grappe |
| MIN | Mort Inattendue du Nourrisson |
| MNT | Maladies Non Transmissibles |
| OIT | Organisation Internationale du Travail (ILO International Labour Organization) |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé (WHO World Health Organization) |
| PCMA | Prise en Charge de la Malnutrition Aiguë |
| PNNS | Programme National Nutrition Santé |

| | |
|---|---|
| PPN | Préparation pour nourrisson (lait infantile, lait artificiel, « formula ») |
| PTME | Prévention de la Transmission Mère-Enfant |
| RPC | Recommandations pour la Pratique Clinique |
| SMANJE | Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (GSIYCF Global Strategy for for Infant and Young Child Feeding) |
| WABA | World Alliance for Breastfeeding Action ou Alliance mondiale pour l'action sur l'allaitement maternel |
| WBC*i* | World Breastfeeding Costing Initiative ou Initiative mondiale de l'évaluation des coûts liés à l'allaitement |
| WBT*i* | World Breastfeeding Trends Initiative ou Initiative mondiale de suivi des évolutions de l'allaitement |
| WHO | World Health Organization = OMS Organisation Mondiale de la Santé |
| WHA | World Health Assembly AMS = Assemblée Mondiale de la Santé |

# Résumé des recommandations clés

- Créer le Comité national pour l'allaitement, conformément à la Déclaration d'Innocenti (1990) avec des fonds alloués pour une politique cohérente sur la durée.
- Accorder le haut patronage du Ministère des solidarités et de la santé à la SMAM et aux congrès tels que les Journées régionales, nationales et internationales de l'allaitement (JIA, JNA, JRA).
- Renforcer la formation initiale pour l'accompagnement à l'allaitement – théorique et pratique - pour tous les professionnels de santé intervenant en périnatalité.
- Créer des postes dédiés à la consultation d'allaitement dans les maternités - ne pas se contenter de former les professionnels, mais aussi leur donner un temps dédié et les détacher pour les accompagnements à l'allaitement dans les services.
- Formuler des objectifs clairs pour les taux et la durée d'allaitement, avec un suivi continu et une évaluation adéquate.
- Adopter les indicateurs EuroPeristat et OMS pour le recueil des données statistiques françaises.
- Etendre la législation en rapport avec la transparence sur les liens d'intérêt aux entreprises et produits agroalimentaires.
- Allonger le congé maternité à 6 mois, pour toutes les femmes et dès le premier enfant.
- Former toute personne en contact avec la mère et son bébé à l'allaitement pour pouvoir donner des informations utiles, pratiques et valorisantes (voir indicateur 5).
- Promouvoir la démarche IHAB qui est à la fois un projet d'équipe fédérateur et un label qualité pour bien accueillir la famille et son bébé, et l'étendre à toutes les maternités.
- Créer une société « bienveillante » pour l'allaitement par des spots télévisés, des affiches, des coins confortables maman-bébé.
- Valoriser l'implication des associations engagées dans le soutien à l'allaitement : c'est un pan dynamique de la société, avec des personnes motivées et souvent bénévoles.
- Donner une information claire et non biaisée sur la qualité du lait maternel et les enjeux de santé pour la mère et l'enfant.
- Protéger l'allaitement en situation d'urgence (catastrophes, crises, migration etc.) car c'est un atout pour la santé. De bons documents d'information et des modules de formation existent, les responsables des cellules de crise peuvent s'en inspirer.
- Respecter le choix des femmes et des familles d'allaiter ou pas, et les accompagner dans leur décision avec un soutien de qualité.

« A chacun son chemin »

# Introduction au Rapport World Breastfeeding Trends Initiative (WBT*i*) France

## 1- Preface du Rapport WBTi en France

Les recommandations internationales et européennes préconisent un allaitement exclusif (à savoir : la consommation de lait maternel uniquement) jusqu'à 6 mois, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà parallèlement à la diversification jusqu'à 2 ans.[1] Les taux d'allaitement montrent que les pratiques sont loin des recommandations puisque la France obtient le 3e plus mauvais score, se situant juste devant Malte et l'Irlande. Deux femmes sur trois initient un allaitement, mais on observe une chute importante dès les premières semaines. Les raisons sont multiples, personnelles mais aussi structurelles, et le présent Rapport WBTi France, le premier que nous livrons, propose un état de lieux.

### Qu'est-ce que la WBTi ?

La World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) se traduit en français par « Initiative mondiale de suivi des évolutions de l'allaitement ». C'est une démarche innovante initiée en 2005 par le Breastfeeding Network India (BPNI) et l'International Baby Food Action Network (IBFAN Asie) pour établir un audit des politiques de nutrition et notamment d'allaitement, sur la base d'indicateurs identiques pour tous les pays fournis par les documents et publications de l'OMS, en particulier le Guide pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE).[2]

### La démarche WBTi

Elle comporte deux volets : dresser un état des lieux des politiques et mesures d'allaitement, et concevoir un plan d'action pour améliorer les taux et le suivi de l'allaitement. La WBTi comporte 15 indicateurs. Les Rapports WBTi et les scores fournis par les pays alimentent une base de données qui est accessible gratuitement et par tout le monde.[3]

### WBTi – un projet collaboratif

La particularité de la WBTi réside dans sa méthodologie, c'est une démarche initiée dans le pays et par le pays de façon collaborative entre différents acteurs : ministères et administrations, collèges et réseaux professionnels, associations et usagers. Selon les pays, l'initiative est portée par des professionnels de santé ou par des personnes issues du monde associatif. Le Rapport s'adresse à tous, aussi avons-nous opté pour y intégrer quelques témoignages d'expériences afin de stimuler l'émergence de projets autour et en faveur de l'allaitement.

### Point fort de la WBTi

La base de données internationale WBTi permet à la fois de comparer différents pays et de visualiser les évolutions dans chaque pays. L'accès est gratuit et toutes sortes de graphiques peuvent être générés pour inciter à des mesures de protection et de soutien à l'allaitement.

### Rôle de l'OMS

A la différence de l'OMS qui est un organisme conseil au service de tous les pays du monde, la WBTi est prise en charge localement et s'adapte au contexte particulier du pays tout en utilisant les recommandations et documents de l'OMS.

---

[1] Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008 (révisé par rapport à 2004), page11. *ec.europa.eu/.../promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf*

[2] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/fr/

[3] http://worldbreastfeedingtrends.org/

**La WBTi dans le monde**

Dans le monde entier, plus de 110 pays sont actuellement engagés dans le processus d'évaluation au moyen des outils WBTi. En Europe au sens large, la démarche WBTi a commencé en 2015 (Arménie, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Croatie, Géorgie, Portugal, Royaume-Uni, Suisse, Turquie, Ukraine). En octobre 2016, six nouveaux pays ont rejoint la WBTi (Albanie, Espagne, France, Lituanie, Macédoine, Moldavie). Et depuis début décembre 2017, l'Allemagne, l'Autriche, l'Irlande, les Pays-Bas, la Slovénie et Malte ont initié le processus d'évaluation de leur pays respectif.

**Pourquoi en France ?**

Dans la mesure où l'allaitement est un enjeu de santé publique, tous les pays ont un intérêt à faire leur état des lieux basé sur les indicateurs que la WBTi évalue. La France est particulièrement concernée car elle est, en Europe, parmi les trois pays qui affichent les taux les plus faibles.[4]

La France dispose de bonnes recommandations en faveur de l'allaitement maternel. Or les taux d'initiation de l'allaitement, les taux d'allaitement exclusif ainsi que la continuation sur la durée montrent que ces préconisations de « bonnes pratiques » ont un suivi insuffisant sur le terrain. Il y a un décalage entre les objectifs fixés et les moyens que se donne la France pour les atteindre (voir indicateur 1).

La France est signataire du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981), de la Déclaration d'Innocenti (1990), de la Convention relative aux droits de l'enfant (1990), mais elle n'est pas proactive par rapport au respect du Code et aux recommandations concernant l'allaitement (voir indicateur 3).

Que ce soit sur le plan des études scientifiques, des recommandations de bonnes pratiques ou encore de l'impact économique sur le système de santé, il y a de nombreuses raisons d'agir en France en faveur de l'allaitement, pour le protéger, le promouvoir et le soutenir.

**Les obstacles**

Le Plan d'action : allaitement maternel, communément appelé « Rapport Turck » de 2010 a déjà bien identifié les obstacles.[5] Le présent Rapport WBTi France souhaite redonner de l'élan à toute l'analyse déjà fournie il y a sept ans, et continue la liste des insuffisances et obstacles pour chaque indicateur.

Le premier obstacle étant une attitude idéologique plutôt que pragmatique face à l'allaitement et sa place dans la société.
Par le passé, les couches sociales aisées avaient coutume de placer les enfants « en nourrice » pour confier la tâche d'allaiter à d'autres femmes, ou de déléguer l'alimentation à d'autres personnes au moyen du biberon. Cela peut expliquer que la France a du mal à renouer avec l'idée que l'allaitement est valorisant pour la femme. Certes, il y a aujourd'hui des lacunes dans la transmission intergénérationnelle du « savoir-allaiter », beaucoup de femmes qui deviennent mères n'ont pas été allaitées elles-mêmes, et elles peinent à trouver des repères.

Même si l'allaitement est un geste naturel, il n'est pas automatique, il faut apprendre à allaiter. L'un n'est pas en contradiction avec l'autre. L'erreur est de laisser croire aux femmes que c'est naturel et de ne pas leur offrir un accompagnement. Le naturel et le savoir-faire se complètent, les réflexes pour pouvoir allaiter sont naturels et physiologiques, chez la mère et le bébé, mais la représentation

[4] Chiffres de 2010, dans European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe 2010. Publié en mai 2013 (252 pages). http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html
[5] Plan d'action : allaitement maternel. Rapport du Pr Dominique Turck, juin 2010 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf

et la mise en œuvre de l'allaitement sont culturelles. L'imaginaire de l'allaitement est un peu tronqué dans la conscience collective en France, la famille n'est plus le premier lieu d'apprentissage. Mais l'information circule en empruntant d'autres canaux. Car, même si les taux d'allaitement sont modestes en France, force est de constater que l'intérêt pour l'allaitement est très vivace, le grand public et les réseaux sociaux s'en emparent et relaient les informations (voir indicateur 7).

**Allaitement – thématique transversale**

L'allaitement est par excellence une thématique sociétale transversale en rapport avec la santé, les finances,[6] l'environnement et le mode de vie. Pour agir, il nécessite également des actions transversales et concertées. L'implication des associations et de certains professionnels de santé dans le soutien à l'allaitement est grande, mais il n'y a pas une perception globale de toutes les forces vives que ces personnes représentent, et il n'y a pas non plus une reconnaissance suffisante, de la part du Ministère des Solidarités et de la Santé, des enjeux que représente l'allaitement.

Force est de constater que le message gouvernemental valorisant l'allaitement et le rendant familier, avec des mesures phares comme des campagnes d'information et des budgets santé alloués à la politique d'allaitement, est absent. Il est temps que l'allaitement devienne « banal », familier et évident et que la société devienne amie de l'allaitement.[7]
La formation des professionnels de santé au contact avec la mère et son nourrisson est, en général, insuffisante pour l'accompagnement et le soutien de l'allaitement, notamment au niveau de la formation initiale, et elle est très hétéroclite quant à la formation continue. Alors que les outils existent comme la nouvelle Guideline de l'OMS sur l'allaitement, sortie en décembre 2017.[8] Un fort potentiel d'actions existe dans les Réseaux de Santé en Périnatalité qui interviennent à tous les stades – grossesse, naissance, allaitement, parentalité – et peuvent porter le message « allaitement » vers les familles.

**Absence de message national**

Par la suite, en l'absence de message national au sujet de l'allaitement, les informations et le soutien à l'allaitement sont laissés aux réseaux sociaux, l'entraide est souvent fournie par des associations, en bonne partie sur du temps bénévole.
Parallèlement, une large part de ce « vide » d'information de la part du gouvernement est comblée par des documents et interventions des fabricants de produits pour nourrissons, ce qui pose le problème des biais dans les messages véhiculés, à cause d'intérêts financiers et de pressions commerciales.
Le débat sur les liens d'intérêt du monde médical avec les industries pharmaceutiques et agroalimentaires est lancé, la législation commence à suivre pour les rendre transparents. La finalité n'est pas tant de punir que d'éveiller les consciences et d'appeler à la responsabilité. L'objectif doit être invariablement le bien de la population.

**Paradoxes**

La France est une société de paradoxes, elle publie des recommandations, est signataire du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et de la Convention relative aux droits de l'enfant, mais elle n'est pas proactive dans leur mise en œuvre en ce qui concerne la politique et le soutien à l'allaitement.

---

[6] Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Rollins, Nigel C et al. The Lancet , 2016, Volume 387 , Issue 10017 , 491 – 504
http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01044-2/abstract
[7] http://www.who.int/topics/breastfeeding/infographics/fr/ plaquettes coloriées pour apprendre à allaiter partout.
[8] Guideline, Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, Geneva : WHO, December 2017 (136 pages) en anglais
http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/

Un autre paradoxe : certaines mères se plaignent qu'on les force à allaiter, d'autres se plaignent qu'on ne leur apporte pas le soutien et les informations pour allaiter. Les unes se sentent culpabilisées, les autres abandonnées. Il y a une voie intermédiaire : respecter le choix des femmes et les aider à mettre en œuvre leur projet, quel qu'il soit : alimentation artificielle ou allaitement.
Nous sommes enchevêtrés dans des dichotomies, des jugements noir et blanc, des avis pour ou contre. Il est temps d'admettre des nuances, de sortir du débat stérile entre allaitement et non-allaitement, et d'avancer vers une société rénovée, dépoussiérée des vieux poncifs et mythes sur l'allaitement. Le premier pas est d'écouter sans juger, et de donner les moyens, à chacune et à chacun, de décider pour soi et d'être bien accompagné sur son chemin.
Le temps biologique et physiologique du bébé n'est pas le temps culturel, et surtout pas du temps économique. La dyade mère-enfant vit dans un rythme qui est donné par les besoins du nourrisson, au départ. Respecter ce rythme biologique est fondamental. Et le père joue un rôle fondamental, pas nourricier mais protecteur et englobant.

**L'actualité 2017**
Durant l'année 2017, quand nous étions en train de collecter des informations pour renseigner le présent Rapport, deux événements ont bousculé le monde médical : la publication du Palmarès des universités par rapport à leurs « conflits d'intérêt » avec les firmes pharmaceutiques, et le débat autour des « violences obstétricales » et des pratiques médicales « maltraitantes ». Les deux thématiques ont des retombées dans ce rapport dans la mesure où les liens du monde de la santé avec l'argent sont évoqués à l'indicateur 3, et la formation des médecins, le respect de la physiologie et l'importance des soins bien-traitants en périnatalité sont abordés à l'indicateur 5.

* * *

Dans tous les cas, la thématique « allaitement » n'est pas un enjeu isolé pour la France, ni un sujet théorique. C'est un tremplin qui permet d'élargir le débat vers la santé et le bien-être, de renouer avec les bases physiologiques et le respect du corps et d'intégrer les nouvelles données des neurosciences dans nos pratiques en périnatalité.[9] Dans le respect et l'accompagnement de chacune et chacun.

Nous vous souhaitons bonne lecture
Le Comité de rédaction

[9] Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonatals dans les établissements de santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé ; 2017 (84 pages)
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/fr/

## 2- Explication de la démarche - Informations générales WBTi

L'initiative mondiale de suivi des évolutions de l'allaitement ou World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) est une initiative innovante développée par IBFAN Asie afin d'évaluer l'état et mesurer le progrès de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) au niveau national. L'outil est basé sur deux initiatives mondiales : le premier est le GLOPAR de WABA, et le deuxième est l'outil de l'OMS « Infant and Young Child Feeding IYCF : A tool for assessing national practices, policies and programmes » (Alimentation du nourrisson et du jeune enfant ANJE : un outil pour évaluer les pratiques, politiques et programmes nationaux - disponible seulement en anglais). La WBTi est conçue pour aider les pays à évaluer les forces et faiblesses de leurs politiques et programmes pour protéger promouvoir et soutenir les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La WBTi et divisé en deux parties et comporte 15 indicateurs. Chaque indicateur a une signification particulière.

| **La Partie I traite des politiques et programmes (indicateurs 1 à 10)** | **La Partie II traite des pratiques d'alimentation du nourrisson et des jeunes enfants (indicateurs 11 à 15)** |
|---|---|
| 1. Politique, programme et coordination au niveau national<br>2. Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel)<br>3. Mise en œuvre du Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel<br>4. Protection de la maternité<br>5. Systèmes de soins de santé et de nutrition (en soutien à l'allaitement et à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant)<br>6. Soutien des mères et assistance communautaire<br>7. Appui à l'information<br>8. Alimentation infantile et VIH<br>9. Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence<br>10. Systèmes et mécanismes de suivi et d'évaluation | 11. Initiation précoce de l'allaitement<br>12. Allaitement exclusif<br>13. Durée médiane de l'allaitement<br>14. Alimentation au biberon<br>15. Alimentation de complément |

Une fois l'évaluation des insuffisances terminée, les données sur les 15 indicateurs sont rentrées dans un questionnaire avec l'aide de la trousse à outils informatique WBTi conçue spécialement à cet effet. La trousse à outils quantifie les données afin de fournir une notation colorimétrique Rouge, Jaune, Bleue ou Vert. La trousse à outils peut aussi générer des cartes visuelles ou des graphiques en soutien au plaidoyer à tous les niveaux à savoir national, régional et international.

**Chaque indicateur utilisé pour l'évaluation a les composantes suivantes :**

- La question principale qu'il faut étudier
- Des informations générales expliquant pourquoi la pratique, la politique ou le programme en question sont importants
- Une liste de critères ou questions sous-jacentes à considérer pour permettre d'identifier les acquis et les domaines qu'il faut améliorer, avec des directives pour déterminer la notation et la classification colorimétrique, et pour classer le pays selon le progrès réalisé.

**Partie I** : une série d'indicateurs a été développée pour chaque objectif, basée sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ANJE (2002) et la Déclaration d'Innocenti (1990, puis 2005). Pour chaque indicateur, il y a un sous-ensemble de questions. Les réponses aux questions peuvent aboutir à l'identification des acquis et des insuffisances dans les politiques et programmes en place pour mettre en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Cela montre les progrès d'un pays dans un domaine d'action spécifique sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

**Partie II** : Les pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans la Partie II font appel à des données numériques spécifiques relatives à chaque pratique et provenant d'enquêtes sur les ménages d'envergure nationale.

Une fois que l'information relative aux indicateurs a été recueillie et analysée, elle peut être rentrée dans la trousse à outils sur le web à travers le questionnaire WBTi (« WBTi Questionnaire »). De plus, cette trousse à outils note et effectue une classification colorimétrique pour chaque indicateur selon les **directives IBFAN Asie sur la WBTi**.

# Partie I : Politiques et programmes sur l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Dans la Partie I, chaque question a un score possible de 0-3 et chaque indicateur a un score maximum de 10. Une fois que l'information sur les indicateurs est réunie, les acquis sur l'objectif particulier lié à cet indicateur sont alors classifiés en rouge, jaune, bleu ou vert, selon les directives suggérées ci-dessous :

**Directives IBFAN Asie pour la WBTi**

| *Scores* | *Classification colorimétrique* |
|---|---|
| 0 – 3.5 | **Rouge** |
| 4 – 6.5 | **Jaune** |
| 7 – 9 | **Bleu** |
| > 9 | **Vert** |

# Indicateur 1 : Politique, programme et coordination au niveau national

***Question central :*** *Existe-t-il une politique nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) l'allaitement maternel qui protège, promeut et soutient l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant ? Est-ce que cette politique est soutenue par un programme développé par le gouvernement ? Existe-t-il un mécanisme de coordination tel qu'un Comité national sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et un coordinateur pour ce comité ? (voir Annexe 1)*

## Evaluation de la France

| ***Notation de la France*** | |
|---|---|
| **Critères** | **√ Cocher ce qui convient** |
| 1.1) Une politique nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant/l'allaitement a été officiellement adoptée/approuvée par le gouvernement. | 1√ |
| 1.2) Cette politique recommande l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois, et l'alimentation de complément après 6 mois avec la poursuite de l'allaitement pendant 2 ans ou au-delà. | 1√ |
| 1.3) Un plan d'action national a été développé sur la base de la politique. | 2 |
| 1.4) Le plan est financé de manière adéquate. | 2 |
| 1.5) Un Comité national pour l'Allaitement / Comité ANJE existe. | 1 |
| 1.6) Le Comité national pour l'allaitement (ANJE) se réunit, effectue du suivi et analyse la situation, sur une base régulière. | 2 |
| 1.7) Le Comité national pour l'allaitement / Comité (ANJE) travaille en réseau et de manière efficace avec tous les autres secteurs concernés, tels que la santé, la nutrition, l'information, etc. | 0,5 |
| 1.8) Le Comité National pour l'allaitement est dirigé par un coordinateur/une coordinatrice, qui a des termes de référence clairement établis, et communique de manière régulière sur la politique nationale avec les niveaux régionaux, de districts et communautaires. | 0,5 |
| **Score Total** | **2/10** |

## Constat pour la France

La France dispose de bonnes recommandations écrites en faveur de l'allaitement (ANAES 2002 [1], HAS 2006 [2], Inpes 2009 [3], Académie nationale de Médecine 2009 [4], "Plan d'action: Allaitement maternel" Rapport du Pr Turck 2010 [6], PNNS 2011-2015 [6], Société Française de pédiatrie 2013 [7] et elle peut également s'appuyer sur le European Blueprint for action 2008 [14] qui propose un

modèle-type de politique de nutrition ANJE, avec une boite à outils et des recommandations pour le contexte européen.
Or, en France, la mise en œuvre des recommandations stipulées dans ces documents est clairement insuffisante, et la protection et la promotion de l'allaitement ne sont pas à la hauteur des attentes que ces textes suscitent. Ci-après, un petit tour d'horizon des préconisations.
En ce qui concerne le financement, il serait important d'allouer un budget national conséquent pour la formation et l'information sur l'allaitement. La WBCi World Breastfeeding Costs initiative peut aider à un montage financier. – Mettre en œuvre des interventions pour améliorer les taux d'allaitement pourrait générer un retour sur investissement en une année [15,16].

**L'Académie Nationale de Médecine (2009) préconise** [4]:

**« *Mobilisation des pouvoirs publics***

- Les pouvoirs publics seraient chargés des campagnes d'information :
  - Campagne d'information auprès du public dans les lycées au même titre que l'information sexuelle ; une visite des lactariums serait la bienvenue.
  - Information des mères pendant la grossesse et dans le carnet de maternité en lui montrant les avantages pour l'enfant ainsi que l'économie réalisée compte tenu du coût des formules.
  - Inviter les employeurs à respecter les décrets et dans la mesure du possible proposer un travail flexible.
  - Soutien financier aux associations de soutien à l'allaitement. » (page 438)

« **Les Recommandations de l'Académie nationale de médecine**

- L'Académie souligne la supériorité du lait maternel sur le lait de vache ou les formules pour nourrisson obtenus à partir du lait de vache pour l'alimentation du nouveau né et du petit nourrisson.
- En effet, l'allaitement au sein favorise une meilleure maturation sensorielle, diminue le risque de survenue d'eczéma, des infections intestinales et respiratoires, de la mort subite chez le nourrisson, de l'obésité et du diabète de type 1 chez l'enfant et à l'âge adulte des maladies cardiovasculaires.
  - **L'Académie suggère** aux pouvoirs publics une politique plus active d'incitation à l'allaitement maternel depuis l'école et pendant la grossesse.
  - **Elle souhaite que** le congé maternité postnatal soit allongé au moins jusqu'à quatre mois chez les mères qui allaitent exclusivement.
  - **Elle rappelle** qu'au cours de l'allaitement, il est nécessaire de s'abstenir de fumer, de ne pas consommer de l'alcool ni drogue et de limiter la prise de médicaments à l'indispensable et uniquement prescrit par un médecin. » (page 442)

**Le Rapport du Pr Turck (juin 2010) [5] propose (pages 22-23)**

**Les actions fortes pour une politique de promotion de l'allaitement**

1. **Mettre en place un coordinateur national de l'allaitement**

   Il s'agit du premier objectif opérationnel de la déclaration d'Innocenti.
   C'est un impératif pour :
   - Proposer des actions propres à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement.
   - Assurer le suivi et l'évaluation des actions proposées, comme celle visant à obtenir le respect des dix conditions énoncées en 1989 par l'OMS et l'UNICEF (Annexe 6), propres à permettre le développement effectif de l'allaitement, reprises secondairement dans le cadre de l'IHAB (Annexe 7)
   - Veiller à l'application de l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (Annexe 5)
   - Évaluer régulièrement l'évolution de la prévalence de l'initiation de l'allaitement en maternité et sa durée

Ce coordinateur, rattaché à la DGS, doit être choisi parmi les personnalités reconnues pour leur compétence dans le domaine de l'allaitement

2. **Mettre en place un comité national de l'allaitement (CNA)**
   Présidé par le coordinateur, il comporte des représentants du Ministère de la Santé et des agences de santé [AFSSAPS, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut de veille sanitaire (InVS)], des professionnels compétents dans le domaine de l'allaitement et des représentants des associations ayant pour objectif la promotion de l'allaitement. Ce comité doit être intégré à la Commission nationale de la naissance, qui pourrait devenir la Commission nationale de la naissance et de l'allaitement (car l'allaitement va bien au-delà de la naissance).
3. **Mettre en place au sein des agences régionales de santé (ARS) un référent pour l'allaitement**
   Ce référent est chargé au niveau régional du suivi des actions de promotion de l'allaitement, de l'application des dispositions réglementaires, et du suivi de l'évolution régionale de la prévalence de l'initiation et de la durée de l'allaitement, en étroite relation avec les réseaux de périnatalité et les commissions régionales de la naissance. Cette mission pourrait être confiée au correspondant PNNS de chaque région.
4. **Mettre en place dans chaque maternité un référent pour l'allaitement**
   Ce référent est chargé de coordonner avec l'ensemble du personnel soignant de la maternité les actions permettant d'aider chaque mère qui le souhaite à initier l'allaitement dans les meilleures conditions et à pouvoir l'inscrire dans la durée, en fonction de son projet.
5. **Mettre en place, entre J8 et J15, une consultation par un professionnel de santé formé**
   Cette consultation, remboursée à 100 %, est destinée à l'évaluation de l'allaitement chaque fois que cela paraît souhaitable, idéalement de manière systématique pour toute femme allaitante, avec la création d'une nomenclature spéciale pour ce type de consultation.
6. **Allonger la durée du congé de maternité rémunéré dans sa période post-natale de 10 à 14 semaines**
   Un congé post-natal plus long est un élément décisif pour une poursuite plus satisfaisante de l'allaitement, dont la prévalence s'effondre aujourd'hui environ 10 semaines après la naissance. Cet allongement du congé post-natal, proposé à toutes les femmes, permettra d'augmenter la durée de l'allaitement exclusif, dont les bénéfices pour la santé de l'enfant sont surtout sensibles pour une durée d'au moins 3 mois. Les populations défavorisées, qui allaitent peu et sont contraintes de reprendre le travail rapidement pour des raisons économiques, pourront profiter plus particulièrement de cette mesure.
7. **Informer les employeurs publics et privés des avantages, pour eux-mêmes et leurs employées, de la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail**
8. **Respecter les droits des femmes qui allaitent après la reprise du travail et garantir aux femmes qui optent pour un travail à temps partiel ou un congé parental la garantie de leur emploi et de leur projet de carrière professionnelle**
   Ces garanties sont indispensables pour aller dans le sens d'une plus grande équité femme/homme et du respect des droits des femmes.
9. **Rendre obligatoire dans les structures d'accueil de nourrissons et de jeunes enfants et chez les assistantes maternelles l'application des recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) sur le recueil, le transport et la conservation du lait maternel.**
   Ces recommandations sont contenues dans le rapport de juillet 2005 intitulé « Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons ».
10. **Mettre en place un système de surveillance épidémiologique national**
    Cette mission est du ressort de l'InVS, en liaison avec les ARS, par exploitation des certificats de santé du 8ème jour et du 9ème mois et par enquêtes annuelles, car on ne dispose aujourd'hui que de données sur l'initiation de l'allaitement en maternité et quasiment pas sur sa durée.

**Le Rapport du Pr Serge Hercberg, novembre 2013 [8] souligne (pages 34-35) :**

- **La promotion de l'allaitement maternel (notamment dans sa durée)** : Les recommandations du rapport du Pr Dominique Turck remis au cours du PNNS2 doivent être mises en œuvre. Il sera, notamment, nécessaire d'inscrire, lors de la prochaine révision des manuels d'accréditation des maternités, des critères retenus, du type « Initiative hôpitaux amis des bébés (UNICEF) ». En attendant il faudra ajouter une fiche d'accompagnement sur le sujet au manuel existant. Il faudra également poursuivre la sensibilisation des professionnels de l'enfance à l'accompagnement des femmes allaitantes, notamment lors des difficultés d'allaitement et promouvoir l'allaitement exclusif auprès des familles durant la période prénatale.

**Programme national nutrition santé (PNNS)**

Lancé en 2001, le Programme national nutrition santé (PNNS) est un plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition.

**a) Le PNNS de 2011-2015** [6] avait fixé les objectifs précis suivants (page 14) :

- augmenter de 15 % au moins, en 5 ans, le pourcentage d'enfants allaités
- allonger de 2 semaines, en 5 ans, la durée médiane de l'allaitement.
- retarder d'un mois, en 5 ans, l'âge médian d'introduction de tout autre aliment que le lait (maternel ou formule lactée du commerce).

Au vu de l'Enquête nationale périnatale ENP 2016 [10] qui est sortie le 11 octobre 2017, la WBTi constate que les objectifs ne sont pas atteints, il y a même une régression de l'allaitement par rapport à l'ENP 2010 :

- L'allaitement maternel à la maternité, exclusif ou non, a légèrement diminué entre 2010 et 2016, passant de 68,7 % à 66,7 %.
- Et entre 2010 et 2016, l'allaitement exclusif pendant le séjour en maternité a diminué, passant de 60 % à 52 %. (ENP 2016)

En outre, le PNNS 2011-2015 (page 25) préconisait de :

- « 13. Mettre en œuvre des mesures issues du "Plan d'action: Allaitement maternel"[5] pour :
  - (13.1) communiquer, informer et sensibiliser les mères sur les modes d'alimentation du nouveau-né, en intégrant un regard objectif sur l'allaitement maternel (en bénéfices comme en conditions à réunir) pour permettre un véritable choix éclairé ;
  - (13.2) s'assurer que les services de maternité offrent effectivement aux femmes le droit à l'information personnalisée et objective permettant ce choix. Les établissements réunissant ces conditions doivent l'inscrire dans le processus de certification. »

  Constatant que ces mesures n'ont pas donné les résultats escomptés, la WBTi estime que la feuille de route de la politique nationale de santé par rapport à l'allaitement mérite d'être revue.

**b) Le projet PNNS 2017-2021 est actuellement en discussion.** [13]

Nous constatons qu'il n'y a aucun objectif chiffré pour les taux et durées d'allaitement. Cependant, il envisage la promotion de l'allaitement par différentes mesures et le **HCSP** recommande (page 85) de :

- **Promouvoir des environnements favorables à l'allaitement maternel dans les entreprises :** Les dispositions existant dans le code du travail méritent d'être clarifiées (lieu pour allaiter, horaires aménagés, ...). Des mesures règlementaires complémentaires pourraient être envisagées pour rendre effective la possibilité d'allaiter après la reprise du travail, faire connaître et faire respecter la législation existante sur les droits des femmes qui allaitent (au travail, dans les lieux publics...). Labelliser et soutenir les entreprises actives dans le soutien aux femmes qui allaitent (prolongation du congé maternité, pièce et matériel de conservation pour tirer le lait, information diffusée...).

- **Dans les lieux publics**
  - Mettre à disposition, dans les lieux publics (gares, centres administratifs, musées,...), des pièces réservées à l'allaitement et adaptées pour le tirage du lait.
  - Distribuer des autocollants «allaitement bienvenu» pour des lieux commerciaux (cafés, restaurants, centres commerciaux...).
- **Communication**
  - Promouvoir, dans les médias et dans les lieux publics, la banalisation de l'allaitement maternel, l'image de la femme qui allaite, mettre à disposition, de façon large et actualisée régulièrement, le meilleur niveau de preuve existant sur les bénéfices de l'allaitement, les interventions probantes.
- **Surveillance**
  - Mettre en place un système de veille sur les sponsorings détournés.
  - Conduire une étude complète (non limitée à l'allaitement) sur les coûts-bénéfices d'un allongement de la durée du congé maternité.
- **Auprès des établissements et professionnels de santé**
  - Mettre en œuvre des recommandations OMS/Unicef de l'initiative « hôpitaux amis des bébés » (IHAB) dans les maternités et les services de néonatalogie.
  - Développer la formation professionnelle et le développement professionnel continu, notamment pour les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynéco-obstétriciens, les pédiatres, les pharmaciens, et les puéricultrices.
  - Favoriser la dissémination des bonnes pratiques et le soutien à l'allaitement. - Soutenir le développement des lactariums et l'usage du lait maternel tiré.
- **Information et soutien des mères et de leur entourage**
  - À la maternité et au retour à la maison (services de PMI, soutien par téléphone public et gratuit, conseiller / aide maternel en lien avec des structures publiques).
- **Mener une expérimentation sur l'augmentation de la durée du congé légal de maternité :** Cette expérimentation pourrait avoir lieu sur une durée limitée (2 à 3 années) et une échelle géographique donnée. La surveillance de cette mesure sera effectuée sur l'initiation et la durée de l'allaitement mais aussi sur les conditions de la reprise du travail, la carrière des femmes après la reprise du travail et l'accompagnement de l'allaitement au travail.

**Les Réseaux de santé en périnatalité (RSP) [9]**

Selon l'INSTRUCTION N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional, l'allaitement est dans les missions des RSP, à la fois en ce qui concerne le volet formation DPC des professionnels de santé, que l'information grand public sur l'allaitement à l'adresse des femmes et des couples. Nous reviendrons sur le rôle des RSP à l'indicateur 6.

**Stratégie nationale de santé 2018-2022 [17]**

En novembre 2017, le gouvernement a donné l'opportunité à tous les Français de s'exprimer sur la *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. Enquête en ligne
http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/donnez-votre-avis-sur-la-strategie-nationale-de-sante
L'alimentation est présentée comme un volet de la politique de promotion de la santé, mais l'allaitement n'apparaît nulle part comme un enjeu de santé dans le document *Stratégie nationale de santé*. Or, l'allaitement est identifié par les scientifiques comme le socle d'une bonne alimentation qui jette les bases de la programmation métabolique précoce favorable pour la santé de toute une vie. WBTi France a envoyé ses suggestions, le communiqué de presse est en annexe 1.2

**Cibles mondiales de nutrition 2025 : Note d'orientation sur l'allaitement au sein. OMS, Unicef 2014 ; 2017 pour la traduction française (8 pages). [11]**

**Les enjeux** (page 2): En 2012, dans sa résolution WHA65.6, l'Assemblée mondiale de la Santé a fait sien le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune

enfant spécifiant une série de six cibles mondiales de nutrition à atteindre d'ici 2025. La présente note couvre la cinquième de ces cibles : **porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des 6 premiers mois à au moins 50 %**. Elle a pour objet d'attirer l'attention sur une série d'interventions et de politiques rentables pouvant aider les États Membres et leurs partenaires à améliorer les taux d'allaitement exclusif chez le nourrisson âgé de moins de 6 mois.

**Les recommandations** (page 5)

1. Fournir les moyens aux hôpitaux et aux établissements de santé de soutenir l'allaitement maternel exclusif, y compris à travers la revitalisation, l'expansion et l'institutionnalisation de « l'Initiative Hôpital Ami des Bébés » (IHAB) dans le système de santé ;
2. Développer des stratégies locales pour soutenir l'allaitement maternel exclusif, y compris à travers la mise en œuvre de campagnes de communication adaptées au contexte local ;
3. Limiter de manière significative la commercialisation agressive et inadéquate des substituts du lait maternel en renforçant le suivi, l'application et la législation liés au "Code international de commercialisation des substituts du lait maternel" et aux résolutions qui s'y rapportent de l'Assemblée Mondiale de la Santé ;
4. Soutenir les femmes pour qu'elles puissent allaiter exclusivement, en mettant en place un congé de maternité obligatoire et payé de 6 mois, ainsi que des politiques qui encouragent les femmes à allaiter au travail et en public ;
5. Investir dans la formation et le renforcement des moyens en matière de protection, de promotion et de soutien de l'allaitement maternel.

**Comité des Droits de l'enfant (CRC)**

La France a ratifié en 1990 la Convention relative aux droits de l'enfant et a rendu 5 rapports périodiques. Les *Observations finales* du CRC adressées à la France recommandent, de façon répétitive en 2004, 2009 et 2016, de promouvoir l'allaitement exclusif et de mettre pleinement en que *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.* Le détail de ces recommandations se trouve à l'indicateur 3, point 4.

## Insuffisances indicateur 1

1. Absence de mise en œuvre d'une politique nationale soutenue en faveur de l'allaitement.
2. Absence de financement adéquat pour une politique d'allaitement nationale efficace qui s'inscrit dans la durée.
3. Absence de Comité national pour l'allaitement.
4. Absence de référentiel de bonnes pratiques pour l'allaitement, élaboré au niveau national et repris par tous les collèges professionnels.
5. Absence de réponses du gouvernement aux « Observations finales du Comité des Droits de l'enfant » concernant l'allaitement maternel et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, documents CRC par ailleurs introuvables sur les sites du gouvernement français.

## Recommandations indicateur 1

1. Mieux articuler les connaissances théoriques, les études et recherches, et leur mise en pratique sur le terrain.
2. Allouer un budget national conséquent pour instaurer une politique d'allaitement sur le long terme
3. Mettre en œuvre les recommandations du "Plan d'action : Allaitement maternel" [5] qui sont toujours valables aujourd'hui.
4. Fonder un Comité national pour l'allaitement conformément à la Déclaration d'Innocenti (1990) que la France a signée. Il aurait pour mission de :
    a. créer des cursus de formation initiale à l'allaitement basés sur les données actualisées régulièrement ; accompagner leur implantation et mise en œuvre ;

instaurer des processus de validation des acquis concernant les connaissances sur l'allaitement.

b. coordonner l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques qui servent de référentiels pour l'allaitement au niveau national (voir point 5).
c. élaborer des mesures et actions nationales pour favoriser et protéger l'allaitement.
d. veiller à ce que l'allaitement soit inscrit dans la Stratégie globale de santé publique ; vérifier si les objectifs du PNNS et d'autres programmes sont atteints en ce qui concerne l'allaitement ; analyser les déficiences et définir les actions et mesures pour améliorer le soutien et la protection de l'allaitement.
e. compiler des études existantes et diligenter des études nouvelles sur l'allaitement.

5. Adopter un référentiel national pour l'allaitement. Les informations sur l'allaitement, les publications scientifiques et les recommandations de bonnes pratiques pour l'allaitement valent pour tous les professionnels de santé et devraient être diffusées au niveau national. Base pour la France : Le référentiel du Réseau en périnatalité Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon http://www.nglr.fr/referentiel-allaitement-maternel. Base scientifique : Les guidelines publiés par l'OMS en novembre 2017: http://who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/
6. Accorder le haut patronage du Ministère des solidarités et de la santé aux congrès, journées de formation et événements qui mettent à l'honneur l'allaitement et qui soient financés en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel : Congrès JIA Journée Internationale de l'Allaitement (LLL France), Congrès JNA Journée Nationale de l'Allaitement (Cofam), JRA Journée Régionale de l'Allaitement (IPA), Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel SMAM, e.a.
7. Créer davantage de synergies entre les actions des Agences régionales de santé ARS et les actions des Réseaux de santé en périnatalité RSP, et intégrer dans les Plans régionaux de santé PRS l'axe d'orientation « former et informer sur l'allaitement ».
8. Elaborer un nouveau PNNS qui soit au moins aussi ambitieux pour les objectif de taux d'allaitement que le PNNS 2011-2015, qui intègre tous les pouvoirs politiques et les professionnels de santé en matière d'accompagnement à l'allaitement.
9. S'inspirer du Blueprint européen de 2008 pour fonder une politique cohérente ANJE.
10. Apporter des réponses aux Observations finales du Comité des droits de l'enfant adressées à la France en 2004, 2009 et 2016, et les publier sur un site gouvernemental.

## Sources d'information indicateur 1


1. Allaitement Maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ANAES, mai 2002 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272220/fr/allaitement-maternel-mise-en-œuvre-et-poursuite-dans-les-6-premiers-mois-de-vie-de-l-enfant
2. Favoriser l'allaitement maternel : processus – évaluation. Haute Autorité de Santé HAS, juin 2006 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_449049/fr/favoriser-l-allaitement-maternel-processus-evaluation
3. L'alimentation du nouveau-né et du nourrisson. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2009, 193, no 2, 431-446, séance du 24 février 2009 (pages 438 et 442)
4. Plan d'action: Allaitement maternel. Rapport du Pr Dominique Turck, juin 2010 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
5. Le Guide de l'allaitement maternel (64 pages), INPES 2009 http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1265
6. Programme national nutrition santé 2011-2015 http://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Les-objectifs-de-sante-publique
7. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Société française de pédiatrie (SFP), 2013 http://www.sfpediatrie.com/recommandation/allaitement-maternel-les-b%C3%A9n%C3%A9fices-pour-la-sant%C3%A9-de-l%E2%80%99enfant-et-de-sa-m%C3%A8re-comit%C3%A9-de
8. Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé. Rapport du Pr Serge Hercberg, novembre 2013 (pages 34-35 et 117) http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Hercberg_15_11_2013.pdf

9. INSTRUCTION N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des RSP dans un cadre régional.
10. Enquête nationale périnatale ENP 2016 (publiée le 11 octobre 2017) http://www.epopé-inserm.fr/enquete-nationale-perinatale-2016-premiers-resultats-952
11. Cibles mondiales de nutrition 2025 : Note d'orientation sur l'allaitement au sein. OMS, Unicef 2014 ; 2017 pour la traduction française (8 pages). http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/fr/
12. Les guidelines publiés par l'OMS en novembre 2017 http://who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/
13. Propositions politique nationale nutrition santé en France PNNS 2017-2021, HCSP http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=600
14. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008.
15. *Preventing Disease and Saving Resources:The Potential Contribution of Increasing Breastfeeding Rates in the UK*. Unicef UK BFI. Renfrew MJ, Pokhrel S et al (2012) http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Research/Preventing_disease_saving_resources.pdf
16. *Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?* Nigel C Rollins, Nita Bhandari, Nemat Hajeebhoy, Susan Horton, Chessa K Lutter, Jose C Martines, Ellen G Piwoz, Linda M Richter, Cesar G Victora, on behalf of The Lancet Breastfeeding Series Group. Lancet 2016; 387: 491–504.
17. Stratégie nationale de santé 2018-2022, téléchargeable sur le site du Ministère des solidarités et de la santé http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/donnez-votre-avis-sur-la-strategie-nationale-de-sante
18. CRC – Comité des Droits de l'enfant, page concernant la France http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/TreatyBodyExternal/Countries.aspx?CountryCode=FRA&Lang=EN

## Eléments de Politiques[10]

***Les gouvernements nationaux devraient adopter des politiques cohérentes sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui :***

- Promeuvent les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en conformité avec les directives internationales existantes.
- Assurent le fonctionnement d'un comité national et d'une/une coordinateur/rice solides.
- Effectuent le suivi des évolutions et évaluent les interventions et les activités de promotion pour améliorer les pratiques l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
- Fournissent des messages cohérents et techniquement sûrs, par le biais de canaux de communication appropriés au sein des médias et de l'éducation.
- Renforcent et soutiennent l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) et l'intègrent pleinement au sein du système de santé.
- Donnent aux professionnels de santé au sein des services de santé et communautaires les compétences et connaissances nécessaires pour fournir du conseil (« counselling ») et du soutien liés à l'allaitement, à l'alimentation de complément, au VIH et l'alimentation infantile, et pour remplir leurs obligations sous le *Code international de commercialisation de substituts du lait maternel.*
- Renforcent la formation de base des professionnels de santé.
- Promeuvent le développement de réseaux de soutien à base communautaire auxquels les hôpitaux peuvent référer les mères lors de leur sortie, afin d'aider à assurer une alimentation du nourrisson et du jeune enfant optimale.
- Elaborent des plans pour assurer une ANJE appropriée dans les situations d'urgence et dans les autres situations exceptionnellement difficiles.
- S'assurent que le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et les résolutions ultérieures de l'Assemblée Mondiale de la Santé sont mises en œuvre dans le cadre de la législation nationale et appliqués/ en vigueur.
- Promeuvent la législation sur la protection de la maternité qui inclut des mesures de soutien à l'allaitement pour les mères qui travaillent à la fois dans le secteur formel et dans le secteur informel.

