

Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel

« Plan d'action : Allaitement maternel »

Rapport du Professeur Dominique TURCK

JUIN 2010

Ce rapport analyse les conditions d'amélioration de la promotion de l'allaitement maternel en France : aussi bien son initiation que le prolongement de sa durée.

Les propositions d'action résultent d'une analyse d'un groupe de travail réunissant des professionnels de santé

Le groupe de travail a auditionné 33 structures : associations de promotion de l'allaitement, organisations professionnelles, sociétés savantes, réseaux de soins, conseils ordinaires, assurances-maladie, organismes de formation, organisations humanitaires, organes de presse, instituts de santé publique, et directions ministérielles, notamment.

Ces propositions s'inscrivent dans les objectifs spécifiques à l'enfant du Programme National Nutrition Santé (PNNS) 2 et ont été validées par le comité de pilotage du PNNS le 18 décembre 2009.

SYNTHESE DU RAPPORT

I. Le constat

- 1 - L'allaitement satisfait à lui seul les besoins du nourrisson pendant les 6 premiers mois de vie, et a des effets bénéfiques à court et long terme sur la santé de l'enfant et de sa mère
- 2 - Malgré une augmentation récente, la prévalence et la durée de l'allaitement en France sont parmi les plus faibles d'Europe : le taux d'initiation en maternité était de 62,6% en 2003 et la durée médiane de l'ordre de 10 semaines
- 3 - Les femmes qui allaitent sont souvent plus âgées, primipares, étrangères, avec une profession qualifiée, et ont accouché dans les maternités de grande taille ou dans un CHU
- 4 - Une enquête BVA de décembre 2009 montre que les femmes vivant en France souhaitent plus d'accompagnement pendant l'allaitement et un congé de maternité plus long
- 5 - Le soutien de l'allaitement permet des économies au système de santé, aux employeurs et aux familles

II. Les objectifs généraux

- 1 - Avoir un autre regard sur l'allaitement
- 2 - Informer les femmes, les pères, les familles et les employeurs des bénéfices de l'allaitement
- 3 - Respecter le droit, pour toutes les femmes, d'avoir accès à des services de maternité et de soins post-nataux soutenant effectivement l'allaitement
- 4 - Protéger le droit des femmes à allaiter et le droit des enfants à être allaités
- 5 - Évaluer et suivre l'efficacité des mesures mises en place pour faciliter l'allaitement
- 6 - Encourager et soutenir la recherche sur l'allaitement

III. Les moyens

- 1 - Au sujet de l'organisation au niveau national, régional et local
 - a. Mettre en place un coordinateur national de l'allaitement
 - b. Mettre en place un comité national de l'allaitement (CNA) intégré à la commission nationale de la naissance, qui pourrait devenir la « commission nationale de la naissance et de l'allaitement »
 - c. Mettre en place dans chaque agence régionale de santé un référent pour l'allaitement
 - d. Mettre en place dans chaque maternité un référent pour l'allaitement
 - e. Mettre en place un système de surveillance épidémiologique national
 - f. Améliorer la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé
 - g. Respecter l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
- 2 - Au sujet de la grossesse et des maternités
 - a. Mettre en œuvre des standards de pratiques optimales (Initiative hôpital ami des bébés - IHAB), à intégrer dans les critères d'accréditation des maternités par la Haute autorité de santé
 - b. Généraliser l'entretien prénatal individuel du 4^{ème} mois, et en consacrer une partie aux informations sur l'allaitement
 - c. Développer l'offre de préparation à la naissance et à la parentalité
 - d. Inciter les maternités à proposer des groupes de préparation à l'allaitement
 - e. Valoriser l'organisation et l'initiation de l'allaitement au titre de la tarification à l'activité (T2A)

3 - Au sujet du retour à domicile

- a. Accompagner chaque couple mère/enfant dès la sortie de la maternité (PMI, libéraux, associations)
- b. Mettre en place dans chaque unité territoriale de PMI un référent pour l'allaitement
- c. Proposer à chaque femme une consultation d'allaitement par un professionnel de santé formé, entre J₈ et J₁₅, remboursée à 100%
- d. Rendre obligatoire dans les structures d'accueil de nourrissons et de jeunes enfants et chez les assistantes maternelles l'application des recommandations de l'Afssa sur le recueil, le transport et la conservation du lait maternel
- e. Faire figurer les standards de croissance de l'OMS dans les carnets de santé

4 - Au sujet du travail

- a. Informer les employeurs publics et privés des avantages, pour eux-mêmes et leurs employés, de la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail
- b. Respecter les droits des femmes qui allaitent après la reprise du travail et garantir aux femmes qui optent pour un travail à temps partiel ou un congé parental la garantie de leur emploi et de leur projet de carrière professionnelle
- c. Allonger la durée du congé de maternité rémunéré dans sa période post-natale de 10 à 14 semaines

5 - Au sujet de l'information des femmes, de leur entourage et du public

- a. Donner des informations et des conseils sur l'allaitement accessibles à l'entourage des femmes qui allaitent (père, ascendants et descendants, assistantes maternelles)
- b. Créer et diffuser des documents d'informations sur l'allaitement clairs, appropriés et cohérents, sous la coordination du CNA
- c. Créer un site Internet, coordonné par le CNA, contenant les recommandations nationales, européennes et internationales
- d. Mettre en place une éducation scolaire primaire et secondaire, et des campagnes de communication sur l'allaitement

6 - Au sujet des populations fragiles

- a. Populations défavorisées :
 - Encourager les groupes de parole de mère à mère selon le modèle des groupes de pairs « Peer Counselors » (modèle PRALL)
 - Compléter l'éventuelle distribution gratuite de lait artificiel dans ces populations par des initiatives visant à promouvoir l'allaitement
 - Mettre en place avec les services de PMI et les réseaux de périnatalité un suivi de soins et une aide sociale, surtout en cas de sortie précoce
 - Prendre en charge à 100% les éventuels coûts inhérents à l'utilisation de tire-lait, dont les consommables
- b. Enfants prématurés et de petit poids de naissance :
 - Recourir préférentiellement au lait de femme pour ces enfants fragiles
 - Maintenir la proximité mère/enfant, avec une aide pour le transport et le logement si l'enfant est hospitalisé loin du domicile
 - Aider et soutenir les lactariums

SOMMAIRE

Synthèse du rapport	2
Liste des abréviations utilisées	5
Introduction	6
Données disponibles sur l'allaitement	
. Les bénéfices de l'allaitement pour la santé de l'enfant et de sa mère	7
. Les textes internationaux et les recommandations	8
. L'impact économique de l'allaitement	10
. L'état des lieux de l'allaitement en France	12
. Les déterminants de l'allaitement	15
La promotion de l'allaitement	
. Les objectifs d'une politique de promotion de l'allaitement	21
. Les actions fortes pour une politique de promotion de l'allaitement	22
. Un autre regard sur l'allaitement	24
. Le droit des femmes à allaiter et le droit des enfants à être allaités	25
. L'information auprès des femmes, des pères et des familles	26
. La formation des professionnels de santé	28
. Les actions spécifiques dans la filière de soins	30
. L'allaitement dans les populations défavorisées	31
. L'allaitement des enfants prématurés et de faible poids de naissance	32
. La recherche	33
Références bibliographiques	34
Annexes	
. Annexe 1 : Lettre de mission du Directeur général de la santé	37
. Annexe 2 : Composition du groupe de travail	38
. Annexe 3 : Réunions de travail - Auditions	38
. Annexe 4 : Structures auditionnées ou ayant adressé une contribution écrite	38
. Annexe 5 : Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	39
. Annexe 6 : Dix conditions pour le succès de l'allaitement définies par la Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF	39
. Annexe 7 : Conditions d'accès au label IHAB (Initiative hôpital ami des bébés)	40

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

AFPA : Association française de pédiatrie ambulatoire
AFSSA : Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AHRQ : Agency for Healthcare Research and Quality
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARS : Agence régionale de santé
BVA : Brulé, Ville et Associé (Institut de sondage)
CERDAM : Centre ressource documentaire pour l'allaitement maternel
CNA : Comité national de l'allaitement
CNAMTS : Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés
CNGOF : Collège national des gynécologues-obstétriciens français
CNSF : Collège national des sages-femmes
CoFAM : Coordination française pour l'allaitement maternel
DGS : Direction générale de la santé
DIULHAM : Diplôme interuniversitaire lactation humaine et allaitement maternel
ENP : Enquête nationale périnatale
ESPGHAN : Société européenne de gastro-entérologie, hépatologie et nutrition pédiatriques
HAS : Haute autorité de santé
IBCLC : Diplôme international de consultant en lactation
IHAB : Initiative hôpital ami des bébés
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS : Institut de veille sanitaire
OIT : Organisation internationale du travail
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONG : Organisme non gouvernemental
ONU : Organisation des nations unies
PMI : Protection maternelle et infantile
PNNS : Programme national nutrition santé
PRALLL : Programme relais allaitement de la Leche League
SFP : Société française de pédiatrie
SMAM : Semaine mondiale de l'allaitement maternel
T2A : Tarification à l'activité
UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

INTRODUCTION

Le lait maternel est l'aliment naturel du nourrisson. L'allaitement maternel (dénommé allaitement dans l'ensemble du présent rapport) est une pratique intime, dont la décision est de la responsabilité de chaque femme, une pratique à replacer dans l'histoire et la culture de chaque société. C'est aussi une question de santé publique, à la lumière des bénéfices pour la santé de l'enfant allaité et de sa mère, à court, moyen et long terme, qui ont été scientifiquement démontrés.

Dans le respect absolu des convictions de chaque femme et pour lui permettre de prendre sa décision dans les meilleures conditions possibles, il est de la responsabilité des professionnels de santé de donner une information claire, objective et loyale sur la pratique de l'allaitement et sur ses bénéfices. Il est également de leur responsabilité de contribuer concrètement à le rendre possible, chacun dans la fonction qu'il occupe.

Ce rapport a été rédigé à la demande du Directeur général de la santé pour favoriser la promotion de l'allaitement maternel, tant dans son initiation que dans sa durée. Il est le reflet du travail de professionnels de la santé de la femme et de l'enfant, et d'une large concertation avec des structures très diverses : associations de promotion de l'allaitement, organisations professionnelles, sociétés savantes, réseaux de soins, conseils ordinaires, assurances-maladie, organismes de formation, organisations humanitaires, organes de presse, instituts de santé publique, directions ministérielles, notamment.

Une enquête réalisée par BVA du 23 novembre au 16 décembre 2009 chez 1008 femmes ayant un enfant de moins de 6 ans permet de préciser la perception à l'égard de l'allaitement et les attentes actuelles des femmes. D'une façon générale, l'allaitement est perçu comme un acte naturel, et 70% des femmes interrogées ont allaité au moins un de leurs enfants. Il s'agit davantage des femmes de 25-34 ans, les plus diplômées, travaillant dans le secteur public, issues de foyers aisés, qui allaitent leur enfant. La décision d'allaiter est principalement liée aux bienfaits de l'allaitement pour la santé de l'enfant, suivis de la relation privilégiée mère/enfant.

Quatre leviers d'action apparaissent pour améliorer la situation selon ces femmes : 1) un réel besoin d'accompagnement lors de la période d'allaitement ; 2) un congé de maternité d'une durée de 6 mois ; 3) la nécessité d'informer plus particulièrement les femmes moins diplômées et issues de foyers moins favorisés ; 4) la nécessité de mettre en avant les bénéfices du lait maternel sur la santé de l'enfant et de sa mère.

Après un rappel sur les bénéfices de l'allaitement pour la santé de l'enfant et de sa mère, les textes internationaux et les recommandations, et sur l'impact économique de l'allaitement, le rapport fait un état des lieux de l'allaitement en France.

Le rapport résume ensuite les facteurs qui déterminent l'initiation, la durée et/ou l'arrêt de l'allaitement dans les pays industrialisés, et rappelle les objectifs d'une politique de promotion de l'allaitement. Il propose des actions fortes pour cette politique, dans des domaines aussi variés que le regard de la société sur l'allaitement, le droit des femmes à allaiter et le droit des enfants à être allaités, l'information auprès des femmes, des pères et des familles, la formation des professionnels de santé, les actions spécifiques dans la filière de soins, l'allaitement dans les populations défavorisées, l'allaitement des enfants prématurés et des enfants de faible poids de naissance, et la recherche.

Les mesures proposées par ce rapport doivent permettre à 100% des femmes vivant dans notre pays qui souhaitent concrétiser un projet d'allaitement, d'y parvenir effectivement pendant la durée de leur choix, sans obérer leur carrière professionnelle.

