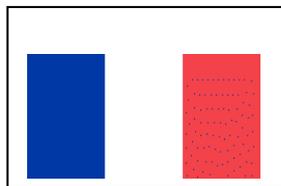




World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

Assessment Report

Rapport d'évaluation





World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

Report



International Baby Food Action Network (IBFAN) Asia

BP-33, Pitam Pura, Delhi-110034, India

Phone: 91-11-27343608, 42683059 Fax : 91-11-27343606,

E-mail: info@ibfanasia.org , wbt@worldbreastfeedingtrends.org

Website : www.worldbreastfeedingtrends.org

The World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

France
2017

Rapport WBTi France 2017 - Introduction

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

Les raisons sont multiples, personnelles mais aussi structurelles, et le présent Rapport WBTi France, le premier que nous livrons, propose un état de lieux.

Qu'est-ce que la WBTi ?

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

La démarche WBTi

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

WBTi – un projet collaboratif

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

Point fort de la WBTi

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

Rôle de l'OMS

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

La WBTi dans le monde

¹ Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008 (révisé par rapport à 2004), page 11. ec.europa.eu/.../promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf

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

³ <http://worldbreastfeedingtrends.org/>

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

Pourquoi en France ?

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

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

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

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

Les obstacles

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

Le premier obstacle étant une attitude idéologique plutôt que pragmatique face à l'allaitement et sa place dans la société.

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

Même si l'allaitement est un geste naturel, il n'est pas automatique, il faut apprendre à allaiter. L'un n'est pas en contradiction avec l'autre. L'erreur est de laisser croire aux femmes que c'est naturel et de ne pas leur offrir un accompagnement. Le naturel et le savoir-faire se complètent, les réflexes pour pouvoir allaiter sont naturels et physiologiques, chez la mère et le bébé, mais la représentation et la mise en œuvre de l'allaitement sont culturelles. L'imaginaire de l'allaitement est un peu tronqué dans la conscience collective en France, la famille n'est plus le premier lieu d'apprentissage. Mais l'information circule en empruntant d'autres canaux. Car, même si les taux d'allaitement sont modestes en France, force est de constater que l'intérêt pour l'allaitement est très vivace, le grand public et les réseaux sociaux s'en emparent et relaient les informations (voir indicateur 7).

⁴ Chiffres de 2010, dans European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe 2010. Publié en mai 2013 (252 pages). <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>

⁵ Plan d'action : allaitement maternel. Rapport du Pr Dominique Turck, juin 2010 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf

Allaitement – thématique transversale

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

Force est de constater que le message gouvernemental valorisant l'allaitement et le rendant familier, avec des mesures phares comme des campagnes d'information et des budgets santé alloués à la politique d'allaitement, est absent. Il est temps que l'allaitement devienne « banal », familier et évident et que la société devienne amie de l'allaitement.⁷

La formation des professionnels de santé au contact avec la mère et son nourrisson est, en général, insuffisante pour l'accompagnement et le soutien de l'allaitement, notamment au niveau de la formation initiale, et elle est très hétéroclite quant à la formation continue. Alors que les outils existent comme la nouvelle Guideline OMS sur l'allaitement, sortie en décembre 2017.⁸ Un fort potentiel d'actions existe dans les Réseaux de Santé en Périnatalité qui interviennent à tous les stades – grossesse, naissance, allaitement, parentalité – et peuvent porter le message « allaitement » vers les familles. Alors que les outils existent comme la nouvelle Guideline OMS sur l'allaitement, sortie en décembre 2017.

Absence de message national

Par la suite, en l'absence de message national au sujet de l'allaitement, les informations et le soutien à l'allaitement sont laissés aux réseaux sociaux, l'entraide est souvent fournie par des associations, en bonne partie sur du temps bénévole.

Parallèlement, une large part de ce « vide » d'information de la part du gouvernement est comblée par des documents et interventions des fabricants de produits pour nourrissons, ce qui pose le problème des biais dans les messages véhiculés, à cause d'intérêts financiers et de pressions commerciales.

Le débat sur les liens d'intérêt du monde médical avec les industries pharmaceutiques et agroalimentaires est lancé, la législation commence à suivre pour les rendre transparents. La finalité n'est pas tant de punir que d'éveiller les consciences et d'appeler à la responsabilité. L'objectif doit être invariablement le bien de la population.

Paradoxes

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

Un autre paradoxe : certaines mères se plaignent qu'on les force à allaiter, d'autres se plaignent qu'on ne leur apporte pas le soutien et les informations pour allaiter. Les unes se sentent culpabilisées, les autres abandonnées. Il y a une voie intermédiaire : respecter le choix des femmes et les aider à mettre en œuvre leur projet, quel qu'il soit : alimentation artificielle ou allaitement.

⁶ Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Rollins, Nigel C et al. The Lancet , 2016, Volume 387 , Issue 10017 , 491 – 504

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

⁷ <http://www.who.int/topics/breastfeeding/infographics/fr/> plaquettes colorisées pour apprendre à allaiter partout.

⁸ Guideline, Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, Geneva : WHO, December 2017 (136 pages) en anglais

<http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>

Nous sommes enchevêtrés dans des dichotomies, des jugements noir et blanc, des avis pour ou contre. Il est temps d'admettre des nuances, de sortir du débat stérile entre allaitement et non-allaitement, et d'avancer vers une société renouée, dépoussiérée des vieux poncifs et mythes sur l'allaitement. Le premier pas est d'écouter sans juger, et de donner les moyens, à chacune et à chacun, de décider pour soi et d'être bien accompagné sur son chemin.

Le temps biologique et physiologique du bébé n'est pas le temps culturel, et surtout pas du temps économique. La dyade mère-enfant vit dans un rythme qui est donné par les besoins du nourrisson, au départ. Respecter ce rythme biologique est fondamental. Et le père joue un rôle fondamental, pas nourricier mais protecteur et englobant.

L'actualité 2017

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

* * *

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

Nous vous souhaitons bonne lecture
Le Comité de rédaction

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

World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)

Background

The World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) is an innovative initiative, developed by IBFAN Asia, to assess the status and benchmark the progress of the implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding at national level. The tool is based on two global initiatives, the first is WABA's (GLOPAR) and the second the WHO's "Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes". The WBTi is designed to assist countries in assessing the strengths and weaknesses of their policies and programmes to protect, promote and support optimal infant and young child feeding practices. The WBTi has identified 15 indicators in two parts, each indicator having specific significance.

Part-I deals with policy and programmes (indicator 1-10)	Part –II deals with infant feeding practices (indicator 11-15)
<ol style="list-style-type: none"> 1. National Policy, Programme and Coordination 2. Baby Friendly Hospital Initiative (Ten steps to successful breastfeeding) 3. Implementation of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes 4. Maternity Protection 5. Health and Nutrition Care Systems (in support of breastfeeding & IYCF) 6. Mother Support and Community Outreach 7. Information Support 8. Infant Feeding and HIV 9. Infant Feeding during Emergencies 10. Mechanisms of Monitoring and Evaluation System 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Early Initiation of Breastfeeding 12. Exclusive breastfeeding 13. Median duration of breastfeeding 14. Bottle feeding 15. Complementary feeding

Once assessment of gaps is carried out, the data on 15 indicators is fed into the questionnaire using the WBTi web based toolkit© which is specifically designed to meet this need. The toolkit objectively quantifies the data to provide a colour- coded rating in Red, Yellow, Blue or Green. The toolkit has the capacity to generate visual maps or graphic charts to assist in advocacy at all levels e.g. national, regional and international.

Each indicator used for assessment has following components;

- The key question that needs to be investigated.
- Background on why the practice, policy or programme component is important.
- A list of key criteria as subset of questions to be considered in identifying achievements and areas needing improvement, with guidelines for scoring, colour-rating, and ranking how well the country is doing.

Part I: A set of criteria has been developed for each target, based on Global Strategy for Infant and Young Child Feeding (2002) and the Innocenti Declaration on Infant and Young Child Feeding (2005). For each indicator, there is a subset of questions. Answers to these can lead to identify achievements and gaps in policies and programmes to implement Global Strategy for Infant and Young Child Feeding . This shows how a country is doing in a particular area of action on Infant and Young Child Feeding.

Part II: Infant and Young Child Feeding Practices in Part II ask for specific numerical data on each practice based on data from random household survey that is national in scope.

Once the information about the indicators is gathered and analyzed, it is then entered into the web-based toolkit through the ' WBT*i* Questionnaire'. Further, the toolkit scores and colour- rate each individual indicator as per **IBFAN Asia's Guidelines for WBT*i***

Assessment process followed by the country

La France est entrée dans la démarche WBTi en octobre 2016 après le workshop au Portugal, ensemble avec les représentant des pays suivants, entrant dans le processus d'évaluation avec les outils WBTi : Albanie, Espagne, Lituanie, Macédoine et Moldavie.

No partner, only contacts. no official body did sign anything for France

Coordination

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

<http://worldbreastfeedingtrends.org/>

<https://www.facebook.com/WBTiFrance/>

<https://wbtiFrance.exposure.co/wbti-france>

Comité de rédaction

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

Comité de lecture

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

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

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

Information de la démarche WBTi France envoyée par lettre à

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

Associations, collèges professionnels, organismes divers contactés

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

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

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

Assessment Findings

Indicator 1: National Policy, Programme and Coordination

Key question: *Is there a national infant and young child feeding/breastfeeding policy that protects, promotes and supports optimal infant and young child feeding and the policy is supported by a government programme? Is there a mechanism to coordinate like National infant and young child feeding committee and a coordinator for the committee ?*

Guidelines for scoring		
Criteria	Scoring	Results ✓ <i>Check any one</i>
1.1) A national infant and young child feeding/breastfeeding policy has been officially adopted/approved by the government	1	✓
1.2) The policy recommended exclusive breastfeeding for the first six months, complementary feeding to be started after six months and continued breastfeeding up to 2 years and beyond.	1	✓
1.3) A national plan of action developed based on the policy	2	
1.4) The plan is adequately funded	2	
1.5) There is a National Breastfeeding Committee/ IYCF Committee	1	
1.6) The national breastfeeding (infant and young child feeding) committee meets , monitors and reviews on a regular basis	2	
1.7) The national breastfeeding (infant and young child feeding) committee links effectively with all other sectors like health, nutrition, information etc.	0.5	
1.8) Breastfeeding Committee is headed by a coordinator with clear terms of reference, regularly communicating national policy to regional, district and community level.	0.5	
Total Score	2/10	2

Information Sources Used /Sources d'information utilisées :