***Les politiques sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant devraient être:***

- Officiellement adoptées/ approuvées par le gouvernement.
- Systématiquement distribuées et communiquées aux personnes impliquées dans la gestion et la mise en œuvre des programmes concernés.
- Intégrées dans les autres politiques nationales pertinentes (nutrition, planning familial, prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, etc.).

[10] Résumé des pages 13-15 de la *Stratégie mondiale OMS sur l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant ANJE* (1)

World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

**WBTi Communiqué de presse concernant « Stratégie nationale de santé » 19 novembre 2017**

Le gouvernement donne l'opportunité à tous les Français de s'exprimer sur la *Stratégie nationale de santé 2018-2022*. Enquête en ligne: http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/donnez-votre-avis-sur-la-strategie-nationale-de-sante.

L'alimentation est présentée comme un volet de la politique de promotion de la santé, mais le terme « allaitement » n'apparaît qu'une seule fois dans tout le document *Stratégie nationale de santé* (page 80). Or, l'allaitement est identifié par les scientifiques comme le socle d'une bonne alimentation qui jette les bases de la programmation métabolique précoce favorable pour la santé de toute une vie.

Le Rapport WBTi France propose un audit des politiques d'allaitement et sortira en décembre. D'ores et déjà, nous souhaitons formuler quelques suggestions pour la stratégie nationale de santé.

**1) Suggestion WBTi : Créer un Comité national pour l'allaitement,**
conformément à ce que stipule la *Déclaration d'Innocenti* de 1990 que la France a signée. En Allemagne par exemple, la « Nationale Stillkommission » a été instaurée en 1994, comprenant 17 personnes qui se réunissent deux fois par an pour donner des impulsions à la promotion de l'allaitement. La France devrait avoir un tel Comité depuis plus de 25 ans ! C'est le moment de l'établir.

**2) Suggestion WBTi : Rédiger un Référentiel national pour l'allaitement**
Le Comité national pour l'allaitement aura, entre autre, le rôle de rédiger un référentiel national pour l'allaitement. Les informations correctes sur l'allaitement et les bonnes pratiques sont les mêmes pour tous. Le référentiel pourra tenir compte des nouvelles études et sera ainsi mis à disposition de tous les collèges professionnels au contact avec la mère et son bébé : généralistes, pédiatres, gynécologues, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture et pharmaciens.

**3) Suggestion WBTi : Renforcer le Code international de commercialisation** des substituts du lait maternel. Ratifié en 1981 par la France, ce Code n'est que partiellement transcrit dans la législation française. Il en découle des vides juridiques qui donnent lieu à de nombreux incidents de conflits d'intérêt entre les fabricants de préparation pour nourrissons et le corps médical. A l'heure où les universités sont en alerte concernant les conflits d'intérêt, il serait temps d'encadrer plus sérieusement les pratiques de marketing des fabricants de substituts du lait maternel (les préparations pour nourrisson, laits de suite et laits de croissance, les prescriptions d'une marque de lait, les cadeaux et échantillons, mais aussi les financements de formations et congrès).

**4) Suggestion WBTI : Respecter les Droits de l'enfant**
Le Comité des droits de l'enfant (CRC), préoccupé par la politique d'allaitement en France, a adressé les observations suivantes au gouvernement français :

- En 2004 : « 43. Le Comité recommande à l'État partie (France) … b) De créer un mécanisme national de promotion de l'allaitement au sein, assurant notamment l'évaluation et la coordination. »
- En 2009 : « 75. Le Comité recommande à l'État partie (France) de mettre pleinement en œuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. L'État partie devrait également continuer de promouvoir les hôpitaux amis des bébés et

d'encourager l'introduction de cours sur l'allaitement maternel dans la formation des puéricultrices. »

- En 2016 : « 62. Le Comité recommande à l'Etat Partie (France) … b) De mettre pleinement en œuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et de promouvoir davantage l'allaitement maternel exclusif. »

**5) *Stratégie nationale de santé*, point III B.** Développer une culture de la qualité et de la pertinence des soins (page 51). **Suggestion WBTi : Favoriser la « physiologie »**
A l'heure où les « violences obstétricales » font débat en France, il est important que le gouvernement soutienne les professionnels et les maternités engagés dans des projets d'accouchements physiologiques tels que l'Initiative hôpitaux amis des bébés IHAB. Là encore, la France est à la traîne ! En 2015, 5 % des naissances annuelles se faisaient en HAB alors qu'on compte en Allemagne : 20 %, au Royaume-Uni : 60 %, aux Pays-Bas : 76 %, en Norvège : 90 %. Dans aucun de ces pays, le débat autour des « violences obstétricales » n'atteint des proportions comme en France. La scission entre les pratiques médicales et la demande des femmes n'est pas une fatalité.

**6) *Stratégie nationale de santé,* point III B.** Développer une culture de la qualité et de la pertinence des soins (page 51). **Suggestion WBTi : Former les professionnels à l'allaitement**
Tout professionnel de santé en contact avec la mère et son enfant, et plus largement, avec la famille, devrait bénéficier d'un minimum de 20h de formation à l'allaitement afin de remédier aux 4 causes principales d'arrêt prématuré de l'allaitement : engorgement, douleur des mamelons, faible prise de poids du bébé, ressenti de production de lait insuffisante.
Actuellement, l'accompagnement des femmes qui désirent allaiter (70 %) n'est pas de qualité, par manque de formation et par défaut de compétence de la part de la majorité des professionnels de santé. De nombreux projets d'allaitement s'en trouvent raccourcis, et ce n'est pas le choix des femmes.

D'autres suggestions seront publiées dans notre Rapport WBTi France. Nous restons à votre disposition pour des renseignements supplémentaires.

Coordination WBTi France
https://www.facebook.com/WBTiFrance/

## Annexe 1.3

FFRSP
Fédération Française
des Réseaux de Santé en Périnatalité

### Quelques suggestions concernant 'Stratégie nationale de santé 2018-2022'

**Chapitre PROMOUVOIR UNE ALIMENTATION SAINE (page 16)**
Dans les années à venir, il sera donc nécessaire de :

- **Favoriser** la promotion en faveur de l'Allaitement Maternel, permettant au tout petit un accès à une alimentation la plus adaptée tant au niveau nutritionnel que gustatif.

**Chapitre PROMOUVOIR LA SANTE AU TRAVAIL (page 22)**
Dans les années à venir, il sera nécessaire de :

- **Promouvoir** et d'encourager la poursuite de l'allaitement maternel à la reprise du travail permettant d'une part de renforcer les bénéfices de l'allaitement pour la santé de l'enfant et de la mère et d'autre part de diminuer les jours d'absentéisme du travailleur tout en améliorant son bien-être.

**Chapitre DEVELOPPER UNE POLITIQUE DE REPERAGE, DE DEPISTAGE, ET DE PRISE EN CHARGE PRECOCES DES PATHOLOGIES CHRONIQUES (page 29)**
Dans les années à venir, il sera donc nécessaire de :

- **Développer** la promotion en faveur de l'allaitement maternel, facteur de prévention du cancer du sein.

**Chapitre ASSURER LA CONTINUITE DES PARCOURS AVEC UNE OFFRE TRANSVERSALE ENTRE ACTEURS SANITAIRES, MEDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX (page 50)**
Dans les années à venir, il sera donc nécessaire de :

- **Inciter** les réseaux périnatalité à mettre en œuvre une promotion en faveur de l'allaitement maternel.

**Chapitre ADAPTER LA FORMATION INITIALE DES PROFESSIONNELS DE SANTE, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX (page 57)**
Dans les années à venir, il sera donc nécessaire de :

- **Former** les professionnels à l'allaitement maternel avec un minimum de 20 h de formation (suggestion 6 WBTI)

**Chapitre PROMOUVOIR UNE ACTION EUROPEENNE ET INTERNATIONALE DE SANTE (page 72)**
Dans les années à venir, il sera donc nécessaire de :

- **Renforcer** le Code International de commercialisation… (Suggestion 3 WBTI)
- **Mettre en place** les recommandations apportées par le Comité des Droits de l'Enfant sur la politique d'allaitement maternel. (suggestion 4 WBTI)

**Chapitre ACCOMPAGNER LES PARENTS DES LA PERIODE PRENATALE DANS L'APPRENTISSAGE DES ENJEUX DE SANTE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE (page 75)**
Dans les années à venir, il sera donc nécessaire de :

- **Améliorer** la promotion en faveur de l'allaitement maternel en période prénatale.

**Chapitre AMELIORER L'ETAT DE SANTE DES MERES ET DES ENFANTS (page 89)**
Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de :

- **Promouvoir** l'allaitement maternel, bénéfique pour la santé de l'enfant et de sa mère.

**Suggérer l'appui de la Fédération des réseaux avec la participation d'un ou de plusieurs représentants pour les suggestions 1 et 2 de la WBTI : Comité National et rédaction d'un Référentiel**

Bureau de la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité FFRSP

Dr Bernard Bailleux et Dr Blandine Mulin, Présidente

# Indicateur 2 : Soins Amis des Bébés et Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) (10 Conditions pour le succès de l'allaitement maternel[11])

***Questions centrales :***

- *2a) Quel pourcentage d'hôpitaux et de maternités fournissent des services de maternité qui ont reçu le label "Amis des Bébés" sur la base de critères nationaux ou internationaux?*
- *2b) Quelle est la qualité de la mise en œuvre du programme IHAB ?* [1]

## Evaluation de la France

### Directives – critères quantitatifs

*2a) 30 sur un total de 600 maternités et hôpitaux (publics et privés) offrant des services de maternité ont été désignés ou réévalués par le label HAB « hôpital ami des bébés » au cours des 5 dernières années, ce qui correspond à 5 % des établissements.*

| ***Notation de la France*** | |
|---|---|
| **Critères : pourcentage des établissements labellisés HAB** | **√ Cocher ce qui convient** |
| 0 | 0 |
| 0.1 – 20 % | 1√ |
| 20.1 – 49 % | 2 |

[11] Les 10 Conditions pour le succès de l'allaitement (1990) avec prise en compte des conditions révisées en 2005 :
- informations en anglais sur http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf?ua=1)
- informations en français http://www.who.int/elena/titles/bbc/implementation_bfhi/fr/
http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24850.html

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique.
4. Mettre les nouveau-nés en contact peau-à-peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure, encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire. (condition révisée en 2005
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. Laisser l'enfant avec sa mère 24h 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 sucette.
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.

| | |
|---|---|
| 49.1 – 69 % | 3 |
| 69.1-89 % | 4 |
| 89.1 – 100 % | 5 |
| **Score 2a)** | **1/5** |

**Directives – critères qualitatifs**

*Qualité de la mise en œuvre du programme IHAB*

| ***Notation de la France*** | |
|---|---|
| **Critères concernant la qualité de la mise en œuvre IHAB** | **√ Cocher ce qui convient** |
| 2.2) Le programme IHAB repose sur la formation des professionnels de santé, basée sur un programme de formation d'au moins 20 heures[12] | 1.0√ |
| 2.3) Un système de suivi[13] standard est en place | 0.5√ |
| 2.4) Un système d'évaluation inclut des entretiens avec le personnel de santé au sein des maternités et des services de soins de santé postnataux. | 0.5√ |
| 2.5) Un système d'évaluation repose sur des entretiens avec les mères. | 0.5√ |
| 2.6) Les systèmes de réévaluation[14] ont été intégrés dans les plans nationaux avec une mise en œuvre planifiée dans le temps. | 1.0√ |
| 2.7) Il existe un programme assorti d'un calendrier d'exécution pour augmenter le nombre des institutions IHAB dans le pays | 0.5√ |
| 2.8) Le VIH est intégré dans le programme IHAB. | 0.5 |
| 2.9) Les critères nationaux mettent pleinement en œuvre les critères IHAB globaux (voir annexe 2.1). | 0.5 |
| **Score 2b)** | **4/5** |
| **Score total (2a + 2b)** | **5/10** |

[12] Les modules/ programmes de formation tels que la formation "4 en 1" d'IBFAN Asie sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, ou le cours de l'OMS sur le conseil en allaitement, peuvent être utilisés.

[13] ***Le suivi*** est un système dynamique pour la collecte et l'analyse de données qui peut fournir des informations sur la mise en œuvre des *10 conditions* et soutenir la gestion de l'Initiative en cours. Le suivi peut être organisé par les hôpitaux eux-mêmes ou à un niveau plus élevé au sein du système. Les données devraient être collectées soit de manière continue soit de manière périodique, par exemple une ou deux fois par année, pour mesurer à la fois le soutien à l'allaitement fourni par l'hôpital et les pratiques d'allaitement des mères.

[14] ***La réévaluation*** peut se décrire comme une ré-examination d'hôpitaux déjà labellisés afin de savoir s'ils continuent d'adhérer aux *10 Conditions* et aux autres critères amis des bébés. La réévaluation est généralement planifiée et fixée par les autorités nationales responsables pour l'IHAB avec l'objectif d'évaluer le respect au quotidien des *Critères Globaux*. Cela nécessite une visite de réévaluation par une équipe externe. Vu les ressources humaines et financières nécessaires, dans de nombreux pays la réévaluation des hôpitaux ne peut se faire que seulement tous les 3 ans. Cependant la décision finale quant à la fréquence des réévaluations doit revenir aux autorités nationales.

## Constat pour la France

**- Précisions par rapport au questionnaire**

2.7) IHAB France mène un programme de promotion de l'IHAB en France au travers d'actions à destination des équipes de maternité et néonatalogie (journées nationales, stands et interventions dans les congrès de périnatalité, articles dans la presse médicale, actualités et documents sur le site IHAB France, réponses aux mails et téléphone…). IHAB France entretient des relations et des partenariats avec des associations de professionnels de la périnatalité, avec le comité pour l'UNICEF et avec des instances officielles telles que l'agence Santé Publique France.

2.8) En France, le volet VIH n'est pas intégré dans le programme IHAB. Chaque équipe de maternité accède aux demandes des mères concernées, car l'état d'esprit IHAB est d'écouter chaque mère et de s'adapter à ses besoins (exemple d'une mère d'origine africaine VIH+ repartant vivre quelques mois plus tard dans son pays d'origine...).

**- Nombre d'établissements HAB**

Fin 2016, 30 établissements étaient labellisés IHAB. Il s'agit aussi bien de maternités publiques que privées, et de la plupart des services de néonatalogie du même Pôle que les maternités labellisées.

- **Evolution des statistiques pour la France**
  - 2014 : 22 maternités (et service de néonatalogie s'il y en a un) ont le label IHAB
  - 2015 : 26 maternités (dont la maternité et le service de néonatalogie du CHU de Lille – 5 600 naissances annuelles) et 5 % des naissances.
  - 2016 : 30 maternités (et service de néonatalogie s'il y en a un)
- **Prévisions pour les années futures**
  - Il y a 40 équipes en démarche ayant signé une déclaration d'engagement.
  - En 2017, 6 nouvelles équipes se présentent au label mais elles ne seront pas forcément toutes labellisées.
  - Le nombre de nouvelles maternités (et néonatalogies) labellisées devrait augmenter de 5 ou 6 par an dans les prochaines années.
- **Comparaison internationale pour l'année 2015**
  - En Allemagne, 20 % des naissances se font en IHAB, au Royaume-Uni 60 %, en Norvège 90 %, aux Pays-Bas 76 %, en Irlande 43 %, en Espagne 5 %, au Portugal 35 %, en Slovénie 81 %.

**- Les difficultés pour instaurer une démarche IHAB, selon les acteurs en maternité**

- Cela nécessite beaucoup de bénévolat, et des personnes qui soient force motrice
- Le coût des formations initiales est élevé.
- Il y a un manque de moyens financiers en France pour aider les maternités à payer les formations.
- L'équipe a une charge de travail supplémentaire pendant la démarche.
- L'obligation de la recertification tous les 4 ans
- Pas de programme gouvernemental de soutien et de promotion de l'IHAB en France
- Démarche isolée nécessitant d'être volontaire, pas de message national
- Importance de se protéger (et de protéger les familles) de la pression commerciale de la part des fabricants des laits industriels (voir aussi indicateur 3, commentaire IHAB France)

## Insuffisances indicateur 2

1. Le critère du taux d'allaitement exclusif > 75 % est impossible à respecter.
2. IHAB semble avoir des répercussions faibles sur les taux d'allaitement à la naissance, mais beaucoup plus importantes sur les durées moyennes d'allaitement exclusif – des études sont nécessaires.

3. Le nombre pourtant modeste de maternités labellisés IHAB correspond à 45 000 naissances par an. Les résultats de l'Enquête nationale périnatale ENP pourraient révéler une différence dans les pratiques d'accompagnement à l'allaitement des équipes de maternité en France
4. Il n'existe pas actuellement de programme gouvernemental pour augmenter le nombre d'établissements IHAB.

## Recommandations indicateur 2

1. Une promotion nationale de l'allaitement est indispensable, IHAB étant un levier parmi d'autres.
2. Il faut trouver un acteur pour des recherches nécessaires sur l'évolution des taux d'allaitement et l'impact de l'IHAB sur ces taux.
3. Il faut un parrainage du gouvernement pour l'IHAB au niveau national.
4. Il faut mettre sur pied un programme qui vise à augmenter le nombre d'établissements IHAB.
5. Il est nécessaire d'informer les femmes, même si elles sont suivies en libéral hors hôpital.
6. Il est utile d'instaurer des réunions sur les besoins globaux des bébés : rythmes, pleurs du bébé, berceau dans la chambre des parents, etc. comme c'est le cas dans toutes les maternités labellisées IHAB en France

## Sources d'information indicateur 2


1. Initiative Hôpitaux Amis des Bébés - Revue, remise à jour et élargie pour des soin intégrés. OMS - Unicef 2009. Document complet téléchargeable en anglais : http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/
2. Association « IHAB France » https://amis-des-bebes.fr/
3. Communication personnelle de Dr Claire Laurent, coordinatrice médicale IHAB France
4. Formulaire d'autoévaluation et critères http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/AUTOEVALUATION-IHAB-juin-2016.pdf
5. Documents sur la formation de base pour l'IHAB http://amis-des-bebes.fr/pdf/se-former/Formation-professionnels-IHAB-aout2013.pdf
6. Document pour le recueil des statistiques http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/2013/STATS-IHAB-MATERNITE-aout2013.pdf
7. Documents de travail utiles pour les équipes en démarche IHAB https://www.amis-des-bebes.fr/documents-ihab.php

## Annexe 2 Trois témoignages

*1) Comment avez-vous décidé d'engager votre établissement dans la démarche IHAB ?*

*2) Quels sont les bénéfices pour vous, votre équipe et pour les familles que vous accueillez ?*

**Réponse Clinique de la Sagesse, Rennes (35), 3 300 naissances/an (IHAB depuis 2016)**

1) Nous avions depuis longtemps chez nous un terreau favorable à l'implantation d'un tel programme, c'est-à-dire des équipes motivées, soudées, intéressées par le "mieux prendre soin" des bébés, des parents. Nous avons donc rencontré l'équipe de Ploërmel, labellisée depuis peu, fin 2012 début 2013.

Ensuite nous avons fait des rencontres avec chaque corps de métier de notre établissement (puéricultrices, médecins, sages-femmes, direction, CME, syndicats, ASH, AP AS, .) pour savoir si le "oui on y va" l'emportait. Ce fût le cas! Le directeur de l'époque a ensuite signé l'entrée dans la démarche en 2013, puis nous avons lancé un groupe projet de trois personnes (2 pédiatres, 1 puéricultrice) et un comité de pilotage. Les groupes de travail ont démarré jusqu'au passage des experts en juin 2016.

2) Les bénéfices sont multiples à savoir que ce projet a fédéré l'équipe, l'a aussi redynamisée. Nous avons pu revoir nos protocoles, harmoniser nos pratiques. Nous avons systématisé le peau à peau en césarienne, quand le bébé va bien !! Les personnes du bloc ont été fort intéressées par la physiologie du peau à peau et ses effets immédiats pour le bébé et les mamans !! Le retour des parents est très positif. Il y a moins de discours contradictoire nous disent-ils !

Bien sûr tout est à travailler encore et encore, mais le socle semble plus solide !

Dr Nolwenn Decaux-Ferré pour le groupe projet de la Sagesse, Rennes (35)

**Réponse du CH de Mont de Marsan (40), (IHAB depuis 2006, néonat depuis 2016)**

1) La maternité de notre établissement était déjà labellisée et les modifications de certaines pratiques qui devenaient plus physiologiques montraient l'intérêt pour les bébés et les familles. La néonat était déjà engagée dans un travail sur les soins de développement, beaucoup de thèmes de travail sont communs avec les recommandations de l'IHAB (peau à peau, présence et intégration des parents dans les soins et dans le service, respect des rythmes et besoins des nouveau-nés...).

2) La démarche qualité que propose l'IHAB a structuré notre démarche et nous a aidé à nous organiser. Souvent il y a de bonnes idées dans les services mais on ne sait pas par où commencer, l'IHAB nous donne une méthode et une personne nous soutient par contact téléphonique tous les mois. Ce qui est très stimulant pour le COPIL. Les pratiques soignantes ont été discutées au sein du pôle et formalisées dans un référentiel commun maternité-néonat.

Nous avons ainsi pu harmoniser des pratiques et des protocoles. Les équipes peuvent se référer à cet outil. Les équipes sont mieux formées de par les formations imposées aux nouveaux membres de l'équipe (dans les 6 mois) et de par l'accompagnement des pratiques cliniques de chacun, que nous avons choisi de faire par compagnonnage.

Enfin, l'obtention du label a été vécu comme une reconnaissance d'un travail de qualité fait par toute l'équipe auprès des nouveaux nés et de leur famille.

Caroline TAUZIN, Cadre de santé Pédiatrie-Néonatalogie

**Réponse de la maternité du CH d'Hazebrouck (59), 850 naissances/an (IHAB depuis 2016)**

Pour faire suite à votre demande, voici quelques renseignements concernant notre maternité d'Hazebrouck qui a été labellisée en décembre 2016. C'est une maternité publique de niveau 1, réalisant environ 850 naissances par an, et rattachée au réseau de périnatalité OMBREL, dans le Nord.

Nous avons décidé d'engager notre établissement dans la démarche suite à un séminaire sur l'IHAB organisé par le réseau OMBREL à Lille en juin 2012. Une Gynécologue-obstétricienne, une puéricultrice coordinatrice et moi-même sage-femme consultante en lactation y avons participé. Plusieurs maternités étaient déjà labellisées dans notre région... pourquoi pas nous?

Nous avons par ailleurs réalisé que nous respections déjà certaines recommandations dans nos pratiques et que nous étions en adéquation avec l'état d'esprit de l'IHAB (respect des rythmes, individualisation, soutien à l'allaitement..)

C'est ainsi que nous avons engagé notre démarche, avec le soutien de notre administration et de l'ensemble de l'équipe.

Concernant les bénéfices

- Pour l'équipe :

- une formation de qualité par l'organisme Co-Naître pour l'ensemble du personnel qui a permis d'harmoniser les pratiques
- un changement dans les pratiques avec un rôle plutôt d'accompagnement des familles
- un état d'esprit qui respecte davantage les besoins individuels de chaque famille
- un cheminement vers le respect de la physiologie en salle de naissance avec la création d'une salle nature, le développement de l'utilisation de l'homéopathie, de l'acupuncture, mais aussi les massages , le portage en écharpe...
- le travail en réseau avec davantage de liens créés avec les partenaires extérieurs(Médecins, sages-femmes libérales, PMI et associations de soutien à l'allaitement
- une dynamique d'équipe qui valorise aussi les professionnels
- davantage de cohésion dans l'équipe...

- Pour les familles :

- une prise en charge plus respectueuse des besoins de chaque couple (les projets de naissances sont encouragés), avec un respect de la physiologie
- un plus grand respect des rythmes et du sommeil du nouveau né et de ses parents
- des soins réalisés par les parents (changes, soins de cordon, bains...), accompagnés d'un soignant qui les guident vers l'autonomie
- davantage de papas présents et impliqués pendant le séjour en maternité
- une meilleure information pendant la grossesse
- de nombreux couples nous témoignent leur satisfaction, ont remarqué les changements et apprécient cette évolution dans l'accompagnement

Voici , pêle-mêle, quelques bienfaits que cette démarche nous a apporté.
Nous sommes à votre disposition pour tout autre renseignement

Manuella Bafcop (Sage-femme Consultante en lactation IBCLC), pour le comité de pilotage

# Indicateur 3 : Mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

***Question centrale:*** Le Code International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel (1981) [1] et les Résolutions ultérieures de l'AMS[15] sont-ils mis en œuvre et en vigueur, de nouvelles actions ont-elles été entreprises pour mettre en œuvre les dispositions du Code ?

## Evaluation de la France

| *Notation de la France* | |
|---|---|
| **Critères** *(mesures légales en place dans le pays)* | **Score** |
| **3a : Etat du Code international de commercialisation** | |
| 3.1 Aucune action effectuée | 0 |
| 3.2 La meilleure approche est en cours d'étude | 0.5 |
| 3.3 Mesures nationales en cours d'examen pour autorisation (mais pas depuis plus de 3 ans) | 1 |
| 3.4 Peu d'articles du Code en mesures volontaires | 1.5 |
| 3.5 Tous les articles du Code en mesures volontaires | 2 |
| 3.6 Une directive administrative de mise en œuvre totale ou partielle du Code dans les services de santé, avec des sanctions administratives | 3 |
| 3.7 Loi couvrant certains articles du Code | 4√ |
| 3.8 Loi couvrant toutes les articles du Code | 5 |
| 3.9. Les dispositions pertinentes des résolutions ultérieures de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) sont incluses en législation nationale [16]<br>a. Inclusion de dispositions basées sur au moins 2 des résolutions de l'AMS, listées ci-dessous.<br>b. Inclusion de dispositions basées sur toutes les 4 résolutions de l'AMS, listées ci-dessous. | 5.5<br>6 |
| **3.b Mise en œuvre du Code/ législation nationale** | |
| 3.10 La mesure en place/ la loi prévoit un système de suivi. | 1 |
| 3.11 La mesure en place prévoit des pénalités et des amendes pour les | 1√ |

[15] World Health Assembly Resolutions 33.32, 34.22, 35.26, 37.30, 39.28, 41.11, 43.3, 45.34, 46.7, 47.5, 49.15, 54.2, 55.25, 58.32, 59.11, 59.21, 61.20, 63.23, 65.6, 69.9.

[16] Afin de pouvoir cocher cette case, les résolutions AMS suivantes devraient être incluses au sein de la législation nationale / mises en œuvre via des mesures légales.

1. Les dons de substituts de lait maternel gratuits ou subventionnés sont interdits (AMS 47.5).
2. L'étiquetage des aliments de complément indique leur recommandation, leur commercialisation ou représentation, pour une utilisation à partir de 6 mois.
3. Les allégations de santé pour les produits destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants sont proscrites (AMS 58.32).
4. Les étiquettes des produits couverts par la loi nationale contiennent des avertissements sur le risque de contamination intrinsèque et reflètent les recommandations FAO/OMS sur la préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons (AMS 58.32, 61.20).

| | |
|---|---|
| fabricants et/ou les personnes et/ou institutions qui ont transgressé le Code | |
| 3.12 Le respect de la mesure est suivi et les violations sont documentées et rapportées aux instances concernées. | 1 |
| 3.13 Des sanctions ont été prises contre ceux ayant transgressés le Code au cours des trois dernières années. | 1 |
| **Score total (3a + 3b)** | **5/10** |

## Constat pour la France

### 1) Législation française [2]

Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel est partiellement transcrit dans la législation française.

**Arrêté du 11 avril 2008 relatif aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite et modifiant l'arrêté du 20 septembre 2000 relatif aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales** (extraits) **[2.a]**

- **Article 15**

1. L'étiquetage des préparations pour nourrissons et des préparations de suite comporte des instructions concernant la préparation, la conservation et l'élimination appropriées du produit, avec mention des risques pour la santé résultant d'une préparation ou d'une conservation inappropriées.
2. L'étiquetage des préparations pour nourrissons comporte, en plus, les mentions obligatoires suivantes, précédées des termes « Avis important » ou d'une formulation équivalente :
    a) Une mention relative à la supériorité de l'allaitement au sein ;
    b) Une mention recommandant de n'utiliser le produit que sur avis de personnes indépendantes qualifiées dans le domaine de la médecine, de la nutrition ou de la pharmacie, ou d'autres spécialistes responsables des soins maternels et infantiles.
3. L'étiquetage des préparations pour nourrissons et des préparations de suite est conçu de manière à fournir les renseignements nécessaires à l'utilisation appropriée du produit et de manière à ne pas décourager l'allaitement au sein.

- **Article 16**

1. L'emploi des termes « **humanisé** », « maternisé », « adapté » ou de termes similaires est interdit sur l'étiquetage des préparations pour nourrissons et des préparations de suite.[17]
2. L'étiquetage des préparations pour nourrissons ne peut comporter aucune représentation de nourrissons ni d'autres représentations ou textes de nature à idéaliser l'utilisation du produit. Il peut cependant comporter des représentations graphiques facilitant l'identification du produit et illustrant les méthodes de préparation.
3. L'étiquetage des préparations pour nourrissons ne peut comporter des allégations nutritionnelles et de santé que dans les cas énumérés à l'annexe IV et conformément aux conditions qui y sont fixées.

**Décret n° 98-688 du 30 juillet 1998 pris en application de l'article L121-53 du Code de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation et au matériel de présentation les concernant (extrait) [2.b]**

- **Article 1**

Toute documentation à but d'information ou d'éducation, tant écrite qu'audiovisuelle, portant sur l'alimentation des nourrissons et établie à l'intention des femmes enceintes ou des mères de

[17] L'arrêté du 1er juillet 1976, article 18-2. stipule déjà : « 2. L'étiquetage des préparations pour nourrissons et des préparations de suite doit être conçu de manière à fournir les renseignements nécessaires à l'utilisation appropriée du produit et de manière à ne pas décourager l'allaitement au sein. L'emploi des termes humanisé, maternisé ou de termes similaires est interdit. »

nourrissons ou de jeunes enfants ou à l'attention des personnes s'occupant des problèmes nutritionnels des nourrissons et des jeunes enfants doit comporter des informations sur :

a) Les avantages et la supériorité de l'allaitement au sein ;
b) La nutrition de la mère et la façon de se préparer à l'allaitement au sein et de le poursuivre ;
c) L'éventuel effet négatif sur l'allaitement au sein d'une alimentation partielle au biberon ;
d) La difficulté de substituer un allaitement au sein à une alimentation utilisant des préparations pour nourrissons ;
e) En cas de besoin, l'utilisation correcte des préparations pour nourrissons, qu'elles soient industrielles ou confectionnées à domicile. Dans ce cas, cette documentation doit également faire état des incidences, notamment financières, de cette utilisation, signaler les dangers pour la santé de l'emploi d'aliments ou de méthodes d'alimentation inadéquates et, en particulier, de l'utilisation incorrecte de ces préparations. Cette documentation ne doit contenir aucune image de nature à présenter l'utilisation de préparations pour nourrissons comme la solution idéale.

- **Article 2**

Les dons de matériel ou de documentation, à but d'information ou d'éducation, par des fabricants ou des distributeurs de préparations pour nourrissons ne peuvent être faits que sur demande des établissements de soins et des œuvres ou organismes d'intérêt général ayant un caractère philanthropique, social ou humanitaire. Ils sont soumis aux conditions suivantes :

a) Le fabricant ou le distributeur qui souhaite bénéficier des dispositions du présent article doit en faire la déclaration préalable écrite à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'implantation de l'organisme concerné ;
b) Le matériel ou la documentation peuvent porter le nom ou le sigle de l'entreprise donatrice, mais toute référence à une marque spécifique de préparation pour nourrissons est interdite ;
c) La distribution de la documentation aux mères doit être effectuée par l'intermédiaire des personnels de santé.

- **Article 3**

Les fabricants et les distributeurs peuvent exceptionnellement fournir au public à titre gratuit des préparations pour nourrissons dans les conditions suivantes :

a) Peuvent seuls procéder à de telles distributions les œuvres ou organismes d'intérêt général ayant un caractère philanthropique, social ou humanitaire ;
b) Les préparations pour nourrissons distribuées dans les conditions précitées ne peuvent être destinées qu'à l'alimentation de nourrissons devant être alimentés au moyen de telles préparations et exclusivement dans la quantité requise ;
**c)** Les œuvres et organismes bénéficiaires doivent tenir à jour un registre indiquant les quantités reçues, le nom des donateurs et les quantités données ;

**Livre 1er, Titre II, Chapitre LL, Section 3 : Règles propres à certaines publicités et pratiques commerciales, Sous-section 2 : Préparations pour nourrissons (Code de la consommation)** [2.c]

- **Article L122-12**

Créé par Ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016 - art.
Au sens de la présente sous-section, constituent des préparations pour nourrissons les denrées alimentaires destinées à l'alimentation des enfants jusqu'à l'âge de quatre mois accomplis et présentées comme répondant à elles seules à l'ensemble des besoins nutritionnels de ceux-ci.

- **Article L122-13**

Créé par Ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016 - art.
La publicité en faveur des préparations pour nourrissons n'est autorisée que dans la presse écrite destinée aux professions de santé.

- **Article L122-14**

Créé par Ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016 - art.
Est interdit, dans le commerce de détail, le fait de distribuer à titre gratuit des échantillons de préparations pour nourrissons ainsi que de se livrer à toute autre pratique promotionnelle en faveur de la vente directe de ces préparations.

- **Article L122-15**

Créé par Ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016 - art.
Est interdit aux fabricants et aux distributeurs le fait de fournir au public à titre gratuit des préparations pour nourrissons, des échantillons de ces produits ou tout autre cadeau promotionnel, que ce soit directement ou indirectement par l'intermédiaire des services de santé ou de leurs agents.

- **Article L122-16**

Créé par Ordonnance n°2016-301 du 14 mars 2016 - art.
Les modalités d'applications de la présente sous-section sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

## 2) Comparaison entre le Code international [1] et la législation française [2]

En 2016, selon l'Organisation Mondiale de la Santé [3], la loi française concernant la commercialisation des substituts du lait maternel couvre seulement certaines parties du code international. Voici une présentation de la manière dont les articles du Code international sont transcrits dans la loi française.

- **Articles 1. à 3. But du Code, Champ d'application du Code, Définitions**

La loi française couvre les substituts pour le 1er âge (préparation pour nourrisson), jusqu'à l'âge de quatre mois accomplis uniquement, alors que le Code couvre l'alimentation des enfants jusqu'à l'âge de 3 ans - Article L122-12 [2.c].

- **Article 4. Information et éducation**

La loi encadre aujourd'hui les conditions dans lesquelles publier le matériel d'information et d'éducation (Décret n° 98-688 du 30 juillet 1998 [2.b]., article 1).
A ce jour, la loi française précise les informations essentielles qui doivent figurer sur le matériel d'information et d'éducation à l'allaitement, à savoir :

- Les bénéfices et la supériorité de l'allaitement ;
- La nutrition et la préparation de la mère pour un bon maintien de l'allaitement ;
- Les effets négatifs de l'alimentation au biberon sur l'allaitement ;
- Les difficultés rencontrées si on souhaite revenir à l'allaitement une fois que la décision de ne plus allaiter est prise ;
- La façon correcte d'utiliser des produits de substitution ;
- Les implications financières et sociales ;
- Les dangers sur la santé d'une alimentation inappropriée ;
- Les dangers sur la santé d'une utilisation inappropriée des substituts.

- **Article 9. Etiquetage**

La loi française interdit aujourd'hui, dans l'arrêté du 11 avril 2008 [2.a] :

- D'idéaliser les substituts, via des images ou du texte, sur les étiquetages des produits ;
- Les allégations nutritionnelles ou de santé sur les étiquetages des produits.

La loi couvre également, dans le Décret n° 98-688 du 30 juillet 1998 [2.b] :

- Les messages sur la supériorité de l'allaitement ;
- Le fait que le produit ne doit être utilisé que sur conseil d'un professionnel de santé ;
- Les instructions pour la préparation ;
- Un avertissement sur les micro-organismes pathogènes.

- **Article 10. Qualité**

La loi française couvre aujourd'hui la qualité des aliments, dans l'a**rrêté du 11 avril 2008 [2.a], articles 3 à 10, et** l'arrêté du 9 mai 2014 [2.d] modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite.

## 3) Insuffisances dans la loi française [1], [2]

En 2016, l'OMS Unicef et IBFAN recensent dans leur Status Report [3] de nombreuses lacunes dans la législation française.

- **Articles 1 à 3. But du Code, Champ d'application du Code, Définitions**

La loi française ne couvre actuellement pas :

- Les substituts au-delà de l'âge de quatre mois accomplis (art. L122-12), contrairement à ce qui est défini dans le Code international, à savoir tout produit à destination des jeunes enfants jusqu'à l'âge de 3 ans.
- L'ensemble des produits définis par le Code tels que :
  - Les aliments de complément ;
  - Les tétines et les biberons ;
  - Les laits pour les mères ;
  - Les autres produits définis dans le Code.

- **Article 4. Information et éducation**

Entièrement couvert par la loi française.

- **Article 5. Grand public et mères**

La loi française ne couvre que partiellement la question des contacts entre les représentants des fabricants de substituts du lait maternel et les familles.

- **Articles 6. et 7. Systèmes de soins de santé et Agents de santé**

La loi française n'encadre pas les relations que les industriels ont avec les professionnels et établissements de santé publique, concernant les dons de matériels et les cadeaux.
Cette lacune dans la législation ouvre la porte à des conflits d'intérêts entre l'industrie, les universités et le monde de la santé. En janvier 2017, Paul Scheffer [4] a publié son étude qui propose un classement des facultés de médecine basé sur l'indépendance qu'elles garantissent à leurs étudiants vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques. L'étude montre que seules 9 facultés sur 37, en France, ont pris des initiatives pour se prémunir contre les conflits d'intérêts qui surgissent en cas de liens de l'établissement ou de ses enseignants avec l'industrie du médicament. Mais comme pour l'édition américaine, les liens avec l'industrie agro-alimentaire ou les industriels du lait infantile n'ont pas été étudiés.

- **Article 8. Personnel des fabricants et distributeurs**

La loi française ne couvre actuellement pas les primes et fonctions éducationnelles concernant le personnel employé à la commercialisation de produits visés par le présent Code.

- **Article 9. Etiquetage**

La loi ne couvre actuellement pas l'indication de l'âge auquel introduire le produit dans l'alimentation du jeune enfant.

- **Article 10. Qualité**

La loi française couvre la qualité des substituts [2.a] et [2.d ] et se conforme aux Directives européennes (2006/141/CE et 2013/46/UE).

- **Article 11. Mise en œuvre et contrôle, suivi**

Il n'existe actuellement aucune loi en France imposant un mécanisme de mise en œuvre et de contrôle de l'application du Code.

## 4) Convention relative aux Droits de l'enfant [5], [6]

La France a également ratifié en 1990 la Convention relative aux droits de l'enfant. La France a rendu 5 rapports périodiques, et les *Observations finales et recommandations* du CRC concernant l'allaitement sont les suivantes :

- **Extrait 1 - CRC Observations finales du 23 février 2016 (concernant le 5e Rapport de la France)**

62. Le Comité appelle l'attention de l'État partie sur son observation générale n°15 (2013) concernant le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible […]. Il recommande également à l'État partie : […] b) De mettre pleinement en œuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et de promouvoir davantage l'allaitement maternel exclusif (voir CRC/C/FRA/CO/4 et Corr.1, par. 75) ;

- **Extrait 2 - CRC Observations finales du 22 juin 2009 (concernant les 3e et 4e Rapports de la France)**

74. Le Comité prend acte des progrès réalisés ces dernières années dans la promotion et le soutien de l'allaitement maternel, mais note avec préoccupation que l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel reste insuffisante et que les substituts du lait maternel continuent de faire l'objet d'une promotion soutenue.

75. Le Comité recommande à l'État partie de mettre pleinement en œuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. L'État partie devrait également continuer de promouvoir les hôpitaux amis des bébés et d'encourager l'introduction de cours sur l'allaitement maternel dans la formation des puéricultrices.

- **Extrait 3 - CRC Observations finales du 30 juin 2004 (concernant le 2e Rapport de la France),**

41. Le Comité est préoccupé, en particulier, par : […] c) L'absence d'organisme national chargé de promouvoir et d'encourager l'allaitement exclusivement maternel.

43. Le Comité recommande à l'État partie : b) […] De créer un mécanisme national de promotion de l'allaitement au sein, assurant notamment l'évaluation et la coordination.

## 5) Droits de l'homme

Il y a successivement une prise de conscience plus large des enjeux de l'allaitement dans le monde. Les « Orientations en vue de mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants » (OMS 13 mai 2016) [7] inspirent la Résolution AMS 69.9 datée du 28 mai 2016. Le 22 novembre 2016, les Nations Unies publient un communiqué [8] :

« **L'allaitement, une question des Droits de l'homme, disent les experts des Nations Unies, appelant à des mesures contre les laits artificiels**

L'allaitement est un enjeu des Droits de l'homme pour les bébés et les mères, et devrait être protégé et promu pour le bénéfice des deux, disent les experts dans une note d'information publiée aujourd'hui.

Les Etats devraient prendre des mesures urgentes pour stopper le marketing « qui fait des allégations fausses, qui est agressif et inapproprié » des substituts du lait maternel dans un secteur qui pèse plusieurs milliards de dollars, disent les rapporteurs spéciaux des Nations-Unies, ensemble avec le Groupe de travail sur les discriminations contre les femmes, et le Comité des droits de l'enfant.

Ces pratiques de marketing influencent souvent les choix des femmes sur la façon de nourrir leurs enfants de la meilleure manière possible, et peuvent empêcher les bébés et les mères de profiter des nombreux bénéfices de l'allaitement, disent les experts. […] ».

## 6) Commentaire IBFAN [9]

Selon le récent rapport conjoint OMS, UNICEF et IBFAN 2016 [3], selon les rapports sur l'Etat du Code par pays [10] et aussi le rapport soumis au Comité des droits de l'enfant de l'ONU [11], les violations du Code sont fréquentes et il faudrait renforcer la législation et les mesures en vigueur pour son application et son suivi. Malheureusement les conflits d'intérêt en France constituent un sérieux frein au respect et au renforcement du Code.

**Les professionnels de santé ont des responsabilités vis-à-vis du Code international, quelle que soit la législation en vigueur ou les mesures existantes au niveau national**. Il est important d'informer les mères et les parents sur les bienfaits de l'allaitement maternel et les risques

de l'alimentation artificielle, sur la base des preuves scientifiques et d'informations indépendantes, et non de source commerciale ou financées par les industriels.