LES BENEFICES DE L'ALLAITEMENT POUR LA SANTE DE L'ENFANT ET DE SA MERE

L'allaitement satisfait à lui seul les besoins nutritionnels du nourrisson pendant les 6 premiers mois de la vie, et a de nombreux effets bénéfiques sur la santé de l'enfant à court et long terme, et sur la santé de sa mère. Ces effets bénéfiques, qui dépendent du degré d'exclusivité de l'allaitement et de sa durée, ont été analysés dans des revues de la littérature et des méta-analyses récentes.

Dans les pays où les conditions économiques et d'hygiène demeurent précaires, l'allaitement est associé à une réduction considérable de la mortalité infantile, d'autant plus marquée que les enfants sont plus jeunes. En l'absence d'allaitement, le risque de décès est respectivement 5,8 fois et 2,6 fois plus élevé chez les enfants âgés de 2 à 3 mois et ceux âgés de 6 à 8 mois. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'allaitement pratiqué de façon optimale (allaitement exclusif les premiers mois, à la demande, avec tétées fréquentes et introduction appropriée d'aliments de diversification) éviterait plus d'un million de décès d'enfants chaque année.

Dans les pays industrialisés, l'allaitement est associé chez le nourrisson à un moindre risque de diarrhées aiguës, d'otites aiguës et d'infections respiratoires sévères, génératrices d'hospitalisations. L'allaitement est également associé à une diminution du risque d'asthme et d'eczéma pendant les 2-3 premières années de la vie chez les enfants à risque d'allergie, ainsi qu'à une diminution du risque d'obésité et de surpoids, de diabète de type 1 et 2, de maladie coeliaque, de maladies inflammatoires du tube digestif, et de mort inattendue du nourrisson. De nombreux effets bénéfiques de l'allaitement étant dose-dépendants, il est important d'augmenter non seulement son initiation en maternité, mais aussi sa durée.

Chez les enfants prématurés, l'alimentation avec le lait maternel (ou le lait de femme provenant de donneuse *via* un lactarium) favorise la maturation des fonctions digestives et la tolérance à l'alimentation par voie orale, facilitant ainsi leur prise en charge. Elle diminue le risque d'infections en période néo-natale et d'entérococolite ulcéro-nécrosante, et contribue à améliorer les performances développementales des nouveau-nés très prématurés.

L'allaitement a également des effets bénéfiques pour la santé de la mère. Il est associé à une diminution de l'incidence du cancer du sein avant la ménopause et du cancer de l'ovaire, du diabète de type 2 et de dépression du *post-partum*. Il est également associé à une réduction du risque de pathologies métaboliques et cardio-vasculaires.

Les contre-indications de l'allaitement sont très rares : infection par le virus de l'immunodéficience humaine, maladie cardio-vasculaire ou respiratoire sévère, hémopathie ou cancer en cours de traitement chez la mère, galactosémie chez l'enfant. Malgré le passage quasi-constant dans le lait des médicaments consommés par la mère, très peu d'entre eux sont incompatibles avec la poursuite de l'allaitement.

LES TEXTES INTERNATIONAUX ET LES RECOMMANDATIONS

I. Textes internationaux

1. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981)

Ce code, adopté par la 34^{ème} Assemblée mondiale de la santé de l'OMS, a pour objectif de « [...] contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées ».

Les principales dispositions de ce Code, qui s'applique à la commercialisation des substituts du lait maternel et non à leur production ni à leur utilisation, sont indiquées en Annexe 5.

Seule une partie de ces dispositions a été reprise dans le Décret n°98-688 du 30 juillet 1998, pris en application de l'article L. 121-53 du Code de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation et au matériel de présentation les concernant.

2. Déclaration conjointe OMS-UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund - Fonds des Nations unies pour l'enfance) (1989)

Cette déclaration a énoncé pour la première fois les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement » dans le cadre du rôle spécifique des maternités et des services de soins aux nouveau-nés dans la promotion, l'encouragement et le soutien de l'allaitement (Annexe 6).

3. Convention internationale relative aux Droits de l'enfant (1989)

La convention, adoptée par l'Organisation des nations unies (ONU) le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France le 7 août 1990, stipule la nécessité de prendre les mesures appropriées pour « [...] faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein [...], et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information » (Article 24).

4. Déclaration d'Innocenti (1990)

Cette déclaration a été rédigée et proclamée au « Spedale Degli Innocenti » à Florence par des représentants de 10 agences de l'ONU et de 32 pays. Elle rappelle l'importance globale de l'allaitement et les responsabilités qui incombent à tous les gouvernements de mettre en oeuvre des programmes pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement.

La déclaration d'Innocenti [...] définit « quatre cibles opérationnelles que devraient viser les gouvernements de chaque pays :

- désigner un coordinateur national pour l'allaitement doté de pouvoirs appropriés et créer un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales (ONG) et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé
- faire en sorte que chaque établissement assurant les prestations de maternité respecte pleinement les dix conditions pour le succès de l'allaitement énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF
- mettre en oeuvre intégralement les principes et l'objectif du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé

- promulguer des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopter des mesures pour assurer leur application ».

Reprise par le Sommet mondial pour les enfants en septembre 1990, la déclaration d'Innocenti a été entérinée par un vote de l'Assemblée mondiale de la santé en 1992 puis intégrée à la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de l'OMS, adoptée en 2002.

5. Directive européenne 2006/141/CE (2006)

Cette directive, qui concerne les préparations pour nourrissons (0-6 mois) et les préparations de suite (6-12 mois), rappelle que : 1) « Dans le souci d'assurer une meilleure protection de la santé des nourrissons, il convient que les règles de composition, d'étiquetage et de publicité [...] soient conformes aux principes et aux buts formulés par le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel » ; 2) « Étant donné l'importance que revêt pour les femmes enceintes et les mères de nourrissons, dans le choix du type d'alimentation pour leur enfant, l'information diffusée sur l'alimentation infantile, il est nécessaire que les États membres prennent les mesures appropriées de manière à ce que cette information assure un usage adéquat des produits concernés et n'aille pas à l'encontre de la promotion de l'allaitement maternel. »

Cette directive a été transcrite en droit français par l'arrêté du 11 avril 2008.

II. Recommandations nationales et internationales

A la demande de l'OMS, une commission d'experts a passé en revue à la fin des années 90 les études portant sur la durée optimale d'allaitement exclusif (plus de 3000 références). Cette commission a conclu que l'allaitement exclusif pendant 6 mois (et non plus 4 à 6 mois comme dans les précédentes recommandations) permettait une croissance adéquate et présentait divers avantages pour l'enfant, en particulier une moindre incidence d'infections gastro-intestinales.

Ces nouvelles recommandations de l'OMS ont été votées le 16 mai 2001 par l'Assemblée mondiale de la santé (Résolution WHA 54.2) et réaffirmées dans la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de 2002 : « Le nourrisson doit être exclusivement nourri au sein pendant les 6 premiers mois de la vie : c'est là une recommandation générale de santé publique. Par la suite, en fonction de l'évolution de ses besoins nutritionnels, le nourrisson doit recevoir des aliments complémentaires sûrs et adéquats du point de vue nutritionnel, tout en continuant d'être allaité jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus ».

Au niveau européen, ces recommandations ont été reprises en 2004 par la Commission européenne dans le Plan d'Action pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement dans l'ensemble des pays européens. La Société européenne de gastro-entérologie, hépatologie et nutrition pédiatriques (ESPGHAN) recommande un allaitement exclusif d'une durée de 6 mois idéalement, et au minimum de 4 mois.

Au niveau national, la promotion de l'allaitement maternel fait partie des objectifs spécifiques à l'enfant du PNNS. L'allaitement exclusif est recommandé pendant les 6 premiers mois de vie de l'enfant par la Haute autorité de santé (HAS) (2002), la Société française de pédiatrie (SFP) et l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA). L'Académie nationale de médecine a demandé en 2009 aux pouvoirs publics de mettre en place une politique plus active d'incitation à l'allaitement depuis l'école et pendant la grossesse. L'allaitement est également recommandé par le Collège national des sages-femmes (CNSF) et le Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF).

L'IMPACT ECONOMIQUE DE L'ALLAITEMENT

I. Impact sur les dépenses de santé

Le non allaitement étant associé à un risque plus élevé de morbidité infantile et maternelle, les stratégies visant à augmenter le taux d'initiation et la durée de l'allaitement ont un impact favorable sur la santé publique et génèrent des économies significatives pour le système de santé.

Les études disponibles sous-estiment cependant ces économies car elles incluent rarement les coûts indirects (par exemple en lien avec l'absentéisme pour cause d'enfant malade) et les surcoûts générés par la prise en charge de toutes les pathologies infantiles et maternelles, dont la prévalence est statistiquement plus élevée en l'absence d'allaitement.

1. En France

Très peu de données nationales sont disponibles sur les économies de coûts de santé liées à l'allaitement. Une analyse des coûts et des bénéfices inhérents au mode d'alimentation de l'enfant estimait en 1997 que pour une élévation de 5% du taux d'allaitement, une économie de 2,7 millions d'euros par an pourrait être faite sur les seules dépenses liées aux pathologies des jeunes nourrissons (0-6 mois).

Par ailleurs, une analyse de l'Inserm publiée en 2005 sur le coût des seules infections à *rotavirus* estimait que si la proportion des enfants allaités en France était égale à celle de la Norvège, où plus de 40 % des enfants sont allaités à l'âge de 9 mois, on pourrait éviter 8000 cas de diarrhées à *rotavirus* et 1000 hospitalisations par an.

2. A l'étranger

Au Royaume-Uni, une analyse de l'efficacité d'un programme de soutien à l'allaitement à destination des populations en difficulté des quartiers de Sheffield, publiée en 2007, estimait que l'économie en dépenses de santé relative à la réduction de l'incidence de diarrhées aiguës, d'otites et d'infections respiratoires au cours de la 1^{ère} année de vie était de l'ordre de 300 £ (par enfant) en cas d'allaitement.

Au Québec, une étude considérant les 3 principales pathologies (pathologies respiratoires, otites aiguës, diarrhées aiguës) qui touchent les nourrissons au cours de leur première année de vie, estimait que si 60 % des nourrissons étaient allaités exclusivement pendant 3 mois, cela représenterait une économie annuelle en soins de santé de 5 millions de dollars.

Aux Etats-Unis, une évaluation des dépenses de santé considérant les seuls coûts relatifs au traitement des cas de diarrhées aiguës, d'otites aiguës et de maladies respiratoires touchant les enfants au cours de la 1^{ère} année de vie, estimait en 1999 que le surcoût pouvait atteindre jusqu'à 475 dollars par enfant non allaité.

Une étude des services économiques du Ministère de l'agriculture américain, publiée en 2001, considérant les coûts directs relatifs au traitement des seuls cas de diarrhées aiguës, d'otites et d'entérocolites, concluait qu'il serait possible de réduire les dépenses de santé de 3,6 milliards de dollars par an si les taux d'allaitement étaient de 75% à la maternité (contre 64% en pratique) et de 50 % à 6 mois (contre 29%).

Une autre étude très récente, publiée au cours du 1^{er} semestre de 2010, prenant en compte l'ensemble des bénéfices santé rapportés par l'AHRQ américaine (Agency for Healthcare Research and Quality) en 2007, conclut que la réduction annuelle des dépenses de santé serait de 10,5 ou 13 milliards de dollars si respectivement 80 ou 90% des nourrissons vivant aux Etats-Unis étaient allaités exclusivement jusqu'à l'âge de 6 mois.

II. Impact économique pour les familles

Le non allaitement est également un facteur d'appauvrissement des familles, en particulier pour les familles les plus vulnérables sur le plan socio-économique, du fait des surcoûts inhérents à la fois à l'achat du lait artificiel (la part du coût relatif à l'alimentation au biberon peut représenter jusqu'à 14 % du revenu familial pour une mère vivant seule recevant le revenu minimal d'insertion) et aux dépenses supplémentaires en soins médicaux et en pharmacie consécutives au non allaitement.

Le surcoût lié à l'alimentation au lait artificiel est estimé à 500 € pour un nourrisson pendant les 6 premiers mois. Ceci est d'autant plus significatif que la prévalence de l'allaitement est particulièrement faible dans les populations défavorisées.

III. Impact économique pour les employeurs

Une étude américaine publiée en 1995 souligne les effets indirects de l'allaitement poursuivi après la reprise du travail. Les enfants allaités étaient 4 fois plus souvent indemnes de pathologies infectieuses (otites, infections respiratoires, diarrhées aiguës) pendant la 1^{ère} année de vie que les enfants non allaités. Deux tiers des absences maternelles survenaient chez des enfants non allaités, et les absences d'une durée d'une journée étaient significativement plus fréquentes chez ces enfants non allaités (26%) que chez les enfants allaités (11%). Les auteurs évoquaient la moindre disponibilité de la mère pour son travail lorsqu'elle était préoccupée par la santé de son enfant malade, même si celui-ci était confié à une nourrice ou une crèche.

