



World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

Rapport WBTi France 2024



Version du 26 mars 2024

Table des matières

| | |
|---|----|
| Remerciements | 3 |
| Indicateur 1 : Politique, programme et coordination au niveau national | 4 |
| Evolution depuis 2017 - indicateur 1 | 4 |
| Insuffisances indicateur 1 | 6 |
| Recommandations indicateur 1..... | 6 |
| Indicateur 2 : Soins Amis des Bébéés et Initiative Hôpitaux Amis des Bébéés (IHAB) (10 Conditions pour le succès de l’allaitement maternel) | 8 |
| Evolution depuis 2017 - indicateur 2 | 10 |
| Insuffisances indicateur 2 | 10 |
| Recommandations indicateur 2..... | 10 |
| Indicateur 3 : Mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel | 11 |
| Evolution depuis 2017 - indicateur 3 | 12 |
| Insuffisances dans la loi française [1], [2] | 13 |
| Recommandations indicateur 3..... | 14 |
| Indicateur 4 : Protection de la maternité | 15 |
| Evolution depuis 2017 - indicateur 4 | 18 |
| Insuffisances indicateur 4 | 19 |
| Recommandations indicateur 4..... | 19 |
| Indicateur 5 : Le système de santé et de nutrition (en soutien à l’allaitement et à l’ANJE) | 21 |
| Evolution depuis 2017 - indicateur 5 | 22 |
| Insuffisances indicateur 5 | 24 |
| Recommandations indicateur 5..... | 25 |
| Indicateur 6 : Soutien de mère-à-mère et actions communautaires – Soutien communautaire pour les femmes enceintes et allaitantes | 26 |
| Evolution depuis 2017 - indicateur 6 | 26 |
| Insuffisances indicateur 6 | 27 |
| Recommandations indicateur 6..... | 27 |
| Indicateur 7 : Appui en information | 29 |
| Evolution depuis 2017 - indicateur 7 | 30 |
| Insuffisances indicateur 7 | 32 |
| Recommandations indicateur 7..... | 32 |
| Indicateur 8 : Alimentation infantile et VIH..... | 33 |
| Evolution depuis 2017 - indicateur 8..... | 34 |
| Lacunes – pas listées..... | 34 |
| Recommandations indicateur 8..... | 34 |

| | |
|--|----|
| Indicateur 9 : Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence..... | 35 |
| Evolution depuis 2017 - indicateur 9..... | 36 |
| Insuffisances indicateur 9..... | 36 |
| Recommandations indicateur 9..... | 36 |
| Indicateur 10 : Système de suivi et d'évaluation (Monitoring) | 38 |
| Evolution depuis 2017 - indicateur 10..... | 38 |
| Insuffisances indicateur 10..... | 41 |
| Recommandations indicateur 10..... | 42 |
| Résumé Partie I : ANJE Politiques et Programmes | 43 |
| Indicateur 11 | 44 |
| Indicateur 12 | 44 |
| Indicateur 13 | 44 |
| Indicateur 14 | 44 |
| Indicateur 15 | 44 |
| Résumé Partie II : Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)..... | 44 |
| Conclusion | 44 |
| Les recommandations clés WBTi France 2024 | 45 |

La liste des références entre crochets est dans le Rapport WBTi 2017

<https://wbti-france.jimdofree.com/>

Remerciements

Nous tenons à remercier pour la relecture, les recherches et les commentaires

- L'Association française des consultants en lactation (AFCL)
- La Coordination française de l'allaitement maternel (CoFAM)
- Le Formindep
- La Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP)
- L'Initiative hôpitaux amis des bébés France (IHAB France)
- La Leche League France (LLL France)

Ainsi que

- Mme Vanessa Lasne
- Mme Cathy Légier
- Dre Marie-Claude Marchand
- Dre Virginie Rigourd

Coordination : Britta Boutry-Stadelmann

Contact : wbti-france@gmail.com

Indicateur 1 : Politique, programme et coordination au niveau national

Evaluation de la France (questionnaire 2019)

Question clé : Existe-t-il une politique nationale en matière d'allaitement maternel et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui protège, promeut et soutient les pratiques optimales d'allaitement maternel et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (AIAJ) ? Cette politique est-elle soutenue par un programme gouvernemental ? Existe-t-il un plan de mise en œuvre de cette politique ? Un financement suffisant est-il prévu ? Existe-t-il un mécanisme de coordination, par exemple un comité national pour l'allaitement et un coordinateur pour ce comité ?

| <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'initiation de l'allaitement dans la première heure, 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 avec des cibles, des objectifs, des indicateurs et des délais. | 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, surveille et examine régulièrement les plans et les progrès réalisés. | 2 |
| 1.7) Le Comité national pour l'allaitement / Comité ANJE entretient des liens efficaces avec tous les autres secteurs tels que les finances, la santé, la nutrition, l'information, le travail, la gestion des catastrophes, l'agriculture, les services sociaux, 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 et les plans avec les niveaux nationaux et régionaux. | 0,5 |
| Score Total | 1/10 |

Evolution depuis 2017 - indicateur 1

Mortalité infantile

Depuis 2015, la mortalité infantile en France est supérieure à la moyenne européenne <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7627069> (accédé le 5 février 2024)

En effet, la France chute du 7ème au 27ème rang des pays de l'OECD-OCDE. Dans leur rapport, les députés Anne Bergantz et Philippe Juvin ne prennent aucunement en compte la prévention et l'accompagnement de l'allaitement maternel, un enjeu de santé publique pourtant majeur et un facteur de prévention des MIN et des pathologies infectieuses.

https://www.linkedin.com/posts/activity-7150625571876618240-VEtO/?utm_source=share&utm_medium=member_ios

Recommandation d'allaitement

Les recommandations d'allaitement exclusif de 6 mois ont disparu du Guide de l'allaitement 2023 (voir indicateur 7)

PNNS – Plan national nutrition santé

- ✓ Le PNNS 4 2019- 2023 <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>

Page 45-46 **Objectif 10 : Accompagner les femmes avant, pendant et après leur grossesse, et durant l'allaitement maternel**

27. Action : Promouvoir l'allaitement maternel

Page 82 Autres actions du PNNS :

Une grossesse en pleine santé et les 1000 premiers jours garants de la suite

Faciliter la mise en œuvre de l'allaitement maternel et le « peau à peau » dès l'accouchement par la mise au sein en salle de naissance et au bloc opératoire.

ANNEXE 3 : Objectifs spécifiques du Programme national nutrition santé 2019-2023 définis par le Haut Conseil de la santé publique (avis du 9 février 2018)

Page 89 : Objectifs se rapportant à l'allaitement maternel

Promouvoir l'allaitement maternel, dans le respect de la décision de la femme, de sorte à : Augmenter de 15% au moins, le pourcentage d'enfants allaités à la naissance pour atteindre un taux de 75% d'enfants allaités à la naissance ;

Allonger de 2 semaines, la durée médiane de l'allaitement total (quel que soit son type), soit la passer de 15 à 17 semaines.

- ✓ Un bilan à mi-parcours a été publié en mai 2021
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns_4_bilan_mai2021.pdf

Dans le texte aucune information sur l'objectif 10.

Dans le tableau de synthèse pages 86 – 87, quelques actions sont notées en cours en 2019-2020, d'autres non démarrées.

Action en cours : Elaborer des recommandations, Développer la formation professionnelle, Expérimenter un soutien téléphonique, développer la communication,

Action non démarrée : Lieux publics pour allaiter, Respect Code OMS.

Avis du HSCP relatif à la révision des repères alimentaires pour les femmes enceintes et allaitantes. Janvier 2022 <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1165>

Qui sont les forces motrices pour parler allaitement ?

Force est de constater que la plupart des actions de soutien et d'information sur l'allaitement partent des groupes de mères et/ou des groupes de professionnels, des réseaux de consultantes, des formations à l'initiative d'associations ou de professionnels intéressés, de départements, de réseaux de périnatalités et d'ARS....donc tout part de la

base et du local sans soutien national sauf depuis récemment le soutien de Santé publique France à l'IHAB France et à l'IPA (Cerdam) de Lyon.