Afin d'éviter tout conflit d'intérêt [12], les financements et les collaborations avec l'industrie de l'alimentation pour bébés devraient être refusés, au même titre que les brochures, post-its, stylos, posters, calendriers et tout matériel offert par l'industrie et portant leur logo.

Les professionnels de la santé et autres acteurs concernés de la société civile ont également la responsabilité de veiller au respect du Code et d'avertir les instances appropriées dans leur pays de toute violation du Code observée.

**Le rôle de l'industrie est clairement défini dans la Stratégie mondiale sur l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) adoptée à l'AMS en 2003** : respecter le Code international, et les normes du Codex Alimentarius [13]. L'industrie a son rôle à jouer et ses produits sont certes utiles pour certains, mais le financement de campagnes, formations ou programmes de promotion et soutien de l'allaitement maternel crée des conflits d'intérêt non négligeables qui nuisent à la promotion et la protection de l'allaitement maternel ; et il est important d'en avoir conscience et de le dire haut et fort.

## 7) Conflits d'intérêts en France

En France, les experts en nutrition infantile qui édictent les recommandations de santé publique sont nombreux à être en situation de conflit d'intérêts [14]. Les organisateurs de formation et de congrès le sont également (exemples concrets en annexe 3.1). Une évolution de la législation paraît indispensable pour protéger l'allaitement contre l'influence et les pressions commerciales.

Les liens d'intérêts concernent aussi les repas et les « petits cadeaux ». La revue Prescrire [15] aussi bien que l'association Formindep [16] s'insurgent contre les « petits cadeaux » qui nous influencent dans nos choix. L'impact est souvent inconscient, mais réel, ce qui justifie les budgets marketing considérables des entreprises commerciales. Même réflexion sur les pause-café et les repas offerts. Ils engendrent un climat de confiance qui perturbe la rationalité de nos décisions. Tout professionnel de santé qui accepte ce genre de cadeaux en nature est exposé à des conflits d'intérêt parce qu'il y a interférence entre l'intérêt des patients et la pression des entreprises commerciales, pharmaceutiques ou agroalimentaires.

## 8) « Transparence » et évolution de la législation

La réflexion est lancée. La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 sur la transparence des conflits d'intérêts [2.e] et sa refonte par l'ordonnance du 19 janvier 2017 [2.f], posent des jalons même si les textes ne couvrent pas directement les produits agroalimentaires et donc les substituts du lait maternel. Cependant une évolution dans ce sens est envisageable.

L'article L1451-1 [2.g] stipule : « I.-Les membres des commissions et conseils siégeant auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les membres des cabinets des ministres [..] sont tenus, lors de leur prise de fonctions, d'établir une déclaration d'intérêts. Cette déclaration [..] mentionne les liens d'intérêts de toute nature, directs ou par personne interposée, que le déclarant a, ou qu'il a eus pendant les cinq années précédant sa prise de fonctions, avec des entreprises, des établissements ou des organismes dont les activités, les techniques et les produits entrent dans le champ de compétence de l'autorité sanitaire au sein de laquelle il exerce ses fonctions ou de l'organe consultatif dont il est membre ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans les mêmes secteurs. »

## Recommandations indicateur 3

Il semble primordial de renforcer certaines mesures, comme recommandé par l'OMS. En particulier, pour la France, la législation devrait:

1. **Couvrir un champ plus large de produits**, tels que définis par le Code international, qui comprendrait tous les produits lactés, aliments et boissons présentés comme remplacement du lait maternel, à destination des jeunes enfants **jusqu'à l'âge de 36 mois, mais aussi les tétines et biberons** (articles 1 à 3 du Code) ;

2. **Encadrer de manière précise l'ensemble des messages d'information et d'éducation sur l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants** (article 4.2 du Code) ;
3. **Interdire de façon explicite toute forme de publicité au public des produits désignés par le Code**. Les contacts avec les femmes enceintes et les mères, la publicité en ligne, sur les réseaux sociaux et autres moyen de communication électronique, mais également la publicité faite à travers les systèmes de santé doivent être incluses dans la loi.
4. **Interdire aux professionnels de santé l'intéressement financier ou matériel pour promouvoir les produits désignés**, en prenant en compte les Résolutions WHA 49.15, WHA 58.32 et WHA 61.20, ceci afin d'éviter tout conflit d'intérêt. Notamment interdire aux fabricants de lait de fournir des produits gratuitement aux maternités et aux pharmacies.
5. **Inclure toutes les obligations d'étiquetage des produits désignés**, telles qu'indiquées dans l'Article 9.2 du Code et la Résolution WHA 58.32.
6. Articuler les obligations du gouvernement quant à **l'établissement d'un mécanisme de mise en œuvre et de contrôle de l'application du Code robuste et durable**. [17]
7. Etendre la déclaration des liens d'intérêts aux industriels de l'agroalimentaire, conformément aux recommandations du HCSP pour le PNNS4 2017- 2021 [18]. Le point 5.4 intitulé "favoriser la transparence et prévenir les conflits d'intérêt" (pages 119 à 123) explique bien la situation, pas uniquement vis-à- vis des médecins mais aussi vis-à-vis des décideurs politiques.
8. **Faire connaître le Code** dans les formations destinées aux professionnels de santé et diffuser les informations le concernant. [19]
9. Inciter le **Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge** (HCFEA) à « porter une focale » sur la mise en œuvre des Observations et recommandations du Comité des Droits de l'enfant (CRC) par rapport au respect du Code et par rapport à la politique d'allaitement en France.

## Sources d'information indicateur 3


1. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf
2. Législation française https://www.legifrance.gouv.fr/
   a. Arrêté du 11 avril 2008 relatif aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite
   b. Décret n° 98-688 du 30 juillet 1998 en application de l'article L121-53 du code de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation et au matériel de présentation les concernant
   c. Code de la consommation, articles L122-12 à L122-16
   d. Arrêté du 9 mai 2014 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite.
   e. Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Transparence des liens d'intérêts.
   f. Ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé.
   g. Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 – art.3 modifiant l'article L1451-1 du Code de la santé publique
3. WHO, UNICEF, IBFAN. Marketing of Breast-milk Substitutes : National Implementation of the International Code - Status Report 2016. Geneva: World Health Organization; 2016. http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/code_report2016/en/
4. Paul Scheffer, Etude sur les conflits d'intérêts dans les universités en France http://formindep.fr/these-de-paul-scheffer/
5. Convention relative aux droits de l'enfant https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000716856
6. CRC – Comité des Droits de l'enfant, page concernant la France http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/TreatyBodyExternal/Countries.aspx?CountryCode=FRA&Lang=EN
7. Orientations en vue de mettre un terme aux formes inappropriées de promotion des aliments pour nourrissons et jeunes enfants (13 mai 2016) et Résolution AMS 69.9 du 28 mai 2016. http://www.who.int/nutrition/topics/guidance-inappropriate-food-promotion-iyc/fr/

8. GENEVA (22 November 2016) – Breastfeeding is a human rights issue for babies and mothers and should be protected and promoted for the benefit of both, a group of United Nations experts says in a statement. http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20904&LangID=E%28
9. Rebecca Norton (IBFAN-Gifa), communication lors de la Journée Nationale de l'Allaitement, 17 novembre 2017 à Villeneuve d'Ascq, organisée par la CoFAM.
10. ICDC – IBFAN Rapport sur l'Etat du Code par pays http://www.ibfan-icdc.org/index.php/publications/publications-for-sale
11. Rapport IBFAN sur la situation de l'alimentation infantile et des jeunes enfants en France soumis au Comité des droits de l'enfant 2016 http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/FRA/INT_CRC_NGO_FRA_22504_E.pdf en anglais
12. Conflits d'intérêt http://www.gifa.org/international/conflits-dinterets/ site en français avec de nombreuses références sur le sujet des conflits d'intérêt ; Parrainage et conflits d'intérêt. Positionnement du réseau IBFAN 2011 http://www.ibfan.org/art/389-1_french.pdf
13. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant OMS, paragraphe 44 http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_fre.pdf
14. Diversification alimentaire : évolution des concepts et recommandations. *Archives de Pédiatrie* 2015 ; 22 : 457-460). Voir la déclaration d'intérêts page 459. http://www.sciencedirect.com/journal/archives-de-pediatrie
15. La revue Prescrire http://www.prescrire.org/ : Ces petits riens, Editorial Rev Prescrire 2011 ; 31 (335) : 641. Petits cadeaux : des influences souvent inconscientes, mais prouvées, Rev Prescrire 2011 ; 31 (335) : 694-696. Thème : Influences : Cadeaux, leaders d'opinion, soutien des firmes aux associations de patients et de soignants, etc. mettent patients et soignants sous influences, Rev Prescrire 2009 ; 29 (305) : 215.
16. FORMINDEP L'indépendance au service de la santé http://formindep.fr/
17. Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code (Commercialisation des substituts de lait maternel : implémentation nationale du Code International) *http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85621/1/9789241505987_eng.pdf*
18. Propositions Politique nationale nutrition santé en France PNNS 2017-2021, HCSP http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=632
19. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Frequently asked questions. 2017 Update (24 pages). Geneva: World Health Organization; 2017 update. http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/breastmilk-substitutes-FAQ2017/en/

## Annexe 3.1

### Exemples de conflits d'intérêts en France

**Les formations** auxquelles sont conviées les professionnels de santé et qui sont largement sponsorisées par les fabricants de PPN. Exemples récents :

- Le congrès In Utéro du 24 novembre 2017 à Paris, sponsorisé par Gallia
- Le séminaire obligatoire du 19 et 20 octobre 2017 des nouveaux internes de pédiatrie en Ile de France, organisé au siège social de Nestlé à Noisy le Grand tous frais payés.
- Faculté de Pharmacie à Paris, Journée formation le 10 octobre 2017 (affiche ci-après).
- Congrès MIN Mort inattendue du nourrisson du 22 septembre 2017. Le non-allaitement est un facteur de risque de MIN avéré, et pourtant parmi les partenaires de ce congrès on trouve les fabricants de lait artificiel (extrait de la plaquette du Congrès MIN).

- **Les visuels sur le site :** bande publicitaire en pied de page sur le site de la Société Française de Pédiatrie, page http://www.sfpediatrie.com/ (consulté le 12 décembre 2017)

- **Fausse allégation et idéalisation :** PPN Bio « En accord avec la Nature »

### Commentaire de la part de l'IHAB France

Le respect du Code est une des recommandations du programme IHAB, IHAB France se préoccupe donc naturellement de l'application du Code OMS dans les maternités en démarche et les maternités labellisées IHAB (qui représentent au total 112 000 naissances/an en France).

L'intitulé de cette recommandation en France est « Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts de lait maternel ». IHAB France insiste sur la nécessité de comprendre le Code et pas seulement l'appliquer, et aussi de communiquer sur le fait que le Code est une protection (plutôt qu'une série d'interdictions ce qui est souvent l'interprétation de la part des professionnels de santé). Il est important aussi de communiquer sur le fait que le Code concerne tous les bébés ; il protège à la fois les enfants allaités et ceux nourris au biberon.

Le module sur le Code OMS occupe une grande place dans les formations IHAB données par la Coordination IHAB (théorique et applications pratiques).

Le réseau BFHI des pays industrialisés a mis en place depuis 2014- à la demande de la France- une enquête portant sur l'implantation du Code dans chaque pays, en préparation des rencontres du réseau.

IHAB France a demandé qu'une journée entière soit consacrée à la mise en œuvre du Code OMS lors du congrès à Vilnius, en juin 2014.

Depuis, l'enquête est remplie avant chaque rencontre, la dernière était le congrès des 25 ans de BFHI à l'OMS à Genève en octobre 2016. Les résultats sont partagés avec l'OMS, l'UNICEF International et les pays membres du réseau BFHI des pays industrialisés. Cette enquête permet une transparence et ouvre les possibilités d'échanges ; l'objectif est de trouver des solutions permettant aux professionnels de santé d'adhérer pleinement aux principes du Code OMS, et ne pas réduire son application à des interdictions.

La situation en France au sujet du respect du Code OMS a été présentée au congrès BFHI à l'OMS Genève en octobre 2016, et la France a présenté un poster.

IHAB France informe régulièrement toutes les instances avec lesquelles elle est en lien de l'importance de respecter le Code OMS.

Dans les maternités labellisées, la formation obligatoire de tous les soignants porte également sur le Code OMS et les résolutions subséquentes de l'AMS (recommandation 2). Aucune promotion ne doit exister pour des substituts de lait maternel, des biberons et des tétines. IHAB France propose d'encadrer les financements des associations de services afin de progresser vers un respect total du Code OMS et des Résolutions des AMS. IHAB France a donc mis en place des étapes :

- **Niveau 1** : L'établissement reçoit des financements et/ou une association de service reçoit des financements de la part des fabricants de Substituts de Lait Maternel (SLM) (qui représentent > 50 % de l'ensemble des financements).
- **Niveau 2** : L'établissement reçoit des financements et/ou une association de service reçoit des financements de la part des fabricants de Substituts de Lait Maternel (qui représentent > 50% de l'ensemble des financements).
- **Niveau 3** : Aucun financement n'est perçu de la part des fabricants de Substituts de Lait Maternel (ni par le service, ni par l'établissement).

  Le niveau 3 correspond au critère international.

Ces étapes permettent aux services d'avancer dans leurs réflexions, de centrer les soins sur l'intérêt des familles et de sortir progressivement des liens d'intérêt qui peuvent exister.

En 2017, sur 32 services IHAB

- 5 atteignent le niveau 3 = international = aucun financement SLM
- 1 atteint le niveau 2 association financée pour < 50 % par SLM
- 26 atteignent le niveau 1 soit association financée pour >50 % par SLM soit établissement soit association ET établissement

Le Comité d'Attribution du label IHAB (qui se réunit deux fois par an et regroupe 19 membres dont beaucoup issus de sociétés savantes) reste attentif à l'évolution des situations dans les services IHAB lors des ré évaluations.

En conclusion, IHAB France estime qu'avoir changé de paradigme (être passé du discours « Le Code OMS interdit » à l'approche « le Code protège les familles ») permet aux équipes de maternité et de néonatalogie une réflexion individuelle et une réflexion d'équipe, toutes deux indispensables pour que la mise en œuvre du Code devienne effective dans chaque établissement de santé.

Kristina LÖFGREN
Coordinatrice nationale IHAB
coordination@i-hab.fr
amis-des-bebes.fr

# Indicateur 4 : Protection de la maternité

***Question centrale:*** *Existe-t-il une législation et y a-t-il d'autres mesures (politiques, réglementations, pratiques) qui répondent ou vont au-delà des normes du Bureau International du Travail (OIT) pour protéger et soutenir l'allaitement en faveur des mères, y compris celles qui travaillent dans le secteur informel (statut non salarié) ? [19]*

## Evaluation de la France

| *Notation de la France* | |
|---|---|
| **Critères** | **√ Cocher ce qui convient** |
| 4.1) Les femmes couvertes par la législation nationale ont le droit au nombre de semaines de congé maternité qui suit : | |
| i. Tout congé de moins de 14 semaines | 0.5 |
| ii. De 14 à 17 semaines | 1√ |
| iii. De 18 à 25 semaines | 1.5 |
| iv. 26 semaines ou plus | 2 |
| Commentaire WBTi France : la durée du congé maternité pour les salariées des secteurs publics et privés dépend du nombre d'enfant(s) à naître ainsi que du nombre d'enfant(s) à charge.<br>Pour un 1er ou 2ème enfant : 16 semaines (6 prénatales / 10 postnatales)<br>A partir du 3ème enfant : 26 semaines (8 prénatales / 18 postnatales)<br>Grossesse multiple : → gémellaire : 34 semaines (12 prénatales / 22 postnatales)<br>→ triplés et + : 46 semaines (24 semaines prénatales / 22 postnatales)<br>Certaines conventions collectives spécifiques (établissements bancaires, assurances...) octroient 45 jours calendaires supplémentaires rémunérés à 100 % à leurs salariées.<br>Ex. : Dans le cadre de ce congé parental, la salariée qui allaite et souhaite prolonger son allaitement au-delà du congé supplémentaire visé à l'article 51.1 bénéficie pendant 45 jours d'une indemnisation versée par l'employeur, laquelle, cumulée le cas échéant avec le montant de l'allocation parentale d'éducation (2), ne pourra en aucun cas être supérieure à 100 % du salaire mensuel net qu'elle aurait perçu au titre du salaire de base.<br>Un certificat d'allaitement doit être envoyé à l'employeur dans les 10 jours qui précèdent le début du congé parental d'éducation. [Article 53 Créé par Convention collective nationale 2000-01-10 étendu par arrêté du 17 novembre 2004 JORF 11 décembre 2004] | |
| 4.2) Les femmes couvertes par la législation nationale ont le droit à au moins une pause allaitement ou à une réduction du nombre d'heures travaillées. | |
| a. Pause non rémunérée | 0.5√ |
| b. Pause rémunérée | 1 |
| Commentaire WBTi France : La rémunération des pauses d'allaitement n'est pas prévue par le Code du travail. La France a voté la Convention n° 183 OIT mais ne l'a pas encore ratifiée.<br>Pour les salariées du privé « Pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail. »<br>L'heure d'allaitement est différemment traitée selon que la salariée dépende du régime public ou privé ce qui appelle à une harmonisation des régimes en faveur de l'allaitement (cf. Question au sénat en 2013 avec réponse en 2016, annexe 4.2). Législation voir [1.b] et [1.c] article de presse. [14] | |

| | |
|---|---|
| 4.3) La législation oblige les employés du secteur privé à (*plus d'un cas de figure peut s'appliquer*):<br>a. Accorder au moins 14 semaines de congé maternité<br>b. Des pauses allaitement rémunérées | <br><br>0.5√<br>0.5 |
| Commentaire WBTi France : La salariée peut écourter son congé de maternité (et en reporter une partie). Pour être indemnisée, elle doit cesser de travailler pendant au minimum 8 semaines, dont 6 après l'accouchement.<br>La rémunération des pauses allaitement peut être prévue par des conventions collectives spécifiques (industries du pétrole, de l'habillement...). | |
| 4.4) La législation nationale inclut des mesures pour l'allaitement et/ou la garde des enfants sur le lieu du travail, dans le secteur formel (*plus d'une mesure peut s'appliquer*) :<br>a. Des espaces pour allaiter / exprimer son lait<br>b. Des Crèches | <br><br>1√<br>0.5 |
| Citations tiré du livre de Martine Herzog Evans : « Les conditions auxquelles doit satisfaire le local où la mère sera admise à allaiter son enfant sont déterminées suivant l'importance et la nature des établissements, par décret en Conseil d'État. Le Code du travail est particulièrement exigeant quant à la configuration du local où l'enfant est allaité […] En revanche, il n'a rien prévu pour ce qui concerne l'utilisation du tire-lait. » Il faut préciser que le Code du travail reprend une loi de 1917, « période à laquelle l'usage du tire-lait était anecdotique, et qu'au vu du contexte actuel, il paraît cohérent que ce qui est prévu s'applique également lorsque la mère souhaite tirer son lait. » Allaitement et droit, [3] page 96 et aussi [4]. Legislation voir [1.d] | |
| 4.5) Les femmes dans le secteur informel/ non organisé, et dans le domaine de l'agriculture, ont:<br>a. Le droit à certaines mesures de protection<br>b. Le droit aux mêmes mesures de protection que les femmes qui travaillent dans le secteur formel. | <br>0.5√<br>1 |
| Commentaire WBTi France :<br>Agriculture : « Pour bénéficier de l'allocation de remplacement, l'assurée doit justifier à la date présumée de l'accouchement d'une durée de 10 mois au moins d'affiliation à l'AMEXA.<br>Le cas échéant, il est tenu compte, pour atteindre cette durée, de ses périodes d'affiliation à d'autres régimes obligatoires. L'assurée doit interrompre toute activité sur l'exploitation et être remplacée par du personnel salarié, pendant deux semaines au moins et jusqu'aux durées maximales suivantes : en cas de naissance d'un seul enfant, la durée de prise en charge des frais de remplacement est fixée à 16 semaines maximum. En cas de naissance portant à 3 le nombre d'enfants à charge ou nés viables, cette durée est portée à 26 semaines. Cette durée est allongée à 34 semaines en cas de naissances de jumeaux et à 46 semaines en cas de naissances de triplés ou plus. En outre, 2 semaines supplémentaires en cas d'état pathologique résultant de la grossesse et attesté par un certificat médical peuvent être accordées. » [5]<br>Travailleuses indépendantes : « Le montant des prestations est de 2 327,60 € pour les 44 premiers jours d'arrêt. Il peut être porté à 3 121,10 € pour 59 jours et 3 914,60 € pour 74 jours d'interruption. » | |
| 4.6) (*plus d'une mesure peut s'appliquer*)<br>a. Les informations sur les lois, règlementations, ou politiques relatives à la protection de la maternité, sont mises à la disposition des travailleurs<br>b. Il existe un système de suivi du respect des dispositions nationales, et une voie de recours pour les travailleuses pour réclamer leurs droits lorsqu'ils ne sont pas respectés. | <br>0.5√<br><br>0.5√ |

| | |
|---|---|
| Commentaire WBTi France : l'information relative à la maternité est bien diffusée, si l'on ne considère pas spécifiquement l'allaitement dont les dispositions sont trop anciennes. Les dispositions sont celles des articles L1225-16 à L1225-28 Code du travail. [1.a]<br><br>Ces dispositions sont reprises par les conventions collectives et sont souvent améliorées. Les informations sont également diffusées par les syndicats, par les organismes de santé, par la sécurité sociale dès lors que la déclaration a été faite et il existe un recours auprès du conseil des Prud'hommes en cas de violation des règles. Voir l'exemple de la banque [6]<br><br>A l'avis des personnes qui accompagnent les femmes pour conjuguer allaitement et reprise du travail, les informations sur la poursuite de l'allaitement ne sont pas réellement mises à la disposition des femmes car la plupart ignorent le Code du travail sur ce sujet et personne ne leur en parle. La situation est encore pire avec les conventions collectives. Que l'information soit disponible ne veut pas dire qu'elle est accessible facilement pour toutes. Il y a souvent une démarche à faire à moins que l'employeur soit particulièrement pro allaitement (ce n'est pas le cas le plus courant donc...). | |
| 4.7) Le congé paternité dans le secteur public est de 3 jours minimum. | 0.5√ |
| Commentaire WBTi France : 11 jours ou 18 jours (naissances multiples) calendaires maximum pouvant être fractionnés en deux périodes dont l'une au moins égale à 7 jours + 3 jours de congé de naissance. Dans la pratique, ce congé n'est pas assez connu et utilisé. [1.e] | |
| 4.8) Le congé paternité dans le secteur privé est de 3 jours minimum. | 0.5√ |
| Commentaires WBTi France : 11 jours calendaires consécutifs au maximum + 3 jours de congé de naissance. Dans la pratique, ce congé n'est pas assez connu et utilisé. | |
| 4.9) Il existe une législation qui protège la santé des employées enceintes ou allaitantes: elles sont informées des conditions dangereuses sur le lieu de travail; elles bénéficient également d'un travail alternatif pour le même salaire jusqu'à ce qu'elles ne soient plus enceintes ou cessent d'allaiter. | 0.5√ |
| Commentaire WBTi France : la législation prévoit l'information et une surveillance médicale renforcée notamment pour les femmes enceintes ou allaitantes. Les femmes enceintes peuvent bénéficier d'un aménagement de poste, d'une mutation ou si ce n'est pas possible d'une dispense de travail avec maintien de salaire. Les mères allaitantes peuvent se voir proposer un autre emploi compatible « durant une période n'excédant pas un mois après son retour de congé postnatal. » | |
| 4.10) Il existe une législation interdisant la discrimination à l'emploi et assurant la protection de l'emploi pour les femmes travailleuses pendant la période d'allaitement. | 1√ |
| Commentaire WBTi France : il existe quelques provisions pour la femme qui allaite, mais la couverture postnatale pour certains articles n'est que d'un mois, ce qui est en contradiction<br>a) avec la préconisation d'allaitement exclusif de 6 mois, et<br>b) avec l'heure d'allaitement stipulée dans la loi du travail jusqu'à l'âge de 1 an du bébé. | |
| **Score total :** | **7/10** |

## Constat pour la France

En France, dans le domaine de l'allaitement, la législation date d'un autre temps et n'est plus adaptée à la vie moderne. Elle est à revoir entièrement. Seules quelques conventions collectives

ont adapté le système en allongeant le congé de maternité et ou en réduisant la journée de travail de la jeune mère allaitante ou non.

- Nous constatons qu'il y a des progrès à faire en France pour faciliter et encourager l'allaitement des femmes qui travaillent. Les problèmes suivants expliquent en partie pourquoi l'allaitement au-delà des 2-3 mois du bébé est rare en France.
- Le fait de tirer son lait n'est pas acté explicitement dans la loi, un réfrigérateur n'est pas toujours à disposition.
- La plupart des mères habitent loin de leur lieu de travail ou du site où se trouve le bébé. Elles demandent à ce que le temps de travail soit réduit pour être près de leur enfant le plus longtemps possible.
- Ensuite, il y a aussi le problème de la rémunération du temps consacré à allaiter ou à tirer son lait. Il faut noter l'importance des conventions collectives dans cette question. Certaines favorisent l'allaitement en allongeant le congé de maternité et en rémunérant le temps passé à allaiter dans les locaux professionnels.

**1 - Précisions concernant la question 4.9**

Il y a quelques dispositions pour la femme qui allaite quand elle est exposée à des produits toxiques etc. au travail.

- **Décret du JO, 1er février 2001 [7]**
  Les femmes enceintes et les femmes allaitantes ne peuvent être affectées ou maintenues à des postes de travail qui les exposent à des agents avérés toxiques pour la reproduction, des agents cancérogènes, ou mutagènes.
- **Code du travail : article D4152-10 [1.g]**
  « Il est interdit d'affecter ou de maintenir les femmes enceintes et les femmes allaitant à des postes de travail les exposant aux agents chimiques suivants […]» Il s'agit de certains agents chimiques, du benzène, certains dérivés des hydrocarbures aromatiques etc.
- **Circulaire Direction des Relations du Travail (DRT)** n°12 du 24 Mai 2006 [8] sur le risque chimique et les produits cancérogènes.
  Page 46 : Les femmes enceintes ou allaitantes ne peuvent être maintenues à des postes de travail les exposant :
  - à des agents classés toxiques pour la reproduction de catégorie 1 ou 2 caractérisés par le symbole T et les phrases de risques R 60 « Peut altérer la fertilité » et/ou R 61 « Risques pendant la grossesse d'effets néfastes pour l'enfant » ;
  - au benzène.
- **Code du travail, article L1225-12 et article L1225-14 [1.f]**
  mentionne des dispositions pour la femme qui allaite de trouver un autre poste. « Lorsque l'employeur est dans l'impossibilité de proposer un autre emploi à la salariée, il lui fait connaître par écrit, ainsi qu'au médecin du travail, les motifs qui s'opposent à cette affectation temporaire…. », il y a suspension du contrat de travail de la salariée et rémunération garantie.

**2 Législation et suivi de la grossesse**

Durant la grossesse, 7 consultations médicales obligatoires et remboursées à 100 % par la Caisse nationale d'assurance maladie existent en France. 8 séances de préparation à la naissance sont remboursées à 100 % également.

Parmi les autres proposées pour informer et soutenir les femmes, la préparation à la naissance et à la parentalité est plus le souvent suivie par les primipares, 78 % d'entre elles en ont bénéficié en 2016.

En 2007, un entretien prénatal précoce (EPP) a été mis en place [9] conformément au « Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité » de 2004 [10].

Il est proposé (sans être obligatoire) en début de grossesse aux femmes enceintes, à titre individuel ou en couple « …afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la

venue au monde de leur enfant. Cet entretien aura pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés. Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux : questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, sur la présence ou non de supports familiaux après la naissance, etc... » [10, page 2].

Il est effectué la plupart du temps par une sage-femme et dure environ 45 minutes.

L'EPP est encore peu diffusé si on regarde les chiffres de l'enquête nationale périnatale ENP 2016 [28] : seules 28,5 % des femmes déclarent en avoir eu un, contre 21,4 % en 2010 (Tableau 24), alors que 85 % des maternités déclarent qu'elles en organisent.

En tout, l'entretien prénatal précoce (EPP) touche moins de 30 % toutes les femmes, avec des disparités géographiques très fortes, montrant un investissement inégal des régions ou des réseaux de santé en périnatalité dans l'organisation de ces entretiens. « Par ailleurs, les soignants n'abordent pas systématiquement la question de l'alcool et du tabac pendant la grossesse, et plus de la moitié des fumeuses disent n'avoir reçu aucun conseil durant leur grossesse pour diminuer leur consommation. » ([10] page 13).

La WBTi note que durant l'EPP, la question de l'alimentation du nouveau-né ou le projet d'allaitement ne sont pas abordées systématiquement, pas plus que la prise de médicaments qui pourrait impacter voire contre-indiquer l'allaitement après la naissance, n'est pas évoquée.

**3 - Documents d'information sur allaitement et travail (voir aussi annexe 4.3)**

- **Le Rapport de l'ANAES 2002** [11] précise (page 134) :
  « En conclusion, la reprise du travail, des activités ou du sport ne doit pas être un obstacle à la poursuite de l'allaitement maternel. Cette possibilité de concilier la reprise des activités et l'allaitement doit être envisagée avec chaque mère. Les mères doivent être informées des différentes modalités de poursuite de l'allaitement : tétée matin et soir, expression et conservation du lait, allaitement partiel, allaitement à la demande pendant les jours de congé ou les temps de fin de semaine et les vacances. Le recours à des professionnels de santé ou à des bénévoles formés au suivi de l'allaitement pour la recherche d'un soutien en cas de difficultés est recommandé. »
- **Le Plan d'action : allaitement maternel** [12] (Rapport Turck) de 2010 précise :
  « Le non allaitement étant associé à un risque plus élevé de morbidité infantile et maternelle, les stratégies visant à augmenter le taux d'initiation et la durée de l'allaitement ont un impact favorable sur la santé publique et génèrent des économies significatives pour le système de santé.
  Les études disponibles sous-estiment cependant ces économies car elles incluent rarement les coûts indirects (par exemple en lien avec l'absentéisme pour cause d'enfant malade) et les surcoûts générés par la prise en charge de toutes les pathologies infantiles et maternelles, dont la prévalence est statistiquement plus élevée en l'absence d'allaitement. »
- **Propositions politique nationale nutrition santé en France** [13],
  PNNS 2017-2021, rapport et avis du HCSP, voir les recommandations en annexe 4.4.

**4 - Evolution de la loi en perspective – Article de presse**

L'amélioration du congé maternité pour les non salariées, promesse d'Emmanuel Macron, se fera "métier par métier" durant le quinquennat, en commençant par les agricultrices, a annoncé lundi 25 septembre 2017 la secrétaire d'État à l'égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, lors de la présentation de sa feuille de route. Emmanuel Macron avait promis pendant la campagne de créer **« un congé de maternité unique garanti pour toutes les femmes quel que soit leur**

**statut** (salariée, entrepreneuse, intermittente, non-salariée, statut multiple, etc...), aligné sur le régime le plus avantageux », celui des salariées.
"On travaille à l'amélioration du congé maternité, pour plus d'équité", a confirmé Marlène Schiappa devant la presse. Une parlementaire, dont elle n'a pas voulu dévoiler le nom, a été chargée de faire des recommandations. **L'harmonisation se fera « métier par métier tout au long du quinquennat », et « le premier métier concerné sera celui des agricultrices ». [14]**

**5 - Conclusion indicateur**

On mesure l'importance d'investir dans allaitement après la reprise du travail car cela signifie moins de morbidité infantile et moins d'absentéisme maternel et paternel au travail. Il est souhaitable de mieux diffuser les informations sur les congés parentaux et de les valoriser davantage. Au niveau de l'organisation du travail, proposer aux jeunes parents des horaires souples, du temps partiel, du « job sharing » permettra également de mieux concilier parentalité et activité professionnelle. L'investissement des parents dans la période de la petite enfance mérite d'être plus valorisé en France.

Le Rapport de l'OCDE (2011) [15] précise : « En général, un retour de la mère au travail avant que l'enfant ait six mois peut avoir des effets plus négatifs que positifs… Que les parents reprennent le travail ou non, la façon dont ils élèvent leur enfant est déterminante pour son épanouissement. Certains pays de l'OCDE proposent une aide à l'éducation des enfants par le biais de visites à domicile ou de centres de services aux familles/enfants. Favoriser l'allaitement maternel et les activités éducatives contribuant à la fois à épanouir l'enfant et à former les parents à bien réagir aux situations stressantes peut se révéler utile pour améliorer les résultats de l'enfant. » (Résumé en français, page 5)

## Insuffisances indicateur 4

1. Textes inadaptés au besoin actuel des femmes qui travaillent et ne répondant ni aux attentes et ni aux besoins des couples qui souhaitent s'investir dans la petite enfance.
2. Textes en partie inapplicables.
3. La durée du congé de maternité ne correspond pas à la durée d'allaitement exclusif préconisé (6 mois).
4. Pas d'indication claire qui autorise la mère à utiliser le temps d'allaitement pour tirer son lait sur le lieu du travail. Il s'agit seulement d'une tolérance de l'employeur au cas par cas.
5. Pas suffisamment d'information ni de suivi des pratiques dans les entreprises.
6. Congé de paternité court, pas assez connu, et devant être pris dans les 4 premiers mois.

## Recommandations indicateur 4

1. Refonder la législation afin de favoriser l'allaitement de l'enfant dont la mère travaille.
2. Ratifier la Convention n°183 de l'OIT pour que l'heure d'allaitement prévue par la loi française soit rémunérée.
3. Informer les mères sur les possibilités et modalités de poursuite de l'allaitement après la reprise d'une activité professionnelle.
4. Allonger le congé de maternité pour permettre l'allaitement exclusif de 6 mois tel que précisé dans les recommandations.
5. Permettre à la mère allaitante de tirer son lait sur son lieu de travail en mettant à sa disposition un local et un réfrigérateur.
6. Réduire la journée de travail en fonction de l'âge de l'enfant.
7. Encourager la créations de crèches dans les entreprises dont la taille le permet, avec possibilité pour la mère d'y venir pour allaiter le bébé et /ou tirer son lait.
8. Assurer une protection spécifique aux femmes non salariées.
9. Encourager le dialogue social dans le cadre des accords d'entreprise et des conventions collectives.

10. Harmoniser la protection de la femme allaitante lorsqu'elle occupe un poste à risque : la disposition qui protège durant maximum un mois après le congé postnatal est en contradiction avec les six mois d'allaitement exclusif préconisés, et avec l'heure d'allaitement jusqu'à 1 an de l'enfant prévue dans le Code du travail par ailleurs.
11. Faire évoluer les autorisations d'absence liées à l'allaitement, dans le cadre d'une réflexion d'ensemble relative aux conditions de travail et à l'amélioration de la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale lors de la naissance ou de l'accueil d'un enfant.
12. Informer sur le congé paternité, le rallonger et le rendre plus souple en permettant de le prendre plus tard que 4 mois après la naissance.
13. Souligner l'importance d'investir dans allaitement après la reprise du travail car cela signifie moins d'absentéisme maternel et paternel au travail et présente des avantages pour l'employeur (motivation et fidélisation des femmes qui concilient allaitement et travail). (annexe 4.3)
14. Impliquer et informer les crèches, halte-garderies et assistantes maternelles pour accueillir les mères qui allaitent et/ou pour accepter le lait tiré pour leur bébé.
15. Mettre en œuvre les recommandations du HCSP (annexe 4.4)
16. Rendre obligatoire l'entretien prénatal précoce EPP et aborder systématiquement la question de l'alimentation du bébé lors de cet entretien et évoquer la prise de médicaments de la mère.
17. Au niveau de l'organisation du travail, proposer aux jeunes parents des horaires souples, du temps partiel, du « job sharing ».

## Sources d'information indicateur 4


1. Le Code du travail
    a. Articles L1225-16-à L1225-28 (congé maternité)
    b. Articles L1225-30 à L1225-33 (heure d'allaitement)
    c. Articles R1225-5 à R1225-7 (heure d'allaitement)
    d. Articles R4152-13 à R4152-28 (local dédié à l'allaitement)
    e. Article D1225-8 (congé paternité à prendre dans les 4 mois)
    f. Articles L1225-12 et L1225-14 (changer de poste)
    g. Article D4152-10 (exposition à des agents chimiques)
2. Le site Service public https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F583
    a. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F519 (Congé de maternité dans la fonction publique)
    b. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2265 (Congé de maternité d'une salariée du secteur privé)
    c. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1769 (Une salariée peut-elle allaiter pendant ses heures de travail ?)
    d. https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3156 (Congé de paternité et d'accueil de l'enfant d'un salarié du privé)
3. Herzog-Evans Martine, Allaitement et droit. Collection La Justice au quotidien, Paris, L'Harmattan 2007.
4. Allaitement et droit http://allaiteretdroit.blogspot.fr (Pr Martine Herzog-Evans).
5. http://agriculture.gouv.fr/le-conge-de-maternite-des-non-salariees-agricoles
6. Article 53 créé par Convention collective nationale 2000-01-10 étendu par arrêté du 17 novembre 2004, JORF 11 décembre 2004 (convention collective nationale de la banque)
7. Décret n°2001-97 du 1 février 2001 établissant les règles particulières de prévention des risques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction et modifiant le code du travail
8. Circulaire DRT n°12 du 24 Mai 2006 (DRT Direction des relations du travail)
9. Articles L2112-2 et L2122-1 du Code de la santé publique
10. Plan "Périnatalité" 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/319536/
11. ANAES, Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Mai 2002. www.has-sante.fr
12. Plan d'action : allaitement maternel. Rapport du Pr Dominique Turck, juin 2010 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf

13. Propositions politique nationale nutrition santé en France PNNS 2017-2021, HCSP http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=600
14. Article Océane Blanchard et AFP, RTL 25 septembre 2017, http://www.rtl.fr/actu/societe-faits-divers/conges-maternites-ce-que-prevoit-le-gouvernement-7790227060
15. Doing Better for Families. Rapport OCDE avril 2011 (250 pages) http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/doing-better-for-families_9789264098732-en Résumé de 6 pages disponible en français.
16. Six recommandations pour mieux concilier grossesse et travail (13 pages) https://www.anact.fr/etat-des-lieux-de-la-situation-de-travail-des-femmes-enceintes-et-de-ses-specificites-dans-la-grande
17. Question posée au Sénat en 2013 – réponse en 2016 http://www.senat.fr/basile/visio.do?id=qSEQ131109236
18. *Employer-based programs to support breastfeeding among working mothers : a systematic review.* Dinour LM, Szaro JM. *Breastfeed Med 2017 ; 12(3) : 131-41.* (article reproduit en annexe 4.3)
19. Rédigé avec le soutien du service d'information juridique de LLL France.

## Annexe 4.1

### « 6 recommandations pour mieux concilier grossesse et travail » (Rapport) [15]

En mars 2017, le ministère du travail a missionné l'Anact pour identifier les difficultés à concilier grossesse et activité professionnelle. Un rapport d'enquête, remis fin avril, dresse un état des lieux des situations de travail vécues par les femmes enceintes, recense des bonnes pratiques en France et à l'international, et propose une série de recommandations.

Les principaux enseignements tirés de l'état des lieux réalisé ont permis à l'Anact de construire 6 recommandations qui invitent à passer d'une logique individuelle de gestion de la grossesse au travail à une approche organisationnelle de conciliation grossesse et travail. Avec l'objectif d'un maintien au travail, si possible jusqu'au début du congé maternité. Il s'agit de mobiliser toutes les possibilités d'aménagement ou de changement de poste pour stopper l'éviction des femmes enceintes de leur activité professionnelle.

## Annexe 4.2

### Question posée au Sénat en 2013, réponse en 2016. [16]

**Allaitement et législation du travail** 14 ème législature

**Question écrite n° 09236 posée par M. Georges LABAZÉE (des Pyrénées-Atlantiques - SOC)**
publiée dans le JO Sénat du 14/11/2013 - page 3294

M. Georges Labazée attire l'attention de Mme la ministre de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la fonction publique sur la possibilité donnée par le Code du travail à une salariée revenant d'un congé légal de maternité de disposer d'une heure par jour, non rémunérée (sauf disposition contraire fixée par la convention collective), sur son temps de travail pour allaiter son enfant ou tirer son lait et ce pendant un an à compter de la naissance du bébé (articles L. 1225-30 à L. 1225-33 et R. 1225-5 à R. 1225-7). Bien qu'assez anciennes ces dispositions sont souvent méconnues des employeurs privés et les jeunes mères ont parfois du mal à faire valoir leurs droits. De plus, elles ne s'appliquent pas aux salariées de la fonction publique. En effet, pour ces dernières, la circulaire FP/4 n° 1864 du 9 août 1995 (confirmant les dispositions de l'instruction n° 7 du 23 mars 1950) relative au congé de maternité ou d'adoption et aux autorisations d'absence liées à la naissance pour les fonctionnaires et agents de l'État spécifie qu' « il n'est pas possible, en l'absence de dispositions particulières, d'accorder d'autorisations spéciales aux mères allaitant leurs enfants, tant en raison de la durée de la période d'allaitement que de la fréquence des absences

nécessaires. Toutefois, les administrations possédant une organisation matérielle appropriée à la garde des enfants devront accorder aux mères la possibilité d'allaiter leur enfant. À l'instar de la pratique suivie dans certaines entreprises, les intéressées bénéficieront d'autorisations d'absence, dans la limite d'une heure par jour à prendre en deux fois ». La circulaire précitée précise cependant que des facilités de service peuvent être accordées aux mères en raison de la proximité du lieu où se trouve l'enfant (crèche, domicile voisin, etc.). C'est donc le chef de service de l'agente concernée qui accorde ou non des autorisations d'absence pour allaitement, en considération d'éléments géographiques (proximité du lieu où se trouve l'enfant) mais aussi en fonction des nécessités du service public et de l'organisation du service auquel appartient l'agente concernée. Il y a donc une inégalité de traitement entre les salariées du privé et celles de la fonction publique et entre salariées de la fonction publique elles-mêmes. Aussi il lui demande s'il ne serait pas judicieux de généraliser cette obligation, inscrite dans le Code du travail, pour l'employeur de dégager une heure par jour sur le temps de travail des salariées qui souhaitent allaiter leur enfant ou tirer leur lait, à la fonction publique et ainsi permettre à ces femmes d'appliquer, si elle le souhaitent, les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie et poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans voire au-delà en fonction du souhait des mères), recommandations qui sont, à ce jour, assez peu suivies en France.

**Réponse de Mme la Ministre de la fonction publique**

publiée dans le JO Sénat du 06/10/2016 - page 4316
En matière d'allaitement, la circulaire FP/4 n° 1864 du 9 août 1995 relative au congé de maternité ou d'adoption et autorisations d'absence liées à la naissance pour les fonctionnaires et agents de l'État, précise que restent applicables en ce domaine les dispositions de l'instruction n° 7 du 23 mars 1950 pour l'application des dispositions du statut général des fonctionnaires relatives aux congés annuels et autorisations exceptionnelles d'absence. Ces dispositions prévoient « [qu'] il n'est pas possible, en l'absence de dispositions particulières, d'accorder d'autorisations spéciales aux mères allaitant leur enfant, tant en raison de la durée de la période d'allaitement que de la fréquence des absences nécessaires. Toutefois, les administrations possédant une organisation matérielle appropriée à la garde des enfants devront accorder aux mères la possibilité d'allaiter leur enfant. À l'instar de la pratique suivie dans certaines entreprises, les intéressées bénéficieront d'autorisations d'absence, dans la limite d'une heure par jour à prendre en deux fois ». Par ailleurs, la circulaire du 9 août 1995 précise également que des facilités de service peuvent être accordées aux mères en raison de la proximité du lieu où se trouve l'enfant (crèche ou domicile voisin, etc.). Ces dispositions sont effectivement en décalage avec les règles inscrites dans le Code du travail. Une évolution des autorisations d'absence liées à l'allaitement pourra être envisagée dans le cadre d'une réflexion d'ensemble relative aux conditions de travail et à l'amélioration de la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale lors de la naissance ou de l'accueil d'un enfant.