Le système de santé, les employeurs et les familles font des économies en soutenant activement l'allaitement. Les auditions ont mis en évidence la méconnaissance fréquente des avantages de l'allaitement par les employeurs publics ou privés, justifiant une campagne d'information afin d'attirer leur attention sur ce problème, mettre en œuvre les mesures adéquates pour l'application des mesures prévues par la législation en vigueur, et soutenir les femmes qui souhaitent continuer à allaiter et à travailler.

Des études sur les bénéfices économiques directs et indirects générés par un allaitement prolongé, y compris après la reprise du travail, devraient être encouragées en France et faire l'objet d'appels d'offres des organismes de recherche. L'allaitement ne présentant pas d'enjeu industriel, les études le concernant ne bénéficient pas de financements privés.

L'ETAT DES LIEUX DE L'ALLAITEMENT EN FRANCE

I. Taux d'initiation de l'allaitement en maternité

1. Au niveau national

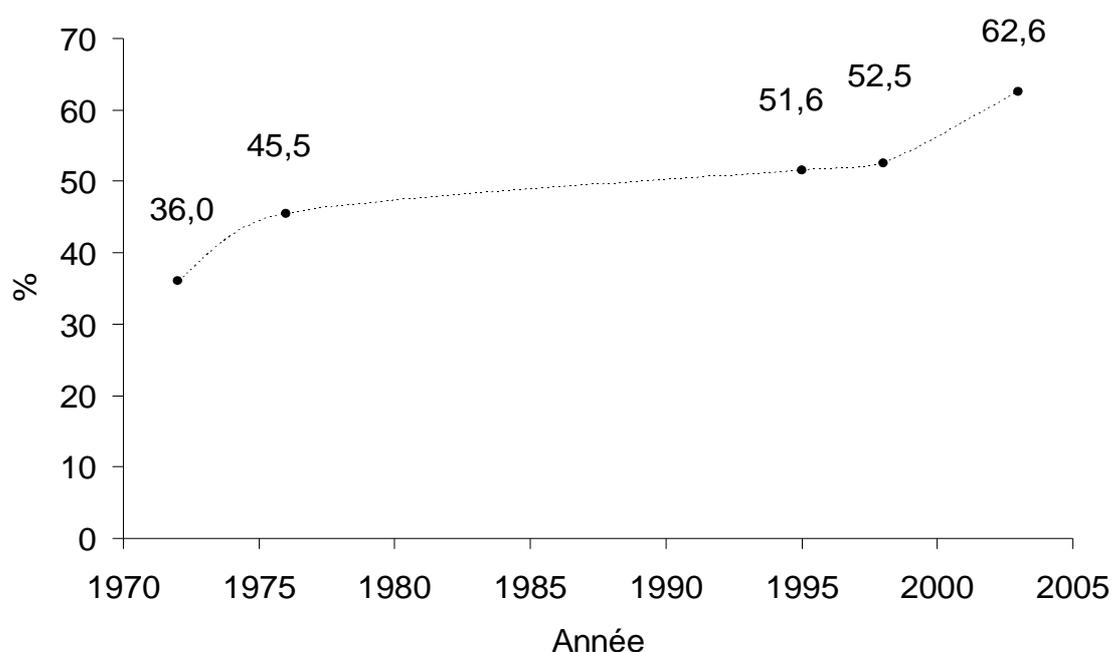
Les données disponibles proviennent des enquêtes nationales périnatales (ENP), qui reposent sur le principe d'un recueil minimal d'informations sur l'état de santé et les soins périnataux à partir d'un échantillon représentatif des naissances.

La dernière ENP a été réalisée entre le 13 et le 19 octobre 2003. L'échantillon comprenait 15378 enfants dont 14737 en métropole et 641 dans les départements d'outre-mer. Compte tenu des naissances multiples, l'échantillon représente 15108 femmes, dont 14482 en métropole et 626 dans les départements d'outre-mer. La prochaine ENP est prévue au cours du premier semestre de l'année 2010.

La proportion d'enfants allaités pendant leur séjour en maternité, de façon exclusive ou partielle, a augmenté régulièrement, mais lentement, entre 1972 et 1981 : le taux était de 36% en 1972, 45,5% en 1976, 51,6% en 1995 et 52,5% en 1998 (Figure 1). En 2003, la proportion d'enfants allaités en maternité était de 62,6 % (allaitement exclusif : 56,3% ; allaitement partiel : 6,3%).

Les femmes qui allaitent sont souvent plus âgées, primipares, étrangères, avec une profession qualifiée, ont accouché dans les maternités de grande taille et dans un centre hospitalier universitaire (CHU). La prévalence de l'allaitement augmente avec l'âge gestationnel de l'enfant et son poids à la naissance, mais diminue pour les enfants de 4 kilos ou plus.

Figure 1. Evolution de la prévalence de l'initiation de l'allaitement (exclusif et partiel) en maternité en France de 1972 à 2003



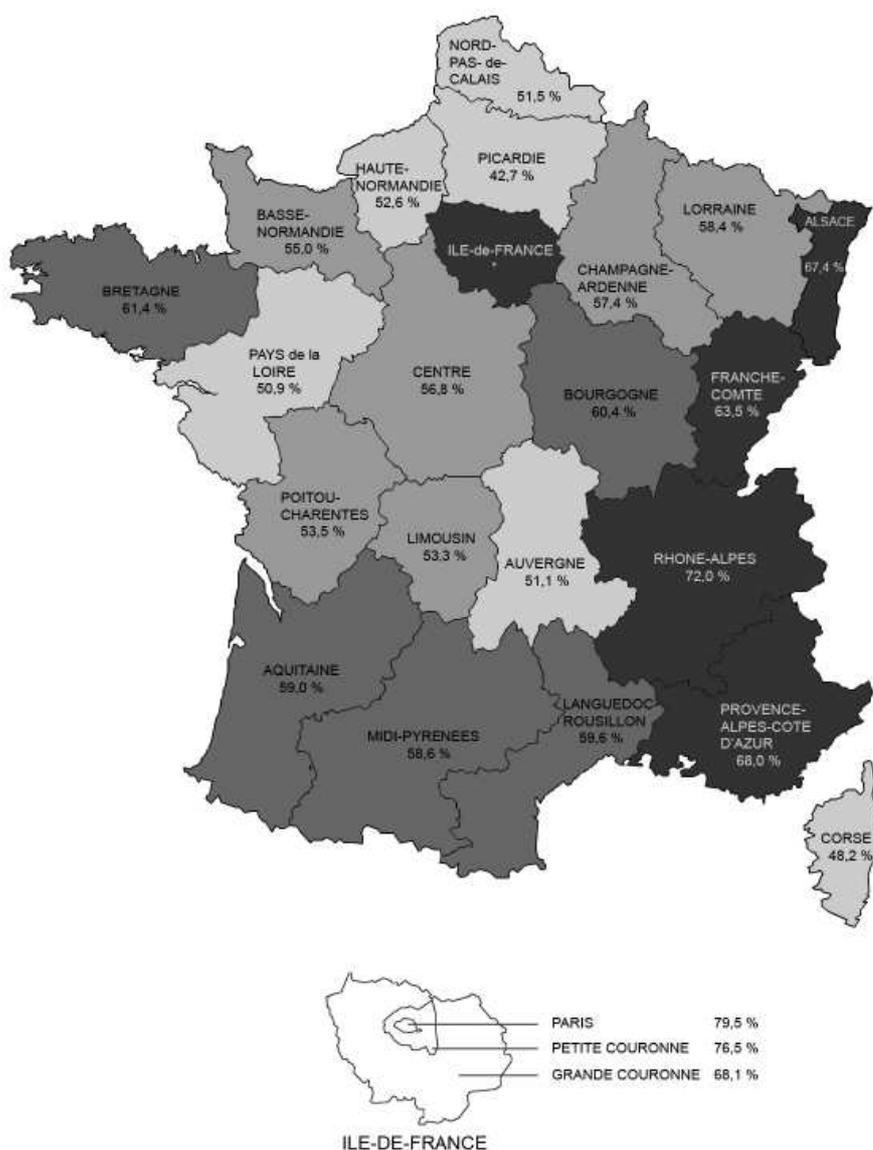
2. Au niveau régional

Dans un contexte de régionalisation des politiques de santé, l'étude des différences régionales de l'allaitement devrait guider les actions de promotion, pour les adapter au mieux aux besoins de chaque région. De plus, l'analyse des différences territoriales peut contribuer à une meilleure connaissance des déterminants des comportements de santé.

Des différences régionales importantes ont été mises en évidence en France depuis les années 1970, avec des taux d'initiation d'allaitement plus élevés dans l'Est que dans l'Ouest d'après les ENP de 1972 et de 1975.

L'ENP de 2003 montre encore des variations importantes des taux d'initiation d'allaitement entre les régions, avec des extrêmes de 43% en Picardie et 74 % en Région parisienne (Figure 2). Cette figure montre un groupe de régions (Picardie, Pays de Loire, Auvergne et Nord-Pas de Calais) avec les résultats les plus bas et un autre groupe de régions (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Paris, Petite Couronne parisienne et Rhône-Alpes) avec les résultats les plus élevés. Au niveau régional, une forte proportion de population urbaine, étrangère, de niveau d'études élevé, et une forte densité de sages-femmes ou d'obstétriciens sont associées à une prévalence plus élevée d'allaitement.

Figure 2. Prévalence régionale de l'initiation de l'allaitement en France en 2003 selon l'ENP



3. Situation par rapport aux autres pays industrialisés

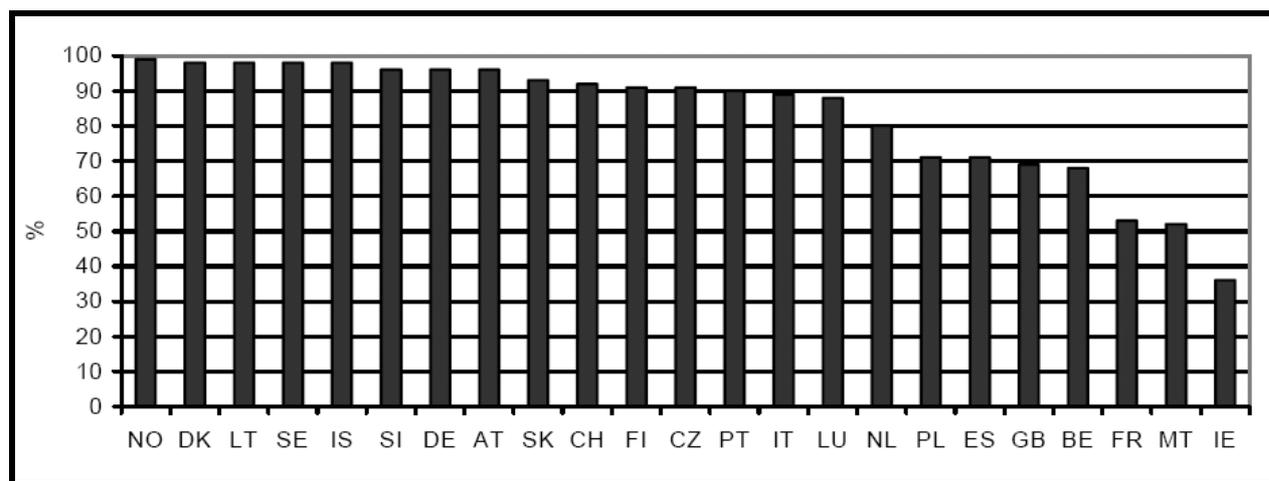
Malgré l'augmentation récente, la prévalence de l'allaitement en France se situait parmi les plus faibles d'Europe au début des années 2000.

Le taux d'initiation de l'allaitement maternel a également augmenté dans la plupart des pays européens au cours des dernières années : au Royaume-Uni, l'allaitement est passé de 62 % en 1990 à 70 % en 2005 ; en Italie, il est passé de 85 % en 1995 à 91 % en 1999. Aux Etats-Unis, l'allaitement a augmenté de 57 % en 1993 à 68 % en 1998 et semblait se maintenir à ce niveau au début des années 2000.

La figure 3 montre qu'en 2003 le taux d'initiation de l'allaitement en Europe variait de moins de 40% (Irlande) à plus de 95% (pays scandinaves). Quatorze pays (dont l'Allemagne, l'Italie, le Portugal et la Suisse) avaient un taux supérieur à 90% et cinq pays (dont l'Espagne, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne) avaient un taux entre 70 et 90%.

Figure 3. Prévalence de l'initiation de l'allaitement dans 23 pays européens en 2003

(NO = Norvège ; DK = Danemark ; LT = Lituanie ; SE = Suède ; IS = Islande ; SI = Slovénie ; DE = Allemagne ; AT = Autriche ; SK = Slovaquie ; CH = Suisse ; FI = Finlande ; CZ = République Tchèque ; PT = Portugal ; IT = Italie ; LU = Luxembourg ; NL = Pays-Bas ; PL = Pologne ; ES = Espagne ; GB = Grande-Bretagne ; BE = Belgique ; FR = France ; MT = Malte ; IE = Irlande) (d'après Cattaneo et al., 2005)



II. Durée de l'allaitement

En l'absence d'évaluation épidémiologique régulière, on ne dispose pas de données au niveau national sur la durée de l'allaitement. Celle-ci est le plus souvent très courte en France : sa durée médiane a été estimée à 10 semaines en 1998, mais il existe d'importantes disparités régionales. Une étude réalisée en région Rhône-Alpes en 2004-2006 faisait état d'un taux d'allaitement (exclusif ou partiel) de 68,5% à la naissance, 51% à un mois, 28% à 3 mois, 15% à 6 mois, 5,6% à 9 mois, et 2,3% à 12 mois. La durée médiane d'allaitement était de 16 semaines.

L'allaitement à l'âge de 4 mois est maintenu dans plus de 65 % des cas en Suède et en Suisse, 34 % au Canada, 27 % au Royaume-Uni et à peine 5 % en France.

LES DETERMINANTS DE L'ALLAITEMENT

De nombreux travaux de la littérature ont permis de préciser les facteurs déterminant l'initiation, la durée et/ou l'arrêt de l'allaitement, qui sont indiqués ci-dessous.

Un éclairage plus spécifique est fait dans ce chapitre sur plusieurs facteurs d'une grande importance pour l'initiation et la durée de l'allaitement :

- la durée du congé de maternité
- la reprise du travail
- la prématurité
- la précarité
- l'initiative « Hôpital ami des bébés »

I. Facteurs ayant une association positive avec l'initiation et/ou la durée de l'allaitement maternel

Facteurs liés à la mère	<ul style="list-style-type: none"> - Mère plus âgée, mariée, primipare, d'un niveau de scolarité supérieur, socio-économiquement plus favorisée - Avoir été allaitée, avoir vu allaiter, expérience positive d'allaitement - Grossesse planifiée, désir et intention prénatale d'allaiter, décision précoce, perception de facilité - Participation à des cours de préparation à la naissance - Confiance en soi, sentiment d'auto-efficacité - Absence de difficultés d'allaitement - Cohabitation mère-enfant 24 h/24 h à la maternité
Facteurs liés à l'enfant et à son état de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Technique de succion correcte
Facteurs liés à l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> - Soutien du partenaire, partenaire favorable à l'allaitement - Soutien émotionnel de l'entourage - Soutien téléphonique des paires (autres femmes allaitantes ou ayant allaité)
Facteurs liés aux pratiques de soins et au système de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Mise au sein précoce, tétées fréquentes, à la demande - Soutien de professionnels de santé formés
Facteurs liés aux politiques de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Accès à un congé de maternité rémunéré prolongé - Initiative « Hôpital ami des bébés »

II. Facteurs ayant une association négative avec l'initiation et/ou la durée de l'allaitement maternel

Facteurs liés à la mère	<ul style="list-style-type: none"> - Mère très jeune, seule, de plus faible statut socio-économique, récemment immigrée, ayant déménagé en raison de la naissance de l'enfant - Expérience antérieure d'allaitement négative - Ambivalence dans le désir d'allaiter, décision tardive - Manque d'informations sur la durée optimale de l'allaitement - Perception d'une insuffisance de lait, incertitude concernant la quantité de lait prise - Manque de confiance en soi, gêne d'allaiter en public, dépression du <i>post-partum</i> - Expérience initiale négative, difficultés d'allaitement - Obésité, tabagisme - Environnement au travail défavorable à l'allaitement
Facteurs liés à l'enfant et à son état de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Faible prise de poids de l'enfant - Problème de succion
Facteurs liés à l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de soutien du partenaire, perception négative de l'allaitement de la part de celui-ci
Facteurs liés aux pratiques de soins et au système de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Mise au sein différée, allaitement à horaires fixes - Recours aux compléments non médicalement indiqués en maternité et après - Distribution d'échantillons de lait artificiel à la maternité - Défaut de formation et manque de soutien des professionnels de santé
Facteurs liés aux politiques de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Congé de maternité court et peu rémunéré

III. Influence de la durée du congé de maternité

L'association négative entre la reprise précoce du travail et la durée de l'allaitement a été documentée dans de nombreux pays industrialisés. De fait, les pays permettant aux mères d'avoir un congé de maternité rémunéré prolongé (tels les pays scandinaves) ont un taux d'initiation et une durée d'allaitement supérieurs. Au sein de l'Union européenne, la durée et la rémunération du congé de maternité varient d'un pays à l'autre.

En France, pour les femmes salariées, la durée légale du congé de maternité varie en fonction de trois éléments : nombre préalable d'enfants à charge ou nés viables, naissances simples ou multiples, état pathologique ou non. La durée minimale du congé de maternité est de 16 semaines, en général 6 semaines avant et 10 semaines après l'accouchement. La salariée peut prendre un congé plus court mais, pour bénéficier des indemnités journalières, doit cesser de travailler au moins 8 semaines au total, 2 semaines avant la naissance et 6 semaines après. A partir du 3^{ème} enfant, le congé est prolongé à 26 semaines : 8 semaines avant et 18 semaines après. Quand la naissance est prématurée, la Sécurité sociale effectue un report sur le congé post-natal du nombre de jours correspondants.

En 2008, la Commission européenne a proposé dans un projet de modification de la directive CEE n°92-85 sur l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail que la durée minimale du congé de maternité dans les états membres de l'Union européenne soit de 18 semaines. L'Organisation

internationale du travail (OIT) préconise également un congé de maternité de 18 semaines, tout comme le Sénat dans sa résolution du 15 juin 2009.

L'enquête « Congés autour de la naissance », réalisée en 2004 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de l'Emploi, de la Cohésion Sociale et du Logement et du Ministère de la Santé et des Solidarités, a permis d'étudier le recours aux différents types de congés dont peuvent bénéficier les mères. Réalisée 4 à 6 mois après la naissance, cette enquête a recueilli les opinions des mères sur la durée de ce congé et a permis d'analyser son impact sur leur vie professionnelle. Les mères d'un ou deux enfants ajoutent généralement au congé de maternité 38 jours de repos, contre 21 jours pour les autres mères. Le congé pathologique fait partie de ces jours pour 70% des mères. Vingt-neuf pour cent des mères actives prennent en outre une partie de leurs congés annuels à l'occasion de la naissance, auxquels peuvent s'ajouter des congés spécifiques prévus par les conventions collectives. Ce sont surtout les femmes en situation professionnelle stable qui ont tendance à prolonger leur congé de maternité. Interrogées sur la durée souhaitable du congé de maternité, 84% des femmes souhaiteraient qu'il dure plus longtemps et 70% déclarent qu'elles aimeraient s'arrêter pendant un an à l'occasion de la naissance d'un enfant.

IV. Influence de la reprise du travail sur la durée de l'allaitement

Malgré leur intention, de nombreuses femmes n'ont pas la possibilité de poursuivre l'allaitement après la reprise du travail. L'environnement de travail joue un rôle déterminant. Les freins à l'allaitement identifiés sur le lieu de travail incluent : le manque de soutien de l'employeur et de ses collègues ; l'accès limité à l'utilisation d'un tire-lait ; le manque de lieu disponible pour tirer son lait ; l'absence d'un réfrigérateur pour conserver le lait ; le manque de flexibilité horaire pour pouvoir tirer son lait durant les heures de travail.

Le temps de travail a également un impact important sur la durée de l'allaitement : des données américaines montrent que 42,4% des femmes travaillant à temps partiel allaitent leur bébé à 4 mois contre 34,3% des femmes travaillant à temps plein et 39,9% des femmes ne travaillant pas.

Le Code français du travail, revu en 2007, avec décrets d'application en 2008, suit les exigences de l'OIT et comporte plusieurs articles permettant de bénéficier du droit d'allaiter sur le lieu de travail. Les mères qui allaitent doivent pouvoir bénéficier pendant la 1^{ère} année de leur enfant d'une heure de pause non rémunérée par jour, habituellement coupée en 2 demi-heures pour assurer 2 tétées durant la journée, ou tirer leur lait, ou donner à leur enfant le lait qu'elles ont tiré au préalable. Le texte prévoit dans les entreprises de plus de 100 salariées des locaux spécialement adaptés mis à disposition par l'employeur pour cet allaitement. Vingt-quatre articles précisent l'ensemble des exigences à respecter.

Les auditions du groupe de travail ont montré que l'application de ces dispositions réglementaires était mal respectée, y compris par des entreprises ayant un nombre de salariés très supérieur à celui indiqué par le texte. A l'inverse, d'autres entreprises appliquent à la lettre ces dispositions, voire informent les mères, dès la déclaration de grossesse, des facilités qui leur seront offertes, après la reprise du travail, si elles désirent allaiter leur enfant. Certaines entreprises, en particulier des banques, rémunèrent l'heure de pause quotidienne.

Le groupe de travail a noté que beaucoup d'entreprises ou de services publics, non astreints aux dispositions du Code du travail, se dispensent de tout effort dans ce domaine. En agissant ainsi, elles empêchent la poursuite de l'allaitement au-delà de 10 semaines, ou même empêchent son initiation, beaucoup de femmes n'osant pas débiter un allaitement

devant un sevrage qu'elles considèrent trop précoce. Cette attitude adoptée dans certains services publics pourrait résulter d'une référence inadéquate à une circulaire du 9 août 1995, qui concerne en fait les autorisations d'absence d'une journée ou plus, et ne devrait donc pas s'appliquer à 2 pauses d'une demi-heure par jour.

V. Cas particulier des enfants prématurés

Les prématurés (terme < 37 semaines) représentent 7 % des naissances, soit près de 60 000 enfants par an, et leur nombre est en augmentation selon l'ENP de 2003. Aucune donnée n'est disponible sur la prévalence d'enfants allaités dans cette population, à l'exception de quelques statistiques locorégionales, qui semblent montrer une nette augmentation depuis plusieurs années.

L'étude européenne MOSAIC, réalisée chez des prématurés de moins de 32 semaines, a montré que les taux d'allaitement à la sortie du service de néonatalogie étaient les plus bas en France (19% en Bourgogne et 26% en Ile de France), contre 35% au Royaume-Uni, 37% en Belgique et en Pologne, 50% au Portugal, 55% aux Pays-Bas et 70% en Italie. Les taux d'allaitement chez ces prématurés étaient corrélés aux taux nationaux d'allaitement.

Sous réserve d'un enrichissement de nature variable selon le terme de l'enfant (énergie, protéines, minéraux, oligo-éléments et vitamines), l'alimentation au lait de femme (de la propre mère ou provenant de donneuse *via* un lactarium) a des effets bénéfiques sur la santé de l'enfant prématuré et la relation mère-enfant. En conséquence, elle est recommandée pour l'alimentation des enfants prématurés.

La mise en route de l'alimentation des enfants avec le lait de femme, et encore plus la mise au sein, sont souvent très retardées chez les enfants prématurés ; elles sont également plus difficiles à mettre en oeuvre que chez les enfants à terme. Ceci est dû à l'état de santé de l'enfant et à sa maturation, à la physiologie de la lactation avant le terme de la grossesse et à la séparation de la mère et de l'enfant après l'accouchement. Le lait de la propre mère de l'enfant donné frais peut représenter chez l'enfant très immature (terme < 32 semaines) une source de contamination bactérienne et virale (virus de l'immunodéficience humaine, virus T-lymphotropique humain 1, cytomégalovirus, etc.). Ce risque de contamination restreint l'usage du lait de la mère de l'enfant donné frais en faveur du lait de la mère donné pasteurisé ou de lait de lactarium.

La conduite de l'allaitement est difficile pour ces mères, en particulier en cas de transfert de l'enfant dans un centre de réanimation néo-natale éloigné du domicile familial et/ou d'hospitalisation de longue durée, situation fréquente chez les prématurés. La pratique de l'alimentation au lait de femme est également difficile pour le personnel soignant, en raison d'impératifs stricts de sécurité infectieuse et nutritionnelle et/ou de traitement du lait maternel par un lactarium.

Il existe 18 lactariums en France, répartis dans 14 régions. Le lait maternel traité par les lactariums est un produit à finalité sanitaire depuis 2005. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a édicté des règles de bonnes pratiques de collecte, préparation, qualification, distribution et délivrance (décision du 3 décembre 2007).

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » a modifié l'article 2323-1 et les articles suivants du Code de la santé publique sur les lactariums, qui seront désormais autorisés par les Agences régionales de santé (ARS). Un décret est en cours de signature sur les missions, les conditions d'autorisation et les conditions d'organisation des lactariums. Il prévoit que les lactariums participent à la promotion de l'allaitement maternel et du don de lait de femme.

VI. Cas particulier des personnes défavorisées

L'allaitement ne convainc pas les femmes en situation de précarité, souvent très jeunes, isolées, peu diplômées et sans emploi.

Les études sociologiques retiennent plusieurs raisons à cela :

- des positions sociales moins favorables à l'adoption de l'allaitement, femmes issues de l'immigration et adoptant le biberon comme modèle d'insertion
- des contraintes matérielles comme frein à l'allaitement, notamment temporelles, liées à la présence d'autres enfants au foyer, à une activité professionnelle intensive (horaires de travail rigides et/ou longue durée de trajet domicile-travail), et/ou liées à de mauvaises conditions de logement ou à une trop forte incertitude sur l'avenir
- des freins liés aux représentations que les femmes se font de l'allaitement : pour une partie de la population précaire, notamment d'origine française ou européenne, le biberon apparaît plus comme une marque de promotion sociale et de pouvoir d'achat, contrairement à l'allaitement qui peut apparaître comme une pratique moins sécurisante pour la santé de leur enfant ou une forme de servitude féminine. Il s'y ajoute volontiers des doutes sur la qualité de leur lait.

Au sein de cette population défavorisée, on peut distinguer 3 sous-populations :

- des familles issues de populations migrantes, qui allaitent dans la continuité de leurs traditions, provenant essentiellement de pays non européens
- des familles extrêmement précaires, souvent monoparentales, pour lesquelles les priorités sont l'hébergement, l'alimentation globale de la famille et la sécurité
- des familles moins précaires, dont la mère doit cependant reprendre le travail le plus tôt possible pour des raisons financières.

Ces deux dernières catégories sont des populations qui allaitent très peu, soit pour des raisons de priorité vitale, soit du fait de la reprise du travail et de contraintes d'organisation.

VII. Rôle de l'« Initiative hôpital – ami des bébés »

Après la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur l'allaitement et les services de maternité, la « Baby Friendly Initiative » (traduite en français par « Initiative hôpital ami des bébés - IHAB ») a été lancée en 1992, de nouveau par l'OMS et l'UNICEF.

L'IHAB est fondée sur les dix conditions pour le succès de l'allaitement de la déclaration conjointe OMS-UNICEF et le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Il s'agit d'une démarche destinée aux soignants des maternités, qui permet la mise en place de pratiques hospitalières respectant les besoins et les rythmes des nouveau-nés et favorisant l'accompagnement de l'allaitement.

L'IHAB repose sur un argumentaire scientifique précis et abondant publié par l'OMS. Il s'agit de la stratégie internationale ayant démontré le plus d'efficacité sur le taux d'initiation et la durée de l'allaitement, y compris dans les pays industrialisés : les taux d'initiation peuvent augmenter de 15 à 40% selon le point de départ avant la mise en place des nouvelles pratiques. L'impact est très net sur la durée de l'allaitement exclusif et la durée totale de l'allaitement. Une étude réalisée en Biélorussie montre un taux d'allaitement exclusif dans le groupe IHAB à 3 mois et 6 mois de respectivement 43,3% et 7,9% contre 6,4% et 0,6% dans le groupe témoin. Or, les bénéfices santé pour l'enfant et sa mère sont principalement observés lorsque la durée de l'allaitement exclusif est d'au moins 3 mois.

Les programmes internationaux, européens et français traitant des soins aux nouveau-nés et de l'alimentation du jeune enfant font une large place à l'IHAB. L'intérêt de cette initiative figure également dans les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et

d'évaluation en santé (ANAES) sur l'allaitement maternel et est reprise dans le chemin clinique publié par la HAS.

En France, l'IHAB est soutenue par le Comité français de l'UNICEF et est mise en œuvre par la Coordination française pour l'allaitement maternel (CoFAM), association fondée en 2000, qui regroupe des associations de promotion de l'allaitement et des représentants des professionnels de santé. Dix maternités ont reçu le label depuis 2000, et 27 autres maternités ont déclaré, fin 2009, être dans la démarche pour l'obtenir.

Il a été montré que les compétences, le savoir-faire et la motivation acquis autour de l'accueil du nouveau-né et de l'allaitement grâce à l'IHAB bénéficient à tous les nouveau-nés, allaités ou non, et à toutes les mères, allaitantes ou non, ainsi qu'à l'activité du service dans son ensemble, en particulier pour la relation entre soignants et parents et la cohérence entre les professionnels. La philosophie de l'IHAB est de créer un état d'esprit d'accueil et d'accompagnement en maternité de toutes les familles, que le nouveau-né soit allaité ou pas, en leur offrant des soins alliant qualité et sécurité.

Les conditions d'accès au label IHAB, revues en 2009, sont indiquées en Annexe 7.

LES OBJECTIFS D'UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT

- 1. Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement au travers d'actions concertées et coordonnées**
- 2. Avoir un autre regard sur l'allaitement**
 - Mise en images et représentations de l'alimentation infantile et du maternage dans les différents media en faveur de l'allaitement
 - Respect de l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
- 3. Informer les femmes, les pères et les familles de l'importance de l'allaitement, et leur procurer les connaissances de base pour la conduite de l'allaitement**
- 4. Permettre l'accès pour toutes les femmes à des services de maternité et de soins post-nataux soutenant effectivement l'allaitement**
 - Amélioration de la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé
 - Mise en œuvre des standards de pratiques optimales (IHAB), à intégrer dans les critères d'accréditation des maternités par la HAS
 - Renforcement du soutien aux mères par des professionnels de santé qualifiés et les groupes de soutien bénévoles
 - Mise en place d'actions spécifiques en faveur des groupes plus fragiles : populations défavorisées, enfants prématurés et enfants de faible poids de naissance
- 5. Protéger le droit des femmes à allaiter et le droit des enfants à être allaités**
 - Augmentation de la durée du congé de maternité rémunéré
 - Protection de l'allaitement au travail, dans les crèches, chez les assistantes maternelles et dans les lieux publics
- 6. Évaluer et suivre l'efficacité des mesures mises en place (système de surveillance du taux d'initiation et de la durée de l'allaitement)**
- 7. Encourager et soutenir la recherche sur l'allaitement**

LES ACTIONS FORTES POUR UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT

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

Il s'agit du premier objectif opérationnel de la déclaration d'Innocenti.

C'est un impératif pour :

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

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

2. Mettre en place un comité national de l'allaitement (CNA)

Présidé par le coordinateur, il comporte des représentants du Ministère de la Santé et des agences de santé [AFSSAPS, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut de veille sanitaire (InVS)], des professionnels compétents dans le domaine de l'allaitement et des représentants des associations ayant pour objectif la promotion de l'allaitement. Ce comité doit être intégré à la Commission nationale de la naissance, qui pourrait devenir la Commission nationale de la naissance et de l'allaitement (car l'allaitement va bien au-delà de la naissance).

3. Mettre en place au sein des agences régionales de santé (ARS) un référent pour l'allaitement

Ce référent est chargé au niveau régional du suivi des actions de promotion de l'allaitement, de l'application des dispositions réglementaires, et du suivi de l'évolution régionale de la prévalence de l'initiation et de la durée de l'allaitement, en étroite relation avec les réseaux de périnatalité et les commissions régionales de la naissance. Cette mission pourrait être confiée au correspondant PNNS de chaque région.

4. Mettre en place dans chaque maternité un référent pour l'allaitement

Ce référent est chargé de coordonner avec l'ensemble du personnel soignant de la maternité les actions permettant d'aider chaque mère qui le souhaite à initier l'allaitement dans les meilleures conditions et à pouvoir l'inscrire dans la durée, en fonction de son projet.

5. Mettre en place, entre J₈ et J₁₅, une consultation par un professionnel de santé formé

Cette consultation, remboursée à 100%, est destinée à l'évaluation de l'allaitement chaque fois que cela paraît souhaitable, idéalement de manière systématique pour toute femme allaitante, avec la création d'une nomenclature spéciale pour ce type de consultation.

6. Allonger la durée du congé de maternité rémunéré dans sa période post-natale de 10 à 14 semaines

Un congé post-natal plus long est un élément décisif pour une poursuite plus satisfaisante de l'allaitement, dont la prévalence s'effondre aujourd'hui environ 10 semaines après la naissance. Cet allongement du congé post-natal, proposé à toutes les femmes, permettra d'augmenter la durée de l'allaitement exclusif, dont les bénéfices pour la santé de l'enfant sont surtout sensibles pour une durée d'au moins 3 mois. Les populations défavorisées, qui allaitent peu et sont contraintes de reprendre le travail rapidement pour des raisons économiques, pourront profiter plus particulièrement de cette mesure.

7. Informer les employeurs publics et privés des avantages, pour eux-mêmes et leurs employées, de la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail

8. Respecter les droits des femmes qui allaitent après la reprise du travail et garantir aux femmes qui optent pour un travail à temps partiel ou un congé parental la garantie de leur emploi et de leur projet de carrière professionnelle

Ces garanties sont indispensables pour aller dans le sens d'une plus grande équité femme/homme et du respect des droits des femmes.

9. Rendre obligatoire dans les structures d'accueil de nourrissons et de jeunes enfants et chez les assistantes maternelles l'application des recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) sur le recueil, le transport et la conservation du lait maternel.

Ces recommandations sont contenues dans le rapport de juillet 2005 intitulé « Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons ».

10. Mettre en place un système de surveillance épidémiologique national

Cette mission est du ressort de l'InVS, en liaison avec les ARS, par exploitation des certificats de santé du 8^{ème} jour et du 9^{ème} mois et par enquêtes annuelles, car on ne dispose aujourd'hui que de données sur l'initiation de l'allaitement en maternité et quasiment pas sur sa durée.

UN AUTRE REGARD SUR L'ALLAITEMENT

Dans une société où l'alimentation au biberon est devenue la norme depuis plusieurs générations, de nombreuses femmes sont confrontées à de la méfiance, voire à une franche hostilité quand elles envisagent d'allaiter ou allaitent pendant plusieurs mois. L'idée même que le lait maternel à lui seul puisse faire grandir et grossir un enfant normalement jusqu'à l'âge de 6 mois soulève encore beaucoup de scepticisme, y compris chez certains professionnels de santé.

Il est pourtant justifié de considérer l'enfant allaité comme la référence en matière de croissance et de développement. L'OMS a ainsi montré au milieu des années 1990 que les courbes de croissance alors disponibles, élaborées à partir de la mesure d'enfants nourris pour la grande majorité au lait artificiel, ne convenaient pas pour surveiller de façon adéquate la croissance des enfants allaités, qui s'écarte de façon notable pendant la 1^{ère} année de la vie de celle des enfants nourris au lait artificiel. L'OMS a donc mis au point dans 6 pays géographiquement et culturellement éloignés (Brésil, Etats-Unis, Ghana, Inde, Norvège et Oman) des standards permettant d'évaluer la croissance de la naissance à l'âge de 5 ans, construits à partir de la mesure d'enfants allaités de façon exclusive pendant au moins 4 mois et partielle jusqu'à l'âge d'un an, diversifiés à l'âge de 6 mois, et bénéficiant de bonnes conditions d'hygiène et d'élevage. Ces standards montrent que les enfants qui sont dans un environnement favorable et sont nourris suivant les recommandations de l'OMS ont, jusqu'à l'âge de 5 ans, une croissance en poids et en taille étonnamment identique à travers le monde, malgré la diversité ethnique des populations.

Ces standards de croissance, publiés en 2006 (www.who.int/childgrowth/en), sont d'ores et déjà utilisés dans plus d'une centaine de pays, dont le Royaume-Uni. Leur utilisation est recommandée par l'Association internationale de pédiatrie et par l'ECOG (The European Childhood Obesity Group).

Le climat sociétal général qui encourage les femmes à sevrer leur enfant peut miner leur confiance et leur capacité à poursuivre l'allaitement. Des groupes de soutien de mère à mère existent et leur efficacité a déjà été montrée. Leur maintien et/ou leur développement là où ils font défaut doit être soutenu.

Si l'attitude générale de la société au sens large à l'égard de l'allaitement n'évolue pas, il est probable que les actions de soutien mises en place pour soutenir notamment le démarrage de l'allaitement resteront peu efficaces.

Des campagnes de communication utilisant différents supports médiatiques (affiches, spots télévisuels, etc.) pourront être mises en œuvre afin de faire évoluer de manière positive les représentations de l'allaitement et les attitudes à l'égard des femmes allaitantes.

Une éducation en milieu scolaire primaire et secondaire auprès des parents de demain contribuera également à une prise de conscience positive de l'allaitement.

LE DROIT DES FEMMES A ALLAITER ET LE DROIT DES ENFANTS A ETRE ALLAITES

Les droits à la vie, au développement et à la santé font partie de la déclaration des Droits de l'Homme. L'allaitement est donc un droit fondamental à protéger et à développer. Il faut s'assurer que tout est mis en œuvre pour que chaque femme qui le souhaite puisse allaiter non seulement à domicile, au retour de la maternité, mais aussi après la reprise du travail (cf. supra), dans les structures d'accueil pour nourrissons et jeunes enfants et dans les lieux publics.

I. Allaitement et structures d'accueil pour nourrissons et jeunes enfants

Poursuivre l'allaitement autant que la mère le souhaite et/ou que les recommandations officielles (HAS, PNNS) l'encouragent à le faire, suppose que tout soit mis en œuvre pour que les mères puissent allaiter après la reprise du travail. Il est notamment indispensable que toutes les structures d'accueil de nourrissons et de jeunes enfants (crèches, haltes-garderies) offrent des conditions favorables à la poursuite de l'allaitement en informant les familles de cette possibilité dès leur inscription dans la structure d'accueil, en acceptant la conservation du lait maternel et en expliquant aux familles les conditions de sa mise en pratique. Une information spécifique à l'intention des assistantes maternelles est également nécessaire.

Alors que certaines crèches acceptent le lait maternel sans difficulté et que certaines villes (Paris, Pau, etc.) ou certains départements (Seine Saint-Denis) ont mis en place des directives permettant aux femmes d'apporter du lait maternel et/ou d'allaiter leur enfant sur place, un certain nombre de crèches et même de villes refusent que le lait maternel soit amené sur le lieu de garde de l'enfant. Cette interdiction arbitraire est très inégale selon les lieux de garde et sa prévalence réelle est inconnue, mais c'est un phénomène qui semble suffisamment fréquent pour avoir motivé le lancement d'une pétition en ligne ayant pour objet de permettre à toutes les femmes d'apporter leur lait à la crèche (<http://www.mesopinions.com/Loi-pour-que-le-lait-maternel-ne-soit-plus-jamais-refuse-en-creche-petition-petitions-6bc95615a6210a8a6d6d4b39229f9b92.html>).

Le rapport de l'AFSSA publié en juillet 2005 sur la préparation et la conservation des biberons contient toutes les informations nécessaires pour le recueil, le transport et la conservation du lait maternel, et fournit un cadre officiel permettant à l'ensemble des collectivités locales de faire appliquer sans exception les mesures opérationnelles nécessaires.

II. Allaitement et lieux publics

La crainte d'allaiter en public est une barrière à l'allaitement et à sa poursuite. Une femme qui allaite doit avoir la possibilité de donner le sein quel que soit l'endroit où elle se trouve (café, restaurant, magasin, transports etc.). Outre l'information individualisée qui peut être donnée à chaque mère sur les aspects pratiques permettant d'allaiter discrètement, des actions visant à encourager les différents acteurs concernés à accueillir avec bienveillance les mères qui allaitent sont nécessaires.

Ces actions, permettant également de faire prendre conscience de l'importance et de la normalité de l'allaitement, renforceront celles visant à modifier l'attitude générale du public à l'égard de l'allaitement.

L'INFORMATION AUPRES DES FEMMES, DES PERES ET DES FAMILLES

Chaque étape émotionnelle, physiologique, relationnelle de la vie d'une future mère lui permet de construire ses représentations en matière d'alimentation de l'enfant. La grossesse ou le projet d'une grossesse restent évidemment des moments clés pour communiquer sur ce sujet.

Les couples expriment un réel besoin d'écoute. Les informations qu'ils vont recevoir vont influencer sur : 1) le choix des femmes d'allaiter ou non ; 2) les pratiques d'initiation et la durée de l'allaitement ; 3) l'image positive ou négative qu'ils vont transmettre à leur entourage.

Les sources et les vecteurs d'informations sont aujourd'hui multiples, souvent incomplets, voire erronés. Il est indispensable que les professionnels de santé soient les référents auprès desquels les couples trouvent une information de qualité, à jour des recommandations nationales.

I. Pendant la grossesse

Certains temps du parcours de grossesse sont très favorables à ces échanges. Il est important de renforcer le soutien à ces moments clés :

1. Généraliser l'entretien prénatal individualisé du 4^{ème} mois

Cet espace de parole permet d'aborder avec la femme et le couple l'alimentation de leur futur enfant. Les informations apportées doivent être claires, complètes, exactes, s'appuyant sur les recommandations nationales, pour que les couples puissent faire un choix éclairé. Les professionnels doivent être incités à y consacrer une partie de cet entretien.

2. Développer l'offre de préparation à la naissance et à la parentalité

La HAS a publié en 2005 des recommandations pour la pratique clinique concernant « La Préparation à la Naissance et à la Parentalité ». Un des objectifs spécifiques de ces recommandations est d'aider les femmes enceintes « à décider du mode d'alimentation de leur enfant ». Actuellement, 50% des femmes enceintes bénéficient de cet accompagnement. Ce temps est un espace privilégié pour répondre à leurs questions, interroger leurs représentations de l'alimentation, soutenir leurs capacités et aborder l'allaitement.

Il est nécessaire de :

- Convaincre les professionnels (maternités, PMI, professionnels de santé libéraux) de l'intérêt de ces rencontres pour qu'ils encouragent les femmes à y participer
- Faciliter l'accès des populations précaires à ces groupes

3. Inciter les maternités à proposer des groupes de préparation à l'allaitement, animés par un professionnel compétent ou par le référent en allaitement de la maternité, afin de soutenir le projet des femmes.

II. Au retour à domicile

Le soutien doit être poursuivi, surtout pendant les premières semaines de l'allaitement :

1. Accompagner chaque couple mère-enfant dès la sortie de la maternité, en indiquant les coordonnées locales mises à jour des professionnels de santé (PMI, libéraux) et des associations capables de leur donner des conseils appropriés.

2. Développer le passage à domicile, en relais du séjour en maternité, de personnel soignant de la PMI (sages-femmes, puéricultrices) ou de sages-femmes libérales.

Ces visites à domicile dans les jours qui suivent la naissance permettent un soutien adapté à l'allaitement dans le contexte de vie du couple.

III. L'entourage des femmes

Les informations et les conseils doivent être accessibles à l'entourage des femmes qui allaitent :

1. Le père, acteur de soutien principal de la femme qui allaite, doit avoir la possibilité d'être associé aux informations par une offre adaptée aux contraintes professionnelles (séances de préparation à l'allaitement et d'informations propres à ce rôle de soutien au sein des structures en soirée ou le week-end).

2. Les ascendants et descendants doivent avoir accès à une information ciblée en fonction de leur lien (grands-parents) ou de leur âge (fratrie).

3. Les assistantes maternelles doivent bénéficier d'une information adéquate sur le thème de l'allaitement.

IV. Origine des informations disponibles

Il est primordial pour la protection de l'allaitement de ne pas autoriser la diffusion de documents d'information sur l'allaitement écrits par les fabricants de substituts du lait maternel dans les lieux de soins et/ou de prévention sanitaire ainsi que dans les collectivités d'enfants (crèches, écoles...), dans le cadre de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Entendant (comme le Code le définit) par commercialisation « la promotion, la distribution, la vente, la publicité d'un produit, les relations avec le public et les services d'information le concernant », cette interdiction doit également s'appliquer dans les maternités.

La création et la diffusion de documents d'informations sur l'allaitement clairs, appropriés et cohérents, relève du CNA, en collaboration étroite avec les structures institutionnelles (DGS-HAS-INPES). Ces documents, actualisés régulièrement, doivent être accessibles à tous : public, professionnels de santé, maternités, réseaux de soins, associations de promotion de l'allaitement, et doivent s'appuyer sur les recommandations nationales.

Un site Internet, coordonné par le CNA, contenant les recommandations nationales, européennes et internationales, doit être créé à destination du public, en lien avec les sites institutionnels (Ministère de la Santé, HAS, INPES, InVS...).

LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Pour promouvoir et soutenir l'allaitement, il est essentiel d'améliorer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé : médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, infirmiers, auxiliaires de puériculture, aides-soignants, diététiciens, pharmaciens, assistants de service social.

Un groupe d'experts désigné par le CNA devra proposer des mises au point pour harmoniser les contenus des cours disponibles et les mettre en accord avec les recommandations et les référentiels de la HAS. Ces documents disponibles sous forme de textes, de diaporamas, de vidéos seront mis à la disposition des étudiants et des professionnels de santé sur le site Internet coordonné par le CNA. Ce site permettra l'accès à des sujets d'actualité, des références bibliographiques, des informations sur des réunions ou des congrès.

Il est recommandé que les professionnels de santé qui participent à l'enseignement de l'allaitement soient accrédités par des formations pour l'allaitement reconnues par le CNA, comme le Diplôme interuniversitaire lactation humaine et allaitement maternel (DIULHAM) ou le Diplôme international de consultant en lactation (IBCLC).

I. Formation initiale

1. Médecins généralistes

La nutrition est « une discipline médicale hospitalo-universitaire récente, peu étoffée et encore fragile » souligne le Professeur Ambroise Martin dans son rapport « La formation à la nutrition des professionnels » (2009). Au cours du 2^{ème} cycle qui conduit à l'examen national classant, le volume horaire réservé à l'alimentation des nourrissons est très limité. Le CNA aura pour charge l'élaboration d'un standard minimal de connaissances sur l'allaitement destiné aux étudiants en médecine, dont l'enseignement pourrait être organisé sous la forme d'un séminaire d'une demi-journée. Un renforcement de cet enseignement, sur un mode pratique, sera proposé au cours du Diplôme d'études spéciales de médecine générale.

2. Gynécologues-obstétriciens et pédiatres

Au cours des études pour les Diplômes d'études spéciales de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie, les thèmes concernant l'allaitement sont traités de façon très succincte, sous forme de une à deux heures de cours théoriques. Les programmes de ces spécialités seront revus afin que ces futurs spécialistes dont l'implication est essentielle dans la promotion de l'allaitement, reçoivent un enseignement approfondi, à la fois théorique et pratique.

3. Sages-femmes

La formation initiale des sages-femmes comprend 4 années d'études en école professionnelle après la 1^{ère} année commune aux études de médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique. Le programme des études fixé par l'arrêté du 11 décembre 2001 prévoit parmi ses objectifs de « promouvoir l'allaitement et d'assurer son suivi ».

Dans les 35 écoles de sages-femmes, le volume d'enseignement et l'expertise des intervenants concernant l'allaitement sont variables. Le contenu de l'enseignement et le choix des méthodes pédagogiques impliquant activement l'étudiant devront être harmonisés. La compétence des étudiants dans le domaine de l'allaitement sera évaluée sur les terrains cliniques par des sages-femmes maîtres de stage, formées à l'encadrement et à l'évaluation, et par des sages-femmes enseignantes. Les points suivants feront l'objet d'une attention toute particulière : la qualification nécessaire d'enseignants certifiés en allaitement ; la référence nécessaire aux outils pédagogiques développés par le CNA ; la nécessité de réaliser des stages avec des professionnels ayant une expertise sur le sujet.

4. Puéricultrices et auxiliaires de puériculture

Il est essentiel que les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture qui travaillent dans les maternités, les services de néonatalogie, les crèches et les services de PMI aient une bonne

formation concernant l'allaitement. Le programme des études de puéricultrices, qui date de 1983, est en cours de révision. La place de l'allaitement sera augmentée dans le nouveau programme, en développant davantage la conduite pratique dans l'initiation et la durée. Ces thèmes devraient être également développés au cours des études d'auxiliaire de puériculture, dont la durée est de 10 mois. Le contenu de l'enseignement et le choix des méthodes pédagogiques impliquant activement l'étudiant devront être harmonisés. Une attention particulière sera portée à la qualification des enseignants certifiés en allaitement, à la référence aux outils pédagogiques développés par le CNA, et à la nécessité de réaliser des stages avec des professionnels possédant une expertise sur le sujet.

5. Infirmiers

L'allaitement ne figure pas dans le programme récemment révisé des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier (Arrêté du 31 juillet 2009). Il est souhaitable que ce sujet soit abordé, par exemple dans l'unité d'enseignement « Cycle de la vie et grandes fonctions ». Des recommandations seront transmises aux instituts de formation en soins infirmiers.

6. Diététiciens

L'alimentation des enfants occupe une place encore restreinte dans le programme actuel de formation des diététiciens, qui devrait être augmentée dans le cadre de la réforme en cours de cette profession, en particulier en ce qui concerne l'allaitement.

7. Pharmaciens

Les pharmaciens ont une fonction de conseil auprès de la population, et il est nécessaire qu'ils acquièrent au cours de leurs études des connaissances en matière d'allaitement. L'enseignement de la nutrition doit être développé au cours des études de pharmacie.

8. Assistants de service social

Au niveau des maternités, des services de PMI, et des entreprises, ils peuvent apporter des informations utiles aux femmes sur leurs droits, les aider dans leurs démarches auprès des employeurs, ou les accompagner, en particulier pour les femmes immigrées ou en situation de précarité. L'enseignement doit les informer de l'intérêt de l'allaitement et des dispositions légales et réglementaires existantes.

II. Formation continue

Les professionnels de santé qui interviennent avant, pendant ou après la naissance n'ont pas toujours les connaissances suffisantes sur l'allaitement, qui leur permettent de parler un langage commun aux familles. La formation continue permet d'améliorer et d'actualiser leurs connaissances. Basée sur des cours étayés scientifiquement, elle peut s'adresser à tout le personnel de santé concerné ou aux besoins plus spécifiques de certains professionnels.

Cette formation devrait être obligatoire pour tous les personnels de maternité, des services de néonatalogie et de pédiatrie, et de PMI ainsi que pour tous les professionnels libéraux concernés. Le thème de l'allaitement devrait être inscrit dans les objectifs prioritaires de la FMC. Les professionnels de santé devraient être encouragés, y compris financièrement, à acquérir une formation diplômante, comme le DIULHAM ou l'IBCLC.

L'allaitement devrait faire partie des programmes de formation continue destinée aux médecins, en encourageant la collaboration avec des professionnels reconnus pour leurs compétences dans ce domaine.

Les ARS devraient soutenir les actions de promotion de l'allaitement par l'intermédiaire des commissions régionales de la naissance et des réseaux de périnatalité.

Les échanges entre les professionnels de santé devraient être favorisés, par exemple en organisant un congrès national annuel sur l'allaitement, des journées régionales de l'allaitement, et des manifestations de sensibilisation à l'occasion de la semaine mondiale de l'allaitement maternel (SMAM).

LES ACTIONS SPECIFIQUES DANS LA FILIERE DE SOINS

I. A la maternité et dans les territoires

En coordination avec la commission nationale de la naissance, on favorisera l'intégration de l'objectif de promotion de l'allaitement maternel dans celui plus vaste d'une vision physiologique de la grossesse. Les maternités seront encouragées à s'engager dans une démarche vers l'obtention du label IHAB ou au moins à s'assurer que leurs pratiques soient en conformité avec les standards IHAB de pratique optimale.

Dans chaque maternité, selon l'état d'avancement de la politique d'allaitement, on favorisera l'élaboration d'une charte définissant les objectifs et les moyens nécessaires pour promouvoir et soutenir l'allaitement, avec une réévaluation annuelle analysant l'expérience apportée par l'application des actions mises en place. Les maternités devront respecter l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Chaque maternité se dotera d'un référent en allaitement (sage-femme, infirmière puéricultrice ou médecin), reconnu pour ses compétences à l'exercice de cette fonction et ayant bénéficié d'une formation reconnue (DIULHAM, IBCLC). Cette personne ressource exercera des missions transversales qu'il conviendra de définir précisément au préalable (coordination des moyens et des actions à mettre en œuvre, pratique clinique supervisée, consultations d'allaitement...). Ce référent dédiera son temps de travail à cette activité au *pro rata* du nombre d'accouchements. Un nombre de l'ordre de 1500 à 2000 accouchements/an justifie une activité à temps plein pour le référent en allaitement.

L'organisation et l'initiation de l'allaitement devraient être valorisées au titre de la tarification à l'activité (T2A) dans les maternités, en raison de la charge supplémentaire induite.

Les réseaux de périnatalité permettent la définition d'objectifs communs associant les maternités de plusieurs territoires de santé au sein d'une même région, par delà les appartenances privées ou publiques des structures. Ils permettent aux professionnels de la santé de la mère et de l'enfant de mettre en commun leurs expériences et de définir des projets conjoints, par exemple liés à l'allaitement. Ces réseaux de périnatalité se sont développés ces dernières années, favorisés par les derniers plans de périnatalité.

II. A la sortie de la maternité

Les structures de PMI, qui ont un rôle important dans l'accompagnement des femmes, seront sollicitées par les maternités et les réseaux de périnatalité pour proposer un accompagnement aux femmes ayant débuté un projet d'allaitement. La désignation, en liaison avec l'ARS, d'un référent allaitement maternel pour chaque unité territoriale pourra donner une dynamique à tout un bassin de professionnels.

Il faudra mettre en place une consultation spécialisée, par un professionnel de santé formé, remboursée à 100%, pour l'évaluation de l'allaitement entre J₈ et J₁₅ chaque fois que cela paraîtra souhaitable, l'idéal étant une consultation systématique pour tout couple mère-bébé allaité. Cette consultation doit bénéficier, en raison de sa longueur et de son haut niveau d'expertise, de la création d'une nomenclature spéciale (« C » d'allaitement).

L'ALLAITEMENT ET LES POPULATIONS DEFAVORISEES

Les différentes auditions ont souligné l'importance du profil psychologique de nombreuses mères issues de ces populations ; elles ont une mauvaise estime d'elles-mêmes et doutent de la qualité de leur lait et de leur capacité à allaiter. Autant la réussite de l'allaitement peut les aider à se reconstruire, autant son échec peut être destructeur pour ces femmes, aussi incertaines de leurs capacités que de leur avenir. Lorsqu'une femme est assistée, que personne ne lui fait confiance, elle a le sentiment de ne plus être une personne fiable pour son enfant, et peut entrer dans une spirale de grande insécurité psychologique, justifiant un soutien affectif fort.

Ces femmes souffrent souvent d'un isolement important, loin de leurs familles et de leurs racines, justifiant l'action des groupes de pairs entre mères de niveau socio-économique comparable, et le suivi des sorties précoces de maternité par du personnel des services de PMI les connaissant individuellement.

Il s'agit plus d'un accompagnement que de discours médicaux et/ou psychologiques souvent mal perçus. L'exemple du « Programme relais allaitement de la Leche League » (PRALLL) créant des lieux d'information et de rencontre pour accueillir ces mères et leurs enfants, où des accompagnantes issues du même milieu parlant le même langage que les jeunes mères peuvent les épauler, se révèle prometteur. Des études pilotes ont actuellement lieu sur le territoire national pour en mesurer les impacts. Ce programme est issu des programmes de « Peer Counsellors » développés avec succès dans plus de 30 pays dont le Royaume-Uni, les Etats-Unis, la Nouvelle-Zélande, l'Afrique du Sud, le Guatemala,... afin d'augmenter la prévalence de l'allaitement en accord avec les objectifs de l'OMS et les politiques nationales.

Propositions

I. Réduire l'isolement des familles

1. Encourager les groupes de parole de mère à mère, en formant des conseillères non professionnelles bénévoles issues des mêmes catégories sociales (groupes de pairs ; « Peer Counsellors », modèle PRALLL), sans pour autant les cantonner aux populations défavorisées

2. Compléter l'éventuelle distribution gratuite de lait artificiel dans ces populations par des initiatives visant à promouvoir et soutenir l'allaitement (former à l'allaitement les bénévoles des ONG et des associations par des professionnels de santé ayant une expertise sur le sujet).

II. Après la sortie de la maternité

Mettre en place avec les services de PMI un réseau de suivi de soins et d'aide sociale, tout particulièrement en cas de sortie précoce.

Ce réseau s'appuiera sur les référents de la maternité, les réseaux de périnatalité existant localement, la caisse d'allocations familiales et les caisses primaires d'assurances-maladie.

III. Réviser les modalités de remboursement du matériel nécessaire pour l'allaitement

Avec une prise en charge à 100 % des éventuels coûts inhérents à l'utilisation de tire-lait, dont les consommables.

L'ALLAITEMENT DES ENFANTS PREMATURES ET DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE

Les propositions suivantes sont destinées à favoriser l'allaitement au sein et/ou l'alimentation au lait de femme des enfants prématurés et des enfants de faible poids de naissance.

Propositions

I. Recourir préférentiellement au lait de femme (lait de la mère ou lait de donneuse *via* le lactarium) pour tous les prématurés et enfants de faible poids de naissance, notamment pour tous ceux nés avant un terme de 35 semaines et ceux pesant moins de 2 kg

- Organisation de l'équipe soignante à cet effet (avec « peau à peau » mère/enfant même si l'enfant n'est pas encore nourri au lait maternel, expression précoce de lait maternel, dès les premières heures, puis très régulièrement,...)
- Accompagnement de la famille pendant le séjour et lors de la sortie du service de néonatalogie, en lien avec le référent allaitement de la maternité, en termes de recommandations, de consultations de suivi proches et régulières, et d'informations sur les personnes ressources ou associations en cas de problème d'allaitement

II. Maintenir la proximité mère/enfant, soit avant la naissance en transférant la parturiente, soit après la naissance en rapprochant le plus rapidement possible la mère de l'enfant

- Importance du rôle des réseaux de périnatalité pour les décisions de transfert
- Mise en place d'une aide pour le transport et le logement si l'enfant est hospitalisé loin du domicile

III. Aider et soutenir les lactariums dans leur rôle de promotion de l'allaitement et tout particulièrement le don de lait aux lactariums, destiné aux enfants les plus fragiles, encore méconnu du public

LA RECHERCHE

En France, la recherche dans le domaine de l'allaitement reste confidentielle, avec très peu de publications dans les revues nationales et internationales à comité de lecture. Il est pourtant essentiel de disposer d'éléments d'ordre physiologique, épidémiologique et socio-économique, comparatifs à ceux des autres pays industrialisés. Nous ne disposons d'aucun centre d'observation national sur l'allaitement, d'aucune donnée statistique ou de suivi de cohorte à grande échelle, contrairement à beaucoup de pays européens.

Le plan d'action 2004 de la Commission européenne sur la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement en Europe insiste sur la nécessité de mener des recherches supplémentaires sur les effets des initiatives de santé publique sur les pratiques d'allaitement, à travers des essais comparatifs randomisés. D'autres types d'études, comme des essais comparatifs non randomisés ou des études historiques avant/après comparant des zones géographiques ou des groupes particuliers de la population, demeurent indispensables. Ce plan d'action souligne également l'importance d'étudier davantage le rapport coût/bénéfices, le rapport coût/efficacité, et la faisabilité des différentes interventions.

Le Plan européen souligne enfin la nécessité de règles de conduite éthique pour la recherche sur l'allaitement et l'alimentation infantile effectuées par les autorités sanitaires, les professionnels de santé, et les associations professionnelles.

Propositions

I. Encourager et soutenir la recherche académique et institutionnelle sur l'allaitement, fondée sur des priorités définies par le CNA et garantissant

- Sa qualité méthodologique
- Son indépendance de tout intérêt commercial ou conflit d'intérêt

II. Développer un centre national de recueil des travaux pertinents effectués sur le thème de l'allaitement, en lien avec le CNA et le Centre ressource documentaire pour l'allaitement maternel (CERDAM) de Lyon

III. Créer des bourses de recherche dédiées à l'allaitement

IV. Exemples de thématiques de recherche

- Etudes sur la physiologie de l'allaitement, sur les conditions optimales de sa mise en pratique et la prise en charge adaptée de ses éventuelles complications (mastites, etc.), sur la composition du lait maternel, notamment pour l'alimentation de l'enfant prématuré, et l'impact pharmacologique des médicaments au cours de l'allaitement
- Etudes des aspects économiques de l'allaitement, intégrant les bénéfices à long terme à partir d'un suivi de cohorte d'enfants allaités
- Etudes des connaissances des recommandations concernant l'allaitement et de leur application pour une meilleure optimisation du contenu des messages et une meilleure définition des cibles
- Mise en place d'un outil d'évaluation à long terme du bénéfice économique de l'allaitement à la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Académie nationale de médecine. L'alimentation du nouveau né et du nourrisson. Rapport adopté le 24 février 2009. Bull Acad Natle Méd 2009 ; 193 : 443-6. <http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=1507>
2. Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA). Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons. Juillet 2005. <http://www.afssa.fr/Documents/MIC-Ra-BIB.pdf>
3. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations pour la pratique clinique. Mai 2002. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf
4. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. AHRQ Publication N° 07-E007, April 2007, 524 pages. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat1b.chapter.106732>
5. Arrêté du 11 avril 2008 relatif aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite et modifiant l'arrêté du 20 septembre 2000 relatif aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018685743>
6. Assemblée générale des Nations Unies. Convention relative aux droits de l'enfant, New York. Résolution 44/25 du 20 novembre 1989. <http://www2.ohchr.org/french/law/crc.htm>
7. Ball TM, *et al.* Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics* 1999; 103: 870-6.
8. Bartick M, *et al.* The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics* 2010; 125: e1048-e1056.
9. Battersby S, *et al.* Exploring the cost-effectiveness of a breastfeeding peer support programme. *Challenges for Midwives* (volume II). Y. Richens. London, Quay Books. 2007: 85-94.
10. Bonet M. L'allaitement maternel à la sortie de l'hôpital : évolution et facteurs associés. Thèse pour le doctorat de l'Université Paris-XI, Spécialité : Santé Publique, Option : Epidémiologie. 2009.
11. Cattaneo A, *et al.* Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public Health Nutr* 2005; 8: 39-46.
12. Cohen R, *et al.* Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promotion* 1995; 10:148-153.
13. Declercq E, *et al.* Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *Am J Public Health* 2009; 99: 929-35.
14. Décret n°98-688 du 30 juillet 1998 pris en application de l'article L. 121-53 du code de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation et au matériel de présentation les concernant. Journal officiel de la République française n°182 du 8 août 1998. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005626354&dateTexte=20100302>
15. Delaitre C, *et al.* Réalisation pratique du don de lait dirigé. XXXIVèmes Journées Nationales de Néonatalogie, Paris, 18-19 mars 2004. In : Progrès en Néonatalogie 24, Société Française de Néonatalogie éd, Paris, 2004 : 217-28.
16. Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Rhône-Alpes. Etude relative aux durées et aux facteurs qui influencent sur le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004-2006. <http://www.bdsp.ehesp.fr/base/scripts/SearchA.bs?bqEquation=Motscler=%22Allaitement+maternel%22&Titre=Notices+index%E9es+au+descripteur+Allaitement+maternel>