L'allaitement concerne toute la société

S'inspirer du Policy brief de la COFF de février 2024 : L'allaitement concerne toute la société <https://ekff.admin.ch/fr/medias/communiqués-de-presse/detail/lallaitement-concerne-toute-la-societe-policy-brief-n-7>

Insuffisances indicateur 1

1. *Absence de mise en œuvre d'une politique nationale soutenue en faveur de l'allaitement*
2. *Absence d'information explicite que l'allaitement est la norme biologique d'alimentation du jeune enfant avec un impact sur le microbiome, avec des effets épigénétiques et une influence sur la santé tout au long de la vie.*
3. *Absence de financement adéquat pour une politique d'allaitement nationale efficace qui s'inscrit dans la durée.*
4. *Absence de Comité national pour l'allaitement.*
5. *Absence de référentiel de bonnes pratiques pour l'allaitement, élaboré au niveau national et repris par tous les collègues professionnels.*
6. *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.*
7. *Aucune prise en compte de la réduction du risque de mortalité infantile par l'allaitement maternel, qui est pourtant un enjeu de santé public majeur et un facteur de prévention des MIN et des pathologies infectieuses, comme le souligne Céline Bourgoneuf, présidente de l'AFCL.*
https://www.linkedin.com/posts/activity-7150625571876618240-VEtO/?utm_source=share&utm_medium=member_ios

Recommandations indicateur 1

1. Mieux articuler les connaissances théoriques, les études et recherches, et leur mise en pratique sur le terrain.
2. Allouer un budget national conséquent pour instaurer une politique d'allaitement sur le long terme
3. Mettre en œuvre les recommandations du "Plan d'action : Allaitement maternel" [5] qui sont toujours valables aujourd'hui.
4. Fonder un Comité national pour l'allaitement conformément à la Déclaration d'Innocenti (1990) que la France a signée. Il aurait pour mission de :
 - a. créer des cursus de formation initiale à l'allaitement basés sur les données actualisées régulièrement ; accompagner leur implantation et mise en œuvre ; instaurer des processus de validation des acquis concernant les connaissances sur l'allaitement.
 - b. coordonner l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques qui servent de référentiels pour l'allaitement au niveau national (voir point 5).
 - c. élaborer des mesures et actions nationales pour favoriser et protéger l'allaitement.
 - d. veiller à ce que l'allaitement soit inscrit dans la Stratégie globale de santé publique ; vérifier si les objectifs du PNNS et d'autres programmes sont atteints en ce qui concerne l'allaitement ; analyser les déficiences et définir les actions et mesures pour améliorer le soutien et la protection de l'allaitement.
 - e. compiler des études existantes et diligenter des études nouvelles sur l'allaitement.
5. Adopter un référentiel national pour l'allaitement. Les informations sur l'allaitement, les publications scientifiques et les recommandations de bonnes pratiques pour

l'allaitement valent pour tous les professionnels de santé et devraient être diffusées au niveau national. Base pour la France : Le référentiel du Réseau en périnatalité Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon <http://www.nglr.fr/referentiel-allaitement-maternel>. Base scientifique internationale : Directive : protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les établissements fournissant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés. (2 novembre 2017, en anglais) <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>

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).
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 objectifs 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. Les objectifs du PNNS 4 (2019-2023) en cours sont d'augmenter de 15% au moins le nombre d'enfants allaités à la naissance pour atteindre 75% et d'allonger la durée médiane de l'allaitement (quel que soit son type) pour passer de 15 à 17 semaines.
9. Mise en œuvre volontaire de l'action n°27 du PNNS 4 : "La pratique de l'allaitement maternel et sa durée sont, en France, parmi les plus faibles en Europe. Le but est à la fois d'inciter les femmes à choisir, à la naissance de leur enfant, l'allaitement maternel exclusif, de les aider à surmonter les éventuelles difficultés de l'initiation de l'allaitement et de faciliter son maintien dans la durée."
10. S'inspirer du Blueprint européen de 2008 pour fonder une politique cohérente ANJE.
11. 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.
12. Intégrer l'allaitement dans la politique de santé publique comme facteur de prévention de la mortalité infantile.
13. Formuler aussi clairement que l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP) le réaffirme en 2022, que l'allaitement et le lait humain sont la norme pour l'alimentation et la nutrition de l'enfant : "Breastfeeding and human milk are the normative standards for infant feeding and nutrition. The short- and long-term medical and neurodevelopmental advantages of breastfeeding make breastfeeding, or the provision of human milk, a public health imperative. The American Academy of Pediatrics (AAP) recommends exclusive breastfeeding for approximately 6 months after birth. Furthermore, the AAP supports continued breastfeeding, along with appropriate complementary foods introduced at about 6 months, as long as mutually desired by mother and child for 2 years or beyond. These recommendations are consistent with those of the World Health Organization (WHO).
<https://publications.aap.org/pediatrics/article/150/1/e2022057988/188347/Policy-Statement-Breastfeeding-and-the-Use-of?autologincheck=redirected>
14. S'inspirer du Policy brief no.7 de la COFF (Suisse) de février 2024 : L'allaitement concerne toute la société <https://ekff.admin.ch/fr/medias/communiqués-de-presse/detail/lallaitement-concerne-toute-la-societe-policy-brief-n-7>
15. Faire connaître la nouvelle directive de l'OMS sur la diversification de 2023. Souligner que les laits de croissance et les laits de bambins sont des produits ultra-transformés, chers et généralement plus sucrés qu'un lait animal standard. De ce fait ils ne représentent pas de bénéfice pour la santé de l'enfant de plus de 12 mois. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>

Indicateur 2 : Soins Amis des Bébés et Initiative Hôpitaux Amis des Bébés (IHAB) (10 Conditions pour le succès de l’allaitement maternel¹)

Questions clés :

- 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 ? 16%
- 2b) Qu’en est-il de la qualité de la mise en œuvre du programme IHAB ? [1] Elle est régulièrement surveillée, par suivi annuel et réévaluation tous les 4 ans. – Ces questions ont été modifiées en 2019.

Evaluation de la France

Directives – critères quantitatifs

2a) 69 sur un total de 430 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 environ 16 % 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) (en 2017 : 1/5) | 1/5 |

¹ Les 10 Conditions pour le succès de l’allaitement (1990) avec prise en compte des conditions révisées en 2018 Encadré 1. Dix conditions pour le succès de l’allaitement maternel (révision 2018) Procédures de gestion critiques

- a. Se conformer pleinement au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions connexes de l’Assemblée mondiale de la Santé.
- b. Adopter une politique d’allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance du personnel et des parents.
- c. Établir des systèmes de surveillance continue et de gestion des données.
- Veiller à ce que le personnel possède les connaissances, compétences et aptitudes nécessaires pour assurer un soutien à l’allaitement. Pratiques cliniques essentielles
- Parler avec les femmes enceintes et leur famille de l’importance de l’allaitement maternel et de sa pratique.
- Favoriser un contact peau à peau immédiat et ininterrompu entre la mère et l’enfant et encourager les mères à commencer l’allaitement dès que possible après la naissance.
- Aider les mères à commencer et à maintenir l’allaitement et à gérer les difficultés les plus fréquentes.
- Ne pas donner d’aliments ou de liquides autres que le lait maternel aux nouveau-nés allaités, sauf indication médicale.
- Laisser l’enfant avec sa mère, dans la même chambre, 24 heures sur 24.
- Aider les mères à reconnaître les signaux de faim de leur nouveau-né et à y répondre.
- Conseiller les mères sur l’utilisation et les risques des biberons, tétines et sucettes.
- Coordonner la sortie de l’hôpital de sorte que les parents et leur nourrisson continuent d’avoir un accès en temps utile à des services de soutien et de soins

Directives – critères qualitatifs

2b) Qualité de la mise en œuvre du programme IHAB

| Notation de la France | |
|---|---|
| Critères concernant la qualité de la mise en œuvre IHAB | ✓ Cocher ce qui convient ✓ ajuster selon les nouvelles questions |
| 2.2) Il existe un organisme/mécanisme de coordination national pour l'IHAB / la mise en œuvre des dix étapes, avec une personne contact clairement identifiée.).(Oui = 1/ Non=0) Ancienne question : Le programme IHAB repose sur la formation des professionnels de santé, basée sur un programme de formation d'au moins 20 heures. | 1.0 |
| 2.3) Les dix étapes ont été intégrées dans la politique et les normes nationales, régionales et hospitalières pour tous les professionnels de la santé concernés. réponse en 2023 ?). (Oui = 0.5/ Non=0) Ancienne question : Un système de suivi standard est en place. | 0.5 |
| 2.4) Un mécanisme d'évaluation externe est utilisé pour l'accréditation/la désignation/l'attribution/l'évaluation de l'établissement de santé. (Oui = 0.5/ Non=0) Ancienne question : 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) Les dispositions relatives à la réévaluation ont été intégrées dans les plans nationaux de mise en œuvre des "Dix étapes" (Ten Steps). (Oui = 0.5/ Non=0) Ancienne question : Un système d'évaluation repose sur des entretiens avec les mères. Cette question devient 2.7) | 0.5 |
| 2.6) Le processus d'accréditation/de désignation/d'attribution/de mesure de l'IHAB/de la mise en œuvre des dix étapes comprend l'évaluation des connaissances et des compétences du personnel infirmier et médical. (Oui = 1/ Non=0) Ancienne question : Les systèmes de réévaluation ont été intégrés dans les plans nationaux avec une mise en œuvre planifiée dans le temps. | 1.0 |
| 2.7) Le processus d'évaluation repose sur des entretiens avec les mères. (Oui = 0.5/ Non=0) Ancienne question : 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 <i>Code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i> fait partie intégrante de l'évaluation externe. (Oui = 0.5/ Non=0) Ancienne question : Le VIH est intégré dans le programme IHAB. | 0.5 |
| 2.9) La formation sur les dix étapes et les normes de soins font partie du programme de formation initiale des infirmières, des sages-femmes, des médecins et des autres professionnels de la santé concernés. (Oui = 0.5/ Non=0) Ancienne question : Les critères nationaux mettent pleinement en œuvre les critères IHAB globaux. | 0.5 |
| Score 2b) (en 2017 : 4/5) | 5/5 |
| Score total (2a + 2b) (en 2017 : 5/10) | 6/10 |

Evolution depuis 2017 - indicateur 2

IHAB France

En 2017, nous avons formulé : Il faut un parrainage du gouvernement pour l'IHAB au niveau national., Depuis, IHAB France est partenaire de Santé publique France, comme du programme gouvernemental "Les 1000 premiers jours"

En 2017, on comptait 45 000 naissances dans les maternités labellisés IHAB, mars 2024, le site IHAB France indique environ 97 358 naissances ce qui est une évolution positive. <https://i-hab.fr/maternites-ihab/carte-des-maternites-ihab/> (consulté le 3 mars 2024).