# Annexe 4.3

## Programmes de soutien à l'allaitement mis en œuvre par les employeurs : méta-analyse [17]

*Employer-based programs to support breastfeeding among working mothers : a systematic review. Dinour LM, Szaro JM. Breastfeed Med 2017 ; 12(3) : 131-41. Mots-clés : allaitement, travail maternel, expression du lait, employeurs, programmes de soutien.*
Traduction-adaptation par LLL France dans les Dossiers de l'Allaitement ©
https://www.lllfrance.org/les-dossiers-de-l-allaitement/150-da-126-septembre-2017/1344-dossiers-de-l-allaitement-n-126

De nombreuses mères doivent reprendre une activité professionnelle quelques mois après leur accouchement, et cela représentera un obstacle important à la poursuite de l'allaitement. Afin de

continuer à allaiter, les mères doivent bénéficier du soutien de leur employeur et de leurs collègues, ainsi que d'aménagements tels que des pauses d'allaitement et/ou des horaires flexibles. Aux États-Unis, la législation demande aux employeurs de permettre aux mères de bénéficier de pauses d'allaitement « raisonnables » non rémunérées, et de mettre à leur disposition un local privé où elles pourront tirer leur lait. Mais actuellement, seulement environ 40 % des mères qui en auraient besoin bénéficient de ces mesures. Des études ont pourtant démontré qu'elles augmentaient la durée de l'allaitement exclusif et la durée totale d'allaitement. Le but de cette méta-analyse était de faire le point sur les données existantes concernant l'impact des programmes mis en œuvre par les employeurs.

Les auteurs ont recherché toutes les études portant sur les programmes de soutien aux mères allaitantes sur le lieu de travail, et leur impact sur l'allaitement, l'absentéisme maternel ou le niveau maternel de satisfaction. Les deux auteurs ont évalué les articles retenus en première lecture afin d'évaluer leur adéquation pour cette analyse. Ils ont extrait et classé les données des articles sélectionnés et en ont évalué la méthodologie. Parmi les 178 articles retenus à partir de leur résumé, 22 articles correspondaient aux critères d'inclusion et ont été inclus dans cette analyse ; dans la mesure où 2 articles portaient sur une même étude, les données correspondaient en fait à 21 études.

11 études avaient été menées aux États-Unis, 3 à Taiwan (dont les 2 articles portant sur la même étude), et 1 étude dans chacun des pays suivants : Indonésie, Malaisie, Thaïlande, Iran, Ghana, Grande- Bretagne, Brésil et Porto Rico. La nature du soutien variait suivant que le secteur était public (agences gouvernementales, écoles, hôpitaux publics, grandes entreprises publiques...) ou privé. Suivant les entreprises, 1 à 9 modalités de soutien étaient proposées aux mères. La mesure la plus courante était la mise à la disposition des mères d'une pièce privée (57,4 %), suivie par des pauses d'allaitement (47,6 %) et par un programme global de soutien à l'allaitement (33,3 %). Dans la mesure où les études étaient très hétérogènes sur le plan des modalités du soutien, il n'a pas été possible de faire une réelle méta-analyse, et les auteurs ont tenté d'évaluer l'impact des 3 mesures les plus courantes. L'impact de la mise à la disposition des mères d'un espace privé pour tirer leur lait était analysé par 12 articles. Un seul évaluait l'impact de cette mesure sur le taux de démarrage de l'allaitement, et constatait que les mères qui connaissaient l'existence de cette mesure dans leur entreprise étaient 1,6 fois plus nombreuses à allaiter que celles qui l'ignoraient. 2 études évaluaient l'impact sur la poursuite de l'allaitement, et constataient que les femmes qui connaissaient l'existence d'une pièce d'allaitement sur leur lieu de travail, ou qui savaient que leur entreprise devait ouvrir une telle pièce, étaient respectivement 2,7 et 4,8 fois plus nombreuses à poursuivre l'allaitement. Une autre étude faisait état d'un taux de poursuite de l'allaitement 3,6 fois plus élevé chez des femmes travaillant dans une entreprise où elles pouvaient accéder à une pièce privée par rapport à des femmes qui n'avaient pas cette possibilité. En revanche, 2 études ne constataient aucun impact pour cette mesure sur le taux d'allaitement à 6 mois. D'autres études avaient des résultats contradictoires. Concernant l'impact sur le taux d'allaitement exclusif, une étude faisait état d'un taux 2,6 fois plus élevé chez des mères qui avaient accès à une salle d'allaitement, tandis qu'une autre ne constatait pas d'impact significatif, et qu'une autre avait des résultats contradictoires.

10 articles prenaient en compte la possibilité de prendre des pauses pour tirer son lait. Un seul évaluait l'impact sur le taux de démarrage de l'allaitement, et rapportait un taux 2,68 fois plus élevé chez les femmes qui connaissaient cette possibilité. Une autre étude ne constatait aucun impact sur le taux d'allaitement pendant les 6 premiers mois ou après 6 mois. Les études évaluant l'impact sur la durée de l'allaitement avaient des conclusions variables. 2 études faisaient état d'un taux d'allaitement significativement plus élevé à 6 mois en cas de pauses d'allaitement, tandis que 2 autres études ne retrouvaient aucun impact. Lorsqu'on analysait l'impact combiné d'une salle d'allaitement et de pauses, une étude constatait que les femmes bénéficiant de ces deux mesures étaient 2,3 fois plus nombreuses à continuer à allaiter exclusivement, mais pas plus nombreuses à allaiter pendant plus de 6 mois.

8 articles recherchaient l'impact d'un programme global, avec mise en œuvre de plusieurs mesures. Une étude constatait que les employées d'un hôpital bénéficiant d'un tel programme étaient

significativement plus nombreuses à commencer à allaiter. Toutes les études évaluant l'impact de ce type de programme sur la durée de l'allaitement constataient un impact positif : taux plus bas de sevrage après la reprise du travail, durée plus longue d'allaitement exclusif, taux plus élevé d'allaitement à 6 et 12 mois... Une étude concluait que plus le nombre de mesures prises dans le cadre du soutien à l'allaitement était élevé, plus le taux d'allaitement exclusif à 6 mois augmentait.

Cette analyse montre que diverses modalités de soutien à l'allaitement après la reprise du travail ont été mises en œuvre par les employeurs des États-Unis, dans des entreprises publiques ou privées, de petites et de grosses entreprises, ou des environnements de travail majoritairement masculins ou beaucoup plus mixtes. Elle montre également que la mise en place d'un tel soutien est possible et qu'il est d'autant plus efficace que les mesures proposées aux mères sont nombreuses et variées. Ces mesures sont plébiscitées par les femmes. Certaines mesures sont gratuites ou très peu coûteuses, comme l'achat d'un petit réfrigérateur à placer dans la salle d'allaitement, tandis que d'autres seront réservées aux grosses entreprises, comme l'embauche à temps partiel d'une consultante en lactation, mais une telle mesure peut avantageusement être remplacée par le don aux mères du numéro de téléphone d'une permanence téléphonique où elles pourront obtenir des informations ou du soutien, des coordonnées des autres sources de soutien gratuit disponibles dans la région, voire l'adresse de sites Internet fournissant une information de qualité. Il est également nécessaire que les mères qui travaillent dans une entreprise soient averties des mesures qui leur sont offertes par l'entreprise pour les aider à poursuivre leur allaitement (ce n'était pas toujours le cas). Cette analyse présente des limitations, à commencer par le fait que toutes les études prises en compte étaient observationnelles, qu'elles étaient très hétérogènes sur le plan de leur méthodologie et des facteurs analysés et que de nombreuses variables confondantes n'étaient pas prises en compte. Certaines d'entre elles portaient sur des entreprises dont les employées sont beaucoup plus enclines à allaiter (services médicaux par exemple). Si les pauses d'allaitement et les salles d'allaitement étaient les mesures les plus fréquentes, il est possible de faire nettement plus pour aider les mères à poursuivre l'allaitement ; toutes les études portant sur des entreprises dont les employées bénéficient d'au moins 3 mesures différentes ont constaté l'efficacité d'un tel programme de soutien. Les autres mesures possibles sont la possibilité d'horaires flexibles de travail, le don d'informations sur l'allaitement et l'expression du lait, une crèche d'entreprise, le fait que la salle d'allaitement soit munie de tire-lait et d'un réfrigérateur où les mères peuvent stocker leur lait, le soutien des supérieurs et des collègues... Soutenir leurs employées qui allaitent présente également des avantages pour l'employeur, et ils devraient être aidés dans la mise en place de programmes de soutien pour le bénéfice de leurs employées et de leur entreprise.

## Annexe 4.4

---

**Pour une Politique nationale nutrition santé en France, PNNS 2017-2021, page 85**
**Le HCSP recommande de :**

**► Promouvoir des environnements favorables à l'allaitement maternel**
***Dans les entreprises***
*Les dispositions existant dans le Code du travail méritent d'être clarifiées (lieu pour allaiter, horaires aménagés, ...). Des mesures règlementaires complémentaires pourraient être envisagées pour rendre effective la possibilité d'allaiter après la reprise du travail, faire connaître et faire respecter la législation existante sur les droits des femmes qui allaitent (au travail, dans les lieux publics...). Labelliser et soutenir les entreprises actives dans le soutien aux femmes qui allaitent (prolongation du congé maternité, pièce et matériel de conservation pour tirer le lait, information diffusée...).*

***Dans les lieux publics***
- *Mettre à disposition, dans les lieux publics (gares, centres administratifs, musées,...), des pièces réservées à l'allaitement et adaptées pour le tirage du lait.*

- *Distribuer des autocollants « allaitement bienvenu » pour des lieux commerciaux (cafés, restaurants, centres commerciaux...).*

***Communication***
*Promouvoir, dans les médias et dans les lieux publics, la banalisation de l'allaitement maternel, l'image de la femme qui allaite, mettre à disposition, de façon large et actualisée régulièrement, le meilleur niveau de preuve existant sur les bénéfices de l'allaitement, les interventions probantes.*

***Surveillance***
- *Mettre en place un système de veille sur les sponsorings détournés.*
- *Conduire une étude complète (non limitée à l'allaitement) sur les coûts-bénéfices d'un allongement de la durée du congé maternité.*

***Auprès des établissements et professionnels de santé***
- *Mettre en œuvre des recommandations OMS/Unicef de l'initiative « hôpitaux amis des bébés » (IHAB) dans les maternités et les services de néonatalogie.*
- *Développer la formation professionnelle et le développement professionnel continu, notamment pour les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynéco-obstétriciens, les pédiatres, les pharmaciens, et les puéricultrices.*
- *Favoriser la dissémination des bonnes pratiques et le soutien à l'allaitement.*
- *Soutenir le développement des lactariums et l'usage du lait maternel tiré.*

***Information et soutien des mères et de leur entourage***
*A la maternité et au retour à la maison (services de PMI, soutien par téléphone public et gratuit, conseiller / aide maternel en lien avec des structures publiques).*

► M**ener une expérimentation sur l'augmentation de la durée du congé légal de maternité.** *Cette expérimentation pourrait avoir lieu sur une durée limitée (2 à 3 années) et une échelle géographique donnée. La surveillance de cette mesure sera effectuée sur l'initiation et la durée de l'allaitement mais aussi sur les conditions de la reprise du travail, la carrière des femmes après la reprise du travail et l'accompagnement de l'allaitement au travail.*

## Annexe 4.5

### État de la protection de la maternité par pays

Voir document complet (en anglais) sur:
http://www.waba.org.my/whatwedo/womenandwork/pdf/mpchart2013.pdf

# Indicateur 5 : Le système de santé et de nutrition (en soutien à l'allaitement et à l'ANJE)

***Question centrale** : Les professionnels de santé bénéficient-ils d'une formation professionnelle axée sur les compétences, et leur programme de formation initiale soutient-il l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant ? Les services de santé soutiennent-ils les mères et des pratiques d'accouchement et des soins en périnatalité favorables à l'allaitement ? Les politiques des services de soins de santé soutiennent-elles les mères et les enfants ? Et les responsabilités des professionnels de santé vis-à-vis du Code sont-elles précisées ?*

## Evaluation de la France

| ***Notation de la France*** | | | |
|---|---|---|---|
| | √ ***Cocher ce qui convient*** | | |
| **Critères** | Adéquat | Inadéquat | Pas de référence |
| 5.1) Un examen des écoles et des programmes de formation initiale des prestataires de soins de santé et des travailleurs sociaux et communautaires dans le pays (Note de bas de page 7) [18]révèle que les curricula ou plans de sessions de formation en l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont adéquats ou non. | 2 | 1√ | 0 |
| 5.2) Les normes et les directives concernant les procédures d'accouchement et le soutien « mother-friendly » (favorables aux mères) ont été élaborées et diffusées au niveau de toutes les formations sanitaires ainsi qu'auprès des prestataires de service de maternité. (voir Annexe 5b : exemple de critères pour « mother-friendly care » ou « les soins favorables aux mères » ) | 2 | 1√ | 0 |

[18] Les types d'écoles et de programmes d'éducation qui devraient avoir des curriculums en lien avec l'ANJE varient de pays en pays. Il peut aussi y avoir des différences au niveau de quels départements au sein de quelles écoles sont responsables de l'enseignement des différents sujets. L'équipe d'évaluation devra décider, si cela s'avère nécessaire, quelles sont les écoles les départements les plus essentiels, en vue d'une inclusion dans l'évaluation, et cela sur conseil des experts en éducation sur l'ANJE.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5.3) Il existe des programmes de formation en cours de carrière dispensant des connaissances et compétences sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant aux prestataires de soins de santé et de nutrition concernés[19] | 2√ | 1 | 0 |
| 5.4) La formation des professionnels de santé à travers le pays comprend une composante relative à leurs responsabilités dans la mise en œuvre et le respect du Code international et de la législation nationale. | 1 | 0.5 | 0√ |
| 5.5) Les programmes de formation comprennent le développement adéquat des connaissances et des compétences relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, avec un accent particulier sur les thématiques pertinentes les maladies diarrhéiques, les IRA, la PCIME, les soins de l'enfant sain, le planning familial, la nutrition, le Code, le VIH/Sida, le cancer du sein, la santé de la femme, les maladies non transmissibles, etc. | 1 | 0.5√ | 0 |
| 5.6 Ces programmes de formation continue/ en cours de carrière, mentionnés dans 5.5 sont offerts, dans tout le pays[20] | 1 | 0.5√ | 0 |
| 5.7) Les politiques relatives à la santé de l'enfant stipulent que les mères et les bébés doivent rester ensemble lorsque l'un d'entre eux est malade.<br><br>Commentaire WBTi France : C'est précisément ce que critique le Comité des Droits de l'Enfant dans ses Observations sur la France (voir annexe 5.3). Il recommande d'améliorer ce point pour permettre à la mère / au père de rester durant la nuit auprès de l'enfant lors d'une hospitalisation. La législation française stipule le cas de l'enfant hospitalisé, dans le Guide HAS 2011 [1]. En revanche, rien n'est précisé dans la législation française sur l'accueil du jeune enfant à l'hôpital lorsque la mère est hospitalisée. | 1 | 0.5√ | 0 |
| **Score total :** | **5,5/10** | | |

19 Les prestataires de santé devant être formés varient de pays en pays, mais doivent inclure les prestataires de soins aux mères et aux enfants dans les domaines tels que la médecine, les soins infirmiers, les soins de sages-femmes, la nutrition et la santé publique.

20 On peut considérer que les programmes de formation ont lieu « à travers le pays » si il y a au minimum un programme de formation dans chaque région ou province ou entité similaire.

Information importante : L'OMS vient de publier les « Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonatals dans les établissements de santé » (octobre 2017) [25] et « Guideline, *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services »* (décembre 2017). [26]

### Constat pour la France

Comme constaté à l'indicateur 1, la France dispose de bonnes recommandations en faveur de l'allaitement maternel, et la mise en pratique sur le terrain est insuffisante. Le soutien à l'allaitement et l'accompagnement des femmes sont insuffisants.

Toute personne en contact avec la mère et son bébé devrait être formée à l'allaitement pour pouvoir donner des informations utiles, pratiques et valorisantes concernant l'allaitement. Quand le professionnel n'est pas formé en allaitement, la prise en charge de la mère risque d'être inadaptée et pouvant conduire à un sevrage non désiré. Les professionnels de santé ne sont pas encore suffisamment formés à cette tâche en France. Par ailleurs, les mères se plaignent souvent de la disparité des conseils, et d'informations contradictoires, personne-dépendantes.

A cette situation déjà désavantageuse pour l'allaitement s'ajoute un autre facteur limitant: le simple fait qu'un professionnel soit formé à l'allaitement ne signifie pas que la personne pourra dégager suffisamment de temps pour accompagner la mère, ce temps n'étant pas chiffré dans la codification des actes. Outre les compétences de base nécessaires à tout soignant, des compétences spécialisées sont souvent sollicitées pour des situations plus complexes, ces consultations se font souvent sans rémunération supplémentaire. Il est important d'assurer une présence, dans chaque maternité, de personnes spécialisées en allaitement (DIULHAM, IBCLC) avec un temps suffisant dédié à cette fonction, selon la taille de l'établissement.

La dernière Enquête nationale périnatale (ENP) précise [2] page 57 : « En 2016, un peu moins de 70 % des services déclaraient avoir au moins une personne référente pour l'aide à l'allaitement au sein de la maternité (consultante en lactation IBCLC et / ou titulaire d'un DIULHAM), mais les données de l'ENP ne permettent pas de connaître les disponibilités de ces professionnels dans les services. »

Dans la mesure où la qualité de l'accouchement impacte les suites périnatales, qu'une naissance qui se passe bien prépare le démarrage de l'allaitement dans de bonnes conditions, l'indicateur 5 comporte également une question (5.2.) sur les pratiques d'accouchement et des soins en périnatalité. Il est donc de mise de développer ici la notion de bientraitance par opposition à la « violence » et notamment la « violence obstétricale », thématique largement discutée en 2017 en France. Quand on s'y intéresse de près, on constate que la bientraitance et l'idée de placer le soigné au centre des soins, n'est pas une préoccupation d'aujourd'hui. Elles ont fait l'objet de réflexion antérieurement. Le Plan périnatalité 2005-2007 (publié en 2004) avait pour devise : « Humanité, proximité, sécurité, qualité », [3] preuve qu'il y avait apparemment une utilité et une nécessité de mettre en avant ce terme « humanité ».

La question 5.2 du Rapport WBTi ne vise rien d'autre que le respect du processus physiologique de l'accouchement, et la pratique de soins qui répondent aux demandes et aux besoins de la mère. Où en sommes-nous ?

- Le label IHAB change la pratique dans les services de maternité par une approche physiologique et un accueil bienveillant de la mère et de son bébé (voir indicateur 2).
- Récemment, le CNGOF a proposé un label maternité bientraitante.
- Le premier Diplôme Universitaire DU de physiologie obstétricale est annoncé pour 2019.

La thématique semble donc bien prise en considération. Or, la bientraitance et la physiologie, ne devraient-elles pas être au centre des soins, dès la formation professionnelle, au lieu de faire l'objet de labels ou de spécialisations ?

Si le débat public autour de ces sujets (bientraitance, violence, physiologie…) est animé voire virulent, c'est le signe qu'il y a une certaine impatience, un trop plein et un sentiment de non-écoute

dans la société, des émotions qui appellent à des solutions concrètes et concertées, soutenues par le Ministère des solidarités et de la santé.

Dans aucun autre pays, le débat autour des « violences obstétricales » n'atteint des proportions comme en France. La scission entre les pratiques médicales et la demande des femmes n'est pas une fatalité. Le CIANE a publié un dossier de presse le 17 octobre 2017 « Violences obstétricales : comprendre, prévenir, réparer » et fait des propositions concrètes pour avancer ensemble. [4]

A quand un vrai changement de paradigme, un « shift » , dans tous les services et chez tous les acteurs en périnatalité pour intégrer dans leur pratique quotidienne les notions de bientraitance, de confiance dans la physiologie et de respect des décisions de la mère, de la famille ? A quand une prise de conscience que dans la périnatalité, le temps biologique de la femme et de son bébé n'est pas le temps culturel. Respecter ce rythme biologique est fondamental.

Ce « shift » commence au moment de la formation des professionnels de santé, lorsqu'on forme autrement, on soigne autrement.

Les deux nouvelles publications de l'OMS peuvent servir d'outils de référence pour acquérir des connaissances ou actualiser ses compétences :

- Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonatals dans les établissements de santé [25] (octobre 2017, 84 pages, en français) qui propose une définition de la « qualité des soins» (pages 14-15). L'allaitement y occupe une place importante, et aussi la « priorité à la personne ».
- Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement dans les maternités et services de néonatologie [26] (Guideline, décembre 2017, 136 pages, seulement en anglais) est une mise à jour des « Dix conditions pour réussir l'allaitement » (1989) et complète les deux Déclarations d'Innocenti (1990 et 2005).

## 1) Les acteurs de la santé périnatale et leur formation en matière d'allaitement et d'accompagnement

Les collèges professionnels concernés sont les sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires de puériculture, les infirmières, gynécologues-obstétriciens, pédiatres et médecins généralistes, ainsi que toute personne en contact avec la mère et le bébé : le personnel intervenant en PMI, dans les crèches, les médecins du travail pour l'accompagnement des femmes enceintes et allaitantes, les pharmaciens, les diététiciens, les psychologues etc.

### 1a) Formation initiale à l'allaitement

D'après les réponses des collèges ou associations de professionnels aux questions de la WBTi et la consultation de documents sur internet.

#### Infirmiers

Le programme des études en soins infirmiers [5] est fixé par l'**Arrêté du 31 juillet 2009 [6].** La formation est centrée sur l'acquisition des compétences infirmières, conformément à l'intégration des études dans le système LMD (Licence-Master-Doctorat) donnant lieu à l'obtention de crédits européens (ECTS ou European Credit Transfert System). Elle intègre des unités d'enseignement articulant savoirs scientifiques et savoirs professionnels.

#### Infirmier(e)s puériculteur(trice)s

Réponse de l'ANPDE, Cyrielle Huette Secrétaire adjointe A.N.P.D.E. - Commission P.M.I.

Il y a une trentaine d'école de puériculture en France. L'ANPDE est en lien étroit avec le CEEPAME [7] Nous organisons avec eux le congrès annuel des puéricultrices. L'ANPDE est la seule association nationale des puéricultrices/teurs et des étudiants. Nous rencontrons chaque promotion d'étudiants pour leur présenter notre association en cours d'année d'étude.

L'allaitement fait partie intégrante de la formation des puéricultrices(teurs), que ce soit pour accompagner la mise en place (néonatologie, maternité, PMI...) ou gérer des situations complexes (utilisation du DAL dispositif d'aide à la lactation), pour la poursuite de l'allaitement ou le sevrage. L'allaitement maternel est une partie importante de notre formation spécialisée auprès des enfants et leurs familles.

**Sages-Femmes**

Réponse du Collège National des Sages-Femmes, Sophie Guillaume.

« En France (Métropole et DOM compris), 35 écoles sont en charge de la formation des sages-femmes. Le cadre des enseignements est défini au niveau national dans les cursus licence et master L'allaitement est intégré dans ces unités d'enseignements mais sans aucune précision sur le temps dédié à l'enseignement. La déclinaison exacte et le temps horaire dédié sont déterminés au sein de chaque école.

Le cursus Licence :

- Unité d'enseignement théorique, Obstétrique, maïeutique :
Objectif : « Etude des suites de couches physiologiques » avec l'item : « Physiologie de la lactation, allaitement et complications et accompagnement »
Item : Alimentation du nouveau-né et de l'enfant avec un item dédié à l'allaitement
- Unité d'enseignement clinique, Suivi postnatal : Accompagner l'allaitement maternel et artificiel et assurer son suivi. [8]

Le cursus Master :

- Unités d'enseignement théoriques : 14 à 16 ECTS dédié à Obstétrique, maïeutique, démarche clinique et 6 à 10 ECTS dédiés à la néonatalogie et la pédiatrie,
- Unités d'enseignement cliniques : 48 à 68 ECTS avec un item «vérifier la mise en place de l'allaitement (maternel ou artificiel) » avec 8 à 14 ECTS dédiés au suivi post-natal.
Dans le texte règlementaire, 1 ECTS correspond à 20 à 35h de travail. » [9]

**Médecins généralistes**

La formation initiale des médecins généralistes en matière d'allaitement est actuellement assez succincte:

- Lors du premier cycle des études de médecine, le sein et la lactation sont abordés sur les plans anatomique, histologique, embryologique, cellulaire et biochimique, selon les programmes spécifiques de chaque faculté.
- Pour l'Examen Classant National (ECN) [10], l'allaitement maternel - auparavant traité dans l'item 24 (intitulé «Allaitement et complications») - est dans la version 2016 traité dans l'item 32 : Allaitement maternel : Expliquer les modalités et argumenter les spécificités de l'allaitement maternel. Préciser les complications éventuelles et leur prévention.[11] L'item 32 renvoie à deux documents de la HAS [12], [13]. Pour le 2éme cycle les durées de cours sont variables selon les facultés.

**Pédiatres**

La maquette du DES de pédiatrie comporte bien un item sur la nutrition de l'enfant, mais sans détails sur le contenu. [14] La HAS a publié une recommandation en 2005 "Allaitement maternel suivi par le pédiatre" [13] (mentionné ci-dessus, item 32). Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. Les critères d'évaluation permettent d'améliorer la pratique professionnelle avec la méthode de l'audit.

**Améliorer sa pratique en évaluant quelques points clés :**

- recommander un allaitement exclusif durant 6 mois
- déconseiller les compléments de lait artificiel qui perturbent le bon déroulement de l'allaitement maternel et entraînent un sevrage plus précoce
- favoriser la mise en route de l'allaitement avec un allaitement à la demande
- s'assurer de l'efficacité de la tétée en observant la position du nouveau-né, la succion et la déglutition
- informer la mère sur les recours possibles en cas de difficulté rencontrée pour allaiter son bébé
- prévenir les arrêts abusifs de l'allaitement maternel en s'assurant des réelles contre-indications à l'allaitement liées aux médicaments à partir d'une source d'information plus

précise que le dictionnaire Vidal et en accompagnant la poursuite de l'allaitement en particulier en cas de fièvre ou de mastite

**Gynécologues obstétriciens**

Réponse du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, Israël Nisand, Président.
« Il n'y a pas de formation à l'allaitement des gynécologues obstétriciens qui sont seulement sensibilisés à l'intérêt de l'allaitement maternel. En revanche, ce sont les Sages-femmes qui bénéficient d'une formation initiale et continue sur ce sujet. A l'heure où certaines maternités ont du mal à remplir leur tableau de garde et à assumer les urgences, vous comprendrez que cette activité ne soit pas la priorité des gynécologues obstétriciens. Je reste à votre disposition pour tout complément d'informations. »
Le CNGOF a publié en 2015 des Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) sur le Post-partum 2015 incluant des chapitres sur l'allaitement.[15]

**1b) Formation continue**

Il existe une offre intéressante et variée de formations continues pour les professionnels de santé pour l'allaitement et les soins centrés sur les besoins de la mère et du bébé.

- ***Des formations longues*** diplômantes : DIULHAM [16] à l'université et formations préparant au diplôme international de consultant en lactation IBCLC [17].
    1. **Le Diplôme Inter-Universitaire « Lactation Humaine et Allaitement Maternel »** (DIULHAM) Il s'agit d'un enseignement médical approfondi privilégiant une approche scientifique et non dogmatique et couvrant tous les aspects de la lactation humaine, de l'allaitement et de ses pratiques :
        - de la physiologie de la lactation aux enjeux psychologiques,
        - des bases biochimiques et immunologiques aux données historiques et ethnologiques,
        - de la sensorialité et du comportement aux conduites à tenir face à des problèmes concrets…

        Cette formation médicale continue existe depuis 2002 pour les médecins, sages-femmes et puéricultrices et comprend 102h d'enseignement théorique, un mémoire et un examen écrit. Elle se déroule en alternance dans les facultés de Brest, Toulouse, Lille et Grenoble.
    2. **Le Diplôme de Consultant en Lactation IBCLC** «International Board Certified Lactation Consultant » est un diplôme international validant des compétences et connaissances en allaitement et lactation humaine en insistant sur l'**expérience de pratique clinique : p**our avoir accès à l'examen, 1000 heures sont demandées, réalisées dans les 5 ans précédant la candidature. **De plus, la formation** intègre un volet conséquent sur la déontologie et le respect du Code de commercialisation des substituts du lait maternel (voir indicateur 3) ainsi que sur la communication et l'écoute. Pour conserver ce diplôme, il y a une obligation de formation continue par la recertification tous les 5 ans et tous les 10 ans via l'examen écrit. Des formations sont proposées dans différentes villes en France et dans les DOM-TOM et POM. En France, seulement deux organismes proposent des formations approfondies pour acquérir le diplôme, en revanche, de nombreuses offres existent par la suite pour la recertification et ou l'examen de revalidation.
- ***Des formations courtes*** de 1 à 3 jours proposées par plusieurs instituts de formation continue ou associations professionnelles.

Dans les orientations nationales du Développement Professionnel Continu (DPC) 2016 – 2018 [18] : l'allaitement maternel est cité pour les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture. Pour l'exercice en équipe, l'orientation 5 est intitulé « retour à domicile après un séjour en maternité ».
Pour l'année 2017 sur le site agencedpc.fr, il y a 41 offres par 30 organismes pour les médecins, 76 offres par 33 organismes pour les sages-femmes et 20 offres par 14 organismes pour les puéricultrices. Beaucoup de ces formations sont pluri professionnelles.

- Notons également que dans la démarche du label « Ami des Bébés », tout le personnel soignant doit bénéficier d'une formation de 20h minimum, soit trois journées consacrées à l'allaitement, ainsi que des séances de Pratique Clinique Supervisée (PCS) d'au moins 3h.
- Une durée de formation de 20h est également nécessaire pour les personnels des pharmacies qui souhaitent obtenir la certification « Amie de l'allaitement » développée en France depuis 2015. [19]
- Un MOOC (Massive open online class) sur l'allaitement [20], ouvert à tous, vient d'être lancé début novembre 2017. Cette initiative est soutenue par : le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF), le Collège National des Sages-femmes de France (CNSF), la Faculté de médecine Paris Descartes et l'APHP.

En conclusion, sauf si elle est nécessaire pour un projet d'équipe comme l'IHAB, la formation continue est cependant laissée à l'initiative de chacun, selon des besoins ressentis et des intérêts personnels. Quoi qu'il en soit, elle n'est pas suffisamment valorisée en France.

## 2) Le système de santé

- **Fédération Française des Réseaux de santé en périnatalité FFRSP**
  L'existence des RSP [21] est un atout en France. La WBTi a eu des échanges avec plusieurs d'entre eux (voir indicateur 6). Parmi les nombreuses missions des RSP il y a celle de former les acteurs du réseau et ils peuvent devenir organisme de DPC [20, page 10]. La thématique « allaitement » fait partie de la liste des programmes possibles. Selon les orientations élaborées avec l'ARS, l'allaitement peut devenir un axe principal.
  En plus, il est dans les attributions des RSP de recenser les besoins en bonnes pratiques, et les transmettre à la Fédération Française FFRSP et aux sociétés savantes concernées [22, page 11]. La gestion de l'allaitement pourrait faire l'objet d'un tel recensement.
- **Indépendance et conflits d'intérêt**
  Un classement des facultés de médecine basé sur l'indépendance qu'elles garantissent à leurs étudiants vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques a été publié par Paul Scheffer, doctorant en sciences de l'éducation, Université Paris 8 – Vincennes Saint-Denis en janvier 2017. Ce travail inédit a été inspiré d'un palmarès établi chaque année par l'Association américaine des étudiants en médecine. L'étude montre qu'en France, seules 9 facultés sur 37 ont pris des initiatives pour se prémunir contre les conflits d'intérêts qui surgissent en cas de liens de l'établissement ou de ses enseignants avec l'industrie du médicament.
  Mais comme pour l'édition américaine, les liens avec l'industrie agro-alimentaire ou les industriels du lait infantile n'ont pas été étudiés. [23]

La question du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et le problème des conflits d'intérêts est également abordée à l'indicateur 3.

## Insuffisances indicateur 5

1. La formation initiale pour les médecins est insuffisante, pour les autres professionnels de santé dont les sages-femmes, les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture, elle est inégale.
2. Les conflits d'intérêt concernant le financement par des laboratoires ou firmes de lait, et non-respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981) sont à l'origine de biais lors des formations et congrès pour les professionnels de santé (voir indicateur 3).
3. Il n'y a pas de document national de référence pour le contenu des formations à l'allaitement à destination des professionnels de santé.
4. Absence, au niveau professionnel, de reconnaissance de la compétence d'accompagner et de soutenir l'allaitement, par voie de conséquence la motivation pour s'investir dans la formation pratique et continue est laissée au libre choix du professionnel.

5. Absence, au niveau professionnel, de reconnaissance de la compétence d'accompagner et de soutenir l'allaitement, par voie de conséquence la motivation pour s'investir dans la formation pratique et continue est laissée au libre choix du professionnel .
6. Non reconnaissance d'une compétence professionnelle répondant pourtant à un réel besoin – celui de venir en aide et soutenir les femmes dans leur projet d'allaitement et permettre d'éviter des arrêt précoce. Même constat pour les PMI et autres structures.
7. Absence de discours clair et cohérent sur l'allaitement : le suivi des femmes donne souvent lieu à des informations contradictoires en partie dû à un manque de formation, mais aussi par défaut de concertation et de liens entre les professionnels intervenant en pré-, péri- et postnatal. Même constat pour les PMI et autres structures.
8. Manque général, dans le monde médical, de formation en communication. La thématique de la bientraitance est bien comprise comme enjeu, mais est insuffisamment intégrée dans la pratique quotidienne et la façon de communiquer dans la relation soignant-soigné.
9. Les enseignants des universités et des écoles n'ont pas tous remis à jour leurs connaissances ni actualisé leurs supports de cours.

## Recommandations indicateur 5

Mettre en œuvre le Plan d'action : « allaitement maternel » [24] et les recommandations pages 28-29 en portant une attention particulière à :

1. Renforcer la formation initiale des professionnels de santé pour qu'ils acquièrent les connaissances et les compétences pratiques nécessaires à l'accompagnement à l'allaitement dans leur profession, un minimum de 20 heures est souhaitable.
2. Editer un document national de référence (curriculum) pour les formations à l'allaitement, à destination des professionnels de santé.
3. Actualiser les recommandations de 2002 (ANAES/HAS) qui couvrent la période de 0 – 6 mois, et les étendre à la période au-delà de 6 mois jusqu'à l'âge de deux ans.
4. Porter à la connaissance des tous les professionnels de santé intervenant en périnatalité ces recommandations.
5. Créer un référentiel national de « bonnes pratiques » pour la gestion et l'accompagnement à l'allaitement, aussi bien en établissement et par la suite au quotidien. On peut s'inspirer du nouveau Guide de l'OMS 2017. [26]
6. Compléter toute formation par des stages pratiques sur le terrain pour permettre d'intégrer et d'ancrer les connaissances et modifier les habitudes.
7. Augmenter la visibilité du DIULHAM et proposer d'autres formations universitaires pour l'allaitement, ciblées sur des aspects particuliers et spécialisés de la lactation.
8. Proposer des formations courtes mais continues et régulières pour intégrer les recherches les plus récentes sur l'allaitement.
9. Inciter fortement les enseignants des écoles et des universités proposant des cursus de formation initiale de mettre à jour leurs connaissances et actualiser leurs programmes sur l'allaitement et la lactation.
10. Réduire les conflits d'intérêt dans les universités et écoles, dans les formations et congrès médicaux, et faire respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981) et la législation française s'y référant.
11. Modifier le regard de la société sur l'allaitement, améliorer le discours sur l'allaitement qui devrait être positif, argumenté et valorisant pour aller vers une reconnaissance de l'allaitement dans la société.
12. Une formation en communication est souhaitable pour tous les professionnels de santé qui se trouvent dans la relation d'aide centrée sur la personne, afin d'acquérir les compétences pour écouter, informer et accompagner.

13. Encourager les RSP à poursuivre leurs actions et être force de proposition, dans leur réseau, de formations à l'allaitement en incluant tous les acteurs de soin en périnatalité.
14. Mise en place d'une cotation spécifique « consultation allaitement » ou « consultation lactation» de niveau 2 (consultation longue) et prise en charge par la sécurité sociale pour les sages-femmes, puéricultrices, les auxiliaires de puériculture et les consultants en lactation IBCLC.
15. Faire connaître les « Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonatals dans les établissements de santé » [25]
16. Diffuser et partager la série de publication sur l'allaitement dans *The Lancet*, 2016 [27]

## Sources d'information indicateur 5


1. Guide HAS 2011 pour le critère 19a du manuel de certification V2010 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2795633/fr/enjeux-et-specificites-de-la-prise-en-charge-des-enfants-et-des-adolescents-en-etablissement-de-sante
2. Enquête nationale périnatale ENP 2016 (publiée le 11 octobre 2017) http://www.epopé-inserm.fr/enquete-nationale-perinatale-2016-premiers-resultats-952
3. Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité (10 novembre 2004). Plan d'action, doté de plus de 270 millions € alloués sur 3 ans. http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/319536/
4. Violences obstétricales : comprendre, prévenir, réparer. https://ciane.net/2017/10/violences-obstetricales-comprendre-prevenir-reparer/
5. http://www.concours-infirmiers-ifsi.net/etudes-IFSI-programme-et-competences
6. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.
7. CEEPAME Comité d'entente des écoles préparant aux métiers de l'enfance : puéricultrices et auxiliaires de puériculture http://www.ceepame.com/
8. Annexe de l'arrêté du 19 Juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024454241&categorieLien=id
9. Annexe de l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825
10. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_646948/fr/epreuves-classantes-nationales-ecn-sommaire-et-mode-d-emploi
11. UE 2 (items 21-52) : De la conception à la naissance - Pathologie de la femme - Hérédité - L'enfant - l'adolescent https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2608425/fr/ue-2-de-la-conception-a-la-naissance-pathologie-de-la-femme-heredite-l-enfant-l-adolescent-q21-52
12. Favoriser l'allaitement maternel : processus – évaluation. Haute Autorité de Santé HAS, juin 2006 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_449049/fr/favoriser-l-allaitement-maternel-processus-evaluation
13. Allaitement maternel suivi par le pédiatre. Haute Autorité de Santé, juillet 2005 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272473/fr/allaitement-maternel-suivi-par-le-pediatre
14. http://www.sfpediatrie.com/enseignement/des-de-p%C3%A9diatrie
15. Post-partum 2015 http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/telechargement-fichier?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf
16. *Programme DIU-LHAM https://www.univ-brest.fr/digitalAssets/51/51314_DIU-LHAM.pdf*
17. International Board of Lactation Consultant Examiners https://iblce.org/
18. Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018
19. http://www.pharmacie-marceau.fr/article/respect-du-code-international-de-commercialisation-des-substituts-du-lait-maternel-47449
20. MOOC (Massive open online class) sur l'allaitement, ouvert à tous, a débuté en novembre 2017 http://www.upns.fr/mooc-allaitement/presentation.php
21. Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité https://ffrsp.fr/

22. INSTRUCTION N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional (21 pages). http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=39846
23. Conflits d'intérêts dénoncés par Paul Scheffer : http://facs.formindep.org/ ; https://theconversation.com/les-facs-de-medecine-les-plus-independantes-vis-a-vis-de-lindustrie-pharmaceutique-70818 ; http://formindep.fr/these-de-paul-scheffer/#comments
24. Plan d'action : « allaitement maternel ». Rapport du Pr Dominique Turck, juin 2010 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
25. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonatals dans les établissements de santé [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities]. Genève : OMS, Octobre 2017 (84 pages) en anglais et en français http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/fr/
26. Guideline, Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, Geneva : WHO, December 2017 (136 pages) en anglais http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/
27. The Breastfeeding Series, Lancet 2016 http://www.thelancet.com/series/breastfeeding

# Annexe 5.1 OMS

## Exemple de critères pour les soins amis des mères[21] et aussi [25|

***En cours de travail, peu importe le cadre de la naissance, une femme devrait avoir :***

- Accès à des soins sensibles répondant aux croyances spécifiques, valeurs, et coutumes propres à sa culture, son origine ethnique et sa religion.
- Accès à un compagnon de naissance de son choix, qui peut lui apporter un soutien émotionnel et physique au cours du travail et de l'accouchement.
- La liberté de mouvement, pour marcher, se déplacer, et adopter les positions de son choix pendant le travail et l'accouchement (mis à part si des restrictions spécifiques s'avèrent nécessaires pour prendre en charge une éventuelle complication). L'utilisation de la position de lithomie (sur le dos, les jambes en l'air) n'est pas encouragée.
- Les soins qui minimisent les pratiques et les procédures de routine qui ne sont pas soutenus par l'évidence scientifique (par exemple : ne pas donner de nourriture ; rupture prématurée de membranes ; les intraveineuses (IV) ; le monitoring fœtal électronique de routine ; lavements ; rasage.)
- Les soins qui minimisent les procédures invasives (par exemple la rupture prématurée de membranes ou les épisiotomies) et n'impliquent pas une accélération ou une induction du travail non nécessaires, ou de césariennes non nécessaires au niveau médical, ou d'accouchements vaginales instrumentalisés.
- Soins par du personnel formé dans les méthodes qui ne sont pas basées sur les médicaments pour soulager la douleur et qui n'encouragent pas l'utilisation des analgésiques ou des médicaments anesthésiques à moins que ceux-ci ne s'avèrent nécessaires pour raisons médicales.

***Un service de santé qui offre des services d'accouchement devrait avoir :***

- Des politiques soutenantes qui encouragent les mères et les familles, y compris ceux avec des nouveau-nés ayant des difficultés congénitales, à les toucher, les prendre dans les bras, les allaiter, et les soigner le plus possible, dans la mesure de la compatibilité avec leurs conditions.

[21] WHO's " Infant and Young Child Feeding-A tool for assessing national practices, policies and programmes" (2003) page 70 . http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562544.pdf (uniquement en anglais)
En français, un autre document : Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. WHO, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI, 2008 (19 pages), 2009
http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/fr/

- Des politiques et des procédures clairement définies pour collaborer avec et consulter, au cours de la période prénatale, les autres services de maternité, y compris communiquer avec le caregiver (donneur de soin) initial, lorsque le transfert d'un lieu de naissance vers un autre s'avère nécessaire ; et pour faire en sorte que la mère et l'enfant puisse rentrer en lien, après avoir quitté la maternité, avec les ressources communautaires disponibles et appropriées, y compris au niveau du suivi prénatal et postnatal et pour le soutien à l'allaitement.
- Une politique sur les services favorables aux mères et des bébés (selon le descriptif ci-dessous) et du personnel formé pour comprendre le fait que la santé et le bien-être de la mère, de son fœtus, et de son nourrisson, ainsi que l'initiation précoce de l'allaitement, font partis d'un continuum de soins.

## Annexe 5.2 CRC

**Comité des Droits de l'enfant** (voir aussi indicateur 3)

Dans son Rapport de 2016 [17], Le Comité des Droits de l'Enfant « est préoccupé par :

61. a) Le fait que les parents ne sont pas automatiquement autorisés à rester la nuit avec leur enfant lorsque celui-ci est hospitalisé ;
b) Le faible taux d'allaitement maternel exclusif et la mise en œuvre incomplète du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel »

## Annexe 5.3 Propositions

### Propositions concernant l'évolution du système de santé

Pour lever les freins et favoriser l'allaitement, la WBTi demandé aux acteurs de la périnatalité de formuler des propositions. Celles-ci mériteraient d'être discutées au niveau national, dans les RSP et avec les autres collèges.