1. Allaitement Maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ANAES, mai 2002 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272220/fr/allaitement-maternel-mise-en-oeuvre-et-poursuite-dans-les-6-premiers-mois-de-vie-de-l-enfant
2. Favoriser l'allaitement maternel : processus – évaluation. Haute Autorité de Santé HAS, juin 2006 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_449049/fr/favoriser-l-allaitement-maternel-processus-evaluation
3. L'alimentation du nouveau-né et du nourrisson. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2009, 193, no 2, 431-446, séance du 24 février 2009 (pages 438 et 442)
4. Plan d'action allaitement maternel. Rapport du Pr Dominique Turck, juin 2010 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf

5. Le Guide de l'allaitement maternel (64 pages), 2010
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1265>
6. Programme national nutrition santé 2011-2015 <http://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Les-objectifs-de-sante-publique>
7. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Société française de pédiatrie (SFP), 2013 <http://www.sfpediatrie.com/recommandation/allaitement-maternel-les-b%C3%A9n%C3%A9fices-pour-la-sant%C3%A9-de-l%E2%80%99enfant-et-de-sa-m%C3%A8re-comit%C3%A9-de>
8. Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé. Rapport du Pr Serge Hercberg, novembre 2013 (pages 34-35 et 117)
9. INSTRUCTION N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.
10. Enquête nationale périnatale ENP 2016 (publiée le 11 octobre 2017) <http://www.epopé-inserm.fr/enquete-nationale-perinatale-2016-premiers-resultats-952>
11. Cibles mondiales de nutrition 2025 : Note d'orientation sur l'allaitement au sein. OMS, Unicef 2014 ; 2017 pour la traduction française (8 pages).
http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/fr/
12. Les guidelines publiés par l'OMS en novembre 2017
<http://who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>
13. Propositions politique nationale nutrition santé en France PNNS 2017-2021, HCSP
<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=600>
14. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008.
15. *Preventing Disease and Saving Resources: The Potential Contribution of Increasing Breastfeeding Rates in the UK*. Unicef UK BFI. Renfrew MJ, Pokhrel S et al (2012)
http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Research/Preventing_disease_saving_resources.pdf
16. *Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?* Nigel C Rollins, Nita Bhandari, Nemat Hajeebhoy, Susan Horton, Chessa K Lutter, Jose C Martines, Ellen G Piwoz, Linda M Richter, Cesar G Victora, on behalf of The Lancet Breastfeeding Series Group. Lancet 2016; 387: 491–504.
17. Stratégie nationale de santé 2018-2022, téléchargeable sur le site du Ministère des solidarités et de la santé <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/donnez-votre-avis-sur-la-strategie-nationale-de-sante>
18. CRC – Comité des Droits de l'Enfant, page concernant la France
http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/TreatyBodyExternal/Countries.aspx?CountryCode=FRA&Lang=EN

Conclusions

La France dispose de bonnes recommandations écrites en faveur de l'allaitement (ANAES 2002 [1], HAS 2006 [2], Inpes 2009 [3], Académie nationale de Médecine 2009 [4], Rapport Turck 2010 [6], PNNS 2011-2015 [6], Société Française de pédiatrie 2013 [7] et elle peut également s'appuyer sur le European Blueprint for action 2008 [14] qui propose un modèle-type de politique de nutrition ANJE, avec une boîte à outils et des recommandations pour le contexte européen.

Or, en France, la mise en œuvre des recommandations stipulées dans ces documents est clairement insuffisante, et la protection et la promotion de l'allaitement ne sont pas à la hauteur des attentes que ces textes suscitent. Ci-après, un petit tour d'horizon des préconisations.

En ce qui concerne le financement, il serait important d'allouer un budget national conséquent pour la formation et l'information sur l'allaitement. La WBCi World Breastfeeding Costs initiative peut aider à un montage financier. – Mettre en œuvre des interventions pour améliorer les taux d'allaitement pourrait générer un retour sur investissement en une année [15,16].

Gaps / Insuffisances :

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

Recommandations / Recommandations :

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 Rapport Turck de 2010 qui sont toujours valables aujourd'hui.
4. Fonder un Comité national pour l'allaitement conformément à la Déclaration d'Innocenti (1990) que la France a signée. Il aurait pour mission de :
 - a. créer des cursus de formation initiale à l'allaitement basés sur les données actualisées régulièrement ; accompagner leur implantation et mise en œuvre ; instaurer des processus de validation des acquis concernant les connaissances sur l'allaitement.
 - b. coordonner l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques qui servent de référentiels pour l'allaitement au niveau national (voir point 5).
 - c. élaborer des mesures et actions nationales pour favoriser et protéger l'allaitement.
 - d. veiller à ce que l'allaitement soit inscrit dans la Stratégie globale de santé publique ; vérifier si les objectifs du PNNS et d'autres programmes sont atteints en ce qui concerne l'allaitement ; analyser les déficiences et définir les actions et mesures pour améliorer le soutien et la protection de l'allaitement.
 - e. compiler des études existantes et diligenter des études nouvelles sur l'allaitement.
5. Adopter un référentiel national pour l'allaitement. Les informations sur l'allaitement, les publications scientifiques et les recommandations de bonnes pratiques pour l'allaitement valent pour tous les professionnels de santé et devraient être diffusées au niveau national. Base pour la France : Le référentiel du Réseau en périnatalité Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon <http://www.nglr.fr/referentiel-allaitement-maternel> Base scientifique : Les guidelines publiés par l'OMS en novembre 2017 <http://who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>
6. Accorder le haut patronage du Ministère des solidarités et de la santé aux congrès, journées de formation et événements qui mettent à l'honneur l'allaitement et qui soient financés en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel : Congrès JIA Journée internationale de l'allaitement (LLL France), Congrès JNA Journée nationale de l'allaitement (Cofam), JRA Journée régionale de l'allaitement (IPA), Semaine mondiale de l'allaitement maternel SMAM, e.a.

7. Créer davantage de synergies entre les actions des Agences régionales de santé ARS et les actions des Réseaux de santé en périnatalité RSP, et intégrer dans les Plans régionaux de santé PRS l'axe d'orientation « former et informer sur l'allaitement ».
8. Elaborer un nouveau PNNS qui soit au moins aussi ambitieux pour l'allaitement que le PNNS 2011-2015 et qui intègre une évaluation.
9. S'inspirer du Blueprint européen de 2008 pour fonder une politique cohérente ANJE.
10. Mettre en œuvre les préconisations de l'Académie Nationale de Médecine (2009), notamment en ce qui concerne la mobilisation des pouvoirs publics (page 438) et les recommandations générales (page 442).
11. Apporter des réponses aux Observations finales du Comité des Droits de l'enfant (CRC) adressées à la France en 2004, 2009 et 2016, et les publier sur un site gouvernemental.

Indicator 2: Baby Friendly Care and Baby-Friendly Hospital Initiative (Ten Steps to Successful Breastfeeding¹⁰)

Key questions:

- What percentage of hospitals and maternity facilities that provide maternity services have been designated as “Baby Friendly” based on the global or national criteria?
- What is the quality of BFHI program implementation?

Guidelines – Quantitative Criteria

2.1) 30 out of 600 hospitals (both public & private)and maternity facilities offering maternity services have been designated or reassessed as “Baby Friendly”in the last 5 years 5 %.

<i>Guidelines for scoring</i>		
Criteria	Scoring	Results √ Check only one which is applicable
0	0	
0.1 - 20%	1	√
20.1 - 49%	2	
49.1 - 69%	3	
69.1-89 %	4	
89.1 - 100%	5	
Total rating	1/5	

Guidelines – Qualitative Criteria

¹⁰ **The Ten Steps To Successful Breastfeeding:** The BFHI promotes, protects, and supports breastfeeding through The Ten Steps to Successful Breastfeeding for Hospitals, as outlined by UNICEF/WHO. The steps for the United States are:

1. Maintain a written breastfeeding policy that is routinely communicated to all health care staff.
2. Train all health care staff in skills necessary to implement this policy.
3. Inform all pregnant women about the benefits and management of breastfeeding.
4. Help mothers initiate breastfeeding within one hour of birth.
5. Show mothers how to breastfeed and how to maintain lactation, even if they are separated from their infants.
6. Give infants no food or drink other than breastmilk, unless medically indicated.
7. Practice “rooming in”-- allow mothers and infants to remain together 24 hours a day.
8. Encourage unrestricted breastfeeding.
9. Give no pacifiers or artificial nipples to breastfeeding infants.
10. Foster the establishment of breastfeeding support groups and refer mothers to them on discharge from the hospital or clinic

Quality of BFHI programme implementation:

Guidelines for scoring		
Criteria	Scoring	Results √ Check that apply
2.2) BFHI programme relies on training of health workers using at least 20 hours training programme ¹¹	1.0	√
2.3) A standard monitoring ¹² system is in place	0.5	√
2.4) An assessment system includes interviews of health care personnel in maternity and post natal facilities	0.5	√
2.5) An assessment system relies on interviews of mothers.	0.5	√
2.6) Reassessment ¹³ systems have been incorporated in national plans with a time bound implementation	1.0	√
2.7) There is/was a time-bound program to increase the number of BFHI institutions in the country	0.5	√
2.8) HIV is integrated to BFHI programme	0.5	
2.9) National criteria are fully implementing Global BFHI criteria (See Annex 2.1)	0.5	
Total Score	4/5	
Total Score	5/10	

Information Sources Used (please list):

1. Déclaration conjointe de l'OMS/UNICEF (1989) : "Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel - Le rôle spécial des services liés à la maternité" et "Mise à jour et extension des lignes directrices IHAB pour des soins intégrés ", janvier 2006 http://www.infor-allaitement.be/pdf/dix_Conditions_IHAB_04.08.pdf
2. Dr Claire Laurent, coordinatrice médicale IHAB France
3. Formulaire d'autoévaluation et critères
<http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/AUTOEVALUATION-IHAB-juin-2016.pdf>

¹¹ IYCF training programmes such as IBFAN Asia's '4 in1' IYCF counseling training programme, WHO's Breastfeeding counseling course etc. may be used.

¹² **Monitoring** is a dynamic system for data collection and review that can provide information on implementation of the *Ten Steps* to assist with on-going management of the *Initiative*. It can be organized by the hospitals themselves or at a higher level in the system. Data should be collected either on an ongoing basis or periodically, for example on a semi-annual or yearly basis, to measure both breastfeeding support provided by the hospitals and mothers' feeding practices.

¹³ **Reassessment** can be described as a "re-evaluation" of already designated baby-friendly hospitals to determine if they continue to adhere to the *Ten Steps* and other babyfriendly criteria. It is usually planned and scheduled by the national authority responsible for BFHI for the purpose of evaluating on-going compliance with the *Global Criteria* and includes a reassessment visit by an outside team. Because of the human and financial resources required, in many countries it may be feasible to reassess hospitals only once every three years, but the final decision concerning how often reassessment is required should be left to the national authority.