En 2017, nous avons suggéré qu'il faut trouver un acteur pour des recherches nécessaires sur l'évolution des taux d'allaitement, les durées d'allaitement et l'impact de l'IHAB sur ces deux paramètres. – Il y a une avancée dans le sens que l'extraction des données IHAB de l'ENP 2021 se fait avec Santé publique France.

De nouvelles ressources de l'OMS sont publiées :

- Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Implementation Guidance, revised 2018
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>
- BFHI Training Course, 2020 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008915>

Insuffisances indicateur 2

1. Grâce au travail inlassable d'IHAB France, le nombre de naissances annuelles dans des établissements certifiés augmentent. Mais l'objectif doit rester plus ambitieux avec plus de moyens financiers à la clé.
2. Nouvelle Insuffisance à formuler en 2024 : Les résultats de l'Enquête nationale périnatale (ENP) ne révèlent pas clairement la différence entre les pratiques d'accompagnement à l'allaitement des équipes de maternités en France.
3. 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 mettre sur pied un programme et un plan de financement qui visent à augmenter le nombre d'établissements IHAB.
3. 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
4. Diffuser les nouvelles ressources de l'OMS pour les guidelines IHAB 2018
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>

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

Question clé : *Le Code International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel (1981) [1] et les Résolutions ultérieures de l'AMS² sont-ils mis en œuvre et en vigueur, de nouvelles actions ont-elles été entreprises pour mettre en œuvre les dispositions du Code ?*

Evaluation de la France

| Notation de la France | |
|---|--------------|
| Critères (mesures légales en place dans le pays) | Score |
| 3a : Etat du Code international de commercialisation | |
| 3.1 Aucune action effectuée | 0 |
| 3.2 La meilleure approche est en cours d'étude | 0.5 |
| 3.3 Mesures nationales en cours d'examen pour autorisation (en attente de moins de 3 ans) | 1 |
| 3.4 Peu d'articles du Code comme mesures volontaires | 1.5 |
| 3.5 Tous les articles du Code comme 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 | 4v |
| 3.8 Loi couvrant tous les articles du Code | 5 |
| 3.9. Les dispositions pertinentes des résolutions ultérieures de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) sont transcrites dans la législation nationale ³ | |
| 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 |

² World Health Assembly Resolutions 33.32, 34.22, 35.26, 37.30, 39.28, 41.11, 43.3, 45.34, 46.7, 47.5, 49.15, 54.2, 55.25, 58.32, 59.11, 59.21, 61.20, 63.23, 65.6, 69.9.

³ 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).

| 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 v |
| 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 transgressé le Code au cours des trois dernières années. | 1 |
| Score total (3a + 3b) | 5 / 10 |

Evolution depuis 2017 - indicateur 3

Une question parlementaire du 21.10.2022 concernant deux points :

1.La réglementation actuelle de l'Union ne permet pas de mettre en œuvre le Code. La Commission envisage-t-elle de donner suite à la demande de l'OMS qui souhaite que les actes juridiques relatifs aux pratiques de commercialisation des substituts du lait maternel et des aliments pour nourrissons et enfants en bas âge soient révisés ?

2.Quels sont les mécanismes existants de suivi et d'application destinés à empêcher la commercialisation offensive de substituts du lait maternel et d'aliments pour nourrissons et enfants en bas âge ? Existe-t-il une réglementation spécifique en matière de marketing numérique?

https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-9-2022-003456_FR.html

Liens vers les textes du Code international

1. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les Résolutions subséquentes <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/code-and-subsequent-resolutions>
2. Législation française <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Une précision concernant la question 3.11

Le Code international n'est pas complètement transcrit dans la réglementation, qu'elle soit européenne ou française. Depuis 2013, il existe un règlement européen, le 609-2013, qui encadre la commercialisation des préparations pour nourrisson, entre autres. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32013R0609> (consulté le 3 mars 2024). Lorsque des professionnels contreviennent aux dispositions de ce règlement, ils encourrent des contraventions de 5ème classe en France, soit au maximum 1500€ par contravention (si plusieurs anomalies de l'étiquetage sont constatées, chacune compte pour 1 contravention). Ce règlement encadre surtout l'étiquetage des produits (le fait de ne pas mettre de photos de bébés, de ne pas utiliser d'allégations nutritionnelles sur les préparations 1er âge...).

Une précision générale

Le Code international spécifie : le gouvernement est responsable pour informer sur l'alimentation, il ne s'agit pas seulement d'un encadrement de la commercialisation des PPN.

Insuffisances dans la loi française [1], [2]

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

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

La loi française ne couvre actuellement pas :

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

- **Article 4. Information et éducation**

Entièrement couvert par la loi française.

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

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

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

La loi française n'encadre pas les relations que les industriels ont avec les professionnels et établissements de santé publique, concernant les dons de matériels et les cadeaux.

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

Mise à jour 2024

A la suite de l'étude réalisée par P. Scheffer en 2017, citée ci-dessus, a été mise en place dans les facultés françaises de médecine une charte éthique et déontologique. Paul Scheffer a réalisé en 2018 un nouvel état des lieux sur les facultés de médecine françaises, avec une méthodologie différente reposant sur l'application et la connaissance de cette charte ; ce point a également fait l'objet d'une enquête récente publiée en 2023 (document joint) par Alexandra et al. Des enquêtes similaires ont été réalisées en Allemagne et en Belgique.

Par ailleurs, le Formindep (<https://formindep.fr/>) a réalisé en 2019 une enquête similaire sur les politiques de gestion des conflits d'intérêts des CHU (centres hospitalo-universitaires) français, conduisant à un classement des CHU (article joint).

Ces études concernent principalement les relations avec l'industrie pharmaceutique, et certainement dans une faible mesure les relations avec l'industrie agro-alimentaire, mais cette dernière n'est pas absente des préoccupations des décideurs et prescripteurs, en particulier dans les maternités, et particulièrement les éco-maternités, et plus généralement sur le plan de l'alimentation, des patients comme des personnels, dans les hôpitaux. Mais à notre connaissance les relations avec l'industrie agro-alimentaire n'ont pas fait l'objet d'étude spécifique dans les facultés de médecine ou les CHU français.

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

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

- **Article 9. Etiquetage**

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

- **Article 10. Qualité**

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

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

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

Mise à jour 2024

En revanche, on peut alerter sur les conflits d'intérêt. Un médecin n'a pas déclaré ses conflits d'intérêt avant de prendre la parole dans un média ? Il s'agit peut-être d'une infraction à l'article L4113-13 du Code de la Santé Publique. On peut alerter l'ARCOM du manque de transparence de l'information. L'ARCOM (anciennement CSA) a pour rôle de s'assurer du respect des règles de déontologie dans les médias, en particulier concernant **l'honnêteté et l'indépendance de l'information**.
<https://formindep.fr/alertez-arcom/>

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 moyens 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.

Indicateur 4 : Protection de la maternité

Question clé : Existe-t-il une législation et y a-t-il d'autres mesures (politiques, réglementations, pratiques) qui répondent ou vont au-delà des normes de l'Organisation Internationale 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] https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_I INSTRUMENT_ID:312328:NO (consulté le 25 mars 2024).

