



World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

Rapport WBTi France 2017

Résumé

(sans commentaires, annexes, témoignages, documents et notes)



Résumé basé sur le
Rapport WBTi France complet
du 24 décembre 2017



World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)



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 , wbt@worldbreastfeedingtrends.org

Website : www.worldbreastfeedingtrends.org

Coordination

Britta Boutry-Stadelmann (PhD, Animatrice LLL France, Consultante en lactation IBCLC)

wbtifrance@gmail.com

<https://wbtifrance.jimdo.com/>

<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 et 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'Etat 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'accouchement 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 Bruguères, Présidente
- Association IHAB France (Initiative Hôpital Ami des Bébés), Francis Puech, Président IHAB 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	7
Résumé des recommandations clés	8
Introduction au Rapport World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) France	9
Partie I : Politiques et programmes sur l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)	14
<i>Indicateur 1 : Politique, programme et coordination au niveau national</i>	<i>15</i>
Evaluation de la France	15
Constat pour la France	15
Insuffisances indicateur 1.....	16
Recommandations indicateur 1	16
Sources d'information indicateur 1.....	17
<i>Indicateur 2 : Soins Amis des Bébés et Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) (10 Conditions pour le succès de l'allaitement maternel)</i>	<i>18</i>
Evaluation de la France	18
Constat pour la France	19
Insuffisances indicateur 2.....	19
Recommandations indicateur 2	20
Sources d'information indicateur 2.....	20
<i>Indicateur 3 : Mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i>	<i>20</i>
Evaluation de la France	20
Constat pour la France	21
Insuffisances indicateur 3	21
Recommandations indicateur 3	21
Sources d'information indicateur 3.....	22
<i>Indicateur 4 : Protection de la maternité</i>	<i>23</i>
Evaluation de la France	23
Constat pour la France	24
Insuffisances indicateur 4.....	25
Recommandations indicateur 4	25
Sources d'information indicateur 4.....	26
<i>Indicateur 5 : Le système de santé et de nutrition (en soutien à l'allaitement et à l'ANJE)</i>	<i>26</i>
Evaluation de la France	27
Constat pour la France	28
Insuffisances indicateur 5.....	29
Recommandations indicateur 5	30
Sources d'information indicateur 5.....	31
<i>Indicateur 6 : Soutien de mère-à-mère et actions communautaires – Soutien communautaire pour les femmes enceintes et allaitantes</i>	<i>32</i>
Evaluation de la France	32
Constat pour la France	32
Insuffisances indicateur 6.....	33
Recommandations indicateur 6	33
Sources d'information indicateur 6.....	34
<i>Indicateur 7 : Appui en information</i>	<i>35</i>

Evaluation de la France	35
Constat pour la France	35
Insuffisances indicateur 7.....	36
Recommandations indicateur 7	36
Sources d'information indicateur 7	36
<i>Indicateur 8 : Alimentation infantile et VIH</i>	<i>37</i>
Evaluation de la France	37
Constat pour la France	38
Insuffisances indicateur 8	39
Recommandations indicateur 8	39
Sources d'information indicateur 8.....	39
<i>Indicateur 9 : Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence</i>	<i>39</i>
Evaluation de la France	40
Constat pour la France	41
Insuffisances indicateur 9.....	41
Recommandations indicateur 9	41
Sources d'information indicateur 9.....	42
<i>Indicateur 10 : Système de suivi et d'évaluation.....</i>	<i>43</i>
Evaluation de la France	43
Constat pour la France	43
Insuffisances indicateur 10.....	44
Recommandations indicateur 10	44
Sources d'information indicateur 10.....	45
Partie II : Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	46
<i>Indicateur 11 : Initiation précoce de l'allaitement au sein.....</i>	<i>48</i>
Directives.....	48
Source des données indicateur 11	48
<i>Indicateur 12 : Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois</i>	<i>49</i>
Directive	49
Source des données indicateur 12	49
<i>Indicateur 13 : Durée médiane de l'allaitement</i>	<i>50</i>
Directives.....	50
Source des données indicateur 13	50
<i>Indicateur 14 : Alimentation au biberon.....</i>	<i>50</i>
Directives.....	50
Source des données indicateur 14	50
<i>Indicateur 15 : Alimentation de complément – Introduction de solides, semi-solides ou aliments mous</i>	<i>51</i>
Directives.....	51
Source des données indicateur 15	51
Résumé Partie I : ANJE Politiques et Programmes	52
Résumé Partie II :	52
Total Parties I et II (indicateurs 1-15).....	53
Evaluation de la France : vue d'ensemble des 15 indicateurs.....	53
Résumé des principales insuffisances	53

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/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 Bébé (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
WBCi	World Breastfeeding Costing Initiative/Initiative mondiale de l'évaluation des coûts liés à l'allaitement
WBTi	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 (WBTi) 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 3^e 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, collègues 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.