4. Documents sur la formation de base pour l'IHAB <http://amis-des-bebes.fr/pdf/se-former/Formation-professionnels-IHAB-aout2013.pdf>
5. Document pour le recueil des statistiques <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/2013/STATS-IHAB-MATERNITE-aout2013.pdf>
6. Documents de travail utiles pour les équipes en démarche IHAB <https://www.amis-des-bebes.fr/documents-ihab.php>

Conclusions

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

Evolution des statistiques pour la France

2014 : 22 maternités (et service de néonatalogie s'il y en a un) ont le label IHAB

2015 : 26 maternités (dont la maternité et le service de néonatalogie du CHU de Lille – 5 600 naissances annuelles) et 5 % des naissances.

2016 : 30 maternités (et service de néonatalogie s'il y en a un)

Prévisions pour les années futures

Il y a 40 équipes en démarche ayant signé une déclaration d'engagement.

En 2017, 6 nouvelles équipes se présentent au label mais elles ne seront pas forcément toutes labellisées. Le nombre de nouvelles maternités (et néonatalogies) labellisées devrait augmenter de 5 ou 6 par an dans les prochaines années.

Comparaison internationale pour l'année 2015

En Allemagne, 20 % des naissances se font en IHAB, au Royaume-Uni 60 %, en Norvège 90 %, aux Pays-Bas 76 %, en Irlande 43 %, en Espagne 5 %, au Portugal 35 %, en Slovénie 81 %.

Gaps / Insuffisances

1. Le critère du taux d'allaitement exclusif > 75% est impossible à respecter.
2. IHAB semble avoir des répercussions faibles sur les taux d'allaitement à la naissance, mais beaucoup plus importantes sur les durées moyennes d'allaitement exclusif – des études sont nécessaires.
3. Le nombre pourtant modeste de maternités labellisés IHAB correspond à 45 000 naissances par an. Les résultats de l'Enquête nationale périnatale ENP pourraient révéler une différence dans les pratiques d'accompagnement à l'allaitement des équipes de maternité en France
4. Il n'existe pas actuellement de programme gouvernemental pour augmenter le nombre d'établissements IHAB.

Recommandations / Recommandations

1. Une promotion nationale de l'allaitement est indispensable, IHAB étant un levier parmi d'autres.
2. Il faut trouver un acteur pour des recherches nécessaires sur l'évolution des taux d'allaitement et l'impact de l'IHAB sur ces taux.
3. Il faut un parrainage du gouvernement pour l'IHAB au niveau national.
4. Il faut mettre sur pied un programme qui vise à augmenter le nombre d'établissements IHAB.
5. Il est nécessaire d'informer les femmes, même si elles sont suivies en libéral hors

hôpital.

6. Il est utile d'instaurer des réunions sur les besoins globaux des bébés : rythmes, pleurs du bébé, berceau dans la chambre des parents, etc. comme c'est le cas dans toutes les maternités labellisées IHAB en France

Indicator 3: Implementation of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes

Key question: *Is the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent WHA resolution are in effect and implemented? Has any new action been taken to give effect to the provisions of the Code?*

Guidelines for scoring		
Criteria <i>(Legal Measures that are in Place in the Country)</i>	Scoring	Results
3a: Status of the International Code of Marketing		✓ <i>(Check that apply. If more than one is applicable, record the highest score.)</i>
3.1 No action taken	0	
3.2 The best approach is being considered	0.5	
3.3 National Measures awaiting approval (for not more than three years)	1	
3.4 Few Code provisions as voluntary measure	1.5	
3.5 All Code provisions as a voluntary measure	2	
3.6 Administrative directive/circular implementing the code in full or in part in health facilities with administrative sanctions	3	
3.7 Some articles of the Code as law	4	√
3.8 All articles of the Code as law	5	
3.9 Relevant provisions of WHA resolutions subsequent to the Code are included in the national legislation ¹⁴		
a) Provisions based on at least 2 of the WHA resolutions as listed below are included	5.5	
b) Provisions based on all 4 of the WHA resolutions as listed below are included	6	

¹⁴ Following WHA resolutions should be included in the national legislation/enforced through legal orders to tick this score.

1. Donation of free or subsidized supplies of breastmilk substitutes are not allowed (WHA 47.5)
2. Labeling of complementary foods recommended, marketed or represented for use from 6 months onward (WHA 49.15)
3. Health and nutrition claims for products for infants and young children are prohibited (WHA 58.32) are prohibited
4. Labels of covered products have warnings on the risks of intrinsic contamination and reflect the FAO/WHO recommendations for safe preparation of powder infant formula (WHA 58.32, 61.20)

3b: Implementation of the Code/National legislation		✓ <i>Check that apply</i>
3.10 The measure/law provides for a monitoring system	1	
3.11 The measure provides for penalties and fines to be imposed to violators	1	√
3.12 The compliance with the measure is monitored and violations reported to concerned agencies	1	
3.13 Violators of the law have been sanctioned during the last three years	1	
Total Score (3a + 3b)	5/10	

Information Sources Used (please list):

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

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

Conclusions :

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

Gaps / Insuffisances :

1. La gamme de produits couverte par la législation française n'englobe pas ceux visés par le Code : lait de suite, lait de croissance ainsi que biberons et tétines.
2. Absence d'information claire sur les produits lactés pour jeunes enfants, la publicité des firmes ne met en avant que les avantages, sans les inconvénients pour la santé.

3. La publicité pour ces produits est très visible et présente dans la vie quotidienne. Le biberon et les boîtes de lait sont plus banalisés que l'allaitement.
4. Les conflits d'intérêts dans le domaine agroalimentaire ne sont pas visés par les articles de la loi de transparence 2017.
5. Absence de surveillance du Code et de sensibilisation au Code chez les professionnels de santé.

Recommandations:

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

1. - **Couvrir un champ plus large de produits**, tels que définis par le Code international, qui comprendrait tous les produits lactés, aliments et boissons présentés comme remplacement du lait maternel, à destination des jeunes enfants **jusqu'à l'âge de 36 mois, mais aussi les tétines et biberons** (articles 1 à 3 du Code) ;
2. - **Encadrer de manière précise l'ensemble des messages d'information et d'éducation sur l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants** (article 4.2 du Code) ;
3. - **Interdire de façon explicite toute forme de publicité au public des produits désignés par le Code**. Les contacts avec les femmes enceintes et les mères, la publicité en ligne, sur les réseaux sociaux et autres moyen de communication électronique, mais également la publicité faite à travers les systèmes de santé doivent être incluses dans la loi.
4. - **Interdire aux professionnels de santé l'intéressement financier ou matériel pour promouvoir les produits désignés**, en prenant en compte les Résolutions WHA 49.15, WHA 58.32 et WHA 61.20, ceci afin d'éviter tout conflit d'intérêt. Notamment interdire aux fabricants de lait de fournir des produits gratuitement aux maternités et aux pharmacies.
5. - **Inclure toutes les obligations d'étiquetage des produits désignés**, telles qu'indiquées dans l'Article 9.2 du Code et la Résolution WHA 58.32.
6. - Articuler les obligations du gouvernement quant à **l'établissement d'un mécanisme de mise en œuvre et de contrôle de l'application du Code robuste et durable**. [17]
7. - Etendre la déclaration des liens d'intérêts aux industriels de l'agroalimentaire, conformément aux recommandations du HCSP pour le PNNS4 2017- 2021 [18]. Le point 5.4 intitulé "favoriser la transparence et prévenir les conflits d'intérêt" (pages 119 à 123) explique bien la situation, pas uniquement vis-à-vis des médecins mais aussi vis-à-vis des décideurs politiques.
8. - **Faire connaître le Code** dans les formations destinées aux professionnels de santé et diffuser les informations le concernant. [19]

Indicator 4: Maternity Protection

Key question: *Is there a legislation and are there other measures (policies, regulations, practices) that meet or go beyond the International Labor Organization (ILO) standards for protecting and supporting breastfeeding for mothers, including those working mothers in the informal sector?*

Guidelines for scoring		
Criteria	Scoring	Results Check ✓ that apply
4.1) Women covered by the national legislation are allowed the following weeks of paid maternity leave <ul style="list-style-type: none"> a. Any leave less than 14 weeks b. 14 to 17weeks c. 18 to 25 weeks d. 26 weeks or more 	0.5 1 ✓ 1.5 2	1
4.2) Women covered by the national legislation are allowed at least one breastfeeding break or reduction of work hours daily. <ul style="list-style-type: none"> a. Unpaid break b. Paid break 	0.5 ✓ 1	0.5
4.3) Legislation obliges private sector employers of women in the country to <i>(more than one may be applicable)</i> <ul style="list-style-type: none"> a. Give at least 14 weeks paid maternity leave b. Paid nursing breaks. 	0.5 ✓ 0.5	0.5
4.4) There is provision in national legislation that provides for work site accommodation for breastfeeding and/or childcare in work places in the formal sector. <i>(more than one may be applicable)</i> <ul style="list-style-type: none"> a. Space for Breastfeeding/Breastmilk expression b. Crèche 	1 ✓ 0.5	1
4.5) Women in informal/unorganized and agriculture sector are: <ul style="list-style-type: none"> a. accorded some protective measures b. accorded the same protection as women working in the 	0.5 ✓ 1	0.5

formal sector		
4.6) . <i>(more than one may be applicable)</i> a. Information about maternity protection laws, regulations, or policies is made available to workers. b. There is a system for monitoring compliance and a way for workers to complain if their entitlements are not provided.	0.5 ✓ 0.5 ✓	1
4.7) Paternity leave is granted in public sector for at least 3 days.	0.5 ✓	0.5
4.8) Paternity leave is granted in the private sector for at least 3 days.	0.5 ✓	0.5
4.9) There is legislation providing health protection for pregnant and breastfeeding workers: they are informed about hazardous conditions in the workplace and provided alternative work at the same wage until they are no longer pregnant or breastfeeding.	0.5 ✓	0.5
4.10) There is legislation prohibiting employment discrimination and assuring job protection for women workers during breastfeeding period.	1 ✓	1
Total Score:	7/10	

Information Sources / sources d'information :

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

- l'enfant. Mai 2002. www.has-sante.fr
12. Plan d'action : allaitement maternel. Rapport du Pr Dominique Turck, juin 2010 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
 13. Propositions politique nationale nutrition santé en France PNNS 2017-2021, HCSP <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=600>
 14. Article Océane Blanchard et AFP, RTL 25 septembre 2017, <http://www.rtl.fr/actu/societe-faits-divers/conges-maternites-ce-que-prevoit-le-gouvernement-7790227060>
 15. Doing Better for Families. Rapport OCDE avril 2011 (250 pages) http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/doing-better-for-families_9789264098732-en Résumé de 6 pages disponible en français.
 16. Six recommandations pour mieux concilier grossesse et travail (13 pages) <https://www.anact.fr/etat-des-lieux-de-la-situation-de-travail-des-femmes-enceintes-et-de-ses-specificites-dans-la-grande>
 17. Question posée au Sénat en 2013 – réponse en 2016 <http://www.senat.fr/basile/visio.do?id=qSEQ131109236>
 18. *Employer-based programs to support breastfeeding among working mothers : a systematic review.* Dinour LM, Szaro JM. *Breastfeed Med* 2017 ; 12(3) : 131-41. (article reproduit en annexe 4.3)
 19. Rédigé avec le soutien du service d'information juridique de LLL France.