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 |
| <p>Commentaire WBTi France : la durée du congé maternité pour les salariées des secteurs publics et privés dépend du nombre d'enfant(s) à naître ainsi que du nombre d'enfant(s) à charge. Pour un 1er ou 2ème enfant : 16 semaines (6 prénatales / 10 postnatales) A partir du 3ème enfant : 26 semaines (8 prénatales / 18 postnatales) Grossesse multiple : → gémellaire : 34 semaines (12 prénatales / 22 postnatales) → triplés et + : 46 semaines (24 semaines prénatales / 22 postnatales)</p> <p>Certaines conventions collectives spécifiques (établissements bancaires, assurances...) octroient 45 jours calendaires supplémentaires rémunérés à 100 % à leurs salariées. Ex. : Dans le cadre de ce congé parental, la salariée qui allaite et souhaite prolonger son allaitement au-delà du congé supplémentaire visé à l'article 51.1 bénéficie pendant 45 jours d'une indemnisation versée par l'employeur, laquelle, cumulée le cas échéant avec le montant de l'allocation parentale d'éducation (2), ne pourra en aucun cas être supérieure à 100 % du salaire mensuel net qu'elle aurait perçu au titre du salaire de base.</p> <p>Un certificat d'allaitement doit être envoyé à l'employeur dans les 10 jours qui précèdent le début du congé parental d'éducation. [Article 53 Créé par Convention collective nationale 2000-01-10 étendu par arrêté du 17 novembre 2004 JORF 11 décembre 2004]</p> | |
| 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 |
| <p>Commentaire WBTi France : La rémunération des pauses d'allaitement n'est pas prévue par le Code du travail. La France a voté la Convention n° 183 OIT mais ne l'a pas encore ratifiée. https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=1000:11210:0::NO:11210:P11210_COUNTRY_ID:102632 (consulté le 3 mars 2024)</p> | |

| | |
|---|------------------------|
| <p>Pour les salariées du secteur privé « Pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail. »</p> <p>2017 L'heure d'allaitement est différemment traitée selon que la salariée dépende du régime public ou privé ce qui appelle à une harmonisation des régimes en faveur de l'allaitement (cf. Question au sénat en 2013 avec réponse en 2016, annexe 4.2). Législation voir [1.b] et [1.c] article de presse. [14]</p> <p>Depuis 2019 : Loi de Transformation de la fonction publique en 2019 (article 46 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019) « Pendant une année à compter du jour de la naissance, un fonctionnaire allaitant son enfant peut bénéficier d'un aménagement horaire d'une heure maximum par jour, sous réserve des nécessités du service, et selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.»</p> | |
| <p>4.3) La législation oblige les employés du secteur privé à (<i>plus d'un cas de figure peut s'appliquer</i>):</p> <p>a. Accorder au moins 14 semaines de congé maternité</p> <p>b. Des pauses allaitement rémunérées</p> | <p>0.5v</p> <p>0.5</p> |
| <p>Commentaire WBTi France : La salariée peut écourter son congé de maternité (et en reporter une partie). Pour être indemnisée, elle doit cesser de travailler pendant au minimum 8 semaines, dont 6 après l'accouchement.</p> <p>La rémunération des pauses allaitement peut être prévue par des conventions collectives spécifiques (industries du pétrole, de l'habillement...).</p> <p>Mais beaucoup d'entreprises n'appliquent pas la loi ou ne la connaissent pas. Les femmes tirent leur lait sur leur temps de travail sans conséquence sur leur salaire.</p> | |
| <p>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>) :</p> <p>a. Des espaces pour allaiter / exprimer son lait</p> <p>b. Des Crèches</p> | <p>1v</p> <p>0.5</p> |
| <p>Citations tirées du livre de Martine Herzog Evans : « Les conditions auxquelles doit satisfaire le local où la mère sera admise à allaiter son enfant sont déterminées suivant l'importance et la nature des établissements, par décret en Conseil d'État. Le Code du travail est particulièrement exigeant quant à la configuration du local où l'enfant est allaité [...] En revanche, il n'a rien prévu pour ce qui concerne l'utilisation du tire-lait. » Il faut préciser que le Code du travail reprend une loi de 1917, « période à laquelle l'usage du tire-lait était anecdotique, et qu'au vu du contexte actuel, il paraît cohérent que ce qui est prévu s'applique également lorsque la mère souhaite tirer son lait. » Allaitement et droit, [3] page 96 et aussi [4]. Législation voir [1.d]</p> | |
| <p>4.5) Les femmes dans le secteur informel/ non organisé, et dans le domaine de l'agriculture, ont:</p> <p>a. Le droit à certaines mesures de protection</p> <p>b. Le droit aux mêmes mesures de protection que les femmes qui travaillent dans le secteur formel.</p> | <p>0.5v</p> <p>1</p> |
| <p>Commentaire WBTi France :</p> <p>Agriculture : « Pour bénéficier de l'allocation de remplacement, l'assurée doit justifier à la date présumée de l'accouchement d'une durée de 10 mois au moins d'affiliation à l'AMEXA.</p> <p>Le cas échéant, il est tenu compte, pour atteindre cette durée, de ses périodes d'affiliation à d'autres régimes obligatoires. L'assurée doit interrompre toute activité sur l'exploitation et être remplacée par du personnel salarié, pendant deux semaines au moins et jusqu'aux durées maximales suivantes : en cas de naissance d'un seul enfant, la durée de prise en charge des frais de remplacement est fixée à 16 semaines maximum. En cas de naissance portant à 3 le nombre d'enfants à charge ou nés viables, cette durée est portée à 26 semaines. Cette durée est allongée à 34 semaines en cas de naissances de jumeaux et à 46 semaines en cas de naissances de triplés ou plus. En outre, 2 semaines</p> | |

| | |
|--|-------------|
| supplémentaires en cas d'état pathologique résultant de la grossesse et attesté par un certificat médical peuvent être accordées. » [5] Travailleuses indépendantes : « Le montant des prestations est de 2 327,60 € pour les 44 premiers jours d'arrêt. Il peut être porté à 3 121,10 € pour 59 jours et 3 914,60 € pour 74 jours d'interruption. » | |
| 4.6) (<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 | 0.5v |
| 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. | 0.5v |
| <p>Commentaire WBTi France : l'information relative à la protection de la maternité est bien diffusée, si l'on ne considère pas spécifiquement l'allaitement dont les dispositions sont trop anciennes. Les dispositions sont celles des articles L1225-16 à L1225-28 Code du travail. [1.a]</p> <p>Ces dispositions sont reprises par les conventions collectives et sont souvent améliorées. Les informations sont également diffusées par les syndicats, par les organismes de santé, par la sécurité sociale dès lors que la déclaration a été faite et il existe un recours auprès du conseil des Prud'hommes en cas de violation des règles. Voir l'exemple de la banque [6]</p> <p>A l'avis des personnes qui accompagnent les femmes pour conjuguer allaitement et reprise du travail, les informations sur la poursuite de l'allaitement ne sont pas réellement mises à la disposition des femmes car la plupart ignorent le Code du travail sur ce sujet et personne ne leur en parle. La situation est encore pire avec les conventions collectives. Que l'information soit disponible ne veut pas dire qu'elle est accessible facilement pour toutes. Il y a souvent une démarche à faire à moins que l'employeur soit particulièrement pro allaitement (ce n'est pas le cas le plus courant donc...).</p> | |
| 4.7) Le congé paternité dans le secteur public est de 3 jours minimum. | 0.5v |
| <p>Commentaire WBTi France : En 2017, le congé paternité était de 11 jours ou 18 jours (naissances multiples) calendaires maximum pouvant être fractionnés en deux périodes dont l'une au moins égale à 7 jours + 3 jours de congé de naissance. Dans la pratique, ce congé n'est pas assez connu et utilisé. [1.e] Depuis le 1er juillet 2021, il est passé de 11 + 3 à 25 + 3 jours soit 28 jours.</p> | |
| 4.8) Le congé paternité dans le secteur privé est de 3 jours minimum. | 0.5v |
| <p>Commentaires WBTi France : En 2017, le congé paternité était de 11 jours calendaires consécutifs au maximum + 3 jours de congé de naissance. Dans la pratique, ce congé n'est pas assez connu et de ce fait pas assez utilisé.- Depuis le 1er juillet 2021, il est passé de 11 + 3 à 25 + 3 jours soit 28 jours.</p> | |
| 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. | 0.5v |
| <p>Commentaire WBTi France : la législation prévoit l'information et une surveillance médicale renforcée notamment pour les femmes enceintes ou allaitantes. Les femmes enceintes peuvent bénéficier d'un aménagement de poste, d'une mutation ou si ce n'est pas possible d'une dispense de travail avec maintien de salaire. Les mères allaitantes peuvent se voir proposer un autre emploi compatible « durant une période n'excédant pas un mois après son retour de congé postnatal. »</p> | |
| 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. | 1v |
| <p>Commentaire WBTi France : il existe quelques provisions pour la femme qui allaite, mais la couverture postnatale pour certains articles n'est que d'un mois, ce qui est en contradiction</p> <p>a) avec la préconisation d'allaitement exclusif de 6 mois, et</p> <p>b) avec l'heure d'allaitement stipulée dans la loi du travail jusqu'à l'âge de 1 an du bébé.</p> | |
| Score total : | 7/10 |

Pause pour allaiter

Pour le point 4.2 : Voir les dispositions pour les fonctionnaires depuis la loi de Transformation de la fonction publique en 2019 (article 46 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019) : « Pendant une année à compter du jour de la naissance, un fonctionnaire allaitant son enfant peut bénéficier d'un aménagement horaire d'une heure maximum par jour, sous réserve des nécessités du service, et selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.»