**1. Propositions et réflexions du CA de l'ANPDE pour favoriser l'allaitement transmises par Charles Eury, Président de l'ANPDE :**

- Élargir les possibilités de prescription des infirmièr(e)s puéricultrices(teurs), notamment concernant les tire-lait et pèse-bébé afin d'en faciliter l'accès et d'en favoriser la promotion. La liste des dispositifs médicaux prescriptibles est fixée par arrêté en référence à l'article R4311-1 Code de la santé publique.
- Reconnaître aussi bien dans le Code de la santé publique que dans la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) des activités spécifiques aux infirmièr(e)s puéricultrices(teurs), notamment le conseil et le suivi de l'allaitement, afin d'élargir les possibilités d'accès à un professionnel formé pour toutes les femmes souhaitant allaiter.
- Inclure une consultation spécifique des infirmièr(e)s puéricultrices(teurs) concernant la préparation à l'allaitement dans le suivi de la grossesse, en complémentarité de l'entretien prénatal précoce réalisé par la sage-femme, afin d'aider les parents à faire un choix libre et éclairé en amont de la naissance. Cette consultation permettrait de favoriser la mise en place d'un suivi de l'allaitement au retour à domicile.
- Favoriser la mise en place de consultations en lactation à l'hôpital, notamment dans les services de néonatalogie, par l'intermédiaire de personnels formés spécifiquement et disposant de temps dédiés à cette activité.

**2. Propositions de l'Association des Consultants en lactations Professionnels de santé ACLP**

- Reconnaissance de la profession, de ce diplôme international au même titre que le DULHAM (diplôme interuniversitaire et national français) y compris par les différents conseils de l'ordre.
- Cours de préparation à la naissance ouverts aux futurs pères avec autorisation d'absence au travail.
- Prise en charge des consultations de lactation par la CPAM avec la mise en place d'une cotation spécifique de la consultation comme dans d'autres pays d'Europe.
- Consultation d'allaitement systématique entre 8 et 15 jours post-partum au regard du PNNS 2 et du rapport du Pr Turck.
- Obligation aux pôles femme-enfant d'avoir des consultant(e)s en lactation en maternité, néonatalogie avec un temps dédié pour le soutien à l'allaitement uniquement. Proposition de 1 équivalent temps plein pour 2000 naissances.
- Exiger des quotas aux maternités, néonatalogie, PMI de personnels formés à l'allaitement maternel y compris les médecins, pédiatres et gynéco-obstétriciens.
- Obligation de recueil de données / de statistiques pour chaque maternité sur les taux d'allaitement maternel (exclusif ou partiel) à la naissance et au fil des mois pour chaque enfant né dans cette maternité. Sans oublier les services de néonatalogie et de pédiatrie
- Inclure dans toutes les formations initiales des professions de santé para médicales et médicales, un minimum de 20 h de formation pertinente autour de l'allaitement maternel comme le préconise l'OMS.
- Obligation du respect du code de commercialisation par tous les professionnels de santé, y compris pour les publicités admises dans les maternités (ne pas distribuer les boites roses ou autres packaging…)
- Impliquer les ARS dans les projets allaitement pour qu'ils deviennent pérennes.
- Nommer une coordination nationale de l'allaitement maternel avec des moyens y compris juridiques pour lutter contre les contrevenants au code. L'allaitement est une cause de santé publique.
- Impliquer les réseaux périnataux avec nécessité d'avoir un groupe allaitement au sein de chaque réseau périnatal.
- Encourager l'IHAB au-delà des structures hospitalières et cliniques (pharmacies, centres de santé, cabinets médicaux…) afin de faire émerger une vraie dynamique de santé publique.
- Mise en place du plan proposé par le Pr Turck (demandé par la DGS) qui reprend toutes ces recommandations.
- Respecter le code du travail concernant le travail et l'allaitement qui stipule que les mères ont droit à une heure par jour pour allaiter leur enfant ou tirer leur lait jusqu'à l'âge de 1 an de celui-ci avec nécessité d'avoir une pièce spécifique (fauteuil, prise électrique, point d'eau…) pour les mères allaitantes dès que l'entreprise emploie au moins 100 salariées.

## Annexe 5.4 Témoignages

La formation théorique ne présentant qu'un volet des compétences en allaitement, la pratique sur le terrain apparaît comme très importante, la WBTi France souhaite présenter des parcours professionnels.

**Témoignage d'une auxiliaire de puériculture**

Je suis auxiliaire puéricultrice depuis 1981 et travaille aux hôpitaux du pays du Mont Blanc en maternité, pédiatrie mais surtout en néonatologie. Depuis 2010 je suis certifiée IBCLC.
J'ai eu dans ma carrière cette chance incroyable de faire cette formation de consultante en lactation. Je dirais que pour les auxiliaires qui ont peu de possibilité d'évolution de carrière, l'accès à la formation est, me semble-t-il, indispensable pour garder de l'énergie et de l'enthousiasme. Ce qui manque aussi c'est une reconnaissance officielle de notre travail. En maternité l'auxiliaire est au plus près de la dyade mère - enfant et je pense qu'il est légitime qu'elle soit reconnue en tant que telle.
Je fais partie du groupe des référentes soins de développement et allaitement au sein du réseau de périnatalité des deux SAVOIE RP2S, groupe motivé et actif.

CHRISTINE GIGUET Auxiliaire puéricultrice, Consultante en lactation IBCLC
Hôpitaux du PAYS DU MONT BLANC, 74700 SALLANCHES

**Témoignage d'une sage-femme et consultante en lactation IBCLC**

Mon parcours et mon expérience :

- Ecole de sage-femme fini en 2000, à ce moment là je ne savais pas qu'il était possible d'allaiter plus de 6 ou 8 semaines.. Je ne me souviens pas à ce moment avoir eu une quelconque formation théorique sur l'allaitement maternel AM durant mes études.
- J'ai travaillé 5 ans en maternité avec mini-formation AM, en essayant avec "bonne volonté" d'encourager les mamans à allaiter.
- Puis travail en PMI et première maternité pour moi, AM 2 ans 1/2... c'était le tournant et un engagement dans une association de soutien de mère à mère.
- Formation IBCLC , financée par mon travail...mais arrivée du petit troisième, donc poursuite travail associatif (réunion, tél sos allaitement, SMAM...) et consultation IBCLC gratuite à mon domicile.
- En juin 2016 expérience avec ONG américaine : NPI en Grèce dans les camps de réfugiés , comme IBCLC et SF.
- Novembre 2016 séjour humanitaire en Inde du sud, travail sur l'amélioration des pratiques d'AM plus cours au staff médical.
- 17 mars 2017 : retour au "travail normal" de SF (payée!)
- La collectivité qui m'emploie n'est pas persuadée qu'il faille valoriser les consultations de lactation… Pour eux, ce n'est pas une priorité.

Les documents etc. que j 'utilise pour me former:

- JIA Journée Internationale de l'Allaitement
- doc LLL Les Dossiers de l'allaitement
- littérature spécialisée en anglais et français
- la « Gold Conference »
- réseau sociaux
- des référentiels régionaux parfois

Les docs pour informer les parents sur l'allaitement:

- le livret de l'AM INPES
- Global Health Media video
- liens vers le site LLL France
- fiche UNICEF sans texte : Infant and Young Child Feeding
- j'envoie des invitations à participer aux groupes de mères
- parfois des livres sur des sujet ciblés: diversification, cododo, reprise travail....
- PAS de docs sponsorisés

Laurence L.

## Checklist d'éducation pour les sujets relatifs à l'ANJE

| ***Objectifs***<br>*Devant être remplis par tous les étudiants et stagiaires en santé prenant en charge des nourrissons, des jeunes enfants et des mères* | ***Contenu/ compétences***<br>*(pour réaliser les objectifs)* |
|---|---|
| ▪ Identifier les facteurs qui influencent l'allaitement et l'alimentation de complément | Taux et évolutions démographiques nationales et régionales en matière d'ANJE ; influences culturelles et psychosociales ; préoccupations et barrières courantes ; influences locales. |
| ▪ Offrir des soins (« care ») et du soutien pendant au cours de la période prénatale | Historique de l'allaitement (expériences précédentes), examen des seins, et savoir comment informer et soutenir les mères selon leurs besoins |
| ▪ Offrir des soins intra-partum et pendant le postpartum immédiat pour soutenir et promouvoir une lactation réussie | L'IHAB, les *10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel* ; les pratiques soutenantes pour les mères et les bébés ; les pratiques potentiellement négatives. |
| ▪ Evaluer les besoins nutritionnels et alimentaires des femmes enceintes et allaitantes et donner des conseils (« counselling » ), en cas de besoin | Les besoins nutritionnels des femmes enceintes et allaitantes, les recommandations alimentaires (aliments et liquides) en prenant en compte la disponibilité locale et les coûts ; supplémentation en micronutriments ; les interventions de routine et le counselling. |
| ▪ Décrire le processus de production et d'extraction du lait | L'anatomie du sein ; la physiologie de la lactation et de l'allaitement |
| ▪ Informer les femmes sur les bénéfices de l'alimentation optimale des nourrissons | Les bienfaits de l'allaitement pour le nourrisson, sa mère, sa famille, et la communauté ; les bienfaits de l'allaitement exclusif de 0-6 mois; les options et risques lorsque l'allaitement s'avère impossible. |
| ▪ Aider les mères à allaiter avec succès | Positionnement, attachement ; évaluation de l'extraction de lait efficace ; les signes d'une consommation de lait adéquate ; pratiquer l'observation et l'évaluation de l'allaitement et comment faire des suggestions pour une amélioration |
| ▪ Aider les mères à prévenir et gérer les problèmes courants de l'allaitement. Gestion des difficultés peu compliquées relatives à l'alimentation de la mère et de l' enfant. | Les changements physiques, comportementaux, et développementaux normaux des mères et de leurs enfants (prénataux et au cours des différentes étapes de la lactation) ; historique de l'alimentation , observation de l'allaitement ; difficultés de succion ; causes et gestion des difficultés courantes relatives à l'alimentation des nourrissons ; causes et gestion des |

| ***Objectifs***<br>*Devant être remplis par tous les étudiants et stagiaires en santé prenant en charge des nourrissons, des jeunes enfants et des mères* | ***Contenu/ compétences***<br>*(pour réaliser les objectifs)* |
|---|---|
| | difficultés courantes relatives à l'alimentation des mères. |
| ▪ Faciliter l'allaitement pour les nourrissons aux besoins de santé spécifiques, y compris les nourrissons prématurés | Les avantages/ risques liées à l'allaitement; les besoins des prématurés; les modifications ; conseiller les mères (« counselling ») |
| ▪ Faciliter la lactation réussie dans le cas de conditions médicales ou de traitements | Risques/ bénéfices ; modifications ; choix pharmacologiques ; choix de traitements. |
| ▪ Informer les femmes allaitantes sur les différentes options en matière de contraception | Avantages et désavantages des différentes méthodes de contraception pendant la lactation ; counseling sur la MAMA ; considérations culturelles pour le counselling |
| ▪ Prescrire/ recommander les médicaments, méthodes contraceptives et traitements compatibles avec la lactation | Compatibilité des médicaments pendant la lactation ; effets des différentes méthodes de contraception pendant la lactation. |
| ▪ Aider les mères à maintenir leur lactation lorsqu'elles sont séparées de leurs nourrissons, y compris pendant les périodes d'hospitalisation ou de maladie de la mère ou de l'enfant et lorsqu'elles retournent au travail ou à l'école | Expression du lait, manipulation et stockage ; méthodes d'alimentation alternatives ; alimentation à la tasse ; causes, prévention et gestion des difficultés courantes associées à une production de lait insuffisante ; coordination de l'allaitement et des activités menées en dehors du domicile ; soutien au travail. |
| ▪ Expliquer le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et les résolutions de l'AMS, les violations courantes, et les responsabilités des professionnels de santé sous le *Code* | Dispositions principales du Code et des résolutions AMS, y compris les responsabilités des professionnels de santé et les fabricants de substituts de lait maternel, de biberons et de tétines : violations par les fabricants d'aliments infantiles ; suivi et respect du *Code*. |
| ▪ Décrire quels sont les aliments appropriés pour les enfants à différents âges et quels aliments sont disponibles et abordables financièrement pour la population générale | Approche basée sur le développement de l'enfant pour l'introduction des aliments de complément ; les aliments appropriés selon les âges ; les aliments disponibles et leurs coûts ; revenus des familles locales et comment les bas revenus affectent leurs capacités d'achat des différents aliments. |
| ▪ Poser des questions appropriées aux mères et aux donneurs de soins (personnes qui s'occupent des enfants) pour identifier les pratiques non optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant entre 6 et 24 mois | Évolutions en matière de croissance des enfants allaités ; aliments de complément : quand, comment, combien ; carences en micronutriments ; historique ANJE ; difficultés courantes : |

| ***Objectifs***<br>*Devant être remplis par tous les étudiants et stagiaires en santé prenant en charge des nourrissons, des jeunes enfants et des mères* | ***Contenu/ compétences***<br>*(pour réaliser les objectifs)* |
|---|---|
| ▪ Fournir aux mères et aux donneurs de soins de l'information sur comment initier l'alimentation de complément, en utilisation les denrées de base | Denrées de base d'origine locale et recettes nutritionnelles pour les premiers aliments; faire de la pratique pour conseiller les mères ("counseling"); difficultés courantes et solutions |
| ▪ Conseiller les mères et les autres donneurs de soin sur comment augmenter petit à petit la consistance, la quantité, et la fréquence des aliments, en utilisant les aliments disponibles localement. | Directives pour alimenter les jeunes enfants aux différents âges et stades de leur développement ; difficultés potentielles et solutions en matière d'alimentation et de sevrage ; Actions Essentielles de Nutrition |
| ▪ Aider les mères et les soignants à continuer à alimenter les enfants en cas de maladie et à mettre en place une alimentation adéquate pendant la phase de récupération | Besoins énergétiques et nutritionnelles ; aliments et liquides appropriés pendant et après la maladie ; stratégies pour encourager les enfants à manger et boire ; croyances locales sur l'alimentation pendant les épisodes de maladies ; soutien approprié pour l'alimentation pendant l'hospitalisation ; relactation. |
| ▪ Aider les mères d'enfants malnutris à augmenter leur consommation alimentaire pour atteindre un gain de poids et une croissance suffisante | Recommandations en matière d'alimentation pour les enfants malnutris ; suppléments en micronutriments pour les enfants malnutris. |
| ▪ Informer les mères des besoins en micronutriments des nourrissons et jeunes enfants et comment les remplir en utilisant l'alimentation, et lorsque cela s'avère nécessaire, la supplémentation | Besoins en micronutriments pour les nourrissons et les jeunes enfants (fer, vitamine A, iode, autres) ; comment remplir ces besoins grâce à l'alimentation (allaitement et alimentation de complément) ; besoins en matière de supplémentation. |
| ▪ Faire preuve de compétences en communication interpersonnelle et en « counselling » ou conseil | Compétences en écoute et en counselling (conseil) ; utilisation de langage simple ; comment féliciter et soutenir ; comment prendre en compte le point de vue de la mère ; comment essayer de nouvelles pratiques. |
| ▪ Faciliter les sessions d'éducation de groupes sur le sujet de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la nutrition maternelle | Méthodes d'éducation d'adultes ; stratégies pour préparer et faciliter des sessions participatives, et basées sur les compétences. |
| ▪ Conseiller les mères sur la prévention et la réduction de la transmission mère-enfant du VIH/Sida ; et les options et risques liées aux différentes méthodes d'alimentation à prendre en compte | Modes de transmission mère-enfant du VIH et comment les prévenir et réduire ; le conseil/ counselling des mères testées VIH positives sur les options en matière d'alimentation et les risques. |
| ▪ Fournir des directives sur l'ANJE en situation d'urgence et la protection promotion et soutien de l'ANJE dans ces circonstances | Politiques et directives sur l'alimentation infantile pendant les situations d'urgence ; promotion et soutien appropriés ; respect du *Code International de Commercialisation des Substituts du lait maternel* et Résolutions AMS. |

# Indicateur 6 : Soutien de mère-à-mère et actions communautaires – Soutien communautaire pour les femmes enceintes et allaitantes

***Question clef :****? Existe-t-il des systèmes de soutien et d'assistance communautaire aux mères pour protéger, promouvoir et soutenir l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant ?*

## Evaluation de la France

| ***Notation de la France*** | | | |
|---|---|---|---|
| **Critères** | √ ***Cocher ce qui convient*** | | |
| | Oui | Dans une certaine mesure | Non |
| 6.1) Toutes les femmes enceintes ont accès à des systèmes de soutien prénatal et postnatal à base communautaire, qui comprennent des services de conseil/ counselling, en matière d'ANJE | 2√ | 1 | 0 |
| 6.2) A la naissance, toutes les femmes reçoivent du soutien en matière d'ANJE pour initier l'allaitement.<br><br>Commentaire WBTi France : les consultations existent, mais l'alimentation de l'enfant n'est pas systématiquement évoquée. | 2 | 1√ | 0 |
| 6.3) Toutes les femmes ont accès à du conseil/counselling en ANJE et les services de conseil et de soutien ont une couverture nationale. | 2√ | 1 | 0 |
| 6.4) Le conseil/counselling à base communautaire via les groupes de soutien aux mères, et les services de soutien aux femmes enceintes et allaitantes sont intégrés dans une politique globale sur le développement et la santé de l'enfant /l'ANJE/ la nutrition. | 2 | 1√ | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6.5) Les bénévoles et les professionnels de santé basés au niveau communautaire sont formés sur les compétences en conseil/counselling pour l' ANJE (*Note- en anglais le terme « counselling , souvent traduit par « conseil » en français comporte une dimension clef d'écoute active et d'empathie*).<br><br>Commentaire WBTi France : les bénévoles qui interviennent sur l'allaitement sont généralement bien formés par leur propre initiative ; ce n'est pas toujours le cas des professionnels de santé. | 2 | 1√ | 0 |
| **Score total :** | **7/10** | | |

## Constat pour la France

Toute personne en contact avec la mère et son bébé devrait être formée à l'allaitement pour pouvoir donner des informations utiles, pratiques et valorisantes à la mère. Les professionnels de santé ne sont pas suffisamment formés à cette tâche en France (voir indicateur 5).

L'implication des associations dans le soutien à l'allaitement est grande, mais malgré la CoFAM (Coordination française pour l'allaitement maternel), les actions sont segmentées et laissées à l'initiative privée. De plus, l'engagement associatif est généralement bénévole.

En France, il n'y a pas une perception globale de toutes les forces vives que ces groupes représentent, et il n'y a pas une reconnaissance suffisante, de la part du Ministère des solidarités et de la santé, des enjeux que représente l'allaitement.

Il serait précieux que tous les élans – professionnels et associatifs - se conjuguent pour une politique cohérente de soutien à l'allaitement.

Il s'avère important de mettre en œuvre la Déclaration d'Innocenti comportant le respect du Code 1981 dans sa totalité (indicateur 3), la création du comité national pour l'allaitement avec une personne référente allaitement au Ministère chargé de la santé (indicateur 1), l'adaptation de la législation à la maternité et la reprise du travail (indicateur 4).

### Les acteurs du soutien communautaire

Pour le suivi de la grossesse, l'entretien prénatal précoce (EPP) et le conseil anténatal : voir indicateur 4 (Droits et protections de la maternité).

**- CIANE (Collectif interassociatif autour de la naissance)** [1]

Le CIANE est un collectif constitué d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie. Il est agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé (agrément
N° N2013RN0027)
Le CIANE a pour ambition de faire mieux entendre les attentes, les demandes et les droits des femmes et des couples et d'améliorer les conditions de la naissance en France. Il vise à faire évoluer les attitudes et les pratiques entourant la maternité, de manière à les rendre plus respectueuses des personnes et de la physiologie de l'accouchement.
Le modèle qu'il défend est centré sur la mère, le bébé et la famille et se préoccupe avant tout de leur bien-être et de la qualité des soins. Il est fondé sur des données factuelles et probantes (evidence-based medicine) et considère le suivi personnalisé, la prévention, la responsabilisation comme des facteurs primordiaux à prendre en compte dans l'amélioration du système de soins.

**- CoFAM (Coordination française pour l'allaitement maternel)** [2]
La CoFAM a été fondée en 2000. Elle œuvre à la protection et au soutien de l'allaitement maternel :
- pour les femmes qui souhaitent allaiter et pour qu'elles puissent le faire le temps qu'elles veulent.
- pour les professionnels et associations qui accompagnent les mères et les enfants.

Elle a vocation à fédérer les associations françaises, organise la Journée nationale de l'allaitement (JNA) tous les 3 ans et fournit les supports pour la Semaine mondiale de l'allaitement (SMAM). La CoFAM est l'interlocuteur du Ministère des Solidarités et de la Santé sur la question de l'allaitement.

**- La Leche League France (LLL France)** [3]
La Leche League a été fondée en 1956 dans les environs de Chicago (USA) par 7 mères qui se réunissaient pour s'entraider afin de réussir leur projet d'allaitement et d'aider d'autres mères qui venaient leur demander des informations. LLL France s'est constituée en 1979 et compte actuellement 336 animatrices bénévoles et 147 groupes dans toute la France. Elle est reconnue d'intérêt général et tout don est déductible des impôts. Parmi les nombreuses associations d'aide de mère à mère, LLL France occupe une place prépondérante par son nombre de contacts, par sa dynamique et par sa réactivité par rapport à l'actualité. LLL France

- propose des réunions mensuelles dans toute la France destinées aux mères et aux familles ;
- offre du soutien de mère à mère par téléphone, par la boite de contact (mél) et via le forum sur internet et le groupe Facebook ;
- diffuse des informations sur son site internet (12 000 visites par jour) qui représente une mine d'informations très bien documentées et régulièrement mises à jour et dont l'accès est gratuit ;
- organise des congrès ouverts au public ;
- investit dans la formation interne des animatrices par des séminaires et ateliers ;
- publie de nombreux documents (voir indicateur 7)
- organise la JIA, Journée Internationale de l'Allaitement faisant intervenir les meilleurs spécialistes du monde entier qui présentent leurs travaux les plus récents. Prochaine JIA : vendredi 8 novembre 2019.

En 2017, Marie Courdent, animatrice LLL et puéricultrice, a reçu la Légion d'honneur le 30 juin à la Préfecture de Lille pour son travail bénévole durant plus de vingt années auprès des mères qui allaitent. « La Légion d'honneur est la plus haute distinction française et l'une des plus connues au monde. Depuis deux siècles, elle est remise au nom du Chef de l'Etat pour récompenser les citoyens les plus méritants dans tous les domaines d'activité. » http://www.legiondhonneur.fr/fr

**- Solidarilait** [4]
L'association nationale Solidarilait (loi 1901) est un réseau de solidarité ayant pour but d'aider et de soutenir les mères qui désirent allaiter en respectant leur projet, quelle que soit la durée de leur allaitement.
Solidarilait est convaincu des bénéfices tant psychiques que physiques de l'allaitement maternel pour chaque nourrisson, tout comme pour sa mère et son père. Elle reconnaît que beaucoup de facteurs interviennent dans le choix que fait une mère d'allaiter ou non son enfant et de prolonger cet allaitement. Ces facteurs sont liés en particulier à son histoire personnelle, à sa culture ou à celle du couple parental. Le but de Solidarilait est de soutenir les mères ayant choisi d'allaiter leur enfant :
- Par une information objective sur l'allaitement maternel ;
- Par la création d'un réseau de mères afin qu'elles se sentent moins isolées et plus encouragées ;
- Par une écoute, des conseils, face aux difficultés éventuellement rencontrées au cours de l'allaitement.

**- Programme Relais Allaitement (PRaLL)** [5]

Le PRaLL est un programme de soutien à l'allaitement et à la parentalité. Initié en 2008 dans les départements du Gard, de l'Hérault, de l'Île de France et du Nord, il a d'abord été soutenu par des financements institutionnels (Groupement Régional de Santé Publique, Caisse Régionale d'Assurance Maladie, Conseil Général). Son but est d'augmenter la prévalence et la durée de l'allaitement par la création de réseaux locaux de soutien de mère à mère. Le Prall s'adresse principalement aux familles vulnérables, isolées et/ou ayant un accès limité aux ressources disponibles. Ce soutien s'étend à tous les aspects de la parentalité et favorise l'« empowerment », à savoir l'expression des ressources et compétences propres du parent, de la famille et de la communauté. Aujourd'hui, en France, le Prall se décline dans les quartiers urbains, en milieu rural et dans des services de néonatalogie. En janvier 2016, on compte 13 réseaux, 56 responsables de réseau et 147 accompagnantes formées depuis le début du programme.

**- Autres associations** [6]

A côté de LLL France, il y a une multitude d'autres associations à vocation nationale, régionale ou locale, en partie regroupées au sein de la CoFAM : Galactée, Marraines de lait, AREAM Association réunionnaise pour l'allaitement maternel, ARPAL Association Relais Parentalité Allaitement, LLL RpA Réseau pour l'allaitement, Allaitement tout un art ATUA, Materner avec un grand Aime, Allaitement de jumeaux et plus, etc. Il existe aussi de nombreux blogs sur l'allaitement, le maternage et toutes les questions que se posent les parents (voir indicateur 7).

**Accompagnement de l'allaitement par un groupe de pères** [7]

Les mères qui ont fait le choix d'allaiter ont certes besoin de soutien de la part des professionnels de santé, d'un réseau de personnes ressources compétentes et d'être entourées d'autres mères partageant le même projet… mais pas que ! Le soutien de leur conjoint est primordial et je vois dans ma pratique au combien cela est précieux ! Les papallaitants, groupe de pères et blog pour échanger entre pères de bébés allaités (voir aussi indicateur 7).

**- Accompagnement de l'allaitement par les IBCLC**

L'IBCLC possède un diplôme international [7], et la dénomination « consultante en lactation » doit être assortie du sigle IBCLC pour éviter toute confusion avec d'autres dénominations. En 2016, la France comptait 644 consultants en lactation. Deux associations, l'ACLP [8] et l'AFCL [9] fédèrent les consultants en lactation IBCLC, publient leur annuaire en ligne et font connaître la profession en France où le métier n'est pas encore listé dans la nomenclature des métiers officiels. A travers le monde, il y a plus de 28 000 IBCLC, cependant en France. (Voir aussi indicateur 5).

**- Doulas et Accompagnantes Périnatales**

En France, le suivi de la grossesse est pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale lorsque le parcours de soins est médical. Or, aujourd'hui beaucoup de couples souhaitent un accompagnement plus physiologique et plus personnalisé, mais cela implique des frais.

La doula a pour vocation d'accompagner et de soutenir la future mère et son entourage pendant la

grossesse, l'accouchement et la période postnatale, grâce à son expérience et à sa formation, et cela uniquement en complément du suivi médical choisi par les parents (hôpital, clinique, sage-femme libérale...). Elle accompagne sans discrimination liée aux origines, à la religion ou à la préférence sexuelle des parents. Une doula n'a pas de fonction médicale, elle n'est pas thérapeute. Elle soutient le travail des sages-femmes. Il existe l'Association Doulas de France [10] et l'Institut de formation Doulas de France. La formation est proposée par l'Institut de formations Doulas de France.

Les Accompagnantes Périnatales proposent aux parents un accompagnement personnalisé de la grossesse, de l'accouchement et du retour à la maison, ce qui apporte confiance et continuité. Elles ne sont présentes à l'accouchement qu'en structure médicale, à la demande des parents et avec l'accord de l'équipe. Elles figurent au Répertoire National de la Certification Professionnelle (RNCP), ce qui implique que les lauréates valident leur formation de 210 heures et ont un métier et le titre d'Accompagnante Périnatale de niveau III (Bac +2). La formation est proposée par le Centre de Formation de l'Accompagnement Périnatal (CeFAP). [11]

**- Fédération des Réseaux de Santé en Périnatalité FFRSP**

La création des RSP [12] nous semble être un atout en France, comme déjà mentionné à l'indicateur 5. Le RSP permet, dans le meilleur des cas, de fonctionner en bonne concertation et synergie entre professionnels de santé, familles et associations impliquées dans l'allaitement. C'est d'ailleurs une ses missions selon l'Instruction de 2015 [13] page 9.

La WBTi a eu des échanges avec plusieurs RSP. Il en ressort, c'est une grande hétérogénéité dans les politiques d'accompagnement à l'allaitement selon la région où se trouve le réseau, selon l'implication des professionnels de santé, et selon la formation à l'allaitement des acteurs (voir indicateur 5).

Ce qui en ressort également, c'est l'importance qu'il y ait, dans chaque RSP, un groupe de travail « allaitement » qui donne une impulsion à l'ensemble du réseau. Les professionnels doivent bénéficier de formations à l'accompagnement de l'allaitement régulières et répétées pour bien assimiler le savoir, le savoir-faire et le savoir-être en la matière (voir indicateur 5).

Par rapport aux choix des projets régionaux portés par un RPS, un projet IHAB [14] non seulement peut modifier les pratiques à l'hôpital, mais peut être un réel projet pour fédérer une équipe. On parle beaucoup de souffrance du personnel hospitalier. Les démarches IHAB favorisent le respect mutuel, pas seulement à l'égard de la mère et de son bébé, mais à l'égard des membres de l'équipe (voir indicateur 2, notamment les témoignages en annexe). Cela donne du sens et une perspective à la formation à l'allaitement dans la mesure où toutes les catégories professionnelles, pas seulement médicales, sont impliquées.

Un autre point intéressant, c'est l'ouverture du réseau périnatal vers la ville et le travail en synergie avec les groupes de soutien à l'allaitement, et aussi les Pharmacies amies de l'allaitement PHAAM (voir ci-dessous). Ce sont des acteurs précieux, et plus on travaille ensemble au sein du réseau périnatal, mieux ce sera pour les familles.

**- PMI Protection maternelle et infantile** [15]

Le service des PMI est public, territorialisé, accessible sans aucune condition. Les PMI dépendent des Conseils départementaux. C'est un service gratuit qui offre un suivi dès la grossesse, un accompagnement à domicile après la naissance, des consultations médicales de la mère et de l'enfant. Ils proposent également une prise en charge psychologique selon les besoins (dépression du postpartum), et collaborent avec les travailleurs sociaux pour la prévention des violences faites aux enfants. Les médecins de la PMI donnent leur aval pour l'ouverture des crèches et halte-garderies, et leur équipe d'infirmières-puéricultrices réalise les évaluations pour l'agrément des assistants maternels. La PMI est également chargée de la formation de ces derniers qui devrait normalement inclure un volet sur la poursuite de l'allaitement quand l'enfant est gardé au moment où la mère reprend son activité professionnelle.

L'engagement des PMI dans l'allaitement dépend très largement des forces motrices parmi les professionnels de santé, et des impulsions et orientations données par le Conseil départemental.

**- PRADO – assuré par les sages-femmes**

Programme d'Accompagnement du retour à Domicile, c'est la prise en charge des patientes en sortie précoce de maternité par une sage-femme en ville. Cette expérimentation s'appuie sur les recommandations de la HAS de mars 2014 [16], et on devrait l'évaluer par rapport à l'articulation de l'intervention des sages-femmes avec les équipes de PMI, les médecins traitants et les groupes de mères, ainsi que par rapport à la pertinence pour le suivi et l'accompagnement à l'allaitement.

**- Association des Lactariums de France ADLF** [17]

L'ADLF est une association française régie par la loi de 1901, fondée le 8 mai 1981. Son but est de promouvoir l'allaitement maternel, d'améliorer les conditions de collecte et de distribution ainsi que la qualité du lait humain en France. Elle regroupe actuellement 35 lactariums dont certains sont réservés à l'usage interne des maternités.

« Le lait de femme est irremplaçable et vital pour la nutrition des prématurés les plus immatures (moins de 32SA et/ou moins de 1 500g) et devrait être valorisé jusqu'à 34SA et ou 1 700g (ADLF 2017). L'utilisation du lait de la propre mère (cru ou pasteurisé) doit être privilégié. Certaines mères en raison du contexte de naissance ou pour des raisons personnelles ne souhaitent pas initier ou n'arrivent pas à poursuivre le recueil de leur lait, leurs prématurés devront être nourris par du lait de don anonyme issu des lactariums à usages interne et externe. 19 lactariums en France assurent la collecte, la pasteurisation, la qualification et la distribution de ce lait pour ces 10 000 grands prématurés pris en charges dans les unités de néonatalogie de niveau II et III.

L'une des missions des lactariums est d'assurer la promotion du don de lait, incontournable, elle permet d'informer les mamans et les professionnels de santé et d'assurer le recrutement des donneuses. Le don de lait reste insuffisant pour répondre aux besoins. Plusieurs facteurs peuvent être mis en cause: le faible taux d'allaitement en France et sa durée courte (Enquête nationale périnatale 2016), le manque de sensibilisation des mamans, une formation limitée des personnels de santé sur le don pour relayer l'information, les nombreuses idées reçues sur le don de lait: "c'est compliqué", "tirer son lait ça fait mal", "il faut se déplacer", "je vais devoir acheter un tire-lait", " il faut que je donne beaucoup", "mon bébé aura moins de lait"....Avec 160 ml de lait on constitue la ration d'un prématuré de 1 000 g. Il n'y a pas de petit don et chaque don est un énorme geste de générosité. L'association des lactariums a créé un site pour les mamans et les professionnels où ils peuvent trouver plus d'informations et l'adresse du lactarium le plus proche. »

Dr Virginie Rigourd
Pédiatre en Néonatalogie et
Médecin responsable du Lactarium Régional d'Ile de France

**- PHAAM** [18]

La certification « Pharmacie amie de l'allaitement » arrive en France. Dans la mesure où les pharmacies sont des lieux fréquentés régulièrement par les femmes enceintes et les jeunes parents, un accompagnement à l'allaitement semble judicieux. Trois pharmacies sont actuellement certifiées en France à Yenne (73), Grenoble (38) et Courbevoie (92).

**- Assistants maternels – Assistants familiaux : UFNAFAAM** [19], [20]

L'UFNAFAAM - Union fédérative nationale des associations de familles d'accueil et assistants maternels - prend position par rapport à l'allaitement :

"Vous avez sollicité l'Ufnafaam pour connaitre l'implication des professionnels quant à l'allaitement maternel. Je peux effectivement vous confirmer que la formation parle de l'allaitement des mères et aborde le sujet de la conservation de ce lait au domicile de l'assistant maternel (règles d'hygiène et de conservation). Elles ont aussi des informations sur le rythme des enfants allaités, effectivement.
Par contre l'allaitement sur place n'est pas toujours discuté, sauf si une assistante maternelle pose la question. Nous savons que cette profession est faite de la rencontre entre trois personnes et que finalement ces questions se posent très souvent avant l'embauche de l'assistant maternel. De

manière anecdotique, des assistantes maternelles peuvent au cours d'une conversation, m'avoir indiqué qu'elles facilitent l'organisation de la maman si elle désire allaiter sur place, mais ce n'est pas un sujet qui est évoqué de manière automatique dans la formation.
Sachez aussi que certaines maisons d'assistants maternels mettent en avant cette possibilité pour les mamans. Je me souviens d'un projet dans une entreprise où les mamans qui y exercent leur emploi, peuvent venir dans une salle (avec chaise longue) pour allaiter librement leur enfant."

Sandra Onyszko, UFNAFAAM *Communication et Développement*

## Insuffisances indicateur 6

1. *Les femmes ont accès à des services pendant la grossesse, mais le niveau d'information qu'une mère reçoit sur l'allaitement est fonction de l'orientation de l'établissement, du professionnel de santé, de la PMI et dépend de la disponibilité de groupes de mères ou d'aides en ligne et par téléphone.*
2. *Le personnel de santé en contact avec la mère et son bébé n'a pas connaissance du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (voir indicateur 3).*
3. *La prise en considération de la balance bénéfices/risques lorsqu'un complément de lait artificiel est proposé à un bébé allaité (en maternité, ou après par la sage-femme, la PMI, le pédiatre ou le médecin généraliste) est insuffisante.*
4. *En sortie de maternité, les parents trouvent un réseau et des informations sur la santé et la parentalité, mais pas toujours une aide adéquate et qualifiée pour l'allaitement.*
5. *L'information nationale écrite de bonne qualité existe (Guide de l'allaitement maternel, INPES 2009) et semble bien distribuée, ce qui manque, c'est l'apprentissage pratique et l'accompagnement de l'allaitement par des professionnels compétents dans ce domaine.*
6. *Certains départements ou régions (en fonction de l'ARS, du Plan régional de santé et du Réseau de santé périnatale) instaurent des politiques de soutien à l'allaitement bien coordonnées, d'autres n'en ont pas. La cohérence et la dynamique nationales font défaut.*
7. *Il manque un Comité national d'allaitement pour harmoniser la formation et l'information, pour mutualiser les bonnes pratiques et donner une impulsion nationale à la politique d'allaitement (voir indicateur 1).*
8. *Même si le soutien peut être de bonne qualité, des termes tels que « conseillère en allaitement », « référente » , « écoutante » etc. sont utilisés sans que le public puisse savoir ce que cela recouvre, à la différence du diplôme IBCLC ou DIULHAM ou d'associations mère à mère comportant un programme de formation interne.*

## Recommandations indicateur 6

9. Former chaque professionnel de santé en contact avec des femmes enceintes aux connaissances de base pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.
10. Porter à la connaissance de tous les professionnels de santé le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les inciter à être personnellement responsable de son application.
11. Afficher les « Dix conditions pour réussir son allaitement » dans les lieux publics accueillant des femmes enceintes et ainsi familiariser tout public avec les mesures clés.
12. Veiller à ce que le don de lait artificiel en maternité à un bébé allaité soit décidé en accord avec la mère, après l'évaluation l'allaitement et sur prescription médicale.
13. Donner des informations pratiques pour l'allaitement aux mères pendant les cours de préparation avant la naissance et plus de soutien lors de l'initiation de l'allaitement maternel.
14. Favoriser de bonnes relations et partenariats entre les professionnels de santé et les intervenants bénévoles et encourager la collaboration entre les services de maternité et les groupes de soutien aux mères.
15. Mutualiser et mieux mettre en valeur les bonnes initiatives des différents RSP en faveur de

l'allaitement.

16. Détailler et souligner les bénéfices de l'allaitement maternel pour l'enfant, la mère et la communauté dans le futur Plan national nutrition santé (PNNS 2017-2021), fixer des objectifs à atteindre pour les taux d'initiation et la durée de l'allaitement, et les évaluer par la suite.
17. Favoriser la présence de personnes spécialement formées comme des consultants en lactation IBCLC dans tous les services de maternité, avec des heures dédiées, et des consultations remboursées par la Sécurité Sociale en sortie de maternité.
18. Informer sur le lait maternel tiré et former le personnel de crèches (publiques ou privées) et de garderies ainsi que les assistants maternels pour les encourager à accepter du lait maternel tiré par la maman pour son bébé.
19. Rendre l'allaitement maternel visible pour que l'image du bébé allaité au sein et le geste d'allaiter deviennent familiers.
20. Recentrer la CoFAM sur son objectif premier : coordonner et redynamiser les acteurs qui interviennent en France en faveur de l'allaitement, nouer des liens avec les Réseaux de Santé en Périnatalité, intégrer des professionnels de santé à la réflexion sur la protection et la promotion de l'allaitement, activer les contacts avec les administrations et services.
21. Fixer comme objectif que tous les lieux que fréquentent la mère et son enfant (maternité, cabinets médicaux, PMI, services sociaux, crèches etc.) soient accueillant pour l'allaitement et respectueux du choix de la mère.

## Sources d'information indicateur 6


1. CIANE, Collectit interassociatif autour de la naissance https://ciane.net/ciane/ciane/
2. CoFAM, Coordination française pour l'allaitement maternel http://www.coordination-allaitement.org/
3. LLL France, La Leche League France https://www.lllfrance.org/
4. Solidarilait http://www.solidarilait.org/
5. Prall, Prall Programme Relais allaitement / ARPAL http://www.programmerelaisallaitement.fr/presentation/prall.php
6. Galactée http://www.galactee.org/ ; Marraines de lait http://marrainesdelait.com/ AREAM https://areamblog.wordpress.com/ ; Réseau pour l'allaitement LLL RpA http://lalecheleague.fr/ Materner avec un grand Aime https://associationmm78.wordpress.com/ ; Allaitement de jumeaux et plus http://allaitement-jumeaux.com/ ; ATUA https://www.allaitement-toutunart.org/
7. International Board of Lactation Consultant Examiners https://iblce.org/
8. ACLP, Association des Consultants en Lactation Professionnels IBCLC http://consultants-lactation.com/
9. AFCL, Association Française des Consultants en Lactation IBCLC http://consultants-lactation.org/
10. Association Doulas de France https://doulas.info/
11. Centre de Formation de l'Accompagnement Périnatal CeFAP https://www.formation-perinatalite.fr/
12. Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité FFRSP https://ffrsp.fr/
13. INSTRUCTION N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional (21 pages). http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=39846
14. Association « IHAB France » https://amis-des-bebes.fr/
15. PMI - Missions, organisation et fonctionnement des services départementaux de protection maternelle et infantile : Code de la santé publique, art. L. 2112-1 et s. et R. 2112-1 et s.
16. HAS https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes
17. Association des Lactariums de France ADLF http://association-des-lactariums-de-france.fr/ ; Lactarium Necker à Paris http://lactarium-idf.aphp.fr/
18. Pharmacies amies de l'allaitement https://vimeo.com/195590579
19. UFNAFAAM www.ufnafaam.org
20. Définition du métier d'assistant familial : Code de l'action sociale et des familles, art. L. 421-2

**- Exemple : Réseau OMBREL**

Le Réseau Ombrel de la métropole lilloise est à l'initiative de la formation de plus de 150 consultantes en lactation IBCLC dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. C'est dans le Nord qu'il y a la plus grande densité d'hôpitaux labellisés IHAB dont deux établissement de niveau III. Ceci explique peut être cela. Je veux croire aussi que LLL sème depuis 30 ans dans le Nord et que cette action de terrain n'est pas étrangère à la vitalité du département.

Ombrel a mis en place une permanence téléphonique gratuite pour les mères qui allaitent tous les soirs de 18 à 21 h, tenue par des professionnelles ayant un diplôme de spécialiste en allaitement (IBCLC ou DIULHAM). Les diverses associations sont vraiment partie prenante et ce n'est pas partout pareil. L'action de soutien de l'allaitement réalisé par Ombrel est très importante.

**- Témoignage du Réseau Naitre et Grandir en Languedoc-Roussillon (NGLR)**

http://www.nglr.fr/index.php/les-actions-naitre/allaitement-naitre

Un projet régional concernant l'allaitement

À la suite des travaux menés par la Commission Régionale de la Naissance du Languedoc-Roussillon (CRN-LR), le réseau Naître en Languedoc-Roussillon (NLR) a initié fin 2009 une action de coordination régionale sur l'allaitement maternel, en reprenant les axes prioritaires définis par le groupe de travail de la CRN-LR. Cette action a été initialement financée par le Groupement Régional de Santé Publique. Ce projet, coordonné jusqu'en 2016 par Danièle Bruguières, consultante en lactation IBCLC, l'est désormais par Sylvie Collatuzo-Salas, sage-femme, consultante en lactation et titulaire du DIU LHAM .

Les perspectives actuelles sont les suivantes :

Notre réseau est impliqué depuis de longues années dans la promotion de l'allaitement, avec le soutien de l'ARS (un 0,10 ETP de référente allaitement pour l'instant, en plus de l'investissement de la coordinatrice), mais c'est une des priorités du prochain PRS Plan régional de santé 2018 de l'Occitanie.