Conclusions :

La France a une bonne couverture sociale pour la grossesse, en revanche, dans le domaine de l'allaitement, la législation date d'un autre temps et n'est plus adaptée à la vie moderne. Elle est à revoir entièrement. Seules quelques conventions collectives ont adapté le système en allongeant le congé de maternité et ou en réduisant la journée de travail de la jeune mère allaitante ou non. La France n'a pas signé la Convention 183 de l'OIT (ILO) ce qui serait pourtant intéressant pour que l'heure d'allaitement prévue par la loi jusqu'aux 12 mois de l'enfant soit rémunérée. Le congé de maternité n'est pas harmonisée entre les différents régimes. Le congé paternité existe, mais il est à minima.

Gaps / Insuffisances :

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

Recommandations :

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

9. Encourager le dialogue social dans le cadre des accords d'entreprise et des conventions collectives.
10. Harmoniser la protection de la femme allaitante lorsqu'elle occupe un poste à risque : la disposition qui protège durant maximum un mois après le congé postnatal est en contradiction avec les six mois d'allaitement exclusif préconisés, et avec l'heure d'allaitement jusqu'à 1 an de l'enfant prévue dans le Code du travail par ailleurs.
11. Faire évoluer les autorisations d'absence liées à l'allaitement, dans le cadre d'une réflexion d'ensemble relative aux conditions de travail et à l'amélioration de la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale lors de la naissance ou de l'accueil d'un enfant.
12. Informer sur le congé paternité, le rallonger et le rendre plus souple en permettant de le prendre plus tard que 4 mois après la naissance.
13. Souligner l'importance d'investir dans l'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 ».

Indicator 5: Health and Nutrition Care Systems (in support of breastfeeding & IYCF)

Key question: Do care providers in these systems undergo skills training, and do their pre-service education curriculum support optimal infant and young child feeding; do these services support mother and breastfeeding friendly birth practices, do the policies of health care services support mothers and children, and whether health workers responsibilities to Code are in place?

Guidelines for scoring			
Criteria	Scoring		
	Adequate	Inadequate	No Reference
5.1) A review of health provider schools and pre-service education programmes for health professionals, social and community workers in the country ¹⁵ indicates that infant and young child feeding curricula or session plans are adequate/inadequate	2	1 ✓	0
5.2) Standards and guidelines for mother-friendly childbirth procedures and support have been developed and disseminated to all facilities and personnel providing maternity care. (See Annex 5b Example of criteria for mother-friendly care)	2	1 ✓	0
5.3) There are in-service training programmes providing knowledge and skills related to infant and young child feeding for relevant health/nutrition care providers. ¹⁶	2 ✓	1	0
5.4) Health workers are trained on their responsibility under the Code implementation / national regulation throughout the country.	1	0.5	0 ✓

¹⁵ Types of schools and education programmes that should have curricula related to infant and young child feeding may vary from country to country. Which departments within various schools are responsible for teaching various topics may also vary. The assessment team should decide which schools and departments are most essential to include in the review, with guidance from educational experts on infant and young child feeding, as necessary.

¹⁶ The types of health providers that should receive training may vary from country to country, but should include providers that care for mothers and children in fields such as medicine, nursing, midwifery, nutrition and public health.

5.5) Infant feeding and young feeding information and skills are integrated, as appropriate, into training programmes focusing on (diarrheal disease, acute respiratory infection, IMCI, well-child care, family planning, nutrition, the Code, HIV/AIDS, breast cancer, women's health, NCDs etc.)	1	0.5 ✓	0
5.6) In-service training programmes referenced in 5.5 are being provided throughout the country. ¹⁷	1	0.5 ✓	0
5.7) Child health policies provide for mothers and babies to stay together when one of them is sick.	1	0.5 ✓	0
Total Score:	5.5/10		

Information Sources Used:

1. Guide HAS 2011 pour le critère 19a du manuel de certification V2010 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2795633/fr/enjeux-et-specificites-de-la-prise-en-charge-des-enfants-et-des-adolescents-en-etablissement-de-sante
2. Enquête nationale périnatale ENP 2016 (publiée le 11 octobre 2017) <http://www.epopé-inserm.fr/enquete-nationale-perinatale-2016-premiers-resultats-952>
3. Plan « périnatalité » 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité (10 novembre 2004). Plan d'action, doté de plus de 270 millions € alloués sur 3 ans. <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/319536/>
4. Violences obstétricales : comprendre, prévenir, réparer. <https://ciane.net/2017/10/violences-obstetricales-comprendre-prevenir-reparer/>
5. <http://www.concours-infirmiers-ifsu.net/etudes-IFSI-programme-et-competences>
6. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.
7. CEEPAME Comité d'entente des écoles préparant aux métiers de l'enfance : puéricultrices et auxiliaires de puériculture <http://www.ceepame.com/>
8. Annexe de l'arrêté du 19 Juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024454241&categorieLien=id>
9. Annexe de l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825>
10. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_646948/fr/epreuves-classantes-nationales-ecm-sommaire-et-mode-d-emploi
11. UE 2 (items 21-52) : De la conception à la naissance - Pathologie de la femme - Hérité - L'enfant - l'adolescent https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2608425/fr/ue-2-de-la-conception-a-la-naissance-pathologie-de-la-femme-heredite-l-enfant-l-adolescent-q21-52
12. Favoriser l'allaitement maternel : processus – évaluation. Haute Autorité de Santé HAS, juin 2006 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_449049/fr/favoriser-l-allaitement-maternel-processus-evaluation
13. Allaitement maternel suivi par le pédiatre. Haute Autorité de Santé, juillet 2005 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272473/fr/allaitement-maternel-suivi-par-le-pediatre
14. <http://www.sfpediatrie.com/enseignement/des-de-p%C3%A9diatrie>
15. Post-partum 2015 <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/telechargement-fichier?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf>

¹⁷ Training programmes can be considered to be provided “throughout the country” if there is at least one training programme in each region or province or similar jurisdiction.

16. Programme DIU-LHAM https://www.univ-brest.fr/digitalAssets/51/51314_DIU-LHAM.pdf
17. International Board of Lactation Consultant Examiners <https://iblce.org/>
18. Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018
19. <http://www.pharmacie-marceau.fr/article/respect-du-code-international-de-commercialisation-des-substituts-du-lait-maternel-47449>
20. MOOC (Massive open online class) sur l'allaitement, ouvert à tous, a débuté en novembre 2017 <http://www.upns.fr/mooc-allaitement/presentation.php>
21. Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité <https://ffrsp.fr/>
22. INSTRUCTION N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional (21 pages). <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=39846>
23. Conflits d'intérêts dénoncés par Paul Scheffer : <http://facs.formindep.org/> ; <https://theconversation.com/les-facs-de-medecine-les-plus-independantes-vis-a-vis-de-lindustrie-pharmaceutique-70818> ; <http://formindep.fr/these-de-paul-scheffer/#comments>
24. Plan d'action : « allaitement maternel ». Rapport du Pr Dominique Turck, juin 2010 http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
25. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities]. Genève : OMS, Octobre 2017 (84 pages) en anglais et en français http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/fr/
26. Guideline, Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services, Geneva : WHO, December 2017 (136 pages) en anglais <http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>
27. The Breastfeeding Series, Lancet 2016 <http://www.thelancet.com/series/breastfeeding>

Conclusions:

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

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

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

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

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

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

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

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

Si le débat public autour de ces sujets (bientraitance, violence, physiologie...) est animé voire virulent, c'est le signe qu'il y a une certaine impatience, un trop plein et un sentiment de non-écoute dans la société, des émotions qui appellent à des solutions concrètes et concertées, soutenues par le Ministère des solidarités et de la santé.

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

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

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

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

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

Gaps / Insuffisances :

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-, peri- 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 :

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 OMS 2017. [26]
6. Compléter toute formation par des stages pratiques sur le terrain pour permettre d'intégrer et d'ancrer les connaissances et modifier les habitudes.
7. Augmenter la visibilité du DIULHAM et proposer d'autres formations universitaires pour l'allaitement, ciblées sur des aspects particuliers et spécialisés de la lactation.

8. Proposer des formations courtes mais continues et régulières pour intégrer les recherches les plus récentes sur l'allaitement.
9. Inciter fortement les enseignants des écoles et des universités proposant des cursus de formation initiale de mettre à jour leurs connaissances et actualiser leurs programmes sur l'allaitement et la lactation.
10. Réduire les conflits d'intérêt dans les universités et écoles, dans les formations et congrès médicaux, et faire respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981) et la législation française s'y référant.
11. Modifier le regard de la société sur l'allaitement, améliorer le discours sur l'allaitement qui devrait être positif, argumenté et valorisant pour aller vers une reconnaissance de l'allaitement dans la société.
12. Une formation en communication est souhaitable pour tous les professionnels de santé qui se trouvent dans la relation d'aide centrée sur la personne, afin d'acquérir les compétences pour écouter, informer et accompagner.
13. Encourager les RSP à poursuivre leurs actions et être force de proposition, dans leur réseau, de formations à l'allaitement en incluant tous les acteurs de soin en périnatalité.
14. Mise en place d'une cotation spécifique « consultation allaitement » ou « consultation lactation » de niveau 2 (consultation longue) et prise en charge par la sécurité sociale pour les sages-femmes, puéricultrices, les auxiliaires de puériculture et les consultants en lactation IBCLC.
15. Faire connaître les « Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé » [25]
16. Diffuser et partager la série de publication sur l'allaitement dans *The Lancet*, 2016 [27]

Indicator 6: Mother Support and Community Outreach - Community-based support for the pregnant and breastfeeding mother

Key question: *Are there mother support and community outreach systems in place to protect, promote and support optimal infant and young child feeding .*

Guidelines for scoring			
Criteria	Scoring		
	<i>✓ Check that apply</i>		
	Yes	To some degree	No
6.1) All pregnant women have access to community-based ante-natal and post -natal support systems with counseling services on infant and young child feeding.	2✓	1	0
6.2) All women receive support for infant and young child feeding at birth for breastfeeding initiation.	2	1✓	0
6.3) All women have access to counseling support for Infant and young child feeding counseling and support services have national coverage.	2✓	1	0
6.4) Community-based counseling through Mother Support Groups (MSG) and support services for the pregnant and breastfeeding woman are integrated into an overall infant and young child health and development policy IYCF/Health/Nutrition Policy.	2	1✓	0
6.5) Community-based volunteers and health workers are trained in counseling skills for infant and young child feeding.	2	1✓	0
Total Score:	7/10		

Information Sources Used :

1. CIANE, Collectif interassociatif autour de la naissance <https://ciane.net/ciane/ciane/>
2. CoFAM, Coordination française pour l'allaitement maternel <http://www.coordination-allaitement.org/>
3. LLL France, La Leche League France <https://www.lllfrance.org/>
4. Solidarilait <http://www.solidarilait.org/>

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

Conclusions :

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

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

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

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

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

Gaps / Insuffisances :

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 de bonne qualité existe (Guide de l'allaitement maternel, INPES 2009) et semble bien distribuée, ce qui manque, c'est l'apprentissage pratique et l'accompagnement de l'allaitement par des professionnels compétents dans ce domaine.
6. Certains départements ou régions (en fonction de l'ARS, du Plan régional de santé et du Réseau de santé périnatale) instaurent des politiques de soutien à l'allaitement bien coordonnées, d'autres n'en ont pas. La cohérence et la dynamique nationales font défaut.
7. Il manque un Comité national d'allaitement pour harmoniser la formation et l'information, pour mutualiser les bonnes pratiques et donner une impulsion nationale à la politique d'allaitement (voir indicateur 1).
8. Même si le soutien peut être de bonne qualité, des termes tels que « conseillère en allaitement », « référente », « écoutante » etc. sont utilisés sans que le public puisse savoir ce que cela recouvre, à la différence du diplôme IBCLC ou DIULHAM ou d'associations mère à mère comportant un programme de formation interne.

Recommendations (*List action recommended to bridge the gaps*):

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 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 2017-2021), 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 redynamiser les acteurs qui interviennent en France en faveur de l'allaitement, nouer des liens avec les Réseaux de

Santé en Périnatalité, intégrer des professionnels de santé à la réflexion sur la protection et la promotion de l'allaitement, activer les contacts avec les administrations et services.

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.
-

Indicator 7: Information Support

Key question: Are comprehensive Information, Education and Communication (IEC) strategies for improving infant and young child feeding (breastfeeding and complementary feeding) being implemented?

<i>Guidelines for scoring</i>			
Criteria	Scoring √ <i>Check that apply</i>		
	Yes	To some degree	No
7.1) There is a national IEC strategy for improving infant and young child feeding that ensures all information and materials are free from commercial influence/ potential conflicts or interest are avoided.	2	0	0√
7.2a) National health/nutrition systems include individual counseling on infant and young child feeding	1	.5√	0
7.2b) National health/nutrition systems include group education and counseling services on infant and young child feeding	1	.5√	0
7.3) IYCF IEC materials are objective, consistent and in line with national and/or international recommendations and include information on the risks of artificial feeding	2	1√	0
7.4. IEC programmes (eg World Breastfeeding Week) that include infant and young child feeding are being implemented at local level and are free from commercial influence	2√	1	0
7.5 IEC materials/messages to include information on the risks of artificial feeding in line with WHO/FAO Guidelines on preparation and handling of powdered infant formula (PIF). ¹⁸	2	0	0√
Total Score:	4/10		

¹⁸ to ensure that clinicians and other health-care personnel, community health workers and families, parents and other caregivers, particularly of infants at high risk, are provided with enough information and training by health-care providers, in a timely manner on the preparation, use and handling of powdered infant formula in order to minimize health hazards; are informed that powdered infant formula may contain pathogenic microorganisms and must be prepared and used appropriately; and, where applicable, that this information is conveyed through an explicit warning on packaging;

Information Sources Used (please list):

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

Conclusions

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

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

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

Gaps / Insuffisances :

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

Recommandations :

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

Veillez trouver de bonnes idées et des réalisations originales dans la Documentation accompagnant le rapport.

Indicator 8: Infant Feeding and HIV

Key question: Are policies and programmes in place to ensure that HIV - positive mothers are supported to carry out the national recommended Infant feeding practice?

<i>Guidelines for scoring</i>			
Criteria	Results		
	✓ <i>Check that apply</i>		
	Yes	To some degree	No
8.1) The country has a comprehensive updated policy in line with international Guidelines on infant and young child feeding that includes infant feeding and HIV	2	1✓	0
8.2) The infantfeeding and HIV policy gives effect to the International Code/ National Legislation	1	0.5✓	0
8.3) Health staff and community workers receive training on HIV and infant feeding policies, the risks associated with various feeding options for infants of HIV-positive mothers and how to provide counselling and support.	1✓	0.5	0
8.4) HIV Testing and Counselling (HTC)/ Provide Initiated HIV Testing and Counselling (PIHTC)/ Voluntary and Confidential Counselling and Testing (VCCT) is available and offered routinely to couples who are considering pregnancy and to pregnant women and their partners.	1✓	0.5	0
8.5) Infant feeding counselling in line with current international recommendations and appropriate to local circumstances is provided to HIV positive mothers.	1✓	0.5	0
8.6) Mothers are supported in carrying out the recommended national infant feeding practices with further counselling and follow-up to make implementation of these practices feasible.	1✓	0.5	0
8.7) HIV positive breastfeeding mothers, who are supported through provision of ARVs in line with the national recommendations, are followed up and supported to ensure their adherence to ARVs uptake.	1✓	0.5	0

8.8) Special efforts are made to counter misinformation on HIV and infant feeding and to promote, protect and support 6 months of exclusive breastfeeding and continued breastfeeding in the general population.	1	0.5	0√
8.9) On-going monitoring is in place to determine the effects of interventions to prevent HIV transmission through breastfeeding on infant feeding practices and overall health outcomes for mothers and infants, including those who are HIV negative or of unknown status.	1	0.5√	0
Total Score:	7/10		

Information Sources Used:

1. WHO 2016 Updates on HIV and infant feeding. Guideline (68 pages). http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016/en/
2. OMS 2016 Informations en français en ligne (août 2016) <http://www.who.int/features/qa/hiv-infant-feeding/fr/>
3. WHO 2016 The Use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a Public Health Approach, Second Edition (480 pages). Voir les chapitres 4.4.7 « Infant prophylaxis » (pages 120-124) et 4.4.8 « Infant feeding in the context of HIV » (pages 125-127) de ces recommandations OMS 2016 <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>
4. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS. Désir d'enfant et grossesse (octobre 2017). <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
5. Projet PNNS 2017-2021 page 83 : « En outre, les contre-indications sont bien identifiées (par exemple, infection par le VIH ... »
6. « *Should providers discuss breastfeeding with women living with HIV in high-income countries? An ethical analysis.* » Johnson G et al. *Clin Infect Dis* 2016 ; 63(10) : 1368-72. Traduit et publié par LLL France dans *Les Dossiers de l'Allaitement, DA 2017, juillet no.126. Les praticiens doivent-ils parler d'allaitement avec les mères séropositives pour le VIH vivant dans les pays industrialisés ? – Avec une importante bibliographie.*

Conclusions:

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

Il est également désormais établi que la poursuite d'un tel traitement, lorsqu'il est bien pris et efficace, diminue beaucoup le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel.

L'OMS 2016 recommande donc actuellement que les pays/régions à ressources limitées proposent

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

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

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

Il a donc été proposé, en France comme dans tous les pays développés, de maintenir la contre-indication formelle à l'allaitement maternel pour les femmes séropositives (voir page 34 des recommandations françaises [4]).

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

Gaps / Insuffisances:

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

Recommandations:

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

Indicator 9: Infant and Young Child Feeding during Emergencies

Key question: *Are appropriate policies and programmes in place to ensure that mothers, infants and young children will be provided adequate protection and support for appropriate feeding during emergencies?*

Guidelines for scoring			
Criteria	Scoring		
	√ Check that apply		
	Yes	To some degree	No
9.1) The country has a comprehensive policy on infant and young child feeding that includes infant feeding in emergencies and contains all basic elements included in the IFE Operational Guidance	2	1	0√
9.2) Person(s) tasked with responsibility for national coordination with all relevant partners such as the UN, donors, military and NGOs regarding infant and young child feeding in emergency situations have been appointed	2	1	0√
9.3) An emergency preparedness and response plan based on the practical steps listed in the Operational Guidance has been developed and put into effect in most recent emergency situations, and covers: a) basic and technical interventions to create an enabling environment for breastfeeding, including counseling by appropriately trained counselors, support for relactation and wet-nursing, and protected spaces for breastfeeding b) measures to minimize the risks of artificial feeding, including an endorsed statement on avoidance of donations of breastmilk substitutes, bottles and teats, and standard procedures for handling unsolicited donations, and procurement management and use of any infant formula and BMS, in accordance with strict criteria, the IFE Operational Guidance, and the International Code and subsequent relevant WHA resolutions	1	0.5	0√
	1	0.5	0√

9.4) Resources have been allocated for implementation of the emergency preparedness and response plan	2	1	0√
9.5) a) Appropriate orientation and training material on infant and young child feeding in emergencies has been integrated into pre-service and in-service training for emergency management and relevant health care personnel.	1	0.5	0√
b) Orientation and training is taking place as per the national emergency preparedness and response plan	1	0.5	0√
Total Score:	0/10		

Information Sources Used (please list):

1. Infant and young child feeding in Emergencies IFE. Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers. Version 3.0 (October 2017) Pas encore traduit, rend caduque la version française de 2007. <http://www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017>
2. Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence ANJE-U. Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs de programmes. Version 2.1 (février 2007) Seul document en français actuellement disponible. Voir l'édition mise à jour en 2017 en anglais. <http://files.enonline.net/attachments/121/ops-guidance-french-sept-07.pdf>
3. Baby Friendly Spaces. Holistic Approach for Pregnant, Lactating Women and their very young children in Emergency. ACF Manual 2014 (192 pages) Action Contre la Faim international, Directives sur l'allaitement / IFE (Espace accueillant mères et enfants) http://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/ACF_Baby_Friendly_Spaces_Dec_2014.pdf
4. Ensuring the Health of Children in Disasters. Policy Stagement (13 pages), in Pediatrics, November 2015, Vol 136 / ISSUE 5 <http://pediatrics.aappublications.org/content/136/5/e1407>
5. The Pediatrician and Disaster Preparedness (8 pages), in Pediatrics, February 2006, Vol 117, ISSUE 2 <http://pediatrics.aappublications.org/content/117/2/560>
6. Modules de formation 1 & 2 (2006) , traduction française disponible avec cd-rom (2007). <http://www.enonline.net/ifemodules1and2evaluation>
7. Guide pour les médias sur l'ANJE dans les urgences [http://files.enonline.net/attachments/952/ife-media-guide-french\(1\).pdf](http://files.enonline.net/attachments/952/ife-media-guide-french(1).pdf)
8. Message clefs pour les mères sur l'ANJE dans les urgences, en français <http://www.enonline.net/ifekeymessagesmothers>
9. Rapport IBFAN sur la situation de l'alimentation infantile et des jeunes enfants en France soumis au Comité des Droits de l'enfant 2016. http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/FRA/INT_CRC_NGO_FRA_22504_E.pdf en anglais
10. ACF international – Action Contre la Faim <http://www.actionagainsthunger.org/>
11. The Birth Hub <https://thebirthhub.co.uk/2017/03/02/midwives-dunkirk-refugee-camp-refuse-follow-international-best-practice>
12. ENN Emergency Nutrition Network <http://www.enonline.net/>
13. GSF Gynécologues sans Frontières <https://gynsf.org/>

14. Reportage sur les camps de Calais et Grande-Synthe, du 5 au 7 octobre 2016. Interview du Dr Richard Matis, gynécologue-obstétricien et vice-président de Gynécologie sans Frontières, les 13 avril et 18 octobre 2016. Médecins du monde. <https://destinationsante.com/calais-grande-synthe-lobstetrique-simplante-coute-coute.html>
15. Témoignages personnels d'Aurélié Serry (Présidente de la CoFAM, IBCLC, DU "Santé, précarité".) et de Rebecca Norton (IBCLC, IBFAN-Gifa), de Sophie Messenger et de Maddie McMahon.
16. Dossier SMAM 2009. L'allaitement : une réponse vitale en situation d'urgence. Etes-vous prêts ? http://www.worldbreastfeedingweek.net/wbw2009/images/french_2009actionfolder.
17. Haïti 2010 : Tentes pour bébé. Témoignage. Par Thomas Nybo https://www.unicef.org/french/emergencies/haiti_52797.html

Conclusions:

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

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

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

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

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

Les femmes peuvent décider quand elles ont les informations, elles sont capables d'allaiter, si leur confiance en elle n'est pas détruite. Elles sont autonomes pour exprimer leurs besoins, mais elles ne parlent pas forcément la langue du pays pour le faire. Le don de lait en poudre à une femme qui allaite crée la confusion chez elle. Elle peut imaginer que le lait en poudre convient mieux. Or, c'est bien le contraire. Le lait maternel constitue un aliment complet pour tout nourrisson jusqu'à 6 mois, et l'allaitement continue durant la diversification, nécessitant ni poudre de lait ni eau ni biberon et des moyens pour chauffer et nettoyer. Et c'est d'autant plus vrai en situation de crise.

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

L'accompagnement à l'allaitement revêt aussi une fonction sociale, on prend le temps d'écouter et de communiquer avec la mère. C'est très différent de simplement lui proposer une boîte de lait dans le centre de distribution. Le travail de Karleen Gribble mériterait d'être connu très largement.

Il y a de bons documents d'information et des modules de formation qui existent. Le gouvernement français pourrait s'en inspirer.

Il est important de 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. Les responsables des cellules de crise au niveau du gouvernement français pourraient s'en inspirer.

1 – Directives et documents utiles de l'OMS

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

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

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

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

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

2 - Le travail d'IBFAN-Gifa

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

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

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

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

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

Gaps:

1. *La France ne dispose pas d'un programme ANJE en situation d'urgence.*
2. *Absence de message valorisant l'allaitement, donc souvent absence d'accompagnement de l'allaitement dans les situations d'urgence (ouragan, camp de migration...)*

3. *Selon les témoignages, la situation dans les camps de réfugiés dans le nord de la France est alarmante en ce qui concerne la non prise en compte de l'allaitement.*
4. *Même si des bénévoles sont formés en allaitement, il y a une telle rotation qu'il est difficile de monter un projet de soutien solide.*
5. *Absence d'encadrement des distributions de PPN et laits de suite donnés sans discernement à toutes les mères, qu'elles allaitent ou pas.*
6. *Manque d'écoute par rapport aux besoins des mères.*
7. *Méconnaissance des techniques de relactation qui pourraient aider les mères qui ont sevré leur enfant.*
8. *Les personnes intervenant dans les camps de réfugiés en France métropolitaines (exemples de Calais et de Dunkerque) ne prennent pas toujours en compte l'importance et les enjeux de l'allaitement, par manque de formation ou par manque de référence personnelle.*
9. *Problèmes de communication / de langue pour travailler conjointement entre les différentes associations humanitaires sur le terrain.*
10. *Absence de coordination et de synergies entre les bénévoles des différents horizons.*
11. *Pas directives claires ce qui aboutit à des conflits entre appliquer des normes OMS (chauffer l'eau à 70 degrés pour préparer un 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

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 pourraient s'en inspirer.
2. Intégrer une stratégie Alimentation du nourrisson et du jeune enfant ANJE dans le protocole national pour la gestion des crises.
3. Organiser des modules de formation IFE / ANJE-U à destinations des intervenants professionnels et / ou associatifs dans les situations d'urgence (catastrophe, crise, camp de migration), et aussi à destination du personnel des institutions, réservistes, responsables de mission etc.
4. Expliquer la valeur de l'allaitement et pourquoi le maintenir et l'encourager.
5. Partager avec les intervenants les connaissances de base en accompagnement allaitement, soutien pour les mères et leurs jeunes enfants en situation de crise.
6. Editer un feuillet d'information (2 pages) pour les professionnels, sur le modèle de l'Académie Américaine de Pédiatre INFANT FEEDING IN DISASTERS AND EMERGENCIES Breastfeeding and Other Options. AAP 2015 <https://www.aap.org/.../aap.../Breastfeeding/.../InfantNutritionDisas...>
7. Diffuser les documents d'information aux médias pour les sensibiliser aux enjeux de l'allaitement dans un contexte de crise. [14]
8. Diffuser les documents IFE 2017 (en anglais pour le moment) auprès des associations et des professionnels travaillant avec les familles en grande précarité. A défaut, utiliser le document ANJE-U en français de 2007.
9. Mentionner dans les formations allaitement qu'il existe un volet « allaitement en situation d'urgence » afin d'informer et de sensibiliser les acteurs.
10. Les mères qui allaitent leurs bébés doivent recevoir un soutien et une assistance pratique pour continuer, elles ne devraient pas recevoir au hasard des substituts du lait maternel et du lait en poudre.

11. Mettre à disposition un lieu où les mères peuvent s'entraider et se soutenir pour continuer à prendre soin de leurs bébés et les allaiter.
12. Les mères qui ont sevré leurs bébés devraient être encouragées à reprendre l'allaitement
13. Proposer que des produits génériques - PPN, laits de suites et autres aliments infantiles ne devraient pas être l'apanage d'une marque. L'intervention humanitaire ne doit pas se transformer en vitrine publicitaire (voir la photo ci-dessus).
14. Si des PPN sont données, il faut les accompagner d'une information claire concernant leur préparation, dans la langue de la mère.
15. Pour des raisons d'hygiène et de facilité de nettoyage, privilégier l'utilisation de gobelets ou tasses plutôt que de biberons.
16. Traduire et diffuser recommandations de l'Académie Américaine de Pédiatrie (AAP).

Indicator 10: Mechanisms of Monitoring and Evaluation System

Key question: Are monitoring and evaluation systems in place that routinely collect, analyse and use data to improve infant and young child feeding practices?

Guidelines for scoring			
Criteria	Scoring		
	✓ Check that apply		
	Yes	To some degree	No
10.1) Monitoring and evaluation components are built into major infant and young child feeding programme activities.	2	1√	0
10.2) Data/information on progress made in implementing the IYCF programme are used by programme managers to guide planning and investments decisions	2	1√	0
10.3) Data on progress made in implementing IYCF programme activities routinely collected at the sub national and national levels	2	1√	0
10.4) Data/Information related to infant and young child feeding programme progress are reported to key decision-makers	2	1√	0
10.5) Monitoring of key infant and young child feeding practices is integrated into the national nutritional surveillance system, and/or health information system or national health surveys.	2	1√	0
Total Score:	5/10		

Information Sources Used (please list):

1. DREES, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/drees-direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques>
2. Exploitation des carnets de santé <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/> et aussi <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/le-premier-certificat-de-sante-de-l-enfant-certificat-au-8e-jour-cs8-2015>

3. Tableau de la diversification
www.mangerbouger.fr/content/download/3978/114448/version/2/file/Tableau+Diversification.pdf
4. Site EPOPé <http://www.epopé-inserm.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales> ; le site renseigne aussi sur les autres grandes enquêtes, menu à gauche.
5. Enquête nationale périnatale ENP 2016 (317 pages) a été publiée le 11 octobre 2017 <http://www.epopé-inserm.fr/enquete-nationale-perinatale-2016-premiers-resultats-952>
6. B. Blondel et al. J Gynecol Obstet Hum Reprod 46 (2017) 669–681 Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys. J Gynecol Obstet Hum Reprod 46 (2017) 701–713.
7. PNNS Programme national nutrition santé 2011-2015 <http://www.mangerbouger.fr/PNNS/Le-PNNS/Les-objectifs-de-sante-publique>
8. Evaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et du plan obésité 2010-2013, IGAS <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article622> IGAS *Inspection Générale des Affaires Sociales* <http://www.igas.gouv.fr/>
9. Elfe, Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance <http://www.elfe-france.fr/index.php/fr/>
Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance . Résultats ELFE 2011. Mars 2015 http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/29/2015_29_1.html
10. Etude Epifane, juin 2014 http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html
11. EPIPAGE 1 et 2 <http://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite-fr/etude-epipage1>
12. European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe 2010. Publié en mai 2013 (252 pages). <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>
13. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Partie 1 Définitions WHO, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI, 2008 (19 pages), 2009 en français. <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/fr/>
14. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Partie 2 Calculs OMS, 2011 (87 pages) <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241599290/fr/>
15. Fiches courbes de poids de l'OMS. <http://www.who.int/childgrowth/standards/fr/>
16. Mission de concertation sur la médecine de proximité, rapport Dr Elisabeth Hubert, novembre 2010 (183 pages) <http://www.ladocumentationfrançaise.fr/rapports-publics/104000622/index.shtml>
17. IRDES, Institut de recherche et documentation en économie de la Santé <http://www.irdes.fr/>

Conclusions :

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

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

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

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

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

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

Gaps / Insuffisances:

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 de l'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 e.a.). 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.*

Recommendations (*List actions recommended to bridge the gaps*):

1. Faire une évaluation approfondie du PNNS3 par rapport à l'allaitement.
2. Mettre dans le futur PNNS4 des objectifs ambitieux pour les taux et la durée d'allaitement, avec un budget alloué pour le suivi et l'évaluation des mesures.
3. Repenser les certificats de santé pour recueillir des données pertinentes sur l'allaitement.
4. Instaurer un certificat du 6^e mois qui correspond au début de la diversification de l'enfant, ou à défaut, mieux renseigner le certificat de santé obligatoire du 9^e mois (CS9) par rapport à l'allaitement durant les 6 premiers mois et au-delà. Nombreux sont les professionnels qui ne posent même pas la question alors que la case existe.
5. Proposer au comité de pilotage d'ajouter dans la future ENP 2020 des critères précis concernant 1) la présence d'une personne formée à l'allaitement dans le service en notant le temps dédié à l'activité d'accompagnement à l'allaitement, et y ajouter une question sur l'existence d'une « consultation allaitement » individuelle en pré- et post-natal, à l'instar des consultations tabacologie et alcool qui sont renseignées dans l'ENP 2016. Voir à ce sujet indicateur 5 aussi.
6. Initier des enquêtes qui contiennent des données sur l'allaitement avec l'objectif de les lier aux données sur les maladies non transmissibles.