Quoi qu'il en soit, les périodes d'allaitement ne sont pas encore rémunérées car la France n'a pas ratifié la Convention 183 de l'OIT.

Congé paternité

Pour le point 4.8 : En 2017, le congé paternité était de 11 jours calendaires consécutifs au maximum + 3 jours de congé de naissance. Dans la pratique, ce congé n'est pas assez connu et par conséquent pas assez utilisé. - Depuis le 1^{er} juillet 2021, il est passé de 11 + 3 à 25 + 3 jours soit 28 jours.

Sur le terrain on constate que ce congé paternité n'est malheureusement pas favorable à l'allaitement. Même si on sait que le partenaire est le meilleur soutien pour la femme qui choisit d'allaiter, la tendance actuelle des pères qui veulent « donner le biberon » va à l'encontre de l'allaitement.

Fonctionnaire allaitant

Voir les dispositions pour les fonctionnaires depuis la loi de Transformation de la fonction publique en 2019 (article 46 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019).

« Pendant une année à compter du jour de la naissance, un fonctionnaire allaitant son enfant peut bénéficier d'un aménagement horaire d'une heure maximum par jour, sous réserve des nécessités du service, et selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.» Pas de décret publié à notre connaissance à ce jour, pourtant sur le site de Legifrance, la publication était envisagée pour février 2020.

Espace pour allaiter

L'arrêté du 31 août 2021 créant un référentiel national relatif aux exigences applicables aux établissements d'accueil du jeune enfant en matière de locaux, d'aménagement et d'affichage prévoit que « L'établissement doit également pouvoir proposer un espace propice à l'allaitement maternel. » ?

Entretien postnatal

Un entretien postnatal est obligatoire depuis juillet 2022 pour détecter la dépression postnatale.

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000047254705

« Un entretien postnatal précoce obligatoire est réalisé par un médecin ou une sage-femme entre les quatrième et huitième semaines qui suivent l'accouchement. Cet entretien a pour objet, dans une approche globale de prévention en postpartum, de repérer les premiers signes de la dépression du postpartum ou les facteurs de risques qui y exposent et d'évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement. Un deuxième

entretien peut être proposé, entre les dixième et quatorzième semaines qui suivent l'accouchement, par le professionnel de santé qui a réalisé le premier entretien aux femmes primipares ou pour lesquelles ont été constatés des signes de la dépression du postpartum ou l'existence de facteurs de risques qui y exposent. »

Il est obligatoire pour les professionnels de le proposer et de le tracer dans le dossier ; la femme peut refuser. Il est pris en charge s'il est fait dans les délais.

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.

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 création 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 ».

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

Question clé : *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 ⁴ 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. | 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 ⁵ | 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√ |

⁴ Les types d'écoles et de programmes d'éducation qui devraient avoir des curriculums en lien avec l'ANJE varient de pays en pays. Il peut aussi y avoir des différences au niveau de quels départements au sein de quelles écoles sont responsables de l'enseignement des différents sujets. L'équipe d'évaluation devra décider, si cela s'avère nécessaire, quelles sont les écoles les départements les plus essentiels, en vue d'une inclusion dans l'évaluation, et cela sur conseil des experts en éducation sur l'ANJE.

⁵ Les prestataires de santé devant être formés varient de pays en pays, mais doivent inclure les prestataires de soins aux mères et aux enfants dans les domaines tels que la médecine, les soins infirmiers, les soins par les sages-femmes, la nutrition et la santé publique.

| | | | |
|--|---------------|------|---|
| 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 | 0.5v | 0 |
| 5.6 Ces programmes de formation continue/ en cours de carrière, mentionnés dans 5.5 sont dispensés dans tout le pays ⁶ | 1 | 0.5v | 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. Commentaire WBTi France : C'est précisément ce que critique le Comité des Droits de l'Enfant dans ses Observations sur la France (voir annexe 5.3 du rapport WBTi France de 2017). Il recommande d'améliorer ce point pour permettre à la mère / au père de rester durant la nuit auprès de l'enfant lors d'une hospitalisation. La législation française stipule le cas de l'enfant hospitalisé, dans le Guide HAS 2011 [1]. En revanche, rien n'est précisé dans la législation française sur l'accueil du jeune enfant à l'hôpital lorsque la mère est hospitalisée. | 1 | 0.5v | 0 |
| Score total : | 5,5/10 | | |

Evolution depuis 2017 - indicateur 5

Formation continue

Bien que le PNNS 4 recommande de développer la formation professionnelle continue sur l'allaitement maternel pour les professionnels de santé agissant en périnatalité afin d'homogénéiser les pratiques, cela n'est pas pris en compte dans les orientations nationales prioritaires du DPC 2023-2025. Le thème allaitement maternel est retenu uniquement pour les pédiatres (voir ci-après).

En plus du DULHAM (Diplôme Universitaire « Lactation Humaine et Allaitement Maternel ») à Lille <https://ufr3s.univ-lille.fr/formation-continue/medecine/du-lactation-humaine-allaitement-maternel>, il y a un DU Allaitement maternel à l'université Aix - Marseille <https://formations.univ-amu.fr/fr/DE1/UVAM/PRVAMU00> (consulté le 3 mars 2024) et un DIU Soins centrés sur le nouveau-né et sa famille : soins de développement et allaitement maternel aux universités de Toulouse et de Brest <https://www.univ-tlse3.fr/decouvrir-nos-diplomes/diu-soins-centres-sur-le-nouveau-ne-et-sa-famille-soins-de-developpement-et-allaitement-maternel> (consulté le 25 mars 2024).

⁶ On peut considérer que les programmes de formation ont lieu « à travers le pays » si il y a au minimum un programme de formation dans chaque région ou province ou entité similaire.

Agence DPC

<https://www.agencedpc.fr/orientations-nationales-prioritaires-de-dpc-2023-2025> ainsi que https://www.agencedpc.fr/sites/default/files/2023-11/14.11.23_fiches_de_cadrage_conso_i_et_ii.pdf

FICHES DE CADRAGE RELATIVES AUX ORIENTATIONS PRIORITAIRES 2023-2025

Orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu

Mise à jour du 14 novembre 2023. Voir les fiches de cadrage n°238 (page 430), n°161 (page 497), n°244 (page 513).

PEDIATRES

238. Alimentation de l'enfant de 0 à 6 ans

Le pédiatre a un rôle fondamental dans l'accompagnement de l'allaitement maternel et dans la guidance vers une alimentation saine et équilibrée de l'enfant en bas âge, permettant une croissance harmonieuse et un développement psychomoteur optimal, en adéquation avec les recommandations internationales et celles du rapport des 1000 premiers jours de vie <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

Toutes les publications scientifiques confirment les avantages de l'allaitement maternel tant pour la mère que pour le nourrisson.

Le pédiatre a un rôle d'expert essentiel dans la promotion et l'accompagnement de l'allaitement avant, pendant et après la naissance. Le taux et encore plus la durée de l'allaitement maternel restent en France largement inférieurs à celui des pays du Nord de l'Europe. La moitié des femmes qui initient un allaitement maternel l'arrêtent au cours du premier mois.

L'une des raisons est l'insuffisance d'accompagnement au cours des premières semaines suivant la naissance. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>

Les pédiatres doivent recevoir une formation et une réactualisation des connaissances pour détecter toute difficulté et mettre en œuvre les actions nécessaires afin d'éviter le sevrage précoce.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_272473/fr/allaitement-maternel-suivi-par-le-pediatre ; <https://www.em-consulte.com/article/1262467/article/conduite-pratique-de-l-allaitement-maternel>

L'expertise du pédiatre est nécessaire pour l'application et la diffusion des recommandations scientifiques concernant la diversification alimentaire selon le dernier PNNS 4. Programme National Nutrition Santé https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf

Parmi les thèmes :

- Allaitement maternel : physiologie et repérage précoce des difficultés pour favoriser un allaitement maternel exclusif suivant les recommandations scientifiques.
- Prescription d'une préparation infantile adaptée aux nourrissons lorsque l'allaitement maternel n'est pas souhaité ou pas possible.
- Initiation d'une diversification alimentaire selon les recommandations scientifiques actuelles.

Interactions des professionnels de santé et conflits d'intérêt

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3395221/fr/interactions-des-professionnels-de-sante-avec-les-representants-de-l-industrie

Interactions des professionnels de santé avec les représentants de l'industrie une revue systématique de la littérature. Études et Rapports - Mis en ligne le 06 févr. 2023

Cette revue permet de nourrir la réflexion sur ce sujet des chercheurs, des pouvoirs publics, des professionnels de santé, des acteurs de la formation, des industriels de la santé et des usagers, et suggérer des évolutions en vue d'une amélioration.