Des référentiels allaitement construits grâce aux professionnels de terrain ont été rédigés et sont à la disposition sur le site pour le public et les professionnels.

http://www.nglr.fr/referentiel-allaitement-maternel

Nous poursuivons les actions dans ce sens, en mettant l'accent sur "allaitement et bientraitance".

Nous souhaitons également mettre en avant le soutien de mères à mères PraLL, développer des réseaux territoriaux avec des référentes et dynamiser une coordination locale. Il y a donc deux axes pour l'avenir :

1. Investir dans la formation, tout comme un des 3 principes de l'IHAB; nous avons construit le cahier des charges des prochaines formations allaitement : il s'agit d'inviter à respecter le rythme neurophysiologique de la mère et de son enfant et de développer les actions de soutien à la parentalité autour de la bienveillance et bientraitance. Par ailleurs, quatre établissements sont en démarche IHAB, à des degrés variés : Perpignan CHU Notre-Dame ; Polyclinique Grand-Sud Nîmes ; Centre Hospitalier de Narbonne.
2. Le deuxième axe consiste à répertorier les personnes référentes allaitement pour créer un maillage territorial que les mères pourraient consulter.

Des modifications vont intervenir car le réseau NGLR se rapproche du réseau Matermip, et nous aurons à cœur de travailler et coordonner les actions autour de l'allaitement prioritaire pour le PRS comme déjà dit précédemment.

Sylvie Collatuzo-Salas, coordinatrice allaitement réseau NGLR

et Hélène Blard, coordinatrice médicale du réseau NGLR

**Témoignage du Réseau Périnatalité de Franche-Comté RPFC**

Les 4 flyers allaitement maternel (voir indicateur 7 annexe 7.3) que nous avons réalisés, émanent du Groupe Régional Allaitement Maternel que le RPFC a mis en place depuis 2009. Ce groupe réunit les professionnels de santé et les usagers (association) investis dans l'allaitement. La plupart des personnes sont formées en allaitement avec un diplôme d'IBCLC ou un DIU d'allaitement. A travers ce groupe régional, nous avons réalisé 2 enquêtes en 2008 et 2012 sur un état des lieux de l'allaitement maternel en Franche-Comté dans tous les services de maternité et de néonat (que vous pouvez consulter sur le site www.rpfc.fr). La démarche que nous avons menée pour mettre en place une politique Régionale d'Allaitement Maternel se trouve également sur : http://www.rpfc.fr/espacepro/?p=8196.

Actuellement, les flyers sont diffusés par tous les centres hospitaliers de Franche-Comté. Mais également par certains professionnels libéraux et associations. Ils sont distribués par le RPFC gratuitement à toutes les personnes ou organismes qui en font la demande. Ces flyers sont édités par le RPFC. A ce jour nous recevons une subvention ponctuelle de l'ARS pour l'organisation de la Semaine Mondiale Allaitement Maternel SMAM (3 journées « forum » sont organisées dans 3 départements de notre région). Cette subvention nous permet également de rééditer nos flyers sur l'allaitement maternel. Les 4 flyers sont téléchargeables sur le site du RPFC, gratuitement. La brochure sur les ressources en allaitement maternel est spécifique à notre région, elle est remise à jour une fois par an, afin de répondre au mieux aux demandes des mères.

Le Groupe Régional Allaitement Maternel se réunit 2 à 4 fois par an pour l'organisation de la SMAM, parfois pour un retour sur des cas cliniques et toutes autres axes d'amélioration dans notre prise en charge concernant l'allaitement maternel. Le but est de créer du lien entre nous afin d'optimiser nos prises en charge.

Nous organisons également des formations allaitement maternel niveau 1 sur 2 jours et niveau 2 avec des thèmes spécifiques. Ce sont des formations ouvertes à tous et toutes (même pour les personnes des associations). C'est un échange de professionnels travaillant dans des endroits différents à différents moments de la lactation. Soit au total déjà plus de 1000 personnes formées. Nous intervenons également dans les écoles pour les professionnels.

Plusieurs autres réseaux ont également réfléchi sur le sujet allaitement maternel. Le réseau OMBREL a créé cinq affiches sur le thème de l'allaitement, ainsi qu'un document sur le recueil de lait et l'entretien des tire-lait en néonatalogie (novembre 2013). Le réseau périnatal AURORE a créé une formation e-learning sur l'allaitement du prématuré et Fleur de lait (2015)…. Pour économiser de l'énergie et de l'argent pourquoi ne pas inclure différentes personnes de ces réseaux pour créer le Comité national d'allaitement ?

A travers des organismes comme la WBTi, il serait bien de constituer un groupe de travail pour créer le projet « Comité national d'allaitement » en y indiquant les objectifs et les actions qui en découlent, afin de le soumettre à une demande de financement au niveau national.

GARNIER Frédérique, Puéricultrice, Consultante en lactation IBCLC
Réseau Périnatalité de Franche-Comté

**Témoignage d'une doula**

Accompagnante à la naissance formée auprès du Docteur Michel Odent et de la Doula Liliana Lammers, fervents défenseurs de l'accouchement naturel et physiologique, et en phase d'être diplômée de l'Institut de formation Doulas de France, je porte une attention particulière au lien qui existe entre la qualité de l'accompagnement durant la grossesse avec le bon déroulement de l'accouchement et les débuts harmonieux de l'allaitement maternel.

Le moment de la naissance est « un temps critique » dans le sens où c'est une période courte et unique qui ne se reproduira jamais durant la vie de l'être humain concerné.

Dans le but de faciliter la mise en place de l'allaitement maternel et d'améliorer son accompagnement, il est primordial de comprendre l'importance du continuum hormonal,

physiologique et naturel qui existe entre la fin de la grossesse, l'accouchement et la mise en place de l'allaitement.

Aujourd'hui, à l'ère des césariennes faciles et de l'ocytocine synthétique, il est nécessaire d'envisager l'accompagnement périnatal non-médical comme une norme afin que l'accouchement en tant que tel et la manière dont les bébés humains sont mis au monde soient considérés comme une période clé dans la mise en place et la réussite du projet d'allaitement et ceci, quelle qu'en soit sa durée prévue.

Élodie Cussigh, doula, accompagnante à la naissance et conseillère en allaitement.
www.doula-mama.com

**Le bus PMI des Yvelines (78)**

Prêts à prendre la route dans leur bus aménagé aux couleurs du Département, le médecin, l'infirmière et le chauffeur recrutés par le service PMI des Yvelines sillonnent les routes de la campagne yvelinoise depuis janvier depuis 2017. Dans les deux cabines du véhicule, ils vont proposer des consultations de prévention gratuites pour les enfants de 0 à 6 ans dans 9 villes de la zone rurale.

Médecin et infirmière sont prêtes à proposer leurs consultations.
https://www.yvelines-infos.fr/un-bus-pmi-pour-9-communes-rurales/
https://www.youtube.com/watch?v=sjWM_WOXcCg

# Indicateur 7 : Appui en information

***Question clef :*** *Des stratégies complètes d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC) pour l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (allaitement et alimentation de complément) sont-elles mises en œuvre? (voir annexes 7.1 et 7.2)*

## Evaluation de la France

| *Notation de la France* | | | |
|---|---|---|---|
| **Critères** | √ **Cocher ce qui s'applique** | | |
| | Oui | Dans une certaine mesure | Non |
| 7.1) Il existe une stratégie nationale d'IEC pour améliorer l'ANJE, qui s'assure que toute information et matériels didactiques soient dénués d'influences commerciales / les conflits d'intérêt potentiels sont évités. | 2 | - | 0√ |
| 7.2a) Les systèmes de santé/nutrition nationaux incluent le conseil/ counselling individuel sur l'ANJE. | 1 | 0.5√ | 0 |
| 7.2b) Les systèmes de santé/nutrition nationaux incluent l'éducation et les services de conseil de groupe sur l'ANJE. | 1 | 0.5√ | 0 |
| 7.3) Le matériel didactique IEC sur l'ANJE est objectif, cohérent et conforme aux recommandations nationales et/ou internationales et inclut des informations sur les risques de l'alimentation artificielle. | 2 | 1√ | 0 |
| 7.4) Des programmes IEC (comme par exemple la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel SMAM) qui incluent l'ANJE sont mis en œuvre au niveau local et sont dénués d'influence commerciale. | 2√ | 1 | 0 |
| 7.5) Le matériel et les messages IEC incluent de l'information sur les risques de l'alimentation artificielle, conformes aux Directives OMS/FAO sur la préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons. [22] [9] | 2 | 0 | 0√ |

22

Pour s'assurer que les cliniciens et les autres professionnels de santé, travailleurs communautaires, familles, parents et autres personnes s'occupant des jeunes enfants, surtout les nourrissons à haut risque, reçoivent suffisamment d'information et de formation par des professionnels de santé, au moment opportun, sur la préparation conservation et

| Score total : | 4/10 |
|---|---|

## Constat pour la France

**- Gouvernement**

Le Guide de l'allaitement maternel de l'INPES est le seul document sur la gestion de l'allaitement édité par un service gouvernemental et distribué au niveau national. Le Gouvernement français ne diffuse aucune information sur l'allaitement ni spot via la télévision pour un message « allaitement et santé publique ».

**- Conseils départementaux, ARS, RSP**

En revanche, certains départements, ARS et Réseaux de santé en périnatalité ont des politiques de soutien à l'allaitement bien coordonnées et éditent des affiches, documents et brochures et organisent des formations :

- Réseau périnatal Val D'Oise RPVP (95) dispose de bons documents édités par le Conseil Départemental ;
- le Réseau Périnatalité Franche-Comté RPFC édite de belles affiches et flyers sur l'allaitement (annexe 7.3, voir aussi indicateur 6, annexe 6.2) ;
- le Réseau Ombrel lillois (59) est dans une dynamique soutenue pour favoriser l'allaitement, avec plusieurs établissements labellisés IHAB (Initiative Hôpitaux Amis des Bébés) et un maillage territorial par des groupes de soutien de mère à mère ;
- le Réseau de Périnatalité Eure et Seine Maritime est engagé activement dans l'accompagnement à l'allaitement, a édité un tableau des recommandations pour la conservation du lait maternel (à la maison et chez une assistante maternelle) et a obtenu le logo PNNS pour les lieux publics accueillant les mamans qui allaitent : « Là, Pause-Lait » (annexe 7.3) ;
- le Réseau Aurore a conçu un livret « Alimentation et fentes labio-palatines : Comment nourrir mon bébé » avec des images et informations pratiques.

Toutes ces initiatives ont vocation à être mutualisées et exploitées au sein de la Fédération des réseaux.

Malgré le non engagement du Gouvernement dans les informations sur l'allaitement, ces dernières ne manquent pas. Or, en l'absence de régulation ou de surveillance par le Gouvernement en ce qui concerne les informations sur l'allaitement, les fabricants de préparations pour nourrissons (PPN) et autres entreprises commerciales en fournissent également. Cela génère des conflits d'intérêt : les pressions financières et commerciales font passer l'intérêt public et la santé au deuxième plan (voir indicateur 3). Voir ci-après, rubrique « Préparer des PPN »

Parallèlement, des brochures, revues et guides de qualité sont édités par des associations ou organisations privées.

**- IPA CERDAM CEntre de Ressources Documentaires sur l'Allaitement Maternel**

L'association Information Pour l'Allaitement (IPA) a été fondée en mars 1996 pour la promotion de l'allaitement maternel auprès des professionnels. Un descriptif du travail effectué par l'IPA - Cerdam est publié en annexe 7.4.

**- La Leche League France (LLL France)**

---

manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons, afin de réduire les risques sanitaires au minimum ; sont informés sur le fait que les préparations pour nourrissons en poudre peuvent contenir des micro-organismes pathogènes et doivent être préparées et utilisées correctement ; et, lorsque nécessaire, que cette information soit partagée grâce à un message d'avertissement sur les étiquettes.

LLL France comptabilise en moyenne plus de 12 000 visites par jour sur son site. Voir les informations générales sur LLL France dans indicateur 6. Voici la liste des publications et documents conçus et diffusés par LLL France :

- Allaiter Aujourd'hui, revue pour les familles ;
- Les Dossiers de l'Allaitement, revue (version papier et numérique) pour les professionnels de santé, les animatrices LLL et toute personne accompagnant l'allaitement ;
- Hors séries sur les JIA, Journée Internationale de l'Allaitement (2011, 2013, 2016) faisant intervenir les meilleurs spécialistes qui présentent leurs travaux les plus récents. Prochaine JIA : vendredi 8 novembre 2019 ;
- Les Cahiers de l'allaitement (En maternité, A la maison, En néonatalogie) ;
- Des feuillets d'information thématiques et vidéos sur le site pour les parents ;
- Des bibliothèques dans chaque groupe : livres et revues sur la grossesse, la naissance, l'allaitement, le maternage, la place et le rôle du père, la parentalité… à disposition des parents lors des réunions ;
- Informations, documents et traductions téléchargeables gratuitement sur le site ;
- Feuillets pour les professionnels de santé ;
- Traduction et diffusion des publications de l'Academy of Breastfeeding Medecine http://www.bfmed.org/ ;
- Gestion de la page Facebook nationale https://www.facebook.com/groups/LLLfrance/ ;
- Présence de nombreuses antennes locales LLL France sur Facebook ;
- Le Coin du prescripteur (complilation d'articles sur allaitement et médicaments),
- Vente de livres, revues, porte-bébé et de blocs de feuillets pour expliquer l'utilisation du DAL (dispositif d'aide à la lactation), fiches des courbes de poids de l'OMS…

**- Magazines**

- Hotmilk http://www.hotmilkmagazine.com/
- Bébé au sein http://www.bebeausein.com/
- Grandir autrement http://www.grandirautrement.com/fr/

**- Blogs et newsletter et autres**

La vie associative et les réseaux sociaux (blog et newsletter etc.) sont très vivants en France, le partage de l'information et les échanges passent par ces canaux. Liste non exhaustive…

- Et si on parlait allaitement ? https://etsionparlaitallaitement.com/
- Newsletter de Claude Didierjean-Jouveau http://mailchi.mp/66f8c8eecc8c/newsletter-decembre-2017?e=2dbe4d15db
- Lactissima - à tire-d'ailes, http://www.lactissima.com/a-tire-d-ailes/
- Tétées entêtées, https://tetees-entetees.fr/
- Je suis une seinte, https://jesuisuneseinte.wordpress.com/
- Droit au soutien à l'allaitement, https://sites.google.com/site/droitausoutienpourlallaitement/
- Bébélait, allaitement sans frontières, http://bebelaitasf.canalblog.com/
- Près de bébé, http://presdebebe.over-blog.com/
- Seinbiose, http://seinbiose.fr/
- Dans les bras – maternage proximal, http://www.danslesbras.org/home
- Materner avec un grand Aime, http://mm-blog.forumactif.com/
- Blog allaitement, les belles histoires de l'allaitement | par Valérie - https://www.leblogallaitement.com/
- L'Allaitement Tout un Art, https://www.allaitement-toutunart.org/
- Allaiter à Paris http://www.allaiteraparis.fr/blog-allaiter-a-paris/
- https://syndromeneuroneunique.com/mon-allaitement

**- Evènements grand public** autour de l'allaitement qui ont lieu en France

- SMAM, organisée localement, conception de supports par la CoFAM, mais sans message ni implication gouvernementale (annexe 7.1)

- La Grande Tétée http://www.grandetetee.com/organisation/

**- Calendrier IBFAN**

Ce calendrier d'IBFAN (Baby Food Action Network), illustré par des photos d'allaitement dans toutes les cultures et toutes les situations, rend la pratique de donner le sein visible et familière. Acheter ou offrir un calendrier IBFAN est une façon de contrecarrer les calendriers publicitaires comportant des logos d'entreprises commerciales. L'impact des visuels dans la vie quotidienne est puissant, et dans la mesure où le calendrier est un objet qui nous accompagne au jour le jour, toute l'année, il contribue à modifier nos perceptions et à forger nos représentations et notre imaginaire dans lequel l'allaitement a sa place.

**- Allaiter en public**

Pour créer une société accueillante pour les femmes qui allaitent, il faut banaliser l'image de l'enfant au sein. La CoFAM a produit une série de clips « J'ai décidé d'allaiter » [6] que l'on peut diffuser et dont on peut s'inspirer pour produire d'autres films, spots, affiches, mettant en scène des femmes qui allaitent, leur famille, leurs amis.
Il est important de faire évoluer les mentalités et de permettre à des femmes qui occupent une fonction publique d'allaiter sur leur lieu de travail, comme la sénatrice australienne, Larissa Waters, le 9 mai 2017. Elle était précédée par une élue islandaise en octobre 2016.

**- Circulaires sur le lait maternel dans des lieux d'accueil collectif**

La reprise d'une activité professionnelle implique souvent une séparation de l'enfant, mais pas obligatoirement l'arrêt de l'allaitement ; on peut concilier allaitement et travail. Pour cela il est important que la personne qui garde l'enfant accepte le lait tiré de la maman. Aucune loi n'oblige les crèches à le faire, mais certaines villes ont édité des circulaires à cette fin. Exemples : Début 2002, la ville de Paris a édité une circulaire permettant d'accepter le lait maternel tiré. Une brochure informe sur les consignes à suivre. [7] Le Règlement de fonctionnement des établissements d'accueil collectif de la Ville de Bordeaux (2015) [7] stipule page 17 : « L'allaitement maternel est favorisé. Les mamans ont la possibilité de venir allaiter leur enfant ou d'amener du lait maternel, il sera consommé uniquement dans la journée. Le transport du lait sera assuré dans un contenant isotherme. » Marseille, Lille, Montigny le Bretonneux (78) etc ont aussi des circulaires dans ce sens.

**- Information sur l'alimentation avec des préparations pour nourrissons (PPN)**

Parmi les documents à faire connaître et à mettre à jour concernant l'ANJE, il est également important de diffuser des informations sur la préparation des biberons de PPN. Les Directives de l'OMS « Préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons » (2007) [9] sont la référence, elles stipulent de chauffer l'eau pour les biberons à au moins 70 degrés Celsius pour réduire les risques de contamination (page 12) puisque les préparations pour nourrissons PPN en poudre sont des produits industriels, sans garantie de stérilité, sujets à des accidents industriels. Conformément au Code OMS cette information devrait être donné aux professionnels de santé et aux parents. Les laits industriels, même en France, comportent des risques pour la santé du bébé.

L'actualité le prouve : Début décembre 2017, le site du Ministère des Solidarités et de la Santé annonce la contamination de laits infantiles en poudre par une Salmonella agona et le retrait massif de lots fabriqués par une entreprise française ainsi qu'un arrêt temporaire de fabrication. Une liste de laits artificiels alternatifs est proposée sur le site du ministère.[23]
Mais *aucune* information n'est publiée sur le site concernant la solution « allaitement » qu'on pourrait envisager lorsque

- la mère est en allaitement mixte : elle peut passer à un allaitement exclusif ;
- la mère a arrêté d'allaiter : elle peut engager une relactation.

[23] http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/retrait-et-rappel-de-laits-infantiles-1er-age-en-raison-d-une-possible

Il y a une absence complète du « réflexe allaitement », de penser à l'allaitement ou de le prendre en considération dans toutes les situations de la vie, dans des circonstances ordinaires et spécifiques (voir indicateur 9) où il peut constituer une solution.

**- Allaitement et prise de médicaments**

Le réseau Terappel réunit des experts issus des Centres Régionaux de Pharmacovigilance (CRPV) dont l'une des missions est l'évaluation des risques et de la sécurité des médicaments au cours de la grossesse et de l'allaitement. Il apporte une information gratuite et personnalisée quant aux choix thérapeutiques et renseigne sur la compatibilité des traitements avec l'allaitement.
Contact : centre.pharmacovigilance@chu-lyon.fr et 04 72 11 69 97.

## Insuffisances indicateur 7

1. Aucun message médiatique national d'information sur l'allaitement.
2. Aucune campagne nationale.
3. Le soutien et l'accompagnement à l'allaitement sont laissés aux initiatives personnels et des forces motrices qui se mobilisent dans les réseaux, pas toujours épaulées par leur pairs.
4. Absence du « réflexe allaitement » dans la conscience collective.
5. Le débat sur l'allaitement en public est laissé aux blogs.
6. Absence d'informations au grand public (y compris à destination des professionnels de santé) des risques de l'alimentation artificielle (préparations contaminées, dommages sur le tube digestif du bébé à court moyen et long terme, risques d'allergie, de problèmes respiratoires, de mort subite, d'obésité etc.).
7. Prise de conscience insuffisante concernant la balance des bénéfices/risques lorsqu'un complément de lait artificiel est proposé à un bébé allaité (en maternité, ou après par la sage-femme, la PMI, le pédiatre ou le médecin généraliste).

## Recommandations indicateur 7

1. Sensibiliser les collectivités territoriales aux enjeux de l'allaitement et les inciter à éditer des circulaires permettant l'acceptation du lait tiré dans les crèches et autres lieux de garde.
2. Diffuser des spots publicitaires ou clips vidéo avec des célébrités qui allaitent.
3. Création de chansons avec comme thème l'allaitement maternel
4. Organiser des débats télévisés sur l'allaitement maternel avec différents acteurs : consultants en lactation, généralistes, sages-femmes, pédiatres, parents, …
5. Concevoir une brochure sur l'allaitement pour les grands-parents afin qu'ils soutiennent mieux leurs enfants devenus parents.
6. Intégrer la thématique de l'allaitement dans un programme SVT au collège et lycée portant sur la physiologie du corps humain, la transformation du corps à l'adolescence, les diverses dimensions de la sexualité et de la procréation.
7. Monter une pièce de théâtre / un film qui présente l'allaitement. Il existe de bons exemples de pièces de théâtre pédagogiques pour les enfants. Sur le même modèle, on pourrait imaginer une pièce de théâtre qui présente la grossesse et l'allaitement aux enfants.
   - La MAIF a créé un spectacle éducatif qui s'adresse aux enfants dès 8 ans, présentant les risques et les dangers de la vie quotidienne dans la pièce *Complot dans l'dico* *https://www.prevention-maif.fr/complot-dans-ldico/*
   - Une autre série de petits spectacles, la *Collection d'Anastase*, alerte les enfants sur les dangers de la route et les initie à la sécurité routière. Auteur : Jacques Robin http://anastase.e-monsite.com/pages/le-theatre-d-anastase-recueil-de-pieces-de-theatre-pour-l-education-a-la-securite-routiere-des-enfants-et-des-adolescents.html

## Sources d'information indicateur 7

1. Le Guide de l'allaitement maternel (64 pages) publié et diffusé à partir de 2010 à 1.840.000 exemplaires papier. Version téléchargeable : http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1265
2. Programme national nutrition santé PNNS 2011-2015 http://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Les-objectifs-de-sante-publique
3. Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité FFRSP https://ffrsp.fr/
4. IPA Information pour l'Allaitement CERDAM Centre de Ressources Documentaires sur l'Allaitement Maternel https://info-allaitement.org/ **(**voir annexe 7.4)
5. LLL France La Leche League France https://www.lllfrance.org/
6. « J'ai décidé d'allaiter », clip vidéo de la CoFAM http://www.coordination-allaitement.org/index.php/nos-actions/nos-videos
7. Circulaire de la Ville de Paris https://www.paris.fr/services-et-infos-pratiques/famille-et-education/petite-enfance/petite-enfance-les-demarches-217#l-alimentation-dans-les-etablissements-d-accueil-de-la-petite-enfance_6
8. Règlement de fonctionnement des établissements d'accueil collectif de la Ville de Bordeaux (2015) www.bordeaux.fr/images/ebx/fr/.../945/5/.../reglement_fonctionn_creches2015.pdf
9. Préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons. Directives OMS/ FAO (2007). Version française sur: http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines_fr.pdf

## Annexe 7.1 SMAM

### Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM)

## Annexe 7.2 Actions

### Actions

#### 1) Un parcours à vélo pour porter le message de l'allaitement – et une vidéo

Je suis Natacha Hamann, présidente de l'association Bébélait Allaitement Sans Frontière (ASF), infirmière et maman d'un petit de 25 mois que j'allaite.
En octobre 2017, nous sommes partis avec le papa par le biais de notre association relier la

Vendée (85) à Menton (06) à vélo dans le but de communiquer sur les bienfaits de l'allaitement maternel pour la mère et l'enfant. Lors de ces 1000 km entre Les Sables d'Olonne et Salon en Provence, nous faisions des haltes et proposions un stand d'information à chaque fois sur l'allaitement et/ou la projection du film « La Voie Lactée » en partenariat avec Jupiter Film.

Bon nombre de professionnels : consultantes en lactation, sages-femmes - mairie-crèches-associations- Jupiter film- PMI ...nous suivaient à travers les départements et régions que nous traversions. Notre souhait était de promouvoir l'allaitement par un moyen de locomotion économique et écologique : le vélo.
http://bebelaitasf.canalblog.com/ et une video : https://youtu.be/6vcWpBUn4b0

Natacha, Michael et Alexis

**2) Le train Petite Enfance et Parentalité (1ère édition novembre 2017)**

**Le Train « Petite Enfance Parentalité » a fait un voyage à travers 14 villes et 13 régions durant le mois de novembre 2017 pour sensibiliser à l'éducation sans violence :** https://train-petite-enfance-parentalite.org/ **, avec un message sur l'allaitement :**

« Allaiter : Désir profond maternel ressenti en anté-, péri- ou post-natal, mais aussi, choix libre et possible, pendant la grossesse, quand il est éclairé ! Après la réflexion nourrie d'un désir de grossesse, conforté lors de la consultation pré-conceptionnelle et une fois que l'enfant attendu a pris corps au sein de sa maman, celle-ci peut bénéficier **d'un temps d'écoute et d'une information objective, claire, complète, loyale et transparente…**
Lors d'une consultation avec une sage-femme, formée à l'allaitement ou avec une consultante en lactation, la future maman reçoit les informations lui permettant de préciser son choix d'allaiter.
A l'issue de ce temps d'information et à l'écoute de son ressenti intérieur, de son désir naissant, des pulsions de ce corps portant la vie, ainsi que de son vécu de femme enceinte, de son histoire de jeune fille, de femme ou de maman déjà, la future maman, écoutée, entendue et soutenue par son accompagnant(e), aura la possibilité d'effectuer un choix libre, ressenti, consenti et éclairé pour décider d'allaiter son petit !
Un choix éclairé, après une information sans conflit ou lien d'intérêt, pour décider librement d'allaiter… »

Par Sabine Paysant, Sage-Femme Coordinatrice, Membre du bureau du Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF)

## Annexe 7.3 Visuels

### Affiches et documents

**- Là, Pause-Lait - découvert au sein du RSP Eure et Seine maritime à Rouen**

**- Affiches conçues par le Réseau périnatalité Franche-Comté RPFC**
http://www.rpfc.fr/espacepro/?p=6854

**- Brochure « allaitement » pour le père**
Ce que les hommes pensent de l'allaitement maternel. http://www.allaiter.ch/

**Affiche diffusée en Ecosse**
La différence entre le lait maternel et un PPN, en un coup d'œil, et neuf autres affiches à télécharger : http://www.healthscotland.com/documents/120.aspx

**Affiches d'une campagne canadienne**

« Les seins sont là pour allaiter, pas pour vendre des voitures. » Objectif : normaliser l'allaitement. Think normally = Ayez du bon sens. Les enfants ont besoin de manger – n'importe où, n'importe quand.
http://www.metronews.ca/news/winnipeg/2017/10/04/breasts-are-for-feeding-babies-not-selling-cars-campaign-aims-to-normalize-breastfeeding.html

**Créer un lien inter-générationnel**

Un livre pour les grands-parents pour accompagner leurs petits-enfants allaités et pour mieux aider leurs enfants devenus parents

Protéger, soutenir et encourager l'allaitement maternel

## Enquête WBTI France
## Rôle d'IPA vis-à-vis de l'information sur l'allaitement maternel

**1) Travail de recensement des informations pour la Newsletter qui relaie des informations**

- Recherches d'information sur diverses sources identifiées : sommaires des revues spécialisées sur l'allaitement maternel, newsletters reçues d'autres organismes, veille sur les réseaux sociaux, recherches sur PubMed…
- Sélection et rédaction d'articles de présentation des ressources sur le site d'IPA

La newsletter mensuelle relaie également des informations sur les événements autour de l'allaitement organisés pour les professionnels de santé : journées de formation, conférences, colloques, ateliers pratiques. Elle informe aussi sur les dernières acquisitions du Cerdam : derniers numéros des revues, nouveaux ouvrages, DVD...

**2) Actions en faveur de l'allaitement et leurs cibles**

http://info-allaitement.org/nous-connaitre/nos-actions/

Sélection et diffusion de l'information sur l'allaitement auprès :

- 1ère cible : des professionnels de santé (vocation première d'IPA), étudiants en santé, professionnels de la petite enfance, bénévoles d'association de soutien à l'allaitement
- 2ème cible, ou cible secondaire : des mamans et familles ou bénévoles d'associations de soutien (ponctuellement via les actions Pair'Allait' ou les réseaux sociaux Facebook et twitter)

La diffusion de l'information se fait par le biais de :

- la documentation (ressources du CERDAM, CEntre de Ressources Documentaires sur l'Allaitement Maternel : DVD, livres, revues, articles papiers et numériques) qui est disponible sous forme physique (documents disponibles dans les locaux, empruntables sur un mois par les adhérents, sur place ou à distance) ou informatisée (diffusion d'études scientifiques, de recommandations officielles et de quelques grandes questions d'actualités sur le site internet ainsi que sur Facebook, twitter et la newsletter) ;
- la formation continue des professionnels :
  - ateliers de 2h sur des thèmes spécifiques variés (abcès du sein, expression du lait, études de cas de consultations en lactation, ostéopathie et allaitement, rechercher de l'information sur l'allaitement, etc.)
  - formations sur une journées : à la demande pour les établissements ou les bénévoles d'association de soutien
  - formation lors d'une Journée Régionale de l'Allaitement maternel (environ 1 fois tous les 2 ou 3 ans) : la prochaine aura lieu le 5 octobre 2018 à Lyon.
- création et diffusion de supports d'information (dépliants, affiches…)
- tenue de stands d'information lors de journées de formation, et de conférences sur l'allaitement : communication sur IPA, les services du Cerdam et vente de supports d'information
- la formation des mamans : projet de santé publique Pair'Allait : formation des mamans par les pairs ; interventions d'information et d'écoute auprès du personnel de relais d'assistantes

maternelles ou des mamans ; animation faite par la chargée de projet d'IPA + un membre du CA, professionnel de santé.

- L'information des mamans se fait par lien indirect : des mamans consultent les articles du site internet ou des réseaux sociaux d'IPA de leur propre initiative. Ce sont des mamans en recherches d'informations validées scientifiquement.

  Lorsque des questions personnelles nous sont posées, nous orientons les mamans ou les familles vers les relais de soutien aux familles (associations de soutien à l'allaitement, conseillères LLL, répertoire de la COFAM, etc.)

**3) Rôle du centre de documentation**

http://info-allaitement.org/sinformer/service-documentation/

Les documentalistes du CEntre de Ressources Documentaires sur l'Allaitement Maternel d'IPA cherchent (action de veille) puis sélectionnent puis mettent en forme puis diffusent et mettent à disposition des actualités scientifiques sur l'allaitement maternel.

Le centre de documentation est sollicité par des étudiants et professionnels conseillers en lactation ou professionnels de santé. Les documentalistes répondent à leurs demandes de recherches documentaires afin de les aider dans la rédaction de leurs mémoires d'études ou dans l'étayage d'une bibliographie en vue d'une conférence, d'une consultation avec une situation spécifique etc.

Par ailleurs, les documentalistes rédigent et diffusent des articles sur le site internet, sur Facebook et twitter, ainsi qu'une newsletter (environ 1 fois par mois). L'information scientifique est ainsi mise en valeur et tenue à disposition grâce à :

- l'alimentation du centre de documentation (achats livres, DVD, abo revues spécialisées)
- l'alimentation du site internet et des réseaux sociaux
- la newsletter
- l'alimentation d'une base de données qui répertorie actuellement une partie de ce fonds documentaire papier et informatisé

De plus, si le centre de documentation guide les étudiants et professionnels dans leurs recherches bibliographique, il propose également des formations ponctuelles sur la méthodologie nécessaire à la recherche d'informations numériques sur l'allaitement.

**4) Rôle de conseil et liens avec les collèges professionnels**

- RISAM Réseau d'Information et de Soutien à l'Allaitement Maternel Rhône-Alpes (anciennement Coordination du Rhône pour l'Allaitement maternel)
- ateliers de cas cliniques
- réponse à des questions de cas pratiques par les membres du CA d'IPA

**5) Quel rôle IPA - ARS, quel agencement ? IPA national, ARS régionales.**

Les sollicitations d'IPA et du Centre documentaire dépassent le territoire d'implantation de l'association. En effet, les demandes d'information proviennent de toute la France. Via les outils de communication en ligne (site web, newsletters, service de recherche à distance, base de données accessible en ligne, réseaux sociaux), nous touchons toute personne intéressée par l'allaitement quel que soit son lieu de résidence.

L'ARS Auvergne Rhône-Alpes finance le développement du Cerdam de par son implantation dans la région : lieu d'accueil des usagers, du fonds documentaire du Cerdam et des participants aux ateliers.

# Indicateur 8 : Alimentation infantile et VIH

***Question clef:*** *Existe-t-il des politiques et programmes pour soutenir les mères VIH positives en matière de recommandations nationales sur l'alimentation infantile?*

## Evaluation de la France

| *Notation de la France* | | | |
|---|---|---|---|
| **Critères** | **Résultats** √ **Cocher ce qui convient** | | |
| | Oui | Dans une certaine mesure | Non |
| 8.1) Le pays dispose d'une politique cohérente et actualisée conforme aux directives internationales sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, qui inclut l'alimentation infantile et le VIH. | 2 | 1√ | 0 |
| 8.2) La politique sur l'alimentation infantile et le VIH respecte le Code international/ la législation nationale | 1 | 0.5√ | 0 |
| 8.3) Les professionnels de santé et les agents communautaires reçoivent une formation sur les politiques en matière de VIH et d'alimentation infantile, les risques liés aux différentes options d'alimentation des nourrissons nés de mères séropositives, et sur les manières de fournir du conseil (counselling) et du soutien. | 1√ | 0.5 | 0 |
| 8.4) Le counselling et le dépistage volontaire et confidentiel du VIH sont disponibles et systématiquement fournis aux couples envisageant une grossesse et aux femmes enceintes et leurs partenaires. | 1√ | 0.5 | 0 |
| 8.5) Le counselling en matière d'alimentation infantile conforme aux recommandations internationals et adapté au contexte local est dispensé aux mères séropositives. | 1√ | 0.5 | 0 |
| 8.6) Les mères sont soutenues dans la mise en œuvre des pratiques d'alimentation infantile recommandées au niveau national, avec d'avantage de conseil/counselling et de suivi, pour rendre la mise en œuvre de ces pratiques aussi faisable que possible. | 1√ | 0.5 | 0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8.7) Les mères séropositives allaitantes, et soutenues via l'approvisionnement d'ARV selon les recommandations nationales sont suivies et soutenues pour s'assurer de leur adhésion à la prise des ARV. | 1√ | 0.5 | 0 |
| 8.8) Au sein de la population générale, des efforts particuliers sont faits pour contrer la désinformation sur le VIH et l'alimentation infantile, et pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois et la poursuite de l'allaitement. | 1 | 0.5 | 0√ |
| 8.9) Un suivi continu est mis en place pour déterminer les impacts des interventions pour prévenir la transmission du VIH via l'allaitement sur les pratiques d'alimentation infantile et les conséquences globales sur la santé pour les mères et les nourrissons. | 1 | 0.5√ | 0 |
| **Score total :** | **7/10** | | |

## Constat pour la France

### 1- Informations du Dr Pierre Frange

Historiquement, lorsqu'il a été mis en évidence que le virus du VIH pouvait se transmettre par le lait maternel, l'allaitement maternel a été formellement contre-indiqué dans les pays du Nord comme du Sud.

Cependant, dans certains pays ou régions à ressources limitées, cette contre-indication absolue posait beaucoup de difficultés car elle nécessitait que les mères concernées puissent avoir un accès facile et peu coûteux au lait artificiel, ce qui n'était pas toujours le cas. D'autres "stratégies" ont donc été évaluées pour permettre à ces régions d'autoriser un allaitement maternel en minimisant le risque de transmission du VIH par l'allaitement.

Actuellement, il est recommandé, dans l'ensemble des pays (à haut ou faible niveau de ressources), que l'ensemble des personnes séropositives (dont les femmes enceintes) reçoive une multithérapie antirétrovirale à vie.

Il est également désormais établi que la poursuite d'un tel traitement, lorsqu'il est bien pris et efficace, diminue beaucoup le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel. L'OMS 2016 [1], [2] recommande donc actuellement que les pays/régions à ressources limitées proposent

- ou une alimentation artificielle exclusive
- ou un allaitement maternel (sous forme d'un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois, puis d'un allaitement maternel avec diversification alimentaire jusqu'à l'âge de 1 an), sous couvert de la poursuite d'une multithérapie maternelle tout au long de l'allaitement ainsi que d'une prophylaxie antirétrovirale au nourrisson pendant les 6 premières semaines de vie. [3].

La situation est très différente dans les pays développés car les femmes ont un accès facile et peu coûteux à une alimentation artificielle. Dans ces pays, on recommande une alimentation artificielle étant donné que :

1. même si le traitement antirétroviral de la mère diminue beaucoup le risque de transmission virale, ce risque n'est pas complètement nul ;
2. un allaitement maternel expose le nourrisson au traitement antirétroviral de sa mère, dont une partie passe dans le lait maternel, et donc potentiellement à un risque d'effets indésirables à court, moyen ou long terme.

Il a donc été proposé, en France comme dans tous les pays développés, de maintenir la contre-

indication formelle à l'allaitement maternel pour les femmes séropositives (voir page 34 des recommandations françaises [4]).

Pierre Frange, MD, PhD
Laboratoire de Microbiologie & Unité d'Immunologie, Hématologie et Rhumatologie pédiatriques
CHU Necker Enfants malades 149 rue de Sèvres 75015 Paris
& Equipe d'accueil 7327 "Infection à VIH, réservoirs, diversité génétique et résistance aux antirétroviraux" - Université Paris-Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris.

**2 - Informations de l'OMS**

L'OMS 2016 [2] fournit les informations reproduites ci-dessus, . Il y a une liste de questions – réponses. Le document référent WHO 2016 [1] sur VIH et l'alimentation de l'enfant ne mentionne pas les pays européens.

**3 - Informations en France – le Rapport Morlat (octobre 2017)**

En France, le Rapport Morlat 2017 [4] de même que le Projet PNNS 2017-2021 [5] déconseillent aux femmes séropositives pour le VIH d'allaiter leur enfant. La balance bénéfice risque étant défavorable à l'allaitement, la politique nationale en France a fixé cette ligne de conduite.

Le volet VIH n'est pas intégré dans le programme IHAB France non plus (voir indicateur 2, point 2.8). Chaque équipe de maternité accède aux demandes des mères concernées, car l'état d'esprit IHAB est d'écouter chaque mère et de s'adapter à ses besoins (exemple d'une mère d'origine africaine VIH+ repartant vivre quelques mois plus tard dans son pays d'origine...).

Le Rapport Morlat précise au sujet de l'allaitement (page 34 et page 35):

**«** L'allaitement artificiel reste toujours en 2017 la seule prévention totalement efficace de la transmission postnatale et ne pose pas de risque pour la santé de l'enfant dans les pays du Nord contrairement à ce qui est observé dans les pays aux ressources limitées. L'allaitement maternel reste donc contre-indiqué en France.
Malgré l'accumulation de données en Afrique sur le faible risque de transmission de l'allaitement sécurisé par les antirétroviraux (antirétroviraux chez la mère ou chez l'enfant pendant toute la durée de l'allaitement), le risque résiduel de transmission n'est pas nul. En effet, on ne peut exclure la persistance d'un risque résiduel de transmission à partir des cellules infectées qui sont présentes dans le lait des mères traitées, même dans les cas où la trithérapie permet un contrôle optimal de la virémie maternelle (van de Perre P, Sci Translat Med 2012). En conséquence, certains auteurs préconisent, parallèlement au traitement de la mère, une prophylaxie du nourrisson durant la durée de l'allaitement, mais l'efficacité de celui-ci n'a été démontré que chez les enfants allaités par des mères ayant interrompu le traitement antirétroviral. De plus l'innocuité du passage des antirétroviraux dans le lait maternel non établie (dans le cadre du cumul de toxicité d'une multithérapie maternelle et d'une prophylaxie antirétrovirale chez le nouveau-né) et le facteur de risque de transmission par le lait que constitueraient des difficultés d'observance chez la mère sont des arguments supplémentaires pour ne pas recommander actuellement cette double stratégie en France. »
Et plus loin page 35 :
« En cas d'allaitement maternel pratiqué malgré la contre-indication, même partiel, il est nécessaire de rechercher l'infection, y compris dans les 3 mois qui suivent l'arrêt définitif de l'allaitement. Si l'enfant a moins de 18 mois et que sa sérologie VIH est positive, une recherche de virus permettra de poser le diagnostic. Au contraire, si l'enfant a plus de 18 mois, un test sérologique sera suffisant pour affirmer ou infirmer l'infection. »

Il est également proposé d'offrir un l'accompagnement psychologique dont l'objectif est, entre autre, « d'informer précocement les parents sur l'absence de transmission du virus par les gestes et attitudes de la vie quotidienne ; Il faut rappeler que l'allaitement maternel est proscrit, en permettant à la mère d'exprimer sa frustration de ne pas pouvoir donner le sein. » (page 37)

En conclusion, *le groupe d'experts du Rapport Morlat recommande, à la page 43,* de maintenir la contre-indication de l'allaitement maternel en France (AI).

**4 - Interrogations – Dr Pierre Frange répond à nos questions**

- *Comment faire si une femme VIH séropositive désire donner son lait tiré et pasteurisé ? Peut-elle trouver du soutien ? Est-ce que vous avez des préconisations à donner à ces mères ? Par exemple comment pasteuriser à la maison par la méthode Holder par exemple : 30 minutes à 62,5 degrés. Est-ce qu'il y a un protocole ?*

A ma connaissance, il n'existe pas de protocole actuel de pasteurisation du lait maternel, permettant de valider l'innocuité d'une telle méthode pour supprimer le risque de transmission virale par le lait. Il faut également garder à l'esprit, qu'une des limites de l'allaitement maternel est le fait qu'une partie des antirétroviraux pris par la maman passent dans le lait maternel. Or, dans les pays où l'alimentation artificielle est accessible et peu onéreux, nous souhaitons minimiser l'exposition aux antirétroviraux des nourrissons, afin de les préserver de tout risque d'effets indésirables potentiels. Par ailleurs, nous ne disposons d'aucune donnée de tolérance pour beaucoup de "nouveaux" antirétroviraux en cas d'exposition des nourrissons. Il convient donc de rester très prudent sur ce sujet.

- *Est-qu'on peut envisager de nourrir les enfants de mères VIH positives avec du lait de lactarium ?*

Il n'existe pas de recommandations proposant du lait de lactarium aux nourrissons dont la mère est porteuse du virus du VIH. Le lait de lactarium provenant de "dons anonymes" est habituellement « réservé » aux grands prématurés car il diminue beaucoup le risque d'entérocolite.

- *Est-ce qu'il y a un risque à prendre en considération que la femme séropositive allaite clandestinement ?*

Oui, ce risque est à prendre en considération. Afin de minimiser autant que possible le risque d'allaitement maternel « caché », il faut toujours prendre le temps de discuter de ces sujets, idéalement avant l'accouchement, avec les futures mamans, en expliquant les raisons qui nous incitent à la prudence sur ces questions de l'allaitement.
Il faut également garder en tête que la situation la plus à risque de transmission du VIH par le lait est l'allaitement "mixte", à savoir l'alternance d'allaitement maternel et artificiel.