7. Intégrer les critères « allaitement » et « types de nutrition » du jeune enfant dans les travaux, évaluations et rapports des chercheurs français, notamment quand ils explorent les maladies non transmissibles.
8. Décloisonner les équipes et les services pour travailler en bonne concertation sur les données concernant l'allaitement, les évaluations et les élaborations d'orientation.
9. Intégrer dans l'histoire du patient et dans son dossier médical personnalisé (DMP) un volet sur l'alimentation durant les 6 premiers mois de vie, et pour les femmes, recueillir l'information si elle a allaité ou pas, et combien de temps cumulé.
10. Instaurer le recueil de données et de statistiques pour chaque maternité sur les taux d'allaitement maternel (exclusif ou partiel) à la naissance et au fil des mois pour chaque enfant né dans cette maternité en y incluant les services de néonatalogie et de pédiatrie.
11. Adopter les définitions d'allaitement en accord avec les normes internationales et les faire connaître aux professionnels de santé. Allaitement exclusif = le bébé ne consomme que du lait maternel. Éviter la notion d'allaitement prépondérant qui n'a pas d'équivalent dans les statistiques internationales.
12. Considérer les courbes de poids de l'OMS comme des outils pour soutenir l'allaitement et repérer précocement les difficultés d'allaitement qui se manifestent par un infléchissement de la courbe, afin d'y remédier par un accompagnement spécialisé qui vise à préserver l'allaitement, sans introduire des compléments de PPN si on peut faire autrement.

Indicator 11: Early Initiation of Breastfeeding

Key question: What is the percentage of babies breastfed within one hour of birth? **66.1 %**

Guideline:

Indicator 11	Key to rating adapted from WHO tool (see Annex 11.1)	IBFAN Asia Guideline for WBTi	
Initiation of Breastfeeding (within 1 hour)		Scores	Colour-rating
	0.1-29%	3	Red
	29.1-49%	6	Yellow
	49.1-89%	9√	Blue
	89.1-100%	10	Green

Data Sources (including year):

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

Summary Comments :

Le recueil de cet indicateur n'est pas superposable à celui demandé par l'OMS mais c'est la donnée qui s'en approche le plus.

L'Enquête Nationale Périnatale (ENP) réalisée en mars 2016 a porté sur la totalité des naissances (enfants nés vivants et mort-nés) survenues pendant l'équivalent d'une semaine dans l'ensemble des maternités françaises. Elle a permis un recueil sur 14 142 naissances auprès de 13 894 femmes, dont 13 384 naissances et 13 148 femmes en France métropole et 758 naissances et 746 femmes dans les DOM.

Les femmes étaient interrogées sur le mode d'alimentation de leur nouveau-né à J0 ou J1 pour 65% d'entre elles : «avez-vous essayé une mise au sein dans les 2 premières heures suivant la naissance ? »

Essai de mise au sein dans les 2h, rapporté au nombre d'enfants non transférés : 65% IC95 64,1- 65,9 (tableau 43, page 122)

- Vilain A. Le premier certificat de santé de l'enfant (CS8) 2015. DREES, série sources et méthodes, n°61, septembre 2017. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-sources-et-methodes/article/le-premier-certificat-de-sante-de-l-enfant-certificat-au-8e-jour-cs8-2015>

Summary Comments :

Données issues du certificat de santé obligatoire avant le 8ème jour (CS8) des enfants nés en 2015. La variable allaitement au sein est une case à cocher : oui ou non. Ce chiffre donne une estimation du nombre d'allaitement démarré et aussi de l'intention d'allaiter car le certificat est le plus souvent rempli avant le 3ème jour.

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

Ainsi, pour la validité 2015, la DREES a collecté 632 806 certificats de santé au 8e jour jugés exploitables (pour 796 844 naissances domiciliées selon l'INSEE, soit un taux de couverture France entière estimé à 79,4 %). Il manque 20% des données mais pour les départements qui ont répondu l'exhaustivité est importante.

Indicator 12: Exclusive Breastfeeding for the First Six Months

Key question: What is the percentage of babies 0<6 months of age exclusively breastfed¹⁹ in the last 24 hours? **9.9%**

Guideline:

Indicator 12	Key to rating adapted from WHO tool (see Annex 11.1)	IBFAN Asia Guideline for WBTi	
		Scores	Colour-rating
Exclusive Breastfeeding (for first 6 months)	0.1-11%	3√	Red
	11.1-49%	6	Yellow
	49.1-89%	9	Blue
	89.1-100%	10	Green

Data Source (including year):

1. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012-2013), BEH oct 2014 http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html
2. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Guerrisi C, Castetbon K. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Epifane 2012-2013. Institut de Veille Sanitaire ; 2016. 58 p. <http://www.invs.sante.fr>

Epifane : échantillon de 136 maternités publiques et privées, France métropole

Echantillon aléatoire de nouveau-nés, 15 janvier- 5 avril 2012, 25 par maternité, exhaustif à partir d'une date donnée.

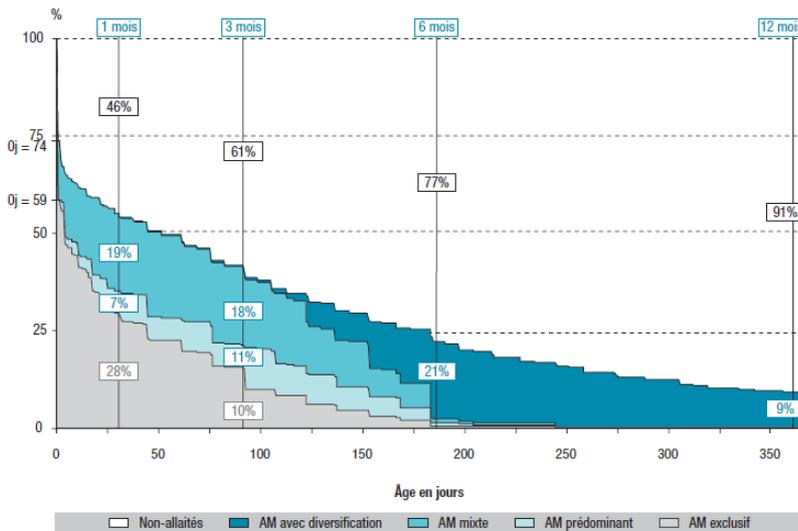
Nouveau-nés : 33 SA, non transférés, sans pathologie lourde.

Le recueil des données sur l'alimentation a été fait par auto-questionnaire à la maternité et entretien téléphonique et auto-questionnaire à 1 mois, 4 mois, 8 mois, 12 mois. N= 2936

Selon les définitions de l'OMS pour Allaitement maternel exclusif et prédominant.

¹⁹ Exclusive breastfeeding means the infant has received only breastmilk (from his/her mother or a wet nurse, or expressed breastmilk) and no other liquids or solids with the exception of drops or syrups consisting of vitamins, mineral supplements or medicines (2)

Évolution des taux d'allaitement maternel (AM) de la naissance à 12 mois, Épifane 2012-2013, France

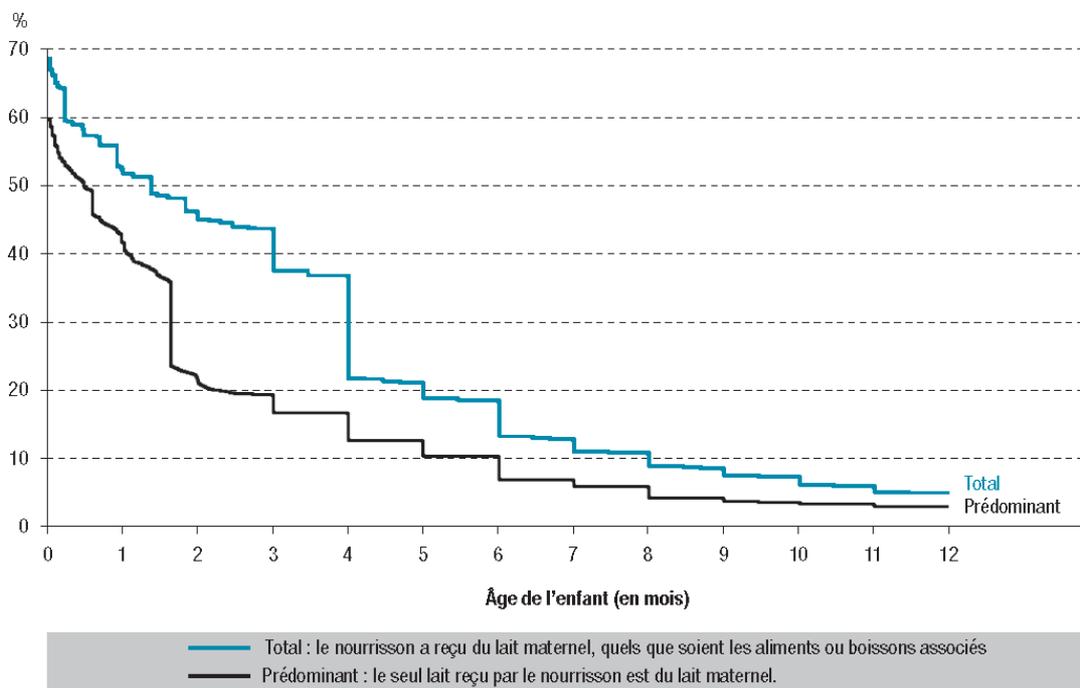


1. Wagner S et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale ELFE 2011. BEH Septembre 2015 (29) : 522-532. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html

Nombre d'enfants = 17 562 A six mois d'âge, allaitement total 19 %, allaitement prédominant 9,9 %

Figure

Prévalence de l'allaitement de la naissance à 12 mois, Étude Elfe 2011, France (n=17 562)



Summary Comments :

Les taux d'allaitement enregistrés à la naissance chutent rapidement, dès 2 mois pour l'allaitement prédominant, et surtout après 4 mois pour l'allaitement total (exclusif et partiel).

Indicator 13: Median Duration of Breastfeeding

Key question: *Babies are breastfed for a median duration of how many months?* **4 months**

Guideline:

Indicator 13	Key to rating adapted from WHO tool (see Annex 11.1)	IBFAN Asia Guideline for WBTi	
		Scores	Colour-rating
Median Duration of Breastfeeding	0.1-18 Months	3√	Red
	18.1-20 ”	6	Yellow
	20.1-22 ”	9	Blue
	22.1- 24 or beyond ”	10	Green

Data Source (including year):

Etudes ELFE 2011 et Epifane 2012-2013 cf indicateur 12.

Summary Comments :

La durée médiane de l'allaitement se situe entre 15 et 17 semaines.

Indicator 14: Bottle Feeding

Key question: *What percentage of breastfed babies 0-12 months of age, who are fed with any foods or drinks (even breastmilk) from bottles? 80%*

Guideline:

Indicator 14	Key to rating adapted from WHO tool (see Annex 11.1)	IBFAN Asia Guideline for WBTi	
Bottle Feeding (0-12 months)		Scores	Colour-rating
	29.1-100%	3√	Red
	4.1-29%	6	Yellow
	2.1-4%	9	Blue
	0.1-2%	10	Green

Data Source (including year):

1. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Guerrisi C, Castetbon K. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Epifane 2012-2013. Institut de Veille Sanitaire ; 2016. 58 p. <http://www.invs.sante.fr>
2. Wagner S et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale ELFE 2011. BEH Septembre 2015 (29): 522-532. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html

Summary Comments :

Cette donnée n'est pas recueillie spécifiquement en France, on peut la déduire des enquêtes Epifane et ELFE : à 5 mois 80 % des bébés ne sont plus du tout allaités, on peut supposer qu'ils sont donc alimentés au biberon.

Indicator 15: Complementary feeding – Introduction of solid, semi-solid or soft foods

Key question: *Percentage of breastfed babies receiving complementary foods at 6-8 months of age?*
87.5%

Guideline

Indicator 15	WHO's	IBFAN Asia Guideline for WBTi	
Complementary Feeding (6-8 months)	<i>Key to rating</i>	<i>Scores</i>	<i>Colour-rating</i>
	0.1-59%	3	Red
	59.1-79%	6	Yellow
	79.1-94%	9√	Blue
	94.1-100%	10	Green

Data Source (including year):

1. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, Guerrisi C, Castetbon K. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude **Epifane 2012-2013**. Institut de Veille Sanitaire ; 2016. 58 pages. <http://www.invs.sante.fr>

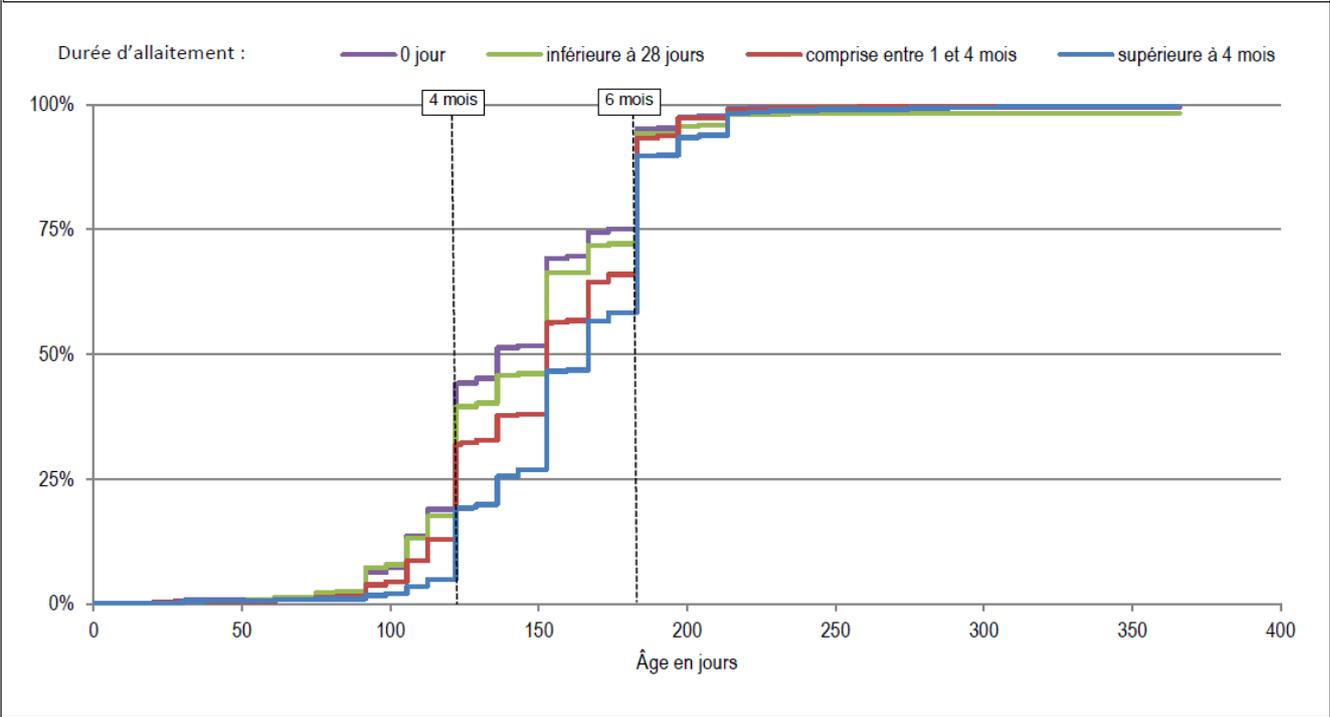
Summary Comments :

« L'âge médian auquel les mères débutaient la diversification alimentaire était de 152 jours, soit 5 mois révolus. L'âge minimum de début de diversification était de 7 jours et l'âge maximum de 305 jours. Seules 12,6 % des mères avaient débuté la diversification avant 4 mois. Parmi celles-ci, 53,4 % avaient débuté la diversification par des farines ou céréales infantiles, 31,5 % par des fruits et 30,4 % par des légumes⁴. La diversification débutait entre 4 et 6 mois pour 54,3 % des enfants et après 6 mois pour 33,2 %. » (page 40)

« L'âge médian de début de diversification différait selon la durée d'AM (figure 9). Pour les mères allaitant moins de 28 jours et pour les mères allaitant entre 1 et 4 mois, il était égal à l'âge médian de début de diversification de la population générale d'Épifane (152,5 jours). Il était en revanche plus précoce chez les enfants n'ayant jamais été allaités (136 jours), et plus tardif chez les enfants allaités au moins 4 mois (166,5 jours). » (page 41)

Autrement dit, pour 54,3 % des enfants, la diversification intervient avant 6 mois, alors que l'allaitement exclusif (ou une alimentation artificielle lactée exclusive) est préconisé pour les 6 premiers mois. Entre 6 et 8 mois, 87,5 % des enfants étaient diversifiés (54,3 % + 33,2 %).

Évolution des probabilités de débuter la diversification en fonction de la durée d'allaitement (n=3 368)



Summary Part I: IYCF Policies and Programmes

Targets:	Score (Out of 10)
1. National Policy, Programme and Coordination	2
2. Baby Friendly Hospital Initiative	5
3. Implementation of the International Code	5
4. Maternity Protection	7
5. Health and Nutrition Care Systems	5.5
6. Mother Support and Community Outreach	7
7. Information Support	4
8. Infant Feeding and HIV	7
9. Infant Feeding during Emergencies	0
10. Monitoring and Evaluation	5

IBFAN Asia Guidelines for WBTi

Total score of infant and young child feeding policies and programmes (indicators 1-10) are calculated out of 100.

Scores	Colour- rating
0 – 30.9	Red
31 – 60.9 France 47.5	Yellow
61 – 90.9	Blue
91 – 100	Green

Conclusions²⁰:

Veillez consulter les recommandations clés ci-après.

²⁰ In this summary sheet analysis is done based on what are the SCORES and where your country or region stands in terms of Infant and young child feeding practices individually or combined. It is good to analyze this with team of stakeholders. Find out reasons and draw a list of recommendations for your health and nutrition managers and policy makers.

Summary Part II: Infant and young child feeding (IYCF) practices

IYCF Practice	Result	Score
Indicator 11 Starting Breastfeeding (Initiation)	66.1%	9
Indicator 12 Exclusive Breastfeeding for first 6 months	9.9%	3
Indicator 13 Median duration of Breastfeeding	4 months	3
Indicator 14 Bottle-feeding	80%	3
Indicator 15 Complementary Feeding	87.5%	9
Score Part II (Total)		27

IBFAN Asia Guidelines for WBTi

Total score of infant and young child feeding Practice (indicators 11-15) are calculated out of 50.

Scores	Colour-rating
0 – 15	Red
16 – 30 France 27	Yellow
31 - 45	Blue
46 – 50	Green

Conclusions

Les indicateurs utilisés en France ne sont pas compatibles avec le recueil de données statistiques selon Europeristat et l’OMS.

Total of Part I and Part II (indicator 1-15): IYCF Practices and Policies and Programmes

Total score of infant and young child feeding **practices, policies and programmes (indicators 1-15)** are calculated out of 150. Countries are then rated as:

Scores	Colour- rating
0 – 45.5	Red
46 – 90.5 France 74.5	Yellow
91 – 135.5	Blue
136 – 150	Green

Key Gaps / **Résumé des principales insuffisances**

1. Absence d'un Comité national pour l'allaitement conformément à la Déclaration d'Innocenti (1990) avec des fonds alloués pour mener une politique sur le long terme.
2. Absence de formation initiale, ou formation inégale et insuffisante, pour les médecins et professionnels de santé intervenant en périnatalité.
3. Congé de maternité inadapté pour la recommandation de 6 mois d'allaitement exclusif.
4. Absence de message gouvernemental en faveur de l'allaitement.
5. Manqué de transparence concernant les liens d'intérêts du monde de la santé avec les entreprises agroalimentaires, conflit d'intérêts.
6. Mise en œuvre incomplète du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
7. Absence de stratégie ANJE-U en situation d'urgence (catastrophe, crise, migration etc.).
8. Absence d'indicateurs compatibles avec le recueil de données statistiques selon Europeristat et l'OMS.

Key Recommendations / **Résumé des recommandations clés**

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

« A chacun son chemin »