Charte du nouveau-né hospitalisé 2021

<https://www.gouvernement.fr/actualite/la-charte-du-nouveau-ne-hospitalise> Le document vise à offrir aux 75 000 nouveau-nés hospitalisés par an les meilleures chances de bien grandir. Concerne surtout la néonatalogie.

Réflexion concernant la question 5.5

L'allaitement est un facteur de prévention contre certains cancers chez la femme (cancer du sein, de l'ovaire) et chez l'enfant (leucémie aiguë lymphoblastique). Cette information est très peu diffusée. Parallèlement, la France est devenue le 1^{er} pays au monde pour l'incidence du cancer du sein en 2022. <https://www.reseau-environnement-sante.fr/cp-cancer-du-sein-la-france-est-devenue-le-1er-pays-au-monde-en-2022/>

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 des tous les professionnels de santé intervenant en périnatalité ces recommandations.
5. Créer un référentiel national de « bonnes pratiques » pour la gestion et l'accompagnement à l'allaitement, aussi bien en établissement et par la suite au quotidien. On peut s'inspirer du nouveau Guide de l'OMS 2017. [26]
6. Compléter toute formation par des stages pratiques sur le terrain pour permettre d'intégrer et d'ancrer les connaissances et modifier les habitudes.
7. Augmenter la visibilité des formations DULHAM et du DU 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 à 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, les puéricultrices, les auxiliaires de puériculture et les consultants en lactation certifié 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 <https://www.thelancet.com/series/breastfeeding> [27] et *The Lancet* 2023 <https://www.thelancet.com/series/Breastfeeding-2023>
17. Informer le grand public des effets protecteurs de l'allaitement sur les maladies non transmissibles, aussi bien chez la femme qui allaite que chez l'enfant allaités (cancers, diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires....)

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

Question clé : *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 | ✓ <i>Cocher ce qui convient</i> | | |
| | 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* en matière d'ANJE. *Précision WBTi France : le terme anglais « counselling » souvent traduit par « conseil » en français comporte une dimension clé d'écoute active et d'empathie. | 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 en ANJE et les services de conseil et de soutien ont une couverture nationale. | 2✓ | 1 | 0 |
| 6.4) Le conseil 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 pour l' ANJE. Commentaire WBTi France : les bénévoles qui interviennent sur l'allaitement sont généralement bien formés par leur propre initiative ; ce n'est pas toujours le cas des professionnels de santé. | 2 | 1✓ | 0 |
| Score total : | 7/10 | | |

Evolution depuis 2017 - indicateur 6

Le soutien par des groupes de mères existe sur tout le territoire mais il est peu reconnu au niveau institutionnel. En effet il y a depuis plusieurs années beaucoup de recherche sur le

soutien par les pairs (programme EXpairs) dans le domaine du handicap, du travail, de la santé mentale mais rien sur le soutien de mère à mère pour l'allaitement.

En complément à l'insuffisance 9., on constate que de plus en plus de Doulas proposent de l'accompagnement à l'allaitement en prestations payantes, sans garantie de leur formation initiale (santé à deux vitesses). En effet, depuis 2 à 3 ans on voit de plus en plus de personnes se former comme Doulas et/ou accompagnante à la parentalité avec parfois seulement quelques heures de formation. Ces personnes proposent ensuite des formations d'accompagnement aux professionnels et/ou associations...et bien-sûr accompagnent les femmes.

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 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) 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 et s'adressant au grand public (Guide de l'allaitement maternel, INPES 2009 et 2015/Santé publique France 2023) a été revue à la baisse en ce qui concerne l'allaitement exclusif de 6 mois. Voir l'indicateur 7.*
- 6. L'apprentissage pratique et l'accompagnement de l'allaitement par des professionnels compétents dans ce domaine sont insuffisants.*
- 7. 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.*
- 8. 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).*
- 9. 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 international IBCLC ou DULHAM / DU Allaitement maternel, ou encore d'associations de soutien de mère à mère comportant un programme de formation interne.*

Recommandations indicateur 6

1. Former chaque professionnel de santé en contact avec des femmes enceintes aux connaissances de base pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.
2. 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.

3. 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.
4. 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 de l'allaitement et sur prescription médicale.
5. 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.
6. 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.
7. Mutualiser et mieux mettre en valeur les bonnes initiatives des différents RSP en faveur de l'allaitement.
8. 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 2025-2030), fixer des objectifs à atteindre pour les taux d'initiation et la durée de l'allaitement, et les évaluer par la suite.
9. 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.
10. 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.
11. Rendre l'allaitement maternel visible pour que l'image du bébé allaité au sein et le geste d'allaiter deviennent familiers.
12. Recentrer la CoFAM sur son objectif premier : coordonner et re-dynamiser 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.
13. 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.
14. Réglementer les centres de formation pour Doulas et pour accompagnantes à la parentalité afin de garantir un socle de formation commun avec un minimum d'heures de formation.

Indicateur 7 : Appui en information

Question clé : 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?

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 (information, éducation, conseil) 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 | - | 0v |
| 7.2a) Les systèmes de santé/nutrition nationaux incluent le conseil individuel sur l'ANJE. | 1 | 0.5v | 0 |
| 7.2b) Les systèmes de santé/nutrition nationaux incluent l'éducation et les services de conseil de groupe sur l'ANJE. | 1 | 0.5v | 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 | 0v |
| 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. | 2v | 1 | 0 |
| 7.5) Le matériel et les messages IEC incluent de l'information sur les risques de l'alimentation artificielle, conformes aux Directives OMS/FAO sur la préparation, conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons. ⁷ [9] | 2 | 0 | 0v |
| Score total : | 3/10 | | |

⁷ Pour s'assurer que les cliniciens et les autres professionnels de santé, travailleurs communautaires, familles, parents et autres personnes s'occupant des jeunes enfants, surtout les nourrissons à haut risque, reçoivent suffisamment d'information et de formation par des professionnels de santé, au moment opportun, sur la préparation conservation et manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons, afin de réduire les risques sanitaires au minimum ; sont informés sur le fait que les préparations pour nourrissons en poudre peuvent contenir des micro-organismes pathogènes et doivent être préparées et utilisées correctement ; et, lorsque nécessaire, que cette information soit partagée grâce à un message d'avertissement sur les étiquettes. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241595414>

Evolution depuis 2017 - indicateur 7

Mise à jour et réédition du Guide de l'allaitement (16 mars 2023)

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/brochure/le-guide-de-l-allaitement-maternel>

Il s'agit d'une mise à jour a minima de ce document publié initialement en 2009. Les modifications portent sur : la vitamine K, la durée du congé maternité, une photo montrant une mère allaitant en position semi allongée et la première page.

Modification de la première page : suppression des recommandations de l'OMS sur l'allaitement exclusif et la durée de l'allaitement, voir texte en italique.

En 2009 il était écrit : « *Le Programme national nutrition santé (PNNS) recommande un allaitement maternel exclusif pendant six mois révolus (l'allaitement peut être poursuivi ensuite, avec des aliments complémentaires, jusqu'à deux ans voire davantage). Mais même de plus courte durée, l'allaitement reste toujours recommandé.* »

Edition 2023 : « Vous attendez un bébé et vous aimeriez bien l'allaiter. Ce guide a pour objectif de répondre aux questions que vous pouvez vous poser, de vous apporter des conseils pratiques, des adresses utiles, et de vous proposer un accompagnement dans la poursuite de l'allaitement maternel au jour le jour.

Il a été conçu par des spécialistes de l'allaitement maternel (professionnels de santé, consultants en lactation, représentants d'associations et d'institutions) et vous donne les recommandations les plus récentes sur le sujet. L'allaitement maternel est l'un des premiers facteurs de protection durable de la santé de l'enfant. *Il est recommandé d'allaiter jusqu'aux 6 mois de votre enfant mais même si c'est moins longtemps, c'est bénéfique à sa santé et à la vôtre. Si vous voulez prolonger, vous pouvez allaiter aussi longtemps que vous le souhaitez.* En effet, le lait maternel est un aliment unique, de qualité irremplaçable, et ses caractéristiques ne se retrouvent pas toutes dans les « laits infantiles » du commerce. »

Pas à pas, votre enfant mange comme un grand (mai 2022)

Rien n'est mentionné sur l'allaitement exclusif de 6 mois, il est écrit « **Il est recommandé d'allaiter jusqu'aux 6 mois de l'enfant mais même si c'est moins longtemps, c'est bénéfique à sa santé et à la santé de la mère** » en gras dans le texte). La diversification est recommandée entre 4 et 6 mois. Absence d'information sur les signes montrant qu'un bébé est prêt à débiter une alimentation diversifiée.

Absence d'image de biberon, un dessin d'une femme allaitant un bébé.