- *La dimension éthique : à quelle point faut-il évoquer la possibilité de l'alimentation de l'enfant, sans décider à la place de la mère ? [7]*

La question n'est pas de décider à la place de la mère, mais de l'informer en toute transparence des bénéfices et risques de chacune des "options" possibles (alimentation artificielle ou allaitement maternel).
Dans mon expérience de pédiatre de pays à haut niveau de ressource, une fois expliqué en détails que l'allaitement maternel comporte un risque (faible mais non nul) de transmission du VIH aux nourrissons et les expose à l'absorption des antirétroviraux de leur mère par le lait, la quasi-totalité des futures mamans choisit d'elle-même le recours à l'alimentation artificielle.

- *Que se passe-t-il si une migrante HIV +, séropositivité connue ou non, et qui allaite, arrive en France ? Est-ce qu'on l'oblige à sevrer à la découverte de sa séropositivité ?*

Il ne s'agit pas de "l'obliger" ou non. Par contre, elle est informée des risques de poursuivre l'allaitement, tant en terme de risque de transmission du virus par le lait (ce risque est d'autant plus grand si la migrante n'était pas traitée ou recevait un traitement partiellement efficace pour contrôler son infection) que de risque potentiel d'effets secondaires liés à l'exposition du nourrisson aux antirétroviraux de sa mère, absorbés par l'allaitement. Ces deux raisons incitent actuellement vivement à encourager le sevrage dans les pays occidentaux.

- *Comment sont accueillies, suivies les migrantes allaitantes VIH + ?*

Voir réponse ci-dessus. Il faut également garder à l'esprit que l'infection à VIH est souvent imparfaitement contrôlée lors de l'arrivée en France de certaines migrantes déjà traitées dans leur pays d'origine, ce qui augmente d'autant plus le risque de transmission virale via l'allaitement.

- *Est-ce que ce sont les mêmes recommandations pour la France métropolitaine et les DOM-TOM (DROM-COM-POM) ?*

Absolument - concernant l'allaitement, des recommandations similaires sont émises partout en Europe et dans les pays à haut niveau de ressources.

- *Existe-t-il des protocoles en France pour accompagner les mères qui souhaitent allaiter tout en étant VIH positives ? (tirer et pasteuriser leur lait etc.)*
  *Quand elles restent en France ?*
  *Quand elles repartent dans un pays où VIH est répandu et où on recommande l'allaitement ?*

Non il n'existe pas de tels protocoles puisque l'allaitement est vivement découragé dans tous les pays à haut niveau de ressources.

WBTi France tient à remercier le Dr Frange pour sa disponibilité.

## Recommandations indicateur 8

1. Créer une société où l'allaitement est valorisé, où le lait maternel est valorisé pour que les femmes qui ne peuvent pas allaiter (VIH etc.) ont à disposition du lait maternel de donneuses saines via les lactariums.
2. Importance de reconnaître le rôle des lactariums et les soutenir dans leur travail de collecte et de redistribution du lait maternel.
3. Augmenter la visibilité des lactariums, favoriser les dons de lait.
4. Donner un message national que l'allaitement compte, que le lait maternel compte.
5. Soutenir les femmes qui allaitent, le don de lait est conditionné par un allaitement qui se déroule bien.
6. Envisager un protocole pour les mères VIH qui donnent naissance à un enfant en France, mais qui (re)partent ensuite dans un pays où l'allaitement est recommandé dans leur cas précis.

## Sources d'information indicateur 8

1. WHO 2016 Updates on HIV and infant feeding. Guideline (68 pages). http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016/en/
2. OMS 2016 Informations en français en ligne (août 2016) http://www.who.int/features/qa/hiv-infant-feeding/fr/
3. WHO 2016 The Use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a Public Health Approach, Second Edition (480 pages). Voir les chapitres 4.4.7 « Infant prophylaxis » (pages 120-124) et 4.4.8 « Infant feeding in the context of HIV » (pages 125-127) de ces recommandations OMS 2016 http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/
4. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. Désir d'enfant et grossesse (octobre 2017). https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/
5. Projet PNNS 2017-2021 page 83 : « En outre, les contre-indications sont bien identifiées (par exemple, infection par le VIH … »

# Indicateur 9 : Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence

***Question Clef*** *: Existe-t-il des politiques et programmes appropriés pour s'assurer que les mères, les nourrissons et les jeunes enfants bénéficieront de protection et soutien appropriés pendant les situations d'urgence ? (Voir annexe 9)*

## Evaluation de la France

| *Notation de la France* | | | |
|---|---|---|---|
| **Critères** | **√ Cocher ce qui convient** | | |
| | Oui | Dans une certaine mesure | Non |
| 9.1) Le pays dispose d'une politique cohérente en matière d'ANJE qui inclut l'alimentation infantile dans les urgences et contient tous les éléments inclus dans le document « Directives opérationnelles sur l'ANJE dans les situations d'urgence » | 2 | 1 | 0√ |
| 9.2) La (les) personne(s) ou l'équipe chargée(s) de la responsabilité de la coordination nationale en matière d'ANJE dans les situations de crise avec tous les partenaires concernés, tels que l'ONU, les bailleurs de fond, les militaires, et les ONG, a (ont) été nommée(s). | 2 | 1 | 0√ |
| 9.3) Un plan de préparation aux urgences, basé sur les points pratiques des Directives opérationnelles, a été élaboré et mis en œuvre dans les situations de crise les plus récentes, et couvre :<br>a) des interventions de base et techniques pour créer un environnement favorable à l'allaitement, qui incluent le « counselling »/ conseil par des personnes formées de manière appropriée, le soutien à la relactation et à l'alimentation par une nourrice, et des espaces protégés pour l'allaitement.<br>b) Des mesures pour minimiser les risques de l'alimentation artificielle, qui incluent une prise de position officiellement approuvée sur l'évitement des dons de substituts de lait maternel de biberons et de tétines, ainsi que des procédures standards pour gérer les dons non sollicités, et pour gérer | 1<br><br>1 | 0.5<br><br>0.5 | 0√<br><br>0√ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| l'approvisionnement et l'utilisation de toute préparation pour nourrisson/ lait artificiel et substitut de lait maternel, en conformité avec des critères strictes, les Directives opérationnelles, et le Code international et résolutions ultérieures pertinentes de l'AMS. | | | |
| 9.4) Des ressoures ont été allouées pour la mise en œuvre du plan de préparation et de réponse dans les situations de crise. | 2 | 1 | 0√ |
| 9.5) a) Un matériel didactique approprié pour l'orientation et la formation sur l'ANJE dans les situations d'urgences a été intégré dans la formation initiale et la formation continue du personnel responsable de la gestion des situations de crise et du personnel de santé concerné.<br>b) L'orientation et la formation ont lieu selon le plan national de préparation et de réponse aux situations d'urgence. | 1<br>1 | 0.5<br>0.5 | 0√<br>0√ |
| **Score total :** | **0/10** | | |

## Constat pour la France

Dans un premier temps, quand on pense « crise et situation d'urgence » on a tendance à penser aux réfugiés et plus généralement aux personnes victimes des crises, et catastrophes naturelles.

Dans un deuxième temps, il faut prendre en considération les catastrophes naturelles et non naturelles de type accident nucléaire, attaque extérieure, terrorisme etc.

### 1 - Gestion de crise en France

Information publique en provenance du site
http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/securite-sanitaire/article/organisation-de-la-gestion-de-crise (17 décembre 2017)
L'activation du Centre de Crise Sanitaire (CCS) constitue l'élément-clé du dispositif de réponse de la Direction générale de la santé (DGS) à une crise sanitaire ou à impact sanitaire. Les missions du CCS sont les suivantes :

- pilotage des actions du secteur sanitaire,
- suivi et coordination de la gestion de crise en relation avec les ARS,
- déploiement de moyens humains,
- organisation et suivi du dispositif « santé ».

Ce niveau se caractérise par l'activation d'une cellule de gestion de crise opérationnelle 7jours / 7.

L'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures est cadrée par la circulaire du Premier Ministre en date du 2 janvier 2012 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures.

Rien de spécifique quant à l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants en situation d'urgence ANJE-U.

### 2 - Directives et documents utiles de l'OMS

L'OMS a élaboré des guidelines et des modules de formations pour les personnes intervenant dans des situations de crise auprès des mères et jeunes enfants.

Le document le plus récent est le « Update » de 2017 en anglais. Infant and young child feeding in Emergencies IFE. Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers. Version 3.0 (October 2017) Pas encore traduit en français.
http://www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017

A défaut d'autres textes en français, il existe l'ancienne version du Guide de 2007. Alimentation des nourrissons et des jeunes enfant dans les situations d'urgence ANJE-U. Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs de programmes. Version 2.1 (février 2007) http://files.ennonline.net/attachments/121/ops-guidance-french-sept-07.pdf

Des lignes directrices sur l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants en situation de transit ont aussi été développées en octobre 2015 en réponse à l'afflux de migrants en Europe: Guidelines on IYC Feeding in Transit, working document by UNICEF, UNHCR and Save the Children, document for refugees and migrants in Europe, October 2015.

Et le document suivant est toujours valable : Préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons. Directives OMS/ FAO (2007). Version française sur: http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines_fr.pdf

**3 - Le travail d'IBFAN-Gifa**

IBFAN-GIFA (International Baby Food Action Network – Geneva Infant Feeding) est le bureau de liaison international du réseau IBFAN. http://www.gifa.org/

Créé en 1979, IBFAN est constitué de plus de 270 membres institutionnels provenant de quelques 168 pays répartis dans le monde au sein de 8 régions. Ces groupes sont indépendants et travaillent en fonction des besoins nationaux. IBFAN-Gifa est engagé dans l'implémentation et le monitoring du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

A ce titre, IBFAN et Gifa éditent des documents en liaison avec la protection de l'allaitement : état des lieux du respect du Code dans le monde, plaidoyers politiques notamment pour le respect des Droits de l'enfant, information sur l'alimentation en situation de crise et d'urgence.

On trouve de nombreux documents utiles pour l'ANJE-U sur les pages

- http://ibfan.org/infant-feeding-in-emergencies
- http://www.gifa.org/international/situations-de-crise/
- IBFAN-GIFA http://www.gifa.org/wp-content/uploads/2014/02/Alimentation-infantile-situations-durgence-extra-info.pdf pour une fiche d'information IBFAN 2011 en français sur l'ANJE en situations d'urgence

**4 - Eau potable disponible ou pas**

« La disponibilité d'eau potable dans les camps de réfugiés en France ne change rien au fait que des bactéries potentiellement mortelles pour les nouveau-nés peuvent être présentes dans les préparations de lait infantile en poudre (comme l'Enterobacter sakazakii, qui peut causer une entérocolite nécrosante mortelle chez un nouveau-né). Ces bactéries sont présentes dans la préparation en poudre parce que la façon dont les laits infantiles sont produits ne permet pas de les éliminer, donc ces bactéries sont présentes dans le lait en poudre AVANT que la boite de lait en poudre soit ouverte. C'est la raison pour laquelle il est recommandé par l'OMS de préparer les biberons avec de l'eau chauffée au minimum à 70 degrés (pour détruire ces bactéries présentes dans le lait en poudre). Voir ce rapport :
http://nosobase.chulyon.fr/recommandations/invs/2006_infections_e_sakazakii_invs.pdf.

**5 - Information de l'ANSES**

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) précise : « Toutes les préparations en poudre destinées aux nourrissons ou aux jeunes enfants ou aux personnes âgées, y compris les préparations à des fins médicales spéciales, y compris les

additifs ajoutés à ces préparations sont des produits à risque. Seules les préparations liquides stériles sont des produits sûrs. »
https://www.anses.fr/en/system/files/MIC2000sa0003Fi.pdf.
Pour preuve, la contamination de plusieurs laits infantiles en poudre par une Salmonella agona début décembre 2017 en France, produit par un fabricant français. Des retraits massifs de boites de lait de différents types ont été organisés.
http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/contamination-a-salmonella-agona-de-jeunes-enfants-extension-des-mesures-de

**6 - L'allaitement en cas de crise en France ?**

Chaque pays est censé avoir un plan de réponse prêt, et ce plan de réponse devrait comprendre un volet nutrition infantile. D'après nos informations il n'y a pas un tel plan d'urgence ANJE en France.

Dans la mesure où la France n'a pas de politique nationale sur l'allaitement, elle n'a rien non plus sur l'allaitement dans les situations d'urgence. Mais c'est précisément dans les situations d'urgence qu'il s'agit de protéger les allaitements déjà en place, d'encourager, le cas échéant, des relactations, et de donner aux mères qui n'allaitent pas, les bonnes informations, pratiques et complètes, sur la préparation des biberons - dans tous les cas, il faut chauffer l'eau à 70 degrés pour reconstituer un lait infantile en poudre.

La perception générale est que l'allaitement dans cette situation n'est pas possible. Pour commencer, il faut contrecarrer les mythes qui circulent sur l'allaitement lors d'une catastrophe :

- le stress coupe le lait
- le lait n'est pas bon
- le lait artificiel est meilleur que le lait maternel
- la mère est fatiguée
- la mère a d'autres priorités
- la mère ne peut pas s'occuper de donner la tétée dans le contexte
- la mère est trop faible, trop émue, trop impactée pour allaiter…

Les femmes peuvent décider quand elles ont les informations, elles sont capables d'allaiter, si leur confiance en elle n'est pas détruite. Elles sont autonomes pour exprimer leurs besoins, mais elles ne parlent pas forcément la langue du pays pour le faire. Le don de lait en poudre à une femme qui allaite crée la confusion chez elle. Elle peut imaginer que le lait en poudre convient mieux. Or, c'est bien le contraire.

Le lait maternel constitue un aliment complet pour tout nourrisson jusqu'à 6 mois, et l'allaitement continue durant la diversification, nécessitant ni poudre de lait ni eau ni biberon et des moyens pour chauffer et nettoyer. Et c'est d'autant plus vrai en situation de crise.

L'allaitement permet l'indépendance de la mère, et bien souvent le moment de la tétée est un moment de répit pour la mère aussi – surtout s'il y a des « tentes pour maman et bébé » comme à Haïti en 2010. Les tentes maman-bébé proposent aux mères de trouver un moment de calme, dans un lieu protégé où elles peuvent durant un instant oublier l'environnement de détresse et le contexte angoissant après une catastrophe. Les intervenants dans les tentes proposent du soutien à l'allaitement ou à la relactation et informent sur l'alimentation de l'enfant. (voir annexe 9.2).

L'accompagnement à l'allaitement revêt aussi une fonction sociale, on prend le temps d'écouter et de communiquer avec la mère. C'est très différent de simplement lui proposer une boite de lait dans le centre de distribution. Témoignage sur le travail de Karleen Gribble (annexe 9.3).

**7 - Allaitement – un atout dans la crise**

https://www.gynger.fr/allaiter-dans-un-camp-de-refugies/ (pour les chapitre 5 et 6)
Portrait de Karleen Gribble, chercheuse australienne, formatrice et conseillère communautaire en allaitement, est spécialiste de la nutrition infantile dans les situations d'urgence. Son message se résume à **deux idées principales :**

1. Les dons de lait artificiel sont une catastrophe pour les bébés des mères migrantes parce qu'ils ont un effet délétère sur la poursuite de l'allaitement.
2. Le soutien à l'allaitement maternel est la mesure la plus protectrice.

Karleen Gribble résume le problème de la façon suivante :« *Les dons de lait artificiel et d'autres produits laitiers sont souvent la plus grande menace pour les nourrissons en situation d'urgence humanitaire. Ils constituent en situation d'urgence humanitaire un problème évitable qui compromet le bien-être de tous les nourrissons. De tels dons dépassent souvent en quantité ce qui est nécessaire, ils sont d'un mauvais type, livrés au mauvais endroit, étiquetés dans une mauvaise langue, distribués sans discrimination aux personnes en charge de nourrissons, que ces derniers soient allaités ou nourris au lait artificiel, et donnés sans les autres ressources nécessaires, ce qui entraîne une augmentation de la morbidité et de la mortalité des nourrissons*. »

**8 - Problème de l'afflux de lait en poudre**

Les boîtes de lait arrivent massivement sur les zones de regroupement de réfugiés (photo ci-dessous) et sont distribuées sans distinction aux familles, qu'il s'agisse de mères qui allaitent ou non. Photo de Karleen Gribble quand elle était en Grèce.

**9 - Situation sur le terrain**

- **GSF, Mission Camps de Réfugiés-Migrants du Nord & Pas-de-Calais**

Depuis le 15 novembre 2015, GSF intervient sur les 8 camps de migrants du Nord-Pas-de-Calais avec un Dispensaire Mobile de Gynécologie Obstétrique. Suivez cette mission sur cette page. Cliquez sur les liens ci-dessous pour plus amples informations sur cette mission.
https://gynsf.org/mission-camps-de-refugies-migrants-du-nord-pas-de-calais/

- **Le rôle des banques alimentaires**

Il convient de maintenir et protéger les allaitements en place, et au lieu de donner des préparations pour nourrisson, proposer une ration calorique supplémentaire à la mère qui allaite. Conjointement avec les banques alimentaires, c'est un message à partager.

- **Birth Hub**

Site pour doulas et conseillères allaitement anglais. Informations selon les commentaires personnels (mars 2017) : Le camp de réfugiés à Grande Synthe en France n'a pas de plan ANJE «en situation d'urgence ». Les responsables du camp suivent les guidelines de nutrition habituels

français. Il n'y a pas d'accompagnement qualifié pour l'allaitement, pas d'IBCLC pour aider dans des situations plus complexes.

Des donations de PPN et de laits de suite sont réceptionnées dans le camp. Les biberons sont le mode recommandé pour administrer les PPN. Le Birth Hub a formé quelques femmes volontaires au Centre des Femmes. Mais les volontaires changent tout le temps.

**10 - Exemples d'actions**

- **« Baby tents » après le tremblement de terre à Haiti en 2010**

Les tentes maman-bébé proposent aux mères de trouver un moment de calme, dans un lieu protégé où elles peuvent durant un instant oublier l'environnement de détresse et le contexte angoissant après une catastrophe. Les intervenants dans les tentes proposent du soutien à l'allaitement ou à la relactation et informent sur l'alimentation des enfants en général. Voir témoignage en annexe 9.2.

- **CoFAM - groupe de travail précarité**

La Coordination française pour l'allaitement maternel est investie dans la thématique allaitement et précarité par le travail de terrain de sa présidente, Aurélie Serry, et le groupe de travail « précarité » au sein de la Coordination.

- **Thématique SMAM 2009**

« La semaine mondiale de l'allaitement maternel qui se déroule du 12 au 18 Octobre 2009 vient rappeler la ressource inestimable du sein maternel notamment dans les situations de crise ou d'urgence. Avec pour thème "l'Allaitement Maternel, une réponse vitale en situation d'urgence" la campagne de sensibilisation initiée par l'Alliance Mondiale pour l'Allaitement Maternel (WABA) sera reprise par les maternités et les hôpitaux pédiatriques des CHU.... »
https://www.reseau-chu.org/article/lallaitement-maternel-un-atout-en-situation-de-crise/

**11 - Documents et supports de formation**

Les modules de formation élaborés par plusieurs organisations sous l'égide de l'ENN [12] sont gratuitement à disposition et permettent de fédérer les intervenants sur le terrain avec un même discours clair et cohérent sur l'ANJE-U. La Directive Opérationnelle de l'ONU de 2017 est un texte de référence concis et précieux, malheureusement pas encore traduit en français (on a seulement l'édition française de 2007 à disposition). Les documents de l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) peuvent être transposés dans un contexte français. Ils s'adressent aux professionnels de santé et sont concrètement inspirés par le contexte de survenues de catastrophes et d'incidents de terrorisme.

## Insuffisances indicateur 9

1. *La France ne dispose pas d'un programme ANJE en situation d'urgence.*
2. *Absence de message valorisant l'allaitement, donc souvent absence d'accompagnement de l'allaitement dans les situations d'urgence (ouragan, camp de migration…)*
3. *Selon les témoignages, la situation dans les camps de réfugiés dans le nord de la France est alarmante en ce qui concerne la non prise en compte de l'allaitement.*
4. *Même si des bénévoles sont formés en allaitement, il y a une telle rotation qu'il est difficile de monter un projet de soutien solide.*
5. *Absence d'encadrement des distributions de PPN et laits de suite donnés sans discernement à toutes les mères, qu'elles allaitent ou pas.*
6. *Manque d'écoute par rapport aux besoins des mères.*
7. *Méconnaissance des techniques de relactation qui pourraient aider les mères qui ont sevré leur enfant.*

8. *Les personnes intervenant dans les camps de réfugiés en France métropolitaines (exemples de Calais et de Dunkerque) ne prennent pas toujours en compte l'importance et les enjeux de l'allaitement, par manque de formation ou par manque de référence personnelle.*
9. *Problèmes de communication / de langue pour travailler conjointement entre les différentes associations humanitaires sur le terrain.*
10. *Absence de coordination et de synergies entre les bénévoles des différents horizons.*
11. *Pas directives claires ce qui aboutit à des conflits entre appliquer des normes OMS (chauffer l'eau à 70 degrés pour préparer un biberons) et se conformer aux consignes propres à la France (utiliser l'eau du robinet et chauffer le biberon au bain-marie)*
12. *Risque de marketing opportuniste et de publicité abusive de la part des grandes firmes via les produits distribués.*

## Recommandations indicateur 9

1. Protéger l'allaitement en situation d'urgence (catastrophes, crises, migration etc.) car c'est un atout pour la santé. De bons documents d'information et des modules de formation existent, les responsables des cellules de crise peuvent s'en inspirer.
2. Intégrer une stratégie Alimentation du nourrisson et du jeune enfant ANJE dans le protocole national pour la gestion des crises.
3. Organiser des modules de formation IFE / ANJE-U à destinations des intervenants professionnels et / ou associatifs dans les situations d'urgence (catastrophe, crise, camp de migration), et aussi à destination du personnel des institutions, réservistes, responsables de mission etc.
4. Expliquer la valeur de l'allaitement et pourquoi le maintenir et l'encourager.
5. Partager avec les intervenants les connaissances de base en accompagnement allaitement, soutien pour les mères et leurs jeunes enfants en situation de crise.
6. Editer un feuillet d'information (2 pages) pour les professionnels, sur le modèle de l'Académie Américaine de Pédiatre INFANT FEEDING IN DISASTERS AND EMERGENCIES Breastfeeding and Other Options. AAP 2015 https://www.aap.org/.../aap.../Breastfeeding/.../InfantNutritionDisas...
7. Diffuser les documents d'information aux médias pour les sensibiliser aux enjeux de l'allaitement dans un contexte de crise. [14]
8. Diffuser les documents IFE 2017 (en anglais pour le moment) auprès des associations et des professionnels travaillant avec les familles en grande précarité. A défaut, utiliser le document ANJE-U en français de 2007.
9. Mentionner dans les formations allaitement qu'il existe un volet « allaitement en situation d'urgence » afin d'informer et de sensibiliser les acteurs.
10. Les mères qui allaitent leurs bébés doivent recevoir un soutien et une assistance pratique pour continuer, elles ne devraient pas recevoir au hasard des substituts du lait maternel et du lait en poudre.
11. Mettre à disposition un lieu où les mères peuvent s'entraider et se soutenir pour continuer à prendre soin de leurs bébés et les allaiter.
12. Les mères qui ont sevré leurs bébés devraient être encouragées à reprendre l'allaitement
13. Proposer que des produits génériques - PPN, laits de suites et autres aliments infantiles ne devraient pas être l'apanage d'une marque. L'intervention humanitaire ne doit pas se transformer en vitrine publicitaire (voir la photo ci-dessus).
14. Si des PPN sont données, il faut les accompagner d'une information claire concernant leur préparation, dans la langue de la mère.
15. Pour des raisons d'hygiène et de facilité de nettoyage, privilégier l'utilisation de gobelets ou tasses plutôt que de biberons.
16. Traduire et diffuser recommandations de l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP).

## Sources d'information indicateur 9


1. Infant and young child feeding in Emergencies IFE. Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers. Version 3.0 (October 2017) Pas encore traduit, rend caduque la version française de 2007. http://www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017
2. Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence ANJE-U. Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs de programmes. Version 2.1 (février 2007) Seul document en français actuellement disponible. Voir l'édition mise à jour en 2017 en anglais. http://files.ennonline.net/attachments/121/ops-guidance-french-sept-07.pdf
3. Baby Friendly Spaces. Holistic Approach for Pregnant, Lactating Women and their very young children in Emergency. ACF Manual 2014 (192 pages) Action Contre la Faim international, Directives sur l'allaitement / IFE (Espace accueillant mères et enfants) http://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/ACF_Baby_Friendly_Spaces_Dec_2014.pdf
4. Ensuring the Health of Children in Disasters. Policy Stagement (13 pages), in Pediatrics, November 2015, Vol 136 / ISSUE 5 http://pediatrics.aappublications.org/content/136/5/e1407
5. The Pediatrician and Disaster Preparedness (8 pages), in Pediatrics, February 2006, Vol 117, ISSUE 2 http://pediatrics.aappublications.org/content/117/2/560
6. Modules de formation 1 & 2 (2006) , traduction française disponible avec cd-rom (2007). http://www.ennonline.net/ifemodules1and2evaluation
7. Guide pour les médias sur l'ANJE-U, alimentation en situation d'urgence http://files.ennonline.net/attachments/952/ife-media-guide-french(1).pdf
8. Message clefs pour les mères sur l'ANJE-U, alimentation en situation d'urgence, en français http://www.ennonline.net/ifekeymessagesmothers
9. Rapport IBFAN sur la situation de l'alimentation infantile et des jeunes enfants en France soumis au Comité des Droits de l'enfant 2016, en anglais. http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/FRA/INT_CRC_NGO_FRA_22504_E.pdf
10. ACF international – Action Contre la Faim http://www.actionagainsthunger.org/
11. The Birth Hub https://thebirthhub.co.uk/2017/03/02/midwives-dunkirk-refugee-camp-refuse-follow-international-best-practice
12. ENN Emergency Nutrition Network http://www.ennonline.net/
13. GSF Gynécologues sans Frontières https://gynsf.org/
14. Reportage sur les camps de Calais et Grande-Synthe, du 5 au 7 octobre 2016. Interview du Dr Richard Matis, gynécologue-obstétricien et vice-président de Gynécologie sans Frontières, les 13 avril et 18 octobre 2016. Médecins du monde. https://destinationsante.com/calais-grande-synthe-lobstetrique-simplante-coute-coute.html
15. Témoignages personnels d'Aurélie Serry (Présidente de la CoFAM, IBCLC, DU "Santé, précarité".) et de Rebecca Norton (IBCLC, IBFAN-Gifa), de Sophie Messenger et de Maddie McMahon.
16. Dossier SMAM 2009. L'allaitement : une réponse vitale en situation d'urgence. Etes-vous prêts ? http://www.worldbreastfeedingweek.net/wbw2009/images/french_2009actionfolder.
17. Haiti 2010 : Tentes pour bébé - Témoignage. Par Thomas Nybo https://www.unicef.org/french/emergencies/haiti_52797.html
18. Model joint statement on IFE (en anglais) http://www.ennonline.net/modelifejointstatement

## Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence -

### Critères pour des politiques et programmes appropriés en matière de préparation et réponse dans les situations d'urgence au niveau national

**1) Le pays dispose d'une politique cohérente en matière d'ANJE qui inclut l'alimentation infantile dans les urgences et contient tous les éléments inclus dans le document**

**« Directives opérationnelles sur l'ANJE dans les situations d'urgence »**

Les points clefs qu'il faut inclure dans une politique nationale sont cités dans [1] et [2].

**Points clefs des Directives Opérationnelles** (voir texte en entier pour plus de détail) :

1. Le soutien approprié et coordonné de l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants dans les situations d'urgence permet de sauver des vies.
2. Chaque institution devrait formuler une politique relative à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence. Cette politique devrait être largement diffusée à l'ensemble du personnel, les procédures de l'institution devraient être adaptées en conséquence et la mise en œuvre de la politique renforcée (Section 1).
3. Les institutions doivent assurer la formation et l'orientation de leur personnel technique et non technique, en utilisant le matériel de formation disponible (Section 2).
4. Dans l'approche concertée du comité permanent inter agence (IASC) des Nations Unies pour les questions humanitaires, l'UNICEF est naturellement dévolue à la coordination de la politique relative à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants en cas d'urgence. Les autres agences onusiennes et les ONGs ont néanmoins un rôle à jouer en collaboration étroite avec les gouvernements (Section 3).
5. Il importe d'intégrer la collecte d'informations pertinentes sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants aux procédures rapides d'évaluation routinière. Si cela s'avère nécessaire, pourra être faite une évaluation plus systématique en utilisant les méthodes recommandées (Section 4).
6. Des mesures simples doivent être mises en place pour veiller à ce que les besoins des mères et des nourrissons soient pris en charge au cours des premières phases d'une situation d'urgence. Dès le début également, il faut soutenir les professionnels de santé et les personnes ayant des besoins particuliers tels les orphelins et les enfants non accompagnés (Section 5).
7. Il faut intégrer le soutien à l'allaitement et à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants aux autres services fournis aux mères, aux nourrissons et aux jeunes enfants (Section 5).
8. Des aliments adaptés aux besoins nutritionnels des nourrissons plus âgés et des jeunes enfants doivent être inclus dans la ration générale des populations qui dépendent de l'aide alimentaire (Section 5).
9. Il faut s'abstenir d'accepter les dons (gratuits ou subventionnés) de substituts du lait maternel. Il faut refuser les biberons et les tétines dans les situations d'urgence. Tout don bien intentionné mais inopportun de substituts de lait maternel, de biberons et de tétines devrait

être placé sous le contrôle d'un seul organisme désigné (Section 6).

10. La décision d'accepter ou de se procurer des substituts de lait maternel dans une situation d'urgence, de même que celle d'utiliser ou de distribuer ceux-ci doit revenir à du personnel technique informé, être basé sur des critères stricts, en collaboration avec l'organisation coordinatrice et les organisations concernées.
11. Les substituts du lait maternel, les autres laits, les biberons et les tétines ne devraient jamais faire l'objet d'une distribution générale. Les substituts de lait maternels et les autres laits ne doivent être distribués que conformément à des critères stricts reconnus et fournis uniquement aux mères et donneurs de soins
    pour les nourrissons qui en ont besoin. Il faut éviter activement l'utilisation de biberons et de tétines dans les contextes d'urgence (Section 6).

**2) La (les) personne(s) ou l'équipe chargée(s) de la responsabilité de la coordination nationale en matière d'ANJE dans les situations de crise avec tous les partenaires concernés, tels que l'ONU, les bailleurs de fond, les militaires, et les ONG, a (ont) été nommée(s).**

Les responsabilités doivent inclure :

- L'élaboration d'un plan d'action national sur la base de la politique nationale existante et des Directives opérationnelles sur l'ANJE
- La Représentation du gouvernement national pendant la réponse humanitaire pour les activités de coordination suivantes: élaboration de politique; coordination entre les secteurs; élaboration d'un plan d'action qui identifie les responsabilités des différentes organisations et les mécanismes pour les rendre redevables de leurs actions ; diffusion de la politique et du plan d'action aux acteurs opérationnels et non opérationnels, y compris aux bailleurs de fond ; suivi de la mise en œuvre de la politique.
- Implication des communautés affectées dans le processus de planification.

**3) Un plan d'action pour la préparation et la réponse aux situations d'urgence, basé sur les points pratiques des Directives opérationnelles, a été élaboré et mis en œuvre dans les situations de crise les plus récentes, et couvre:**

- des interventions de base et techniques pour créer un environnement favorable à l'allaitement, qui incluent le « counselling »/ conseil par des personnes formées de manière appropriée, le soutien à la relactation et à l'alimentation par une nourrice, et des espaces protégés pour l'allaitement.
- Des mesures pour minimiser les risques de l'alimentation artificielle, qui incluent une prise de position / statement officiellement approuvée sur l'évitement des dons de substituts de lait maternel de biberons et de tétines, ainsi que des procédures standards pour gérer les dons non sollicités, et pour gérer l'approvisionnement et l'utilisation de toute préparation pour nourrisson/ lait artificiel et substitut de lait maternel, en conformité avec des critères strictes, les Directives opérationnelles, et le Code international et résolutions ultérieures pertinentes de l'AMS.

Ce plan devrait inclure ce qui suit dans une urgence :

- Afin de déterminer les priorités d'action et de réponse, l'évaluation et le suivi régulier des activités doit inclure la collecte de données désagrégées par âge et des données sur les pratiques et le soutien de l'ANJE.
- La mise en place des conditions nécessaires pour favoriser l'allaitement précoce, exclusif et continué, ainsi que l'alimentation de complément approprié (y compris des mesures simples et le soutien pour toutes les mères et les personnes qui s'occupent des nourrissons et jeunes enfants (caregivers), des interventions de base et techniques pour les mères/ caregivers ayant des difficultés avec l'alimentation, la relactation, et l'alimentation par une nourrice).
- Des directives conformes au Code international et aux résolutions ultérieures pertinentes de l'AMS en matière d'approvisionnement, gestion, distribution et utilisation appropriés des substituts du lait maternel, autres laits, biberons et tétines ; le respect de ces directives devra être surveillé / suivi et appliqué.
- Des données récentes sur les groupes d'experts en matière d'ANJE au niveau national, pouvant être consultées dans une situation d'urgence

**4) Des ressources ont été allouées pour la mise en œuvre du plan de préparation et de réponse dans les situations de crise.**

Vérifier si les actions de préparation ont bien été mis en œuvre (élaboration d'une politique, identification d'un/une personne ou institution pour la coordination ; orientation et formation), et avec quel financement ; vérifier si les fonds ont bien été mis de côté pour une situation d'urgence potentielle, et si une urgence a eu lieu, si des fonds, et lesquels, ont été alloués pour l'ANJE.

**5) Du matériel didactique approprié pour l'orientation et la formation sur l'ANJE dans les situations de crise a été intégré dans la formation initiale et la formation continue du personnel responsable de la gestion des situations d'urgence et du personnel de santé concerné.**

Le matériel didactique de formation comprend :

- Des politiques et des directives sur le sujet de l'ANJE dans les situations d'urgence
- Des connaissances et compétences pour soutenir les personnes s'occupant des nourrissons et des jeunes enfants (caregiveres) en matière d'alimentation dans les circonstances spéciales des urgences

A noter que : une information de base devrait être offerte à toutes les personnes impliquées dans le travail humanitaire, y compris celles et ceux responsables de l'élaboration de politiques, les décideurs, le personnel des organisations humanitaires (au niveau du siège, régional, desk, terrain), et les experts nationaux sur le sujet de l'allaitement maternel.

**Du matériel didactique de formation utile pour l'orientation inclut :**

Core group in Infant feeding in Emergencies, Module 1, Orientation Package on IFE, v2.1, 2010. English. http://www.ennonline.net/ife/orientation (non disponible en français)

- Cette trousse de ressources aide à l'orientation sur l'ANJE dans les situations d'urgence. Ces ressources sont destinées au personnel humanitaire, aux gestionnaires de programme et au personnel technique impliqué dans le planning et la réponse aux urgences, au niveau national et internationale

- Cette trousse d'orientation est une remise à jour du Module 1 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, un document imprimé en 2001, et basé sur les directives opérationnelles. Cette trousse soutient le contenu du Module 17 cluster HTP (Harmonized Trainin Package) sur l'alimentation infantile et des jeunes enfants dans les situations d'urgence, v2.0. 2010 (en anglais seulement)
- Ce package ou trousse d'orientation comprend des lessons électroniques (e-learning), des ressources pour la formation, des notes techniques, des ressources clefs, et un guide pour l'évaluation.

**Pour la formation technique :**

- Alimentation infantile dans les situations d'urgence. Module 2. Pour le personnel de santé et de nutrition, v1.1, 2007. http://files.ennonline.net/attachments/149/module-2-v1-1-combined-french.pdf
- Intégration du soutien à l'ANJE au sein de la PCMA, version française, 2009 http://files.ennonline.net/attachments/1351/guide-integration-du-soutien-anje-jan2010.pdf
- IASC Nutrition. Harmonized Training Package, Cluster Module 17 on Infant and young child feeding in emergencies. http://www.ennonline.net/resources/761 (ressource en anglais seulement)

Pour d'autres sources de matériel didactique utile pour la formation, voir le site web du ENN Emergency Nutrition Network.

# Indicateur 10 : Système de suivi et d'évaluation

***Question clef :*** *Existe-t-il des systèmes de suivi et d'évaluation pour la collecte, l'analyse et l'utilisation systématiques de données pour améliorer les pratiques d'ANJE?*

## Evaluation de la France

| *Notation de la France* | | | |
|---|---|---|---|
| **Critères** | **Notation** ✓ **Cocher ce qui convient** | | |
| | Oui | Dans une certaine mesure | Non |
| 10.1) Les composantes de suivi et d'évaluation ont été intégrées dans les principales activités des programmes ANJE. | *2* | *1√* | *0* |
| 10.2) Les données/ l'information sur les progrès en matière de mise en œuvre de programme ANJE sont utilisées par les responsables de programme pour guider la planification et les décisions en matière de répartition des ressources. | *2* | *1√* | *0* |
| 10.3) Les données sur les progrès en matière de mise en œuvre des activités des programmes sur l'ANJE sont collectées de manière régulière au niveau national et sous-national (régional ou autre). | *2* | *1√* | *0* |
| 10.4) Les données/ l'information relative(s) aux progrès des programmes ANJE sont partagés avec les principaux décideurs. | *2* | *1√* | *0* |
| 10.5) Le suivi des pratiques de l'ANJE est intégré au sein du système national de surveillance, et/ou le système d'information sanitaire, ou les enquêtes nationales de santé. | *2* | *1√* | *0* |
| **Score total :** | **5/10** | | |

## Constat pour la France

**Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)**
Les missions DREES sont les suivantes (selon page d'accueil du site [1] ):

- Concevoir l'appareil statistique et organiser la collecte, l'exploitation et la diffusion des statistiques dans les domaines sanitaire et social ;
- Effectuer des travaux de synthèse, réaliser des études et des projections, coordonner les études menées par les services des ministères ou les organismes placés sous leur tutelle ;
- Promouvoir l'évaluation des résultats et des impacts sociaux et économiques des politiques publiques portées par les ministères sociaux ;

- Orienter la politique de recherche, en liaison avec le ministère chargé de la recherche et les autres organismes spécialisés dans ce domaine, et concourir au développement des travaux de recherche et à leur valorisation ;
- Diffuser et publier les travaux dont elle assure la réalisation ou la coordination. »

« La Direction générale de la santé (DGS) souhaite faciliter leur transmission en dématérialisant les échanges. Pour ce faire, une plate-forme nationale de routage des certificats est mise à disposition des acteurs concernés. »
http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/article/les-certificats-de-sante-de-l-enfant (accédé le 19 décembre 2017)

**2) L'intérêt des enquêtes au niveau national**

La Stratégie globale pour l'ANJE indique clairement que chaque pays est supposé établir un plan d'action pour accompagner sa stratégie nationale pour la nutrition infantile. Elle doit comporter des objectifs définis avec l'indication d'un calendrier pour chacun des objectifs, avec des responsables désignés pour la mise en œuvre et avec des indicateurs mesurables pour le suivi et l'évaluation.

La collecte régulière de données est un facteur essentiel pour étayer la prise de décision basée sur des preuves. Le suivi des taux d'allaitement permettent d'évaluer si les programmes sont efficaces et de détecter les domaines où les groupes qui nécessitent des interventions ciblée.

En France, nous ne disposons pas de registre médical national permettant de suivre à l'échelle du pays les principaux indicateurs de l'état de santé de la mère et du nouveau-né, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement, et les facteurs de risque.

Mais nous disposons d'autres outils.

**- Certificats de santé obligatoires**

La durée et le mode d'allaitement (exclusif ou partiel), sont recueillis dans les certificats de santé obligatoires : 8$^{e}$ jour (CS8), 9e mois (CS9), 24e mois (CS24) inclus dans le carnet de santé de l'enfant.

Ces données, théoriquement exhaustives sur la France entière, sont d'assez bonne qualité pour le CS8 (le taux de couverture dans la France entière en 2015 est de 79 %, pour les certificats reçus la donnée renseignée est à 92 %), mais peu interprétable pour les CS9 (taux de couverture France entière en 2015 de 38 %, avec mention de la durée de l'allaitement sur 50 % des certificats) et CS24 car le taux de retour est faible et les données mal renseignées. [2]

Les liens vers les données de 2015 pour chacun des trois certificats de santé (CS) :
CS8
http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/le-premier-certificat-de-sante-de-l-enfant-certificat-au-8e-jour-cs8-2015
CS9
http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/le-deuxieme-certificat-de-sante-de-l-enfant-certificat-au-9e-mois-cs9-2015
CS24
http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/le-troisieme-certificat-de-sante-de-l-enfant-certificat-au-24e-mois-cs24-2015

Les taux de réponse des données ne sont pas meilleures que celles des années précédentes pour les CS9 et CS24 mais les CS8 sont bien renseignés. Or, la rédaction des questions ne permet pas d'avoir une correspondance avec les indicateurs de l'OMS.

- CS8 : "Allaitement au sein  non - oui , pas de notion d'exclusivité.
- CS9 et CS24 : « Allaitement au sein » : non - oui, si oui, « Durée de l'allaitement au sein en semaines / dont allaitement exclusif ».

Cette question posée à la mère à 9 et à 24 mois est sujette au biais de mémorisation en particulier pour l'exclusivité de l'allaitement. Par ailleurs la notion d'allaitement exclusif n'est pas toujours bien interprétée par les médecins, certains pensent que tant que l'enfant ne prend pas de PPN il est allaité exclusivement même s'il reçoit une alimentation complémentaire. Cette erreur se retrouve sur le tableau de la diversification du site Manger Bouger où « lait maternel exclusif » est écrit de 7 à 12 mois alors qu'il faudrait lire « lait maternel » tout court. [3]

MANGER BOUGER
PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ

Enfants : les grandes phases de la diversification alimentaire

| | 1er MOIS | 2e MOIS | 3e MOIS | 4e MOIS | 5e MOIS | 6e MOIS | 7e MOIS | 8e MOIS | 9e MOIS | 10e MOIS | 11e MOIS | 12e MOIS | 2e ANNÉE | 3e ANNÉE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lait | Lait maternel exclusif ou | | | | | | Lait maternel exclusif ou | | | | | | | |
| | Lait 1er âge exclusif | | | | Lait 1er ou 2e âge | | Lait 2e âge ≥ 500ml/J | | | | | | Lait 2e âge ou de croissance | |

A la lumière de la pratique réelle, et des préconisations de l'allaitement exclusif de 6 mois et de la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans et au-delà, le texte des certificats de santé obligatoires devraient être mis à jour.

**- Enquêtes Nationales Périnatales (ENP)**

Des **ENP** sont donc réalisées en routine pour fournir des données sur ces indicateurs et aider à l'orientation des politiques de prévention. Cinq études ont eu lieu, en 1995, 1998, 2003, 2010 **et en mars 2016. Elles se déroulent toujours une semaine donnée. Les derniers résultats ont été publiés en octobre 2017.** [4]

Il s'agit d'un recueil d'information en deux parties : entretien avec les femmes en suites de couches, et collecte de données à partir du dossier médical. Les questions sont identiques d'une enquête à l'autre. Les ENP permettent de connaître le taux d'initiation de l'allaitement.

Enquête nationale périnatale (ENP) 2016 (voir aussi indicateur 5)
L'ENP 2016 [5] a été publiée le 11 octobre et révèle que les résultats pour l'allaitement sont alarmants. Non seulement la France n'atteint pas les objectifs fixés par le Programme national nutrition santé PNNS 2011-2015, mais l'allaitement en sortie de maternité régresse même par rapport à 2010.