La WBTi dans le monde

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), page 11.

ec.europa.eu/.../promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf

² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/fr/>

³ <http://worldbreastfeedingtrends.org/>

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 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).

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

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.

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, dépourvue des vieux poncifs et mythes sur

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](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01044-2/abstract)

⁷ <http://www.who.int/topics/breastfeeding/infographics/fr/> plaquettes colorées 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/>

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

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 est divisé en deux parties et comporte 15 indicateurs. Chaque indicateur a une signification particulière.

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.

⁹ Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux 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/

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)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Politique, programme et coordination au niveau national 2. Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel) 3. Mise en œuvre du Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel 4. Protection de la maternité 5. Systèmes de soins de santé et de nutrition (en soutien à l'allaitement et à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant) 6. Soutien des mères et assistance communautaire 7. Appui à l'information 8. Alimentation infantile et VIH 9. Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence 10. Systèmes et mécanismes de suivi et d'évaluation 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Initiation précoce de l'allaitement 12. Allaitement exclusif 13. Durée médiane de l'allaitement 14. Alimentation au biberon 15. Alimentation de complément

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 :

<u>Directives IBFAN Asie</u> <u>pour la WBTi</u>	
<i>Scores</i>	<i>Classification colorimétrique</i>
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 ?

Evaluation de la France

<i>Notation de la France</i>	
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 boîte 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].

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 collègues 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.ngrl.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'Évaluation 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
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://www.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

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

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.

<i>Notation de la France</i>	
Critères : pourcentage des établissements labellisés HAB	✓ Cocher ce qui convient
0	0
0.1 – 20 %	1✓
20.1 – 49 %	2
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

<i>Notation de la France</i>	
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 ¹⁰	1.0✓

¹⁰ 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.

2.3) Un système de suivi ¹¹ 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 ¹² 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

Constat pour la France

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 %.

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.

¹¹ *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.

¹² *La réévaluation* peut se décrire comme une ré-examenation 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.

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 Bébé - Revue, remise à jour et élargie pour des soins 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>

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 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

<i>Notation de la France</i>	
Critères (<i>mesures légales en place dans le pays</i>)	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 ¹³	
a. Inclusion de dispositions basées sur au moins 2 des résolutions de l'AMS, listées ci-dessous.	5.5
b. Inclusion de dispositions basées sur toutes les 4 résolutions de l'AMS, listées ci-dessous.	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 fabricants et/ou les personnes et/ou institutions qui ont transgressé le Code	1√
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

La France est signataire du Code international, de la Déclaration d'Innocenti (1990, puis 2005) et de divers Traités en liaison avec les Droits de l'homme et des Droits de l'enfant, mais elle n'est pas proactive dans la mise en œuvre des textes en faveur de la protection de l'allaitement.

Insuffisances indicateur 3

1. La gamme de produits couverte par la législation française n'englobe pas ceux visés par le Code : lait de suite, lait de croissance ainsi que biberons et tétines.
2. Absence d'information claire sur les produits lactés pour jeunes enfants, la publicité des firmes ne met en avant que les avantages, sans les inconvénients pour la santé.
3. La publicité pour ces produits est très visible et présente dans la vie quotidienne. Le biberon et les boîtes de lait sont plus banalisés que l'allaitement.
4. Les conflits d'intérêts dans le domaine agroalimentaire ne sont pas visés par les articles de la loi de transparence 2017.
5. Absence de surveillance du Code et de sensibilisation au Code chez les professionnels de santé.

¹³ 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).

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-iyf/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/gi_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/>

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

<i>Notation de la France</i>	
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 ii. De 14 à 17 semaines iii. De 18 à 25 semaines iv. 26 semaines ou plus	0.5 1√ 1.5 2
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 b. Pause rémunérée	0.5√ 1
4.3) La législation oblige les employés du secteur privé à (<i>plus d'un cas de figure peut s'appliquer</i>): a. Accorder au moins 14 semaines de congé maternité b. Des pauses allaitement rémunérées	0.5√ 0.5
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 (<i>plus d'une mesure peut s'appliquer</i>) : a. Des espaces pour allaiter / exprimer son lait b. Des Crèches	1√ 0.5
4.5) Les femmes dans le secteur informel/ non organisé, et dans le domaine de l'agriculture, ont: a. Le droit à certaines mesures de protection b. Le droit aux mêmes mesures de protection que les femmes qui travaillent dans le secteur formel.	0.5√ 1
4.6) (<i>plus d'une mesure peut s'appliquer</i>) a. Les informations sur les lois, réglementations, ou politiques relatives à la protection de la maternité, sont mises à la disposition des travailleurs 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.	0.5√ 0.5√
4.7) Le congé paternité dans le secteur public est de 3 jours minimum.	0.5√
4.8) Le congé paternité dans le secteur privé est de 3 jours minimum.	0.5√
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√
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√
Score total :	7/10

Constat pour la France

La France a une bonne couverture sociale pour la grossesse, en revanche, 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.

La France n'a pas signé la Convention 183 de l'OIT (ILO) ce qui serait pourtant intéressant pour que l'heure d'allaitement prévue par la loi jusqu'aux 12 mois de l'enfant soit rémunérée.

Le congé de maternité n'est pas harmonisée entre les différents régimes.

Le congé paternité existe, mais il est à minima.

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://allaiterdroit.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 cancérigènes, 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.

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

<i>Notation de la France</i>			
Critères	√ Cocher ce qui convient		
	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) 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
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.	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.	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.	1	0.5√	0
Score total :	5,5/10		

Information importante : L'OMS vient de publier les « Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux 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] prouve 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 néonataux 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 néonatalogie [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).

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 arrêts précoces. 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 de 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 néonataux 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-ifsu.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 - Hérité - 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://ibclce.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 néonataux 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>

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

<i>Notation de la France</i>			
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. 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 (<i>Note- en anglais le terme « counselling , souvent traduit par « conseil » en français comporte une dimension clef d'écoute active et d'empathie).</i>	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).

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, Collectif 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/> ; Mairaines de lait <http://mairainesdelait.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](#)

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

<i>Notation de la France</i>			
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	2	0	0√

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. [9]			
Score total :	4/10		

Constat pour la France

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 ».

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.

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 bénéfiques/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-l-dico/>
- 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#!-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

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

<i>Notation de la France</i>			
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 internationales 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

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]).

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).

Insuffisances indicateur 8

1. Du lait maternel de donneuses (lactariums) n'est pas à disposition pour les femmes qui ne peuvent pas allaiter à cause de leur statut HIV.
2. On ne connaît pas le devenir des enfants non allaités par rapport à leur santé globale.
3. La France n'a pas une politique d'allaitement, en dehors du HIV, pour favoriser l'allaitement et fournir du lait maternel en cas d'impossibilité d'allaiter.

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

<i>Notation de la France</i>			
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 : 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. 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 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.	1 1	0.5 0.5	0✓ 0✓
9.4) Des ressources 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.	1	0.5	0√
b) L'orientation et la formation ont lieu selon le plan national de préparation et de réponse aux situations d'urgence.	1	0.5	0√
Score total :	0/10		

Constat pour la 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.

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 EMERGENCIAS 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.enonline.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.enonline.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.enonline.net/ifemodules1and2evaluation>

7. Guide pour les médias sur l'ANJE-U, alimentation en situation d'urgence
[http://files.enonline.net/attachments/952/ife-media-guide-french\(1\).pdf](http://files.enonline.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.enonline.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.enonline.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'Aurélié 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.enonline.net/modelifejointstatement>

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

<i>Notation de la France</i>			
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

Il existe des enquêtes au niveau national au sujet de l'allaitement, mais les données ne sont pas complètes, et pas assez exploitées.

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'aient 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.

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) 669–681 Trends 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 nationale¹⁴.

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

¹⁴ 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).