Livret A5 de 36 pages qui s'adresse à des parents ayant un niveau de littératie assez élevé et une affichette sous forme de tableau, l'allaitement est mentionné jusqu'à 3 ans.

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/brochure/pas-a-pas-votre-enfant-mange-comme-un-grand>.

Prévention par l'allaitement – message grand public

Nous pensons qu'il faut rendre visible le rôle de **l'allaitement maternel vers le grand public** quand il est question de la santé des enfants. Un exemple récent est la prévention des infections respiratoires pour lesquelles les preuves sont indiscutables sur le rôle préventif de l'allaitement.

Un avis du HSCP daté du 30 août 2023 " Relatif aux mesures de prévention des infections respiratoires virales (incluant la mise à jour des avis Covid 19) <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1343> Rien sur l'allaitement en prévention.

De même pendant la **campagne massive pour le Beyfortus**, l'allaitement est cité dans certains documents professionnels (voir ci-dessous) mais pas dans les flyers destinés aux parents, où figurent seulement les mesures d'hygiène générales.

Sur le site de la HAS, l'avis sur le Beyfortus

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3456503/fr/beyfortus-nirsevimab-virus-respiratoire-syncytial

Voir page 10

« · **Les critères environnementaux sont :**

- Des contextes sociaux ou économiques défavorables, des difficultés d'accès aux soins ne permettant pas un retour à domicile (Grade C) ;
- Pour les prématurés ≤ 35 SA (Grade B) :
 - Tabagisme pendant la grossesse (Grade A),
 - Tabagisme passif (Grade A),
 - Naissance dans la période autour de l'épidémie à VRS (Grade B)
 - Fratrie (Grade C),
 - Crèche (Grade A),
 - **Absence d'allaitement maternel (Grade A) ;**
- Tabagisme passif (augmente le risque de recours de soins (Grade A) ou d'hospitalisation en réanimation (Grade C). »

Voir page 48 en annexe de cet avis de la HAS : Avis de la Société Française de Néonatalogie et du Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique sur la prévention des infections respiratoires basses à VRS dans la population néonatale, y compris la population des nouveau-nés prématurés Texte du 05/06/2023.

"Position de la SFN et du GPIIP : page 48

La morbidité liée au VRS ainsi que l'impact de l'épidémie sur les systèmes de soins chaque année justifient de mobiliser toutes les stratégies de prévention à la population de tous les nourrissons.

La promotion de l'allaitement maternel, des mesures barrières et la lutte contre les agressions des voies respiratoires (environnement, tabagisme passif...) (*en gras dans le texte*) restent la priorité puisque d'autres virus que le VRS sont également impliqués dans les bronchiolites chaque hiver. Une éducation de la population générale à ces mesures barrières est fondamentale en première ligne de la lutte contre toutes les épidémies pédiatriques."

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

Recommandations indicateur 7

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

Indicateur 8 : Alimentation infantile et VIH

Question clé : *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 et du soutien. | 1√ | 0.5 | 0 |
| 8.4) Le conseil 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 conseil 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 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 accompagnées 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 | 0v |
| 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 | 0.5v | 0 |
| Score total : | 7/10 | | |

Evolution depuis 2017 - indicateur 8

Pour le VIH, la Suisse recommande des décisions partagées avec la mère si elle souhaite allaiter. On lit dans le résumé des nouvelles recommandations (2023) : « Le VIH maternel n'est plus une contre-indication absolue à l'allaitement maternel en Suisse. »
<https://www.paediatricschweiz.ch/fr/alimentation-du-nouveau-ne-sain/> (consulté le 3 mars 2024)

Déjà en 2018, les « Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) concernant la prise en charge des mères infectées par le VIH et de leur enfant » étaient favorables à l'allaitement. <https://www.bag.admin.ch/cfss> (consulté le 3 mars 2024)

Lacunes – pas listées

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.) aient à disposition du lait maternel de donneuses saines via les lactariums.
2. Valoriser 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.

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

Question clé : *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 ?*

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 | 0v |
| 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 | 0v |
| 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 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 | 0v 0v |
| 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 | 0v |

| | | | |
|--|-------------|-----|----|
| 9.5) a) Un matériel didactique approprié pour l'orientation et la formation sur l'ANJE dans les situations d'urgence 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 | 0v |
| b) L'orientation et la formation ont lieu selon le plan national de préparation et de réponse aux situations d'urgence. | 1 | 0.5 | 0v |
| Score total : | 0/10 | | |

Evolution depuis 2017 - indicateur 9

Les documents IFE 2017 existent maintenant aussi en français et douze autres langues.
<https://www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017>

Une série d'infographies a été publiée en 2021 mais n'est pas traduite en français

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 et/ou 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 biberon) 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 destination 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. Concevoir un feuillet d'information (2 pages) pour les professionnels de santé qui explique que l'allaitement est une option plus sûre que les préparations pour nourrissons en cas de catastrophe.
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 et 2021 auprès des associations et des professionnels travaillant avec les familles en grande précarité.
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 uniquement des produits génériques sans logo ou marque publicitaire - 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 les recommandations de l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP).

Indicateur 10 : Système de suivi et d'évaluation (Monitoring)

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

Evaluation de la France

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

Evolution depuis 2017 - indicateur 10

Modification des questions de l'Enquête nationale périnatale (ENP)

Enquêtes périnatales, transversales, par échantillonnage, pendant 1 semaine sur tout le territoire français

ENP 2016

Nous allons maintenant parler de votre bébé

F11. Avez-vous essayé une mise au sein dans les deux premières heures suivant la naissance ? |__| 0 : non 1 : oui

F12. Aujourd'hui comment votre enfant est-il nourri ? |__|

1 : au lait maternel uniquement

2 : au lait premier âge (ou LP) uniquement

3 : allaitement mixte (lait maternel et lait premier âge ou LP)



• **Questionnaire alimentation**

F21 - Avez-vous essayé une mise au sein dans les deux premières heures suivant sa naissance (y compris la tétée d'accueil) ? non oui

F22 - Aujourd'hui comment votre enfant est-il nourri ?

1 au lait maternel (ou du lactarium) uniquement
 2 au lait premier âge du commerce uniquement
 3 allaitement mixte (lait maternel et lait premier âge du commerce)
 4 inconnu

Si réponse 2 F22a - Avez-vous essayé de l'allaiter ? non oui

F23 - Depuis le jour de sa naissance, votre nouveau-né a-t-il bu de l'eau ? non oui

(Remarque : le terme "première tétée" serait plus judicieux que "tétée d'accueil", si la mère refuse cela ne veut pas dire pour autant qu'elle n'accueille pas son bébé.)

ENP 2021, page 69, Allaitement maternel

« Parmi les femmes ayant initié un allaitement maternel (74,2% des femmes), seules 38,4% pratiquent un allaitement exclusif à deux mois et 30,2% déclarent avoir reçu un soutien par des professionnels de santé pour des problèmes liés à leur allaitement depuis la sortie de la maternité. Ce soutien a été apporté soit lors de visites à domicile (72,2%), soit lors des consultations (62,9%), soit par téléphone (30,1%). Elles sont cependant 16,8% à déclarer ne pas avoir reçu de soutien alors que cela aurait été utile (Tableau 81). Parmi les femmes ayant arrêté l'allaitement maternel, 27,7% ont arrêté dans les sept premiers jours de vie de leur enfant, 28,2% entre 8 et 21 jours, 32,2% entre 22 et 45 jours et 11,9% au-delà de 45 jours. A 2 mois, les femmes sont 34,4% à allaiter exclusivement, 19,8% à réaliser un allaitement mixte et 45,8% à donner du lait premier âge du commerce.

A noter que lorsqu'on interroge les femmes sur leur santé psychique et sur les sources de difficultés ressenties depuis leur retour à domicile, un allaitement maternel parfois compliqué est évoqué par 48,7% des femmes (Tableau 74).

Les données de l'enquête EPIFANE, enquête ancillaire de l'ENP 2021 réalisée par Santé publique France, avec un suivi des femmes et des enfants pendant un an, permettra d'explorer l'évolution des modalités d'alimentation des enfants durant la 1ère année de vie ainsi que les difficultés rencontrées dans la mise en place de l'allaitement maternel. »

Cette enquête ancillaire n'est pas encore publiée au moment du Rapport WBTi France 2024.

L'Enquête nationale périnatale 2021 en détail

Les Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) recueillent des informations sur l'état de santé des mères et des nouveau-nés, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement. Elles sont répétées environ tous les 5 ans depuis 30 ans, sur une semaine en maternité. La 6^e ENP de 2021 portait sur un échantillonnage d'environ 13 600 nouveau-nés et leur mère.

Elle montre un taux d'allaitement à la maternité qui reste plutôt stable :

56,3 % des femmes allaitent exclusivement leur enfant à la maternité en 2021 contre 54,6 % en 2016 et 60,3 % en 2010.

13,4 % des femmes réalisent un allaitement mixte en 2021, contre 12,6 % en 2016 et 8,4 % en 2010.