L'allaitement maternel à la maternité, exclusif ou non, a légèrement diminué entre 2010 et 2016, passant de 68,7 % à 66,7 %. Et entre 2010 et 2016, l'allaitement exclusif pendant le séjour en maternité a diminué en passant de 60 % à 52 %. Les mauvais résultats de la France sont connus à l'international grâce à un article de chercheurs français publié en anglais. On y lit page 705 pour le commentaire : « Trends in breastfeeding during the stay in the postpartum ward are also a cause for concern; the proportion of exclusive breastfeeding decreased substantially between 2010 and 2016, whereas we had observed an increase in breastfeeding at the end of the 1990s with the progressive establishment of a policy promoting breastfeeding. Our results suggest the need to strengthen breastfeeding promotion policies, by giving information to women during pregnancy, more support during the hospital stay and assurance that this support will continue after discharge, insofar as the length of stay in hospital is becoming shorter. » [6]

**- Evaluation du PNNS3 et obésité**

Le PNNS [7] a été instauré en 2001 lorsqu'on associait de plus en plus la bonne santé à une alimentation équilibrée. La mission de l'Inspection générale interministérielle du secteur social (IGAS) était d'effectuer une évaluation du 3e volet du PNNS (2011-2015), conformément à l'action 45 de ce programme, et du plan obésité 2010-2013.

On peut constater l'absence du mot « allaitement » dans le Rapport de l'IGAS [8] de 155 pages, alors que

- l'allaitement est un facteur avéré pour la prévention de l'obésité,
- le PNNS3 comportait un volet important sur l'allaitement avec des objectifs chiffrés et assortis d'un calendrier.
    - PNNS3 (page 14) objectifs :
      Sous-objectif général 3-7
      OS 3-7-1 : augmenter de 15 % au moins, en 5 ans, le pourcentage d'enfants allaités
      OS 3-7-3 : allonger de 2 semaines, en 5 ans, la durée médiane de l'allaitement
      OS 3-7-4 : retarder d'un mois, en 5 ans, l'âge médian d'introduction de tout autre aliment que le lait (maternel ou formule lactée du commerce).
    - PNNS3 (page 25) objectifs :
      13. Mettre en œuvre des mesures issues du plan d'action allaitement pour :
      (13.1) communiquer, informer et sensibiliser les mères sur les modes d'alimentation du nouveau-né, en intégrant un regard objectif sur l'allaitement maternel (en bénéfices comme en conditions à réunir) pour permettre un véritable choix éclairé ;
      (13.2) s'assurer que les services de maternité offrent effectivement aux femmes le droit à l'information personnalisée et objective permettant ce choix.
      Les établissements réunissant ces conditions doivent l'inscrire dans le processus de certification.

En prenant en considération l'importance que revêt l'allaitement pour la santé publique, il est préoccupant de constater que les objectifs du PNNS3 ne soient pas atteints.

Ce qui est encore plus préoccupant, c'est que le rapport de l'IGAS ne relève pas la thématique « allaitement » et ne mentionne même pas le fait que les objectifs du PNNS3 pour l'allaitement ne sont pas atteints. Alors que la mission de l'IGAS est d'évaluer les résultats du PNNS3.

On constate également avec étonnement qu'aucun lien n'est établi entre l'obésité et le mode d'alimentation en début de vie. Le rapport de l'IGAS relève simplement à la page 3 que « L'épidémie d'obésité coûte cher à la société, selon l'étude de McKinsey de 2014, la facture s'élève à près de 54 Mds d'euros pour la France soit 2,6 % du PIB. »

Et pour finir, on se demande pourquoi les chercheurs impliqués dans les études ELFE ou EPIFANE n'ont pas été sollicités pour évaluer le volet allaitement du PNNS3 alors qu'ils ont les compétences requises.

Dans tous les cas, il y a un double intérêt à agir en France : relever les taux d'initiation à l'allaitement et la durée par un accompagnement approprié, et réduire la prévalence de l'obésité, la première mesure pouvant favorablement influencer la seconde.

**- Etude ELFE (2011) [9]**

Etude à grande échelle lancée en 2011 pour répondre à la question comment nos enfants grandissent. Pour la première fois, des chercheurs de tous horizons vont suivre l'histoire des enfants, de leur naissance à leurs 20 ans. Environnement, entourage familial, conditions de vie : tous les aspects de la vie de l'enfant seront explorés afin d'évaluer leur influence sur son développement physique et psychologique, sa santé et sa socialisation.

L'étude ELFE 2011 a fourni des statistiques allaitement publiées en 2015 [8] permettant une prise de conscience : 70 % d'initiation, la médiane de la durée totale d'allaitement était de 17 semaines et celle de l'allaitement prédominant était de 7 semaines. Seuls 19 % des enfants recevaient encore du lait maternel à 6 mois.

**Conclusion** : La durée d'allaitement en France est loin des 6 mois d'allaitement exclusif recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (enfants recevant uniquement du lait maternel à l'exclusion de toute autre boisson, y compris de l'eau). Cette première analyse suggère

que les limites à l'allaitement prolongé sont associées à la fois à la situation familiale, à la situation vis-à-vis de l'emploi et à des facteurs liés à l'éducation et à la culture.

**- Etude Epifane [10]**

À partir des données de l'étude Épifane 2012-2013 (sur l'alimentation des enfants au cours de leur première année de vie, la durée de l'allaitement maternel (AM), son degré d'exclusivité et les taux d'AM à 3, 6 et 12 mois ont été estimés pour la première fois au niveau national en France.

**Conclusion** – Les résultats de cette étude montrent que, au regard des recommandations actuelles, les mères qui ont choisi d'allaiter devraient être encouragées à maintenir un AM si possible jusqu'à 6 mois. La poursuite des analyses permettra d'identifier les facteurs associés à la durée de l'AM et d'aider ainsi au ciblage des interventions pour se rapprocher de ces recommandations.

Les deux études sont précieuses car elles fournissent des données sur l'allaitement et permettent de fixer des stratégies comment l'accompagner au niveau national.

**- Epipage 1 [11]**

Cette étude, « précurseur » de l'étude Epipage 2, a été mise en place en 1997. Elle a étudié toutes les naissances survenues avant 33 semaines d'aménorrhée (SA) dans 9 régions de France ainsi que deux échantillons d'enfants nés l'un à 33-34 SA et l'autre à terme.
Ses objectifs étaient d'évaluer le devenir des grands prématurés, d'analyser le rôle de certains facteurs dans l'étiologie des séquelles et d'évaluer l'impact de l'organisation des soins périnataux et de la prise en charge dans l'enfance.

**- EuroPeristat** [12]

Par ailleurs, la France est également impliquée dans EuroPeristat, un système d'information sur la santé périnatale qui a démarré en 1999. Le 2$^{e}$ rapport avec les données de l'année 2010 est sorti en 2013. Les indicateurs surveillés se regroupent en 4 thématiques : santé foetale / infantile, santé de la mère, caractéristiques de la population, établissements de soins. Le dernier item comporte l'indicateur (R20) « taux d'initiation de l'allaitement à la naissance » et allaitement exclusif dans les 48h. La France se situe au rang 15 sur 19 pays qui ont fourni des statistiques sur cet indicateur

**- Les outils de l'OMS**

L'OMS a développé des outils pour recueillir les informations et calculer les indicateurs en deux parties (I. Définitions, II. Calculs). [13], [13] . Ces guides s'adressent aux responsables d'enquêtes nutritionnelles menées à grande échelle pour recueillir des informations sur les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ANJE de moins de deux ans. Il comporte des maquettes d'enquête et instructions de calculs des indicateurs.

Rappelons que les carnets de santé actuellement diffusés en France ne tiennent pas compte des courbes de poids de l'OMS [15]. Voir chapitre ci-dessous.

**- L' Etude Multicentrique sur la Référence de Croissance d'enfant (EMRC)**

« L'étude multicentrique de l'OMS sur la référence de croissance d'enfant (EMRC) a été menée de 1997 à 2003 dans le but de mettre au point de nouvelles courbes de croissance pour évaluer la croissance et le développement des nourrissons et des jeunes enfants partout dans le monde. Les nouvelles courbes de croissance sont destinées à servir d'unique référence internationale permettant de décrire au mieux la croissance physiologique de tous les enfants de moins de cinq ans et d'établir l'enfant allaité au sein comme modèle normatif de croissance et de développement. » http://www.who.int/childgrowth/mgrs/fr/

Ces courbes sont des standards de croissance qui sont très utiles pour accompagner les mamans qui allaitent. Elles permettent de repérer très vite les enfants pour lesquels il faut revoir la conduite de l'allaitement car ils sortent de son couloir de croissance. Elles sont utilisées tous les jours par les consultantes en lactation IBCLC, les professionnels de santé ayant le DIULHAM.

Néanmoins elles pourraient ne pas être reprises dans la prochaine édition du carnet de santé français qui doit sortir en 2018. En effet il semblerait que le choix des prochaines courbes se soit porté sur une courbe française qui reprend la croissance constatée en France. Or dans notre pays on tolère et trouve normal des prises de poids très moyennes pour les bébés allaités (de 140 à 200 g/ semaine). En réalité ces prises de poids plus faibles que celles des courbes OMS masquent des allaitements qui commencent mal, la lactation va se révéler assez vite insuffisante, amenant la prescription de biberons de compléments, qui signeront bien souvent le début du sevrage.

On s'étonne après que peu d'enfants soient allaités exclusivement durant 6 mois. C'est une des raisons de ce constat. L'utilisation des courbes OMS en France aurait besoin d'un effort de formation des professionnels de santé pour qu'ils repèrent les enfants qui auraient besoin d'une consultation spécialisée en allaitement et non d'un ajout de lait infantile.

## 2) L'exploitation des données

Même rassemblées et collectées, les données ne sont pas toujours exploitées en France.

**- Rapport Hubert 2010**

Dans son rapport de 2010, le Dr Elisabeth Hubert [16] énonce que la collecte des données dématérialisées de manière « anonyme permettra de mieux suivre l'état de santé des populations et son évolution et se révélerait d'une grande richesse alors que notre pays ne s'est jamais vraiment distingué dans ces domaines de la santé publique faute d'outils appropriés et de moyens dédiés. » (page 58) Et à l'avis du Dr Hubert, l'accompagnement de l'IRDES [17] dans ces projets de recherche serait pertinent.

A notre avis, ce constat vaut aussi pour les données sur l'allaitement. Comme l'allaitement n'est pas considéré comme un enjeu de santé publique :

- soit les données ne sont pas collectées (pas de certificat du 6$^{e}$ mois et l'allaitement exclusif) parce qu'on ne s'y intéresse pas,
- soit les données sont collectées mais insuffisamment exploitées, faute de moyens ou faute de vision sur les enjeux de santé liés à l'allaitement,

Dans tous les cas, les acteurs premiers, les chercheurs en allaitement, ne sont pas suffisamment associés. Les conséquences sont dommageables parce que le rôle de l'allaitement sur la santé à long terme ne sera pas évalué ou révélé.

Depuis, des progrès notables ont été réalisés pour obtenir et publier ces données ( BEH, Epifane, ELFE…), des améliorations sont encore nécessaires

**- Considérations de WBTi France**

1) Mieux exploiter les données collectées sur l'allaitement via les certificats de naissances et par les études qui existent déjà comme Elfe 2011 et Epifane 2012.
2) Créer de nouvelles enquêtes et initier des études pour rechercher et documenter l'impact de l'allaitement sur la santé publique et notamment sur les maladies non transmissibles.
3) Utiliser au mieux toutes les compétences des chercheurs qui sont déjà au fait de cette thématique pour avoir travaillé dessus.

## Insuffisances indicateur 10

1. *Il existe beaucoup de recommandations pour l'allaitement, mais pas d'évaluation quant à leur efficacité, et pas de constance dans les mesures sur la durée.*
2. *Les fonds alloués à l'exploitation des données sont insuffisants.*
3. *Absence de certificat de santé à 6 mois qui permettrait d'évaluer l'allaitement et à quel degré il est exclusif. Pour l'allaitement, les périodes clés à évaluer sont : la naissance et l'initiation, 4 mois, 6 mois, 12 mois, 2 ans.*

4. *Absence, dans le Rapport IGAS sur PNNS3, d'évaluation des résultats par rapport aux objectifs fixés pour l'allaitement, et absence de la prise en considération du rôle de l'allaitement dans la prévention de l'obésité.*
5. *Cloisonnement entre d'une part l'organisme qui évalue, mais qui ne semble pas doté du réflexe « allaitement » dans son évaluation, et d'autre part des chercheurs spécialisés dans les questions d'enquête sur l'allaitement mais qui ne sont pas associés dans l'évaluation du PNNS3.*
6. *Exploitation insuffisante des données existantes sur l'allaitement à partir des certificats de santé.*
7. Difficulté en France d'avoir des données en continu, à partir de registres (comme les registres suédois, australiens..). Pourtant, ces données existent souvent quelque part, mais les mettre ensemble est compliqué.
8. *Absence d'orientations stratégiques et de fonds pour dessiner et mettre en œuvre d'autres enquêtes sur allaitement.*
9. *Absence de la mention de l'allaitement dans la prise d'histoire du patient et dans son Dossier médical personnalisé (DMP).*
10. *Les informations sur l'allaitement dans le carnet de santé sont généralement mal renseignées pour C9 et C24 parce que les professionnels de santé n'y attachent pas d'importance, que les données ne sont pas activement exploitées, et que l'allaitement est une donnée négligeable aux yeux des pouvoirs publics, même pour le ministère en charge de la santé.*

## Recommandations indicateur 10

1. Faire une évaluation approfondie du PNNS3 par rapport à l'allaitement.
2. Mettre dans le futur PNNS4 des objectifs ambitieux pour les taux et la durée d'allaitement, avec un budget alloué pour le suivi et l'évaluation des mesures.
3. Repenser les certificats de santé pour recueillir des données pertinentes sur l'allaitement.
4. Instaurer un certificat du 6$^{e}$ mois qui correspond au début de la diversification de l'enfant, ou à défaut, mieux renseigner le certificat de santé obligatoire du 9$^{e}$ mois (CS9) par rapport à l'allaitement durant les 6 premiers mois et au-delà. Nombreux sont les professionnels qui ne posent même pas la question alors que la case existe.
5. Proposer au comité de pilotage d'ajouter dans la future ENP 2020 des critères précis concernant 1) la présence d'une personne formée à l'allaitement dans le service en notant le temps dédié à l'activité d'accompagnement à l'allaitement, et y ajouter une question sur l'existence d'une « consultation allaitement » individuelle en pré- et post-natal, à l'instar des consultations tabacologie et alcool qui sont renseignées dans l'ENP 2016. Voir à ce sujet indicateur 5 aussi.
6. Initier des enquêtes qui contiennent des données sur l'allaitement avec l'objectif de les lier aux données sur les maladies non transmissibles.
7. Intégrer les critères « allaitement » et « types de nutrition » du jeune enfant dans les travaux, évaluations et rapports des chercheurs français, notamment quand ils explorent les maladies non transmissibles.
8. Décloisonner les équipes et les services pour travailler en bonne concertation sur les données concernant l'allaitement, les évaluations et les élaborations d'orientation.
9. Intégrer dans l'histoire du patient et dans son dossier médical personnalisé (DMP) un volet sur l'alimentation durant les 6 premiers mois de vie, et pour les femmes, recueillir l'information si elle a allaité ou pas, et combien de temps cumulé.

10. Instaurer le recueil de données et de statistiques pour chaque maternité sur les taux d'allaitement maternel (exclusif ou partiel) à la naissance et au fil des mois pour chaque enfant né dans cette maternité en y incluant les services de néonatalogie et de pédiatrie.
11. Adopter les définitions d'allaitement en accord avec les normes internationales et les faire connaître aux professionnels de santé. Allaitement exclusif = le bébé ne consomme que du lait maternel. Eviter la notion d'allaitement prépondérant qui n'a pas d'équivalent dans les statistiques internationales.
12. Considérer les courbes de poids de l'OMS comme des outils pour soutenir l'allaitement et repérer précocement les difficultés d'allaitement qui se manifestent par un infléchissement de la courbe, afin d'y remédier par un accompagnement spécialisé qui vise à préserver l'allaitement, sans introduire des compléments de PPN si on peut faire autrement.

## Sources d'information indicateur 10


1. DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/drees-direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques
2. Exploitation des carnets de santé http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/ et aussi http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/le-premier-certificat-de-sante-de-l-enfant-certificat-au-8e-jour-cs8-2015
3. Tableau de la diversification www.mangerbouger.fr/content/download/3978/114448/version/2/file/Tableau+Diversification.pdf
4. Site EPOPé http://www.epopé-inserm.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales ; le site renseigne aussi sur les autres grandes enquêtes, menu à gauche.
5. Enquête nationale périnatale ENP 2016 (317 pages) a été publiée le 11 octobre 2017 http://www.epopé-inserm.fr/enquete-nationale-perinatale-2016-premiers-resultats-952
6. B. Blondel et al. J Gynecol Obstet Hum Reprod 46 (2017) 669–681Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys. J Gynecol Obstet Hum Reprod 46 (2017) 701–713.
7. PNNS Programme national nutrition santé 2011-2015 http://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Les-objectifs-de-sante-publique
8. Evaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et du plan obésité 2010-2013, IGAS http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article622 IGAS *Inspection Générale des Affaires Sociales* http://www.igas.gouv.fr/
9. Elfe, Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance http://www.elfe-france.fr/index.php/fr/

   Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance . Résultats ELFE 2011. Mars 2015 http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/29/2015_29_1.html
10. Etude Epifane, juin 2014 http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html
11. EPIPAGE 1 et 2 http://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite-fr/etude-epipage1
12. European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe 2010. Publié en mai 2013 (252 pages). http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html
13. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Partie 1 Définitions WHO, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI, 2008 (19 pages), 2009 en français. http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/fr/
14. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Partie 2 Calculs OMS, 2011 (87 pages) http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241599290/fr/
15. Fiches courbes de poids de l'OMS. http://www.who.int/childgrowth/standards/fr/
16. Mission de concertation sur la médecine de proximité, rapport Dr Elisabeth Hubert, novembre 2010 (183 pages) http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000622/index.shtml
17. IRDES, Institut de recherche et documentation en économie de la Santé

    http://www.irdes.fr/

# Partie II : Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

La partie II demande à fournir des données numériques spécifiques sur chaque pratique de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Il est recommandé aux utilisateurs de cette évaluation d'utiliser des données d'enquêtes de ménage à échantillonnage aléatoire d'envergure nationale[24].

Les données ainsi collectées sont intégrées dans une copie imprimée de l'outil web. La performance enregistrée par rapport à l'indicateur spécifique est alors évaluée et notée c'est-à-dire Rouge, Jaune, Bleu ou Vert. Les limites d'inclusion pour chaque niveau de performance ont été systématiquement sélectionnées sur la base d'une analyse des performances antérieures en ce qui concerne ces indicateurs dans des pays en développement. Ceux-ci sont incorporés à partir de l'outil de l'OMS.

La définition des différents indicateurs quantitatifs proviennent des documents de l'OMS :

1. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Partie 1 Définitions WHO, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI, 2008 (19 pages), 2009 en français. http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/fr/

2. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Partie 2 Calculs OMS, 2011 (87 pages)
   http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241599290/fr/

[24] Une des sources de données généralement de haute qualité est l'Enquête Démographie et de Santé (EDS ou DHS en anglais) (4). Ces enquêtes EDS sont menées en collaboration avec Macro International et des centres de recherche nationaux, avec le soutien de USAID. Si cette source de données est utilisée, cela facilite la comparaison de données entre les pays. D'autres sources de données incluent : les Enquêtes à Indicateurs Multiples MICS de l'UNICEF (5), et la banque de données mondiale de l'OMS sur l'allaitement (6).

# Indicateur 11 : Initiation précoce de l'allaitement au sein

***Question clef :*** *Quel est le pourcentage de bébés allaités dans l'heure qui suit la naissance ?* **66,1 %**

***Définition de l'indicateur :*** proportion d'enfants nés les derniers 24 mois qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance. Des études scientifiques ont démontré que l'initiation précoce de l'allaitement pouvait réduire la mortalité néonatale de 22 %.[25]

## Directives

| **Indicateur 11** | ***Grille de notation adaptée de l'outil OMS* (voir Annexe 11.1)** | **Directive IBFAN Asie pour WBTi** | |
|---|---|---|---|
| **Initiation de l'allaitement (dans l'heure qui suit la naissance)** | | ***Points*** | ***Notation colorimétrique*** |
| | 0.1-29 % | 3 | **Rouge** |
| | 29.1-49 % | 6 | **Jaune** |
| | 49.1-89 % | 9√ | **Bleu** |
| | 89.1-100 % | 10 | **Vert** |

### Source des données indicateur 11

1. INSERM, DRESS. Enquête Nationale Périnatale, rapport 2016. octobre 2017. http://www.epopé-inserm.fr/enquete-nationale-perinatale-2016-premiers-resultats-952.

Le recueil de cet indicateur n'est pas superposable à celui demandé par l'OMS mais c'est la donnée qui s'en approche le plus.

L'Enquête Nationale Périnatale (ENP) réalisée en mars 2016 a porté sur la totalité des naissances (enfants nés vivants et mort-nés) survenues pendant l'équivalent d'une semaine dans l'ensemble des maternités françaises. Elle a permis un recueil sur 14 142 naissances auprès de 13 894 femmes, dont 13 384 naissances et 13 148 femmes en France métropole et 758 naissances et 746 femmes dans les DROM.

[25] Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA et al. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. Pediatrics 2006; 117: 380-386
Indu K. Sharma, Abbey Byrne. Early initiation of breastfeeding: a systematic literature review of factors and barriers in South Asia Int Breastfeed J. 2016; 11: 17.
-Carberry AE, Raynes-Greenow CH, Turner RM. Breastfeeding within the first hour compared to more than one hour reduces risk of early-onset feeding problems in term neonates: A cross- sectional study. Breastfeeding Medicine 2013 Dec; 8(6) 513-514.
-Hill PD, Aldag JC, Zinaman M, Chatterton RT. Predictors of preterm infant feeding methods and perceived insufficient milk supply at week 12 postpartum. J Hum Lact. 2007 Feb;23(1):32-8
-Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000043.
Early versus delayed initiation of breastfeeding. Renfrew MJ[1], Lang S, Woolridge MW.

Les femmes étaient interrogées sur le mode d'alimentation de leur nouveau-né à J0 ou à J1 pour 65 % d'entre elles : «avez-vous essayé une mise au sein dans les 2 premières heures suivant la naissance ? »

**Essai de mise au sein dans les 2h, rapporté au nombre d'enfants non transférés : 65 %**

IC95 64,1- 65,9 (tableau 43, page 122)

2. Vilain A. Le premier certificat de santé de l'enfant (CS8) 2015. DREES, série sources et méthodes, n°61, septembre 2017. http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/le-premier-certificat-de-sante-de-l-enfant-certificat-au-8e-jour-cs8-2015

Données issues du certificat de santé obligatoire avant le 8ème jour (CS8) des enfants nés en 2015. La variable allaitement au sein est une case à cocher : oui ou non. Ce chiffre donne une estimation du nombre d'allaitement démarré et aussi de l'intention d'allaiter car le certificat est le plus souvent rempli avant le 3ème jour.

**Taux d'allaitement selon CS8 2015, France entière : 66,1 %**

(tableau 7, pages 129 à 132)

Ainsi, pour la validité 2015, la DREES a collecté 632 806 certificats de santé au 8e jour jugés exploitables (pour 796 844 naissances domiciliées selon l'INSEE, soit un taux de couverture France entière estimé à 79,4 %). Il manque 20 % des données mais pour les départements qui ont répondu l'exhaustivité est importante.

# Indicateur 12 : Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois

***Question clef*** *: Quel est le pourcentage de bébés 0<6 mois exclusivement allaités*[26] *au cours des 24 dernières heures ?* **9,9 %**

***Définition de l'indicateur*** : Allaitement exclusif pendant 6 mois : Proportion d'enfants de 0 à 5 mois qui sont alimentés exclusivement avec du lait maternel. Le rôle de l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois de vie, pour la survie et le développement des nourrissons, figura clairement dans l'analyse publiée dans le journal Lancet.[27] Cette recommandation a été reprise en France par l'ANAES en 2002.[28]

## Directive

| **Indicateur 12** | ***Grille de notation adaptée de l'outil OMS* (voir Annexe 11.1)** | **Directives IBFAN Asie pour WBTi** | |
|---|---|---|---|
| **Allaitement exclusive (au cours des 6 premiers mois)** | | ***Points*** | ***Notation colorimétrique*** |
| | 0.1-11 % | 3√ | **Rouge** |
| | 11.1-49 % | 6 | **Jaune** |
| | 49.1-89 % | 9 | **Bleu** |
| | 89.1-100 % | 10 | Vert |

### Source des données indicateur 12

1. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012-2013), BEH oct 2014 http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html

2. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Guerrisi C, Castetbon K. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Epifane 2012-2013. Institut de Veille Sanitaire ; 2016. 58 p. http:/www.invs.sante.fr

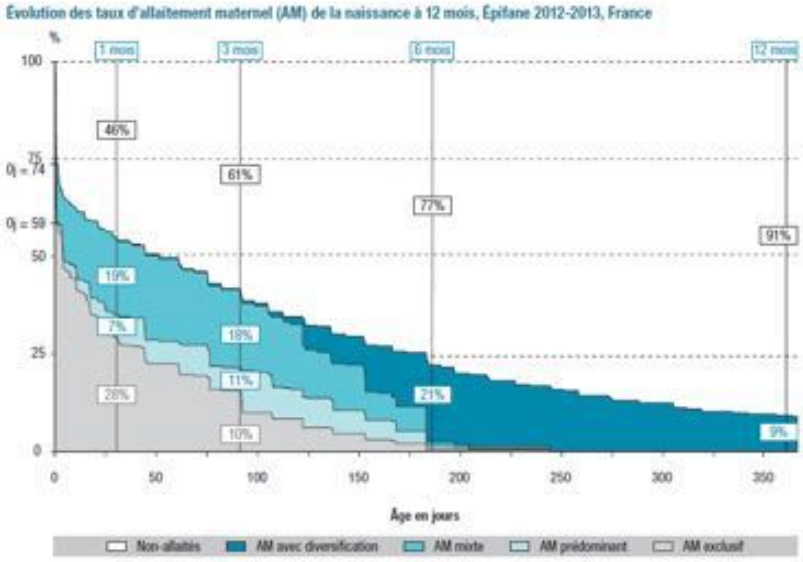
Epifane : échantillon de 136 maternités publiques et privées, France métropole
Echantillon aléatoire de nouveau-nés, 15 janvier- 5 avril 2012, 25 par maternité, exhaustif à partir d'une date donnée.
Nouveau-nés : 33 SA, non transférés, sans pathologie lourde.

[26] L'allaitement exclusif signifie que l'enfant est nourri avec du lait maternel seulement (y compris s'il est tiré du sein de sa mère ou de celui d'une nourrice), mais avec aucun autre liquide ou solide, à l'exception des SRO, gouttes, et sirops (vitamines, sels minéraux et autres médicaments).

[27] Robert E Black, Saul S Morris, Jennifer Bryce. Where and why are 10 million children dying every year? THE LANCET 2003; 361 : 2226-34.

[28] Allaitement Maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ANAES, mai 2002 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272220/fr/allaitement-maternel-mise-en-oeuvre-et-poursuite-dans-les-6-premiers-mois-de-vie-de-l-enfant

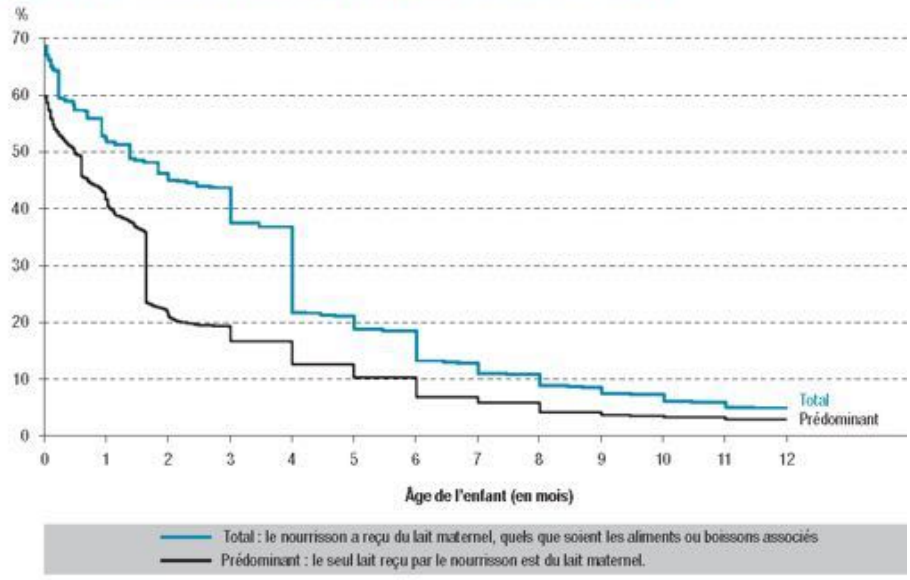
Le recueil des données sur l'alimentation a été fait par auto-questionnaire à la maternité et entretien téléphonique et auto-questionnaire à 1 mois, 4 mois, 8 mois, 12 mois. N= 2936
Selon les définitions de l'OMS pour Allaitement maternel exclusif et prédominant.




3. Wagner S er al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale ELFE 2011. BEH Septembre 2015 (29 ): 522-532. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html

Nombre d'enfants = 17 562 A six mois d'âge, allaitement total 19 %, allaitement prédominant 9,9 %

Figure
**Prévalence de l'allaitement de la naissance à 12 mois, Étude Elfe 2011, France (n=17 562)**




En conclusion : les taux d'allaitement enregistrés à la naissance chutent rapidement, dès 2 mois pour l'allaitement prédominant, et surtout après 4 mois pour l'allaitement total (exclusif et partiel).

# Indicateur 13 : Durée médiane de l'allaitement

***Question centrale*** *: Quelle est la durée médiane de l'allaitement en mois ?* **4 mois**

## Directives

| **Indicateur 13** | ***Grille de notation adaptée de l'outil OMS* (voir Annexe 11.1)** | **Directives IBFAN Asie pour WBTi** | |
|---|---|---|---|
| | | ***Points*** | ***Notation colorimétrique*** |
| **Durée médiane de l'allaitement** | 0.1-18 **Mois** | 3 √ | **Rouge** |
| | 18.1-20 '' | 6 | Jaune |
| | 20.1-22 '' | 9 | **Bleu** |
| | 22.1- 24 ou au delà '' | 10 | Vert |

### Source des données indicateur 13

Etudes ELFE 2011 et Epifane 2012-2013 cf indicateur 12. La durée médiane d'allaitement se situe entre 15 et 17 semaines.

# Indicateur 14 : Alimentation au biberon

***Question centrale*** *: Quel est le pourcentage de bébés allaités entre 0 et 12 mois, qui reçoivent d'autres aliments ou boissons (y compris le lait maternel) par le biais de biberons ?* **80 %**

***Définition de l'indicateur*** *: Proportion d'enfants âgés de 0 à 23 mois nourris au biberon*

## Directives

| **Indicateur 14** | ***Grille de notation adaptée de l'outil OMS* (voir Annexe 11.1)** | **IBFAN Asia Guideline for WBTi Directives IBFAN Asie pour WBTi** | |
|---|---|---|---|
| **Bottle Feeding** (<12 months) **Alimentation au biberon** (< 12 mois) | | **Points** | **Notation colorimétrique** |
| | 29.1-100 % | 3√ | **Rouge** |
| | 4.1-29 % | 6 | **Jaune** |
| | 2.1-4 % | 9 | **Bleu** |
| | 0.1-2 % | 10 | **Vert** |

### Source des données indicateur 14

Cette donnée n'est pas recueillie spécifiquement en France, on peut la déduire des enquêtes Epifane et ELFE : à 5 mois 80 % des bébés ne sont plus du tout allaités, on peut supposer qu'ils sont donc alimentés au biberon.

# Indicateur 15 : Alimentation de complément – Introduction de solides, semi-solides ou aliments mous

***Question centrale :*** *Quel est le pourcentage de bébés allaités qui reçoivent des aliments de complément à 6-8 mois ?* **87,5 %**

## Directives

| **Indicateur 15** | ***Grille de notation adaptée de l'outil OMS* (voir Annexe 11.1)** | **Directives IBFAN Asie pour WBTi** | |
|---|---|---|---|
| **Alimentation de complement (6-8 mois)** | Grille de notation | ***Points*** | ***Notation colorimétrique*** |
| | 0.1-59 % | 3 | **Rouge** |
| | 59.1-79 % | 6 | Jaune |
| | 79.1-94 % | 9√ | **Bleu** |
| | 94.1-100 % | 10 | Vert |

### Source des données indicateur 15

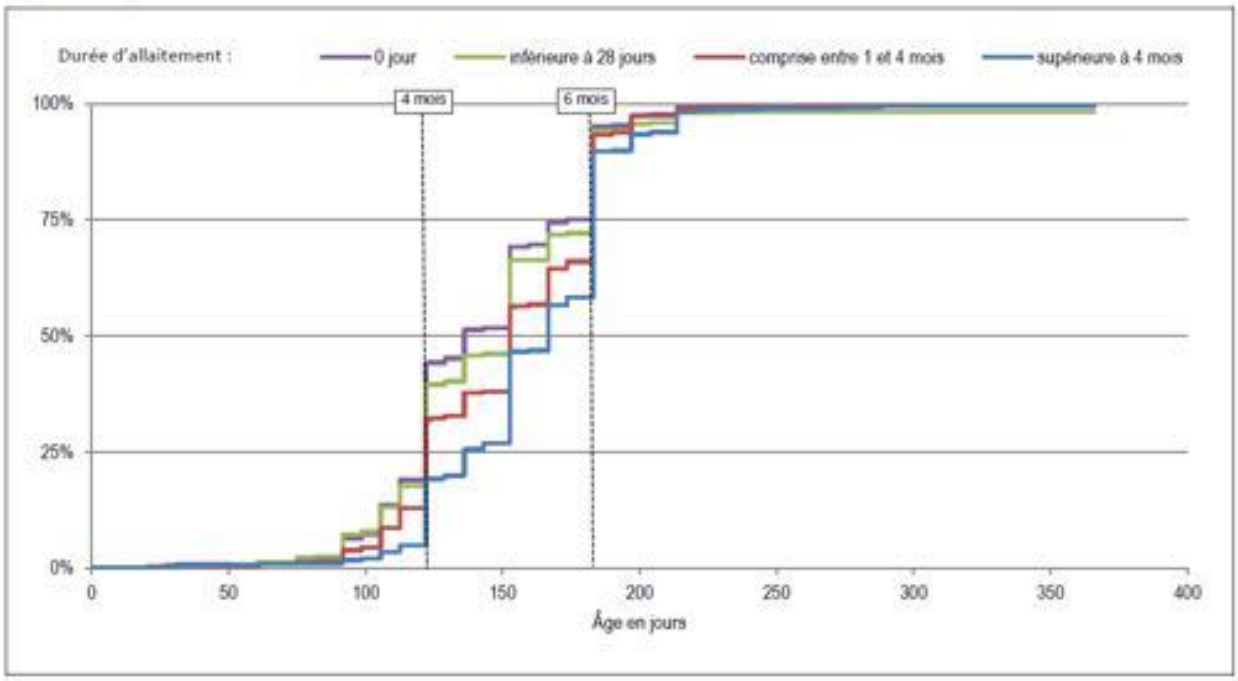
1. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Guerrisi C, Castetbon K. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude **Epifane 2012-2013.** Institut de Veille Sanitaire ; 2016. 58 pages. http:/www.invs.sante.fr

« L'âge médian auquel les mères débutaient la diversification alimentaire était de 152 jours, soit 5 mois révolus. L'âge minimum de début de diversification était de 7 jours et l'âge maximum de 305 jours. Seules 12,6 % des mères avaient débuté la diversification avant 4 mois. Parmi celles-ci, 53,4 % avaient débuté la diversification par des farines ou céréales infantiles, 31,5 % par des fruits et 30,4 % par des légumes4. La diversification débutait entre 4 et 6 mois pour 54,3 % des enfants et après 6 mois pour 33,2 %. » (page 40)

« L'âge médian de début de diversification différait selon la durée d'AM (figure 9). Pour les mères allaitant moins de 28 jours et pour les mères allaitant entre 1 et 4 mois, il était égal à l'âge médian de début de diversification de la population générale d'Épifane (152,5 jours). Il était en revanche plus précoce chez les enfants n'ayant jamais été allaités (136 jours), et plus tardif chez les enfants allaités au moins 4 mois (166,5 jours). » (page 41)

Autrement dit, pour 54,3 % des enfants, la diversification intervient avant 6 mois, alors que l'allaitement exclusif (ou une alimentation artificielle lactée exclusive) est préconisé pour les 6 premiers mois. Entre 6 et 8 mois, 87,5 % des enfants étaient diversifies (54,3 % + 33,2 %).

Évolution des probabilités de débuter la diversification en fonction de la durée d'allaitement (n=3 368)



# Résumé Partie I : ANJE Politiques et Programmes

| Cibles : | Score (sur 10) |
|---|---|
| 1. Politique nationale, programme et coordination | **2** |
| 2. Initiative Hôpitaux Amis des Bébés | **5** |
| 3. Mise en œuvre du Code International | **5** |
| 4. Protection de la maternité | **7** |
| 5. Systèmes de soins de santé et de nutrition | **5.5** |
| 6. Soutien de mères et assistance communautaire | **7** |
| 7. Appui en informations | **4** |
| 8. Alimentation infantile et VIH | **7** |
| 9. Alimentation infantile en situations d'urgence | **0** |
| 10. Suivi et évaluation | **5** |

## Directives IBFAN Asie pour le WBTi

Les points totaux enregistrés pour les politiques et programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (indicateurs 1-10) sont calculés sur 100

| Scores | Notation colorimétrique |
|---|---|
| 0 – 30.9 | **Rouge** |
| 31 – 60.9 France 47.5 | **Jaune** |
| 61 – 90.9 | **Bleu** |
| 91 – 100 | **Vert** |

***Conclusions***[29] *:*

Voir le résumé des recommandations clés au début de ce Rapport WBTi France.

[29] Dans cette page de résumé, l'analyse est faite sur la base des scores obtenus et sur la base de l'état des pratiques nationales ou régionales en matière d'ANJE, individuelles et combinées. Il est utile d'analyser cela avec une équipe d'acteurs. Déterminez les causes et élaborez une liste de recommandations.

# Résumé Partie II : Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

| Pratique ANJE | Résultat | Score |
|---|---|---|
| Indicateur 11 Initiation précoce de l'allaitement | 66,1 % | 9 |
| Indicateur 12 Allaitement exclusif les 6 premiers mois | 9.9 % | 3 |
| Indicateur 13 Durée médiane de l'allaitement | 4 mois | 3 |
| Indicateur 14 Alimentation au biberon | 80 % | 3 |
| Indicateur 15 Alimentation de complément | 87,5 % | 9 |
| **Score Partie II (Total) :** | | 27 |

**IBFAN Asie Directives pour le WBTi**

Les points totaux enregistrés pour les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (indicateurs 11-15) sont calculés sur 50

| Scores | Notation colorimétrique |
|---|---|
| 0 – 15 | **Rouge** |
| 16 – 30 France 27 | **Jaune** |
| 31 - 45 | **Bleu** |
| 46 – 50 | **Vert** |

**Conclusions** *:*

Les indicateurs utilisés en France ne sont pas compatibles avec le recueil de données statistiques selon Europeristat et l'OMS.

# Total Parties I et II (indicateurs 1-15) : ANJE - Pratiques, politiques et programmes

Les points totaux enregistrés pour les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (indicateurs 1-15) sont calculés sur 150. Les pays sont alors classifiés de la manière suivante :

| Scores | | Notation colorimétrique |
|---|---|---|
| 0 – 45.5 | insuffisant | **Rouge** |
| 46 – 90.5 | moyen | **Jaune** |
| 91 – 135.5 | bon | **Bleu** |
| 136 – 150 | très bon | **Vert** |

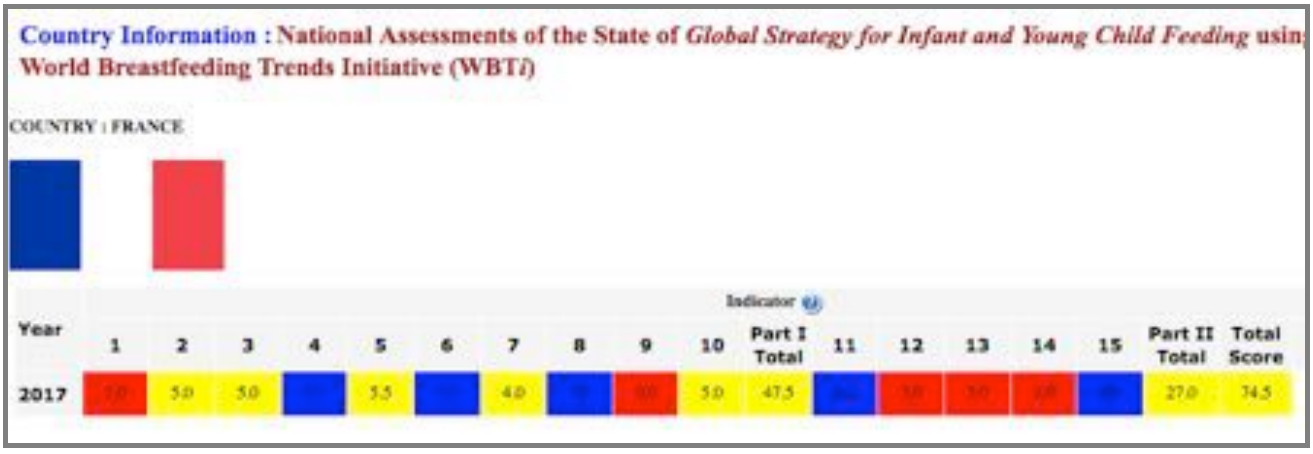
Les couleurs indiquent, dans quel indicateur il y a des faiblesses ou des points forts.
D'un seul coup d'œil, les décideurs et responsables peuvent se rendre compte où il est utile d'investir leurs efforts pour une politique de protection, promotion et soutien de l'allaitement.

**Evaluation de la France : vue d'ensemble des 15 indicateurs**

**Score de la France : 74.5 / 150**

La France a un score total de 74.5 points (sur 150 points) (explication ci-dessus) :
47.5 points pour la Partie I (les indicateurs 1 à 10)
27 points pour la Partie II (les indicateurs 11 à 15)

Source : http://www.worldbreastfeedingtrends.org/GenerateReports/countrysubmit.php?country=FR
(Validation par la WBTi internationale rendue publique le 22 décembre 2017)



## Résumé des principales insuffisances

1. Absence d'un Comité national pour l'allaitement conformément à la Déclaration d'Innocenti (1990) avec des fonds alloués pour mener une politique sur le long terme.
2. Absence de formation initiale, ou formation inégale et insuffisante, pour les médecins et professionnels de santé intervenant en périnatalité.
3. Congé de maternité inadapté pour la recommandation de 6 mois d'allaitement exclusif.
4. Absence de message gouvernemental en faveur de l'allaitement.
5. Manque de transparence concernant les liens d'intérêts du monde de la santé avec les entreprises agroalimentaires, conflit d'intérêts.
6. Mise en œuvre incomplète du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
7. Absence de stratégie ANJE-U - Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants en situation d'Urgence (catastrophe naturelle ou autre, crise, migration etc.).
8. Absence d'indicateurs compatibles avec le recueil de données statistiques selon Europeristat et l'OMS.

## Résumé des recommandations clés

Veuillez vous reporter au début du présent Rapport WBTi France.