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/>

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 %.¹⁵

Directives

Indicateur 11	Grille de notation adaptée de l'outil OMS (voir Annexe 11.1)	Directive IBFAN Asie pour WBTi	
		Points	Notation colorimétrique
Initiation de l'allaitement (dans l'heure qui suit la naissance)	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

- INSERM, DRESS. Enquête Nationale Périnatale, rapport 2016. octobre 2017. <http://www.epopé-inserm.fr/enquete-nationale-perinatale-2016-premiers-resultats-952>.

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)

- 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>

Taux d'allaitement selon CS8 2015, France entière : 66,1 %
(tableau 7, pages 129 à 132)

¹⁵ 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](#).

Indicateur 12 : Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois

Question clef : Quel est le pourcentage de bébés 0<6 mois exclusivement allaités¹⁶ 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.¹⁷ Cette recommandation a été reprise en France par l'ANAES en 2002.

Directive

Indicateur 12	Grille de notation adaptée de l'outil OMS (voir Annexe 11.1)	Directives IBFAN Asie pour WBTi	
		Points	Notation colorimétrique
Allaitement exclusif (au cours des 6 premiers mois)	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>
3. Wagner S et 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

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).

¹⁶ 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).

¹⁷Robert E Black, Saul S Morris, Jennifer Bryce. Where and why are 10 million children dying every year? THE LANCET 2003; 361 : 2226-34.

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	
		Points	Notation colorimétrique
Bottle Feeding (<12 months) Alimentation au biberon (< 12 mois)	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 complément (6-8 mois)	Grille de notation	<i>Points</i>	<i>Notation colorimétrique</i>
	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>

Entre 6 et 8 mois, 87,5 % des enfants étaient diversifiés (54,3 % + 33,2 %).

Résumé Partie I : ANJE Politiques et Programmes

Cibles :	Score (sur 10)
1. Politique nationale, programme et coordination	2
2. Initiative Hôpitaux Amis des Bébé	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

Scores	Notation colorimétrique
0 – 30.9	Rouge
31 – 60.9 France 47.5	Jaune
61 – 90.9	Bleu
91 – 100	Vert

Résumé Partie II :

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

Scores	Notation colorimétrique
0 – 15	Rouge
16 – 30 France 27	Jaune
31 - 45	Bleu
46 – 50	Vert

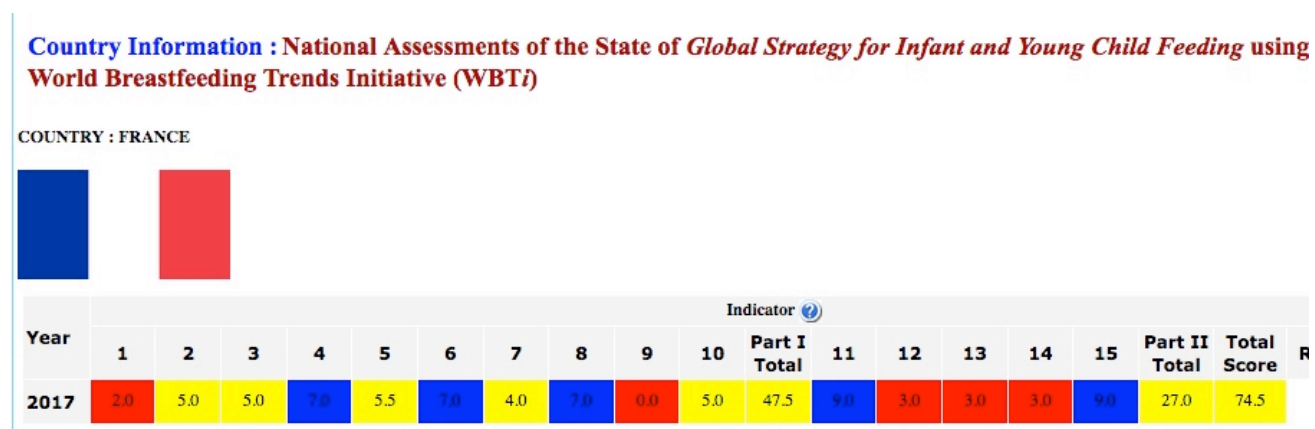
Total Parties I et II (indicateurs 1-15)

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

Evaluation de la France : vue d'ensemble des 15 indicateurs

Score de la France : 74.5 / 150



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 Voir page 8 de ce Résumé.