Le total des femmes qui allaitent effectivement en maternité : 69,8 %. Toutefois, le taux d'allaitement effectif est en deçà du choix initial des mères, puisqu'avant l'accouchement elles étaient 64,8% à souhaiter un allaitement exclusif et 8,5% un allaitement mixte, ce qui équivaldrait à un total d'allaitement de 73,3 %.

En 2021, près de 76 % des services déclaraient avoir au moins une personne référente pour l'aide à l'allaitement dans la maternité (consultante en lactation International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC) et/ou titulaire d'un diplôme universitaire en lactation humaine et allaitement maternel (DIULHAM), contre 67 % en 2016. Toutefois, dans deux tiers des établissements, le temps dédié à cette activité de référente en allaitement est seulement partiel.

A deux mois, les taux d'allaitement restent bas en 2021 : 34,4 % des femmes allaitent exclusivement leur enfant, 19,8 % réalisent un allaitement mixte et 45,8 % nourrissent leur bébé avec du lait artificiel. L'enquête Ancillaire Epifane, qui sera publiée courant 2023, devrait apporter des informations complémentaires sur la durée de l'allaitement en France.

Somme toute, ces résultats sont décevants. Déjà en 2016, la France n'atteignait pas les objectifs qu'elle s'était fixés par le *Programme national nutrition santé* PNNS 2011-2015. L'allaitement maternel à la maternité, exclusif ou non, a légèrement diminué entre 2010 et 2016, passant de 68,7 % à 66,7 %, et reste faible en 2021 avec 69,7 % en comparaison des autres pays européens ([EUOPERISTAT, 2013 et 2022](#)).

<https://www.euoperistat.com/index.php/reports/ephr-2019.html>

La stagnation la plus marquante concerne l'allaitement maternel exclusif : il avait augmenté à partir de 1995 ([Blondel et al., 2012](#)), et a baissé de manière importante entre 2010 et 2016, passant de 60,3 % à 52,2 % pour se fixer à 56,3 % en 2021, sous le niveau d'il y a dix ans !

A 2 mois, les femmes sont 34,4% à allaiter exclusivement, 19,8% à réaliser un allaitement mixte et 45,8% à donner du lait premier âge du commerce.

Force est de constater que depuis des années, aucun progrès significatif n'est réalisé pour améliorer le taux d'allaitement en France. Cela doit nous interpeller. Dans la mesure où une forte majorité des femmes expriment le souhait d'allaiter, il y a vraiment des efforts à faire pour leur permettre de mener à bien leur projet en leur apportant le soutien nécessaire, en créant un environnement sociétal favorable et en assurant un encadrement professionnel compétent.

EPIFANE 2021

En 2021, Epifane était associée à l'Enquête nationale périnatale ([ENP](#)) pour permettre de collecter des données communes, à la maternité et à 2 mois pour l'ensemble des mères puis à 6 et 12 mois pour celles du sous-échantillon Epifane. (3500 Mères)

Les objectifs de l'enquête Epifane 2021 sont de décrire :

- la fréquence, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel
- le type, la durée et les quantités des formules lactées du commerce
- les modalités de la diversification alimentaire
- les indicateurs de l'état de santé des mères et de leur enfant jusqu'à 1 an et leurs déterminants.

Les résultats ne sont pas encore publiés en mars 2024.

Carnet de Santé

- ✓ Exploitation des données. HCSP, *Exploitation des données de santé des nourrissons et du jeune enfant à partir des trois certificats de santé, avril 2023*

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=1306>

Avant 2004, les informations étaient remontées annuellement au niveau national sous forme de données départementales agrégées.

Depuis 2004, un circuit permettant de récolter les données individuelles anonymisées relatives à chacun des CSE a été mis en place.

Depuis 2019, les CSE continuent d'être recueillis au niveau départemental par les PMI, mais la remontée d'informations au niveau national vers la DREES (*direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*) pour la constitution d'une base de données a cessé. La dernière publication compilée par la DREES est celle de l'année 2017.

Un circuit de dématérialisation est en cours de mise en place pour une remontée plus rapide des données.

Dans le CS8, le HCSP propose de rajouter "allaitement maternel exclusif/mixte/artificiel "

Dans le CS9 : allaitement maternel exclusif, durée en semaines

Dans les CS9 et CS24 : allaitement maternel, durée en semaines

Euro Péristat

La France ne recueille pas l'indicateur Euro Péristat R20 : nombre d'enfants allaités partiellement ou exclusivement pendant les 48 premières heures. (Définition OMS 1991).

Vaz J et al. *Monitoring breastfeeding indicators in high-income countries: Levels, trends and challenges*. *Matern Child Nutr.* 2021;17:e13137. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33405389/>

WHO; UNICEF. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Definitions and Measurement Methods*; 2021 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>

Une référence intéressante sur le site de l'OMS

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Principaux faits. 20 déc. 2023

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>

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. Mettre dans le futur PNNS des objectifs ambitieux pour les taux et la durée d'allaitement, avec un budget alloué pour le suivi et l'évaluation des mesures.
2. Repenser les certificats de santé pour recueillir des données pertinentes sur l'allaitement.
3. 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.
4. Proposer au comité de pilotage d'ajouter dans la future ENP 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 l'indicateur 5 aussi.
5. Initier des enquêtes qui contiennent des données sur l'allaitement avec l'objectif de les lier aux données sur les maladies non transmissibles.
6. 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.
7. Décloisonner les équipes et les services pour travailler en bonne concertation sur les données concernant l'allaitement, les évaluations et les élaborations d'orientation.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.

Résumé Partie I : ANJE Politiques et Programmes

| Cibles : | Score (sur 10) |
|---|-----------------------|
| 1. Politique nationale, programme et coordination | 1 |
| 2. Initiative Hôpitaux Amis des Bébé | 6 |
| 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 | 3 |
| 8. Alimentation infantile et VIH | 7 |
| 9. Alimentation infantile en situations d'urgence | 0 |
| 10. Suivi et évaluation | 5 |

Score WBTi France en 2024 : 46,5 / 100 points (en 2017 : 47,5 / 100 points)

Indicateur 11

Peu de changement depuis 2017. Initiation de l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance : 69,4% selon ENP 2021.

Indicateur 12

Allaitement exclusif à 6 mois : environ 10 % des enfants selon les données Epifane 2012-2013.

Indicateur 13

La médiane de la durée totale de l'allaitement est de 17 semaines, et celle de l'allaitement exclusif est de 7 semaines. Selon ELFE 2011 et Epifane 2012-2013. <https://www.elfe-france.fr/fr/resultats/pluridisciplinaires/duree-de-l-allaitement-en-france>

Indicateur 14

Alimentation au biberon. Pas de nouvelles données depuis 2017 : à 5 mois, 80 % des enfants ne sont plus du tout allaités (Epifane, ELFE), on peut supposer qu'ils sont donc alimentés au biberon.

Indicateur 15

Pas de nouvelle donnée depuis 2016.

Résumé Partie II : Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

| Pratique ANJE | Résultat | Score |
|--|----------|-----------|
| Indicateur 11 Initiation précoce de l'allaitement | 69,4 % | 9 |
| Indicateur 12 Allaitement exclusif les 6 premiers mois | 10 % | 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 |

Conclusion

Le score WBTi de la France en 2024 est de 46,5 / 100 points. Nous constatons que :

- Si on investit dans un domaine, cela porte ses fruits : l'indicateur 2, IHAB progresse d'1 point.
- En revanche, les indicateurs 1 et 7 perdent 1 point.
 - Pas de message concernant la prévention grâce à l'allaitement (bronchiolite, mort subite, maladies non transmissibles...).
 - Pas de mesures de santé publique tenant compte des avancées de la recherche sur l'allaitement et du rôle bio-dynamique du lait maternel (microbiote, épigénétique..).

Les recommandations clés WBTi France 2024

Au niveau de la santé publique

- 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).
- Formuler des objectifs clairs pour les taux et la durée d'allaitement, avec un suivi continu et une évaluation adéquate.
- Etendre la législation en rapport avec la transparence sur les liens d'intérêt aux entreprises et produits agroalimentaires.
- Adopter les indicateurs EuroPeristat et OMS-Unicef 2021 pour le recueil des données statistiques françaises.
- Donner une information claire, actualisée 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.

Au niveau de la formation professionnelle

- 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.
- 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 pour la formation interne et un label qualité pour bien accueillir la famille et son bébé, et l'étendre à toutes les maternités.

Au niveau des conditions cadres

- Allonger le congé maternité à 12 mois, pour toutes les femmes qui le désirent, et dès le premier enfant, afin de tenir compte des bénéfices pour la santé physique, immunologique (moins de bronchiolites, moins de consommation d'antibiotiques, moins d'hospitalisations) et mentale (moins de stress maternel).
- Créer une société « bienveillante » pour l'allaitement en rendant l'allaitement visible 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.
- 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 »