17. Directive 2006/141/CE de la Commission du 22 décembre 2006 concernant les préparations pour nourrissons et les préparations de suite. Journal officiel de l'Union européenne du 30.12.2006. L. 401/1-33. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/fr/oj/2006/L_401/L_40120061230fr00010033.pdf
18. ESPGHAN Committee on Nutrition. Agostoni C, *et al.* Breast-feeding. A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009; 49: 112-25.
19. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'Évaluation des Risques, Luxembourg, 2004 http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf
20. Gojard S. L'allaitement : une pratique socialement différenciée. *Recherches et prévisions* 1998, n°53, 1998.
21. Haute autorité de santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles. Novembre 2005. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
22. Haute autorité de santé. Favoriser l'allaitement maternel : processus - évaluation. Juin 2006. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/doc.chem.al_22-11-07.pdf
23. Kramer MS, *et al.* Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001; 285: 413-20.
24. Kramer MS, *et al.* Optimal duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (1): CD003517.
25. Leclercq AM. L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique ? Mémoire DESS Economie Gestion Hospitalière Privée. Avril 1997.
26. Loi n° 94-442 du 3 juin 1994 modifiant le code de la consommation en ce qui concerne la certification des produits industriels et des services et la commercialisation de certains produits. Journal officiel de la République française du 4 juin 1994 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005615923&dateTexte=20100320>
27. Melliez H, *et al.* Mortalité, morbidité et coût des infections à rotavirus en France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2005 ; 35 : 175-6.
28. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, et Société française de pédiatrie. Allaitement maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Fascicule Programme National Nutrition Santé, 2005, 72 pages. <http://www.sante.gouv.fr/html/pointsur/nutrition/allaitement.pdf>
29. Noirhomme-Renard F, *et al.* Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pédiatr Puéric* 2009 ; 22 : 112-20.
30. OMS. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève, 1981, 24 pages. http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf
31. OMS. 54^{ème} Assemblée mondiale de la Santé. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. WHA 54.2, 18 Mai 2001. <http://www.illfrance.org/Textes-officiels-et-legislatifs/Resolution-de-l-AMS-54.2.html>
32. OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. OMS, Genève, 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242562211.pdf> http://www.who.int/nut/documents/gu_infant_feeding_text_fre.pdf
33. OMS & UNICEF. Protection, encouragement et soutien à l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité. OMS, Genève, 1989.
34. OMS & UNICEF. Déclaration conjointe d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel. Florence, Italie, 1990. http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html
35. Pénet S. Le congé maternité. DREES, Ministère de la Santé et des Solidarités, Etudes et Résultats 2006 ; 531 : 1-7. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er531/er531.pdf>
36. Programme Relais Allaitement Maternel (PRALL). Leche League France. <http://www.illfrance.org/Que-faisons-nous/Programme-Relais-Allaitement-PRALLL.html>

37. Scott JA, *et al.* Predictors of breast-feeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics* 2006; 117: e646-55.
38. UNICEF & World Health Organization. Baby-Friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrated care. Section 1: Background and implementation. 2009. Original BFHI Guidelines developed 1992. http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html
39. Weimer J. The economic benefits of breastfeeding: a review and analysis. Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, U.S. Department of Agriculture. Food Assistance and Nutrition Research Report No. 13. 2001. <http://www.ers.usda.gov/publications/fanrr13/fanrr13.pdf>
40. World Health Organization Multicentre Growth Reference Study Group. Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. *Acta Paediatr Suppl* 2006; 450: 56-65. <http://www.who.int/childgrowth/en>
41. World Health Organization. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analyses. 2007. WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf

ANNEXES

Annexe 1. Lettre de mission du Directeur général de la santé



Direction générale de la santé

DGS/ EA3/ n° 31

Paris, le 20 JAN. 2009

Monsieur le Professeur,

La promotion de l'allaitement maternel fait partie des objectifs nutritionnels spécifiques du programme national nutrition santé PNNS. Lors de sa réunion du 8 avril 2008, le Comité national de santé publique (CNSP) a validé le lancement de ce chantier en 2008-2009. Je vous remercie d'avoir accepté de coordonner un travail visant à proposer les stratégies et actions de mise en œuvre de ce chantier, en vous appuyant notamment sur le PNNS2.

Dans cette réflexion, vous serez amené à assurer la cohérence avec les travaux déjà menés notamment par l'INPES et l'InVS, les programmes et mécanismes préexistants (par exemple : le plan périnatalité, l'attribution du logo du PNNS). Vos propositions pourront porter tant sur l'amélioration des pratiques professionnelles (y compris la formation), que sur les conditions d'accompagnement par des professionnels, l'information de la population, la surveillance ou la recherche. Vous accorderez une attention particulière à l'impact de vos propositions pour les familles défavorisées.

Ce travail se traduira par des propositions de mesures concrètes, réalistes, acceptables par les acteurs de leur mise en œuvre permettant la promotion de l'allaitement maternel en France : aussi bien son initiation que le prolongement de sa durée.

Vous aurez notamment à prendre l'attache de la DHOS, de la DGS (périnatalité et PNNS), de l'INPES, de l'USEN (InVS), des associations majeures, notamment la Coordination française pour l'allaitement maternel qui a une convention avec la DGS, les sociétés de pédiatrie, la Direction générale du travail.

Le bureau EA3 de la Direction générale de la santé vous apportera le soutien logistique nécessaire à votre travail. S'il y a lieu, les réunions de travail se tiendront à la Direction générale de la santé afin de vous en faciliter l'organisation pratique.

Je souhaite que les conclusions de ce travail me soient transmises avant l'automne 2009 et qu'elles soient présentées préalablement au Comité de pilotage du Programme national nutrition santé.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Professeur, l'expression de ma considération distinguée.

Professeur Dominique TURCK

Clinique de pédiatrie
Hôpital Jeanne de Flandre
2, avenue Oscar Lambert
59037 LILLE cedex

Le Directeur Général de la Santé,

Pr Didier HOUSSIN

Annexe 2. Composition du groupe de travail

- . Dominique Turck - Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie (SFP) (Président)
- . Landy Razanamahefa - Direction générale de la santé (DGS) – Bureau « alimentation et nutrition » (Coordination)
- . Cécile Dazelle - Collège national des sages-femmes (CNSF)
- . Nathalie Gelbert - Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA)
- . Gisèle Gremmo-Féger - Coordinatrice du Diplôme interuniversitaire de lactation humaine et allaitement maternel (DIULHAM)
- . Alfred Manela - Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF)
- . Daniel Rieu - Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie (SFP)
- . Michel Vidailhet - Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie (SFP)

Annexe 3. Réunions de travail - Auditions

- 6 avril 2009
- 7 mai 2009
- 17 juin 2009
- 3 juillet 2009
- 31 août 2009
- 8 septembre 2009
- 1^{er} octobre 2009
- 9 novembre 2009
- 8 décembre 2009 (réunion téléphonique)
- 5 janvier 2010 (réunion téléphonique)

Annexe 4. Structures auditionnées ou ayant adressé une contribution écrite

- . Académie nationale de médecine
- . Association clinique et thérapeutique infantile du Val de Marne
- . Association des consultantes en lactation
- . Association des réseaux de périnatalité
- . Association des sages-femmes enseignantes de France
- . Association française des diététiciens nutritionnistes
- . Association nationale des sages-femmes libérales
- . Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés
- . Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile de France
- . Collège national des généralistes enseignants
- . Comité interassociatif autour de la naissance
- . Conseil national de l'Ordre des médecins
- . Conseil national de l'Ordre des pharmaciens
- . Conseil national de l'Ordre des sages-femmes
- . Coordination française pour l'allaitement maternel
- . Direction de la sécurité sociale, Ministère de la Santé et des Sports
- . Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, Ministère de l'Economie, des Finances et du Budget
- . Direction générale de l'enseignement scolaire, Ministère de l'Education Nationale
- . Direction générale du travail, Ministère du Travail
- . Entreprise Michelin
- . Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
- . Institut de veille sanitaire

- . Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- . Mutualité française
- . Presse spécialisée - magazine « Parents »
- . Réseau périnatalité 56
- . Service des droits des femmes et de l'égalité, Ministère du Travail
- . Société française de néonatalogie
- . Société française de médecine périnatale
- . Sociologue INRA, spécialiste alimentation et précarité
- . Syndicat français des aliments de l'enfance
- . Syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France
- . UNICEF

Annexe 5. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981)

Les principales règles du Code sont les suivantes :

1. Interdire la promotion des laits artificiels, tétines ou biberons auprès du public
2. Interdire la distribution d'échantillons gratuits aux femmes enceintes ou aux parents
3. Interdire la promotion de ces produits dans le système de soins de santé (pas d'échantillons ni d'approvisionnement gratuits)
4. Interdire le recours à du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux parents
5. Interdire la distribution de cadeaux et d'échantillons personnels aux professionnels de santé
6. Interdire la promotion d'aliments commerciaux pour bébés comme les aliments solides en pots, les céréales, les jus, l'eau embouteillée, afin de ne pas nuire à l'allaitement exclusif
7. Exiger que chaque emballage ou étiquette mentionne clairement la supériorité de l'allaitement et comporte une information sur le coût de l'alimentation artificielle
8. S'assurer que les fabricants et les distributeurs fournissent aux professionnels de santé une information scientifique et se limitant aux faits
9. S'assurer que tous les produits sont de bonne qualité, que la date limite de consommation y est indiquée et que les emballages ne comportent pas de termes comme « humanisé » ou « maternisé », ni aucune représentation de nourrisson ni d'autres représentations ou textes de nature à idéaliser l'utilisation du produit
10. Afin d'éviter les conflits d'intérêt, faire en sorte que les professionnels de santé qui travaillent auprès des nourrissons et des jeunes enfants ne reçoivent pas de soutien financier des compagnies de produits alimentaires pour bébés

Annexe 6. Dix conditions pour le succès de l'allaitement définies par la Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF (1989)

Tout établissement qui dispense des services de maternité et des soins aux nouveau-nés devrait observer les dix conditions suivantes pour favoriser le succès de l'allaitement maternel :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant
2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance

5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique

Annexe 7. Conditions d'accès au label IHAB (Initiative hôpital ami des bébés) (Révision de 2009)

Pour recevoir le label IHAB, une maternité doit satisfaire aux conditions suivantes :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants
2. Donner à tous les personnels soignants la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique
4. Mettre les nouveau-nés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure, encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique
11. Accompagner et respecter les besoins des mères pendant le travail et l'accouchement
12. Protéger les familles de toute promotion commerciale en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
13. Aider les mères qui nourrissent leur bébé autrement qu'au lait maternel à choisir une alimentation de substitution adéquate et à la préparer sans risque
14. Respecter les règles éthiques suivantes sur les financements :
 - Le Code de commercialisation des substituts du lait maternel n'interdit pas les dons de matériels et d'équipements pour les services
 - Le Code n'interdit pas, pour les professionnels de santé, les financements d'études, de recherches, de formation et activités analogues, mais exige la transparence au niveau de l'institution dont dépendent ces professionnels
 - Il est donc demandé aux professionnels de santé, dans le cas où ils recevraient des dons de matériels ou accepteraient des financements décrits ci-dessus, de diversifier leurs sources de financements, de fonctionner dans la transparence associative et de veiller à ce que cela ne les entraîne pas à faire de la publicité pour les produits visés par le Code