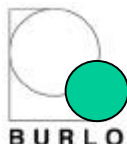




**European
Commission**
Directorate Public
Health and Risk
Assessment



IRCCS Burlo Garofolo
Trieste, Italy



**Unit for Health Services
Research and International
Health**
WHO Collaborating Centre for
Maternal and Child Health

Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe : un plan d'action

Elaboré et rédigé par les participants du projet:
Promotion de l'allaitement maternel en Europe
(EU Project Contract N. SPC 2002359)

Ce document a été présenté lors de la Conférence Européenne sur la
Promotion de l'allaitement maternel en Europe le 18 juin 2004
au château de Dublin, Irlande

Adresse pour la correspondance:

Adriano Cattaneo

Unit for Health Services Research and International Health

IRCCS Burlo Garofolo

Via dei Burlo 1

34123 Trieste, Italie

téléphone: +39 040 322 0379

Fax: +39 040 322 4702

E-mail: cattaneo@burlo.trieste.it

Ce document est référencé comme suit : 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. Il peut
être téléchargé à cette adresse:

http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm

Table des matières

I.	Préface	1
II.	Auteurs et relecteurs	2
III.	Résumé	8
IV.	Introduction	11
	Panorama de la situation actuelle	15
	Les déterminants de l'allaitement	17
	Examen de la revue de la littérature concernant les interventions	18
V.	Le Plan d'action	20
	1. Politique et programmes	20
	1.1 Politiques	21
	1.2 Programmes	21
	1.3 Organisation	22
	1.4 Financement	22
	2. Information, éducation, communication (IEC)	22
	2.1 IEC à destination des particuliers	24
	2.2 IEC à destination des communautés	25
	3. Formation	26
	3.1 Formation initiale	26
	3.2 Formation continue	27
	4. Protection, promotion et soutien	27
	4.1 Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	28
	4.2 Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	29
	4.3 Législation concernant la maternité au travail	30
	4.4 Initiative Hôpital ami des bébés	31
	4.5 Soutien par des professionnels de santé formés	32
	4.6 Soutien par des conseillers non professionnels formés et par les groupes de soutien de mère à mère	33
	4.7 Soutien dans la famille, dans la communauté et sur le lieu de travail	34
	5. Contrôle et évaluation	35
	5.1 Taux d'allaitement	36
	5.2 Pratiques des services sociaux et de santé	37
	5.3 Code international, lois et règlements	38
	6. Recherche	38
	6.1 Recherche	39
VI.	Références	40

Abréviations

HAB	Hôpital ami des bébés
IHAB	Initiative hôpital ami des bébés
FMC	Formation médicale continue
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant (Nations Unies)
UE	Union Européenne
EURODIET	Plan Nutrition Santé Européen
FAO	Food and Agriculture Organization (Organisation pour l'alimentation et l'agriculture)
IBCLC	International Board Certified Lactation Consultant (Consultant(e) en lactation certifié(e) par le Bureau International.)
IBLCE	International Board of Lactation Consultant Examiners (Bureau International d'Examen des Consultant(e)s en Lactation)
IEC	Information, éducation, communication
OIT	Organisation internationale du travail
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
De Màm	de mère à mère (groupes de soutien)
ONG associative)	Organisation non gouvernementale (internationale, nationale, régionale, locale,
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
AMS	Assemblée mondiale de la santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMS/EURO	Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

*L'équipe du projet tient à remercier tout particulièrement
Henriette Chamouillet,
Camilla Sandvik et
Mariann Skar,
Direction Générale Santé Publique et Evaluation des Risques, Commission
Européenne,
pour leur soutien tout au long de ce travail .*

I. Préface

C'est avec grand plaisir que je présente ce Plan d'action pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel en Europe, élaboré dans le cadre d'un projet co-financé par la Direction Générale Santé et Protection du consommateur de la Commission Européenne.

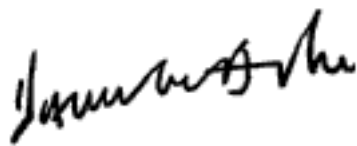
La promotion de l'allaitement est un des moyens les plus efficaces pour améliorer la santé de nos enfants. Elle a également des effets bénéfiques pour les mères, les familles, la communauté, le système social et de santé, l'environnement, et la société dans son ensemble.

Il existe de nombreuses initiatives au niveau local, régional, national et international pour promouvoir l'allaitement maternel. Je suis convaincu cependant que pour obtenir des résultats plus satisfaisants et durables l'action doit se baser sur des programmes pertinents, incluant des activités dont l'efficacité a été prouvée et qui sont intégrées à un plan coordonné.

Le Plan d'action offre un cadre pour la mise en place de tels programmes. Il est donc souhaitable que ce Plan d'action soit diffusé auprès des gouvernements, institutions et organisations qui ont la volonté de travailler ensemble pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel. Je les invite à utiliser le Plan d'action et à traduire concrètement ses propositions et recommandations en actions.

Ces programmes répondront sûrement à l'attente des citoyens Européens en matière d'information et contribueront à ce que leurs enfants bénéficient du meilleur départ possible dans la vie.

Je tiens à remercier de sa contribution le groupe de travail qui a élaboré et rédigé le Plan d'action.



David Byrne
Commissaire Européen pour la Santé et la Protection du Consommateur

II. Auteurs et relecteurs

Le Plan d'action a été rédigé par le Coordinateur du projet: Adriano Cattaneo, et son équipe de l'Institut pour la Recherche sur les Services de santé et la Santé Internationale, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italie:

Anna Macaluso, Simona Di Mario, Luca Ronfani, Paola Materassi, Sofia Quintero Romero, Mariarosa Milinco et Alexandra Knowles.

Ils ont travaillé au nom des membres du Comité Directeur du projet :

Christine Carson (Ministère de la Santé, Londres, Royaume-Uni)

Flore Marquis-Diers (La Leche League, et Coordination Française pour l'Allaitement Maternel, France)

Berthold Koletzko (Professeur en Pédiatrie, Maladies métaboliques et nutrition, Université de Munich, Allemagne)

Hildegard Przyrembel (Comité National pour l'Allaitement, Allemagne)

Nathalie Roques (Centre Ressource Documentaire pour l'Allaitement Maternel, Association Information pour l'Allaitement, France)

Luis Ruiz Guzman (Pédiatre, et Coordinateur de l'IHAB, Espagne.)

Michael Sjöström (Nutrition et Santé Publique, Karolinska Institute, Stockholm, Suède)

Agneta Yngve (Nutrition et Santé Publique, Karolinska Institute, Stockholm, Suède)

et au nom de tous les participants au projet, qui ont fourni idées, commentaires, relectures, pour chacune des étapes successives de la rédaction du Plan d'action, et en ont corrigé la version finale :

Autriche: Ilse Bichler (IBCLC, Directrice régionale, IBLCE), Anne-Marie Kern (IBCLC, Coordinatrice, IHAB)

Belgique: Françoise Moyersoen (Institut d'Etudes de la Famille et des Systèmes Humains, Réseau Allaitement Maternel)

Danemark: Tine Jerris (Coordinatrice, Comité National pour l'Allaitement), Ingrid Nilsson (IBCLC, Vice-Présidente, Comité National pour l'Allaitement)

Finlande: Kaija Hasunen (Conseiller auprès du Ministère, Ministère des affaires Sociales et de la Santé)

Grèce: Vicky Benetou (Département d'Hygiène et Epidémiologie, Ecole Universitaire de Médecine d'Athènes), Themis Zachou (Pédiatre néonatalogiste, ancienne Directrice, Unité de Promotion de l'Allaitement, Lactarium, Hôpital Maternité Elena Venizelou, Athènes)

Islande: Geir Gunnlaugsson et Ingibjörg Baldursdóttir (Centre pour les Services de Soins Infantiles) Jona Margret Jonsdottir (IBCLC, Centre pour les Services de Soins Infantiles)

Irlande: Genevieve Becker (IBCLC, Nutritionniste Consultante), Maureen Fallon (Coordinatrice Nationale pour l'Allaitement maternel)

Luxembourg: Maryse Lehnens-Arendt (IBCLC, Initiativ Liewensufank)

Pays-Bas: Adrienne de Reede (Directrice, Stichting Zorg voor Borstvoeding, IHAB)

Norvège: Anne Baerug (Coordinatrice de projet, Centre national pour l'Allaitement, Oslo)

Portugal: Isabel Loureiro (Escola Nacional de Saúde Pública, Lisbonne)

Royaume-Uni: Jenny Warren (Conseillère Nationale pour l'Allaitement, Ecosse), Susan Sky (Coordinatrice pour l'Allaitement, Pays de Galles), Janet Calvert (Coordinatrice pour l'Allaitement, Irlande du Nord)

Kim Fleischer Michaelsen (Société Internationale pour la Recherche sur le Lait humain et la Lactation)

Andrew Radford (Directeur de Programme, UNICEF Royaume-Uni, Initiative Hôpital Ami des Bébés, Royaume-Uni)

Aileen Robertson (OMS, Bureau Régional pour l'Europe, Copenhague, Danemark)

Lida Lhotska (IBFAN/GIFA, Genève, Suisse)

Le Plan d'action a été relu, approuvé et commenté par les personnes, associations et institutions suivantes :

Autriche: Renate Fally-Kausek (Ministère de la Santé/ Promotion de l'Allaitement), Karl Zwiauer (Comité National pour l'Allaitement), Christa Reisenbichler (La Leche League), Eva Filmsair (Ecole d'infirmières en Pédiatrie, Hôpital Général de Vienne), Maria Jesse (Association Autrichienne des Infirmières en Pédiatrie), Renate Großbichler (Association Autrichienne des Sages-femmes), Margaritha Kindl (Académie des Sages-femmes, Mistelbach), Christine Kohlhofer et Renate Mitterhuber (Académie des Sages-femmes, Semmelweissklinik, Vienne), Michael Adam (Département d'Obstétrique, Semmelweissklinik, Vienne)

Belgique: Membres du Comité Fédéral multisectoriel pour l'Allaitement Maternel et représentants des autorités sanitaires Fédérale, Régionale (Wallonie) et de la Communauté française; Ann van Holsbeeck (vice-présidente du Comité Fédéral pour l'Allaitement Maternel)

Bulgarie: Stefka Petrova (Département de Nutrition, Centre National pour l'Hygiène)

Republique Tchèque: Zuzana Brazdova (Université de Brno), Magdalena Paulova (Institut de Formation Médicale Continue, Prague), Dagmar Schneidrová (Université Charles, Prague)

Danemark: membres du Comité National pour l'Allaitement représentant l' Association des Diététiciens Cliniques Danois, le Bureau National pour la Santé, l'Association Danoise des Sages-Femmes , le Collège danois des Médecins Généralistes, le Comité Danois pour l'Education à la Santé, le Comité Danois pour l'UNICEF, le Conseil danois des Consommateurs, l'Association Danoise des Médecins , l'Association Danoise des Infirmières, la Société Pédiatrique Danoise, la Société Danoise de Gynécologie-Obstétrique, l'Administration Alimentation et Médecine Vétérinaire Danoise, IBLCE, le Ministère de l'Intérieur et de la Santé, Parentalité et Naissance, l'Association Professionnelle des Infirmières, l'Association Professionnelle des Infirmières de gynécologie-Obstétrique, l'Association Professionnelle des Infirmières en Pédiatrie, WABA et le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS.

Estonie: Julia Deikina (Inspecteur de la Protection de la Santé)

Finlande: Marjaana Pelkonen (Ministre des Affaires Sociales et de la Santé)

France : Pr. Xavier Codaccioni (Chef de service pôle maternité, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille), Marie Thirion (Pédiatre, Directrice de l'Institut prévention santé en néonatalogie, Université Joseph Fourier, Grenoble), Irène Loras-Duclaux (Pédiatre nutritionniste, Unité de gastro-entérologie nutrition pédiatrique, Hôpital Ed. Herriot, Lyon), Pr. A. Lachaux (Pédiatre nutritionniste, Unité de gastro-entérologie nutrition pédiatrique, Hôpital Ed. Herriot, Lyon) Pr. Jacques Sizun (Pédiatre néonatalogiste, Professeur de pédiatrie, CHU, Brest), Loïc de Parscau (Département de pédiatrie et génétique médicale, CHU, Brest), Dominique Gros (Praticien hospitalier, Hôpitaux Universitaires, Strasbourg), Jacques

Schmitz (Hôpital Necker Enfants Malades, Paris), Pr. Dominique Turck (Hôpital Jeanne de Flandre, Lille, et Comité de Nutrition, Société Française de Pédiatrie), Bernard Maria (Gynécologue obstétricien, CH de Villeneuve St-Georges); et pour la CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel): Marc Pilliot (Pédiatre, Maternité Clinique St Jean, Roubaix), Gisèle Gremmo-Feger (Pédiatre néonatalogiste, CHU, Brest), Françoise Dessery (Solidarilait), Kristina Löfgren (chargée de mission, IHAB), Françoise Ganzhorn, Claire Laurent (IBCLC, Hôpital du Havre), Marie-Claude Marchand (Co-Naître), André Marchalot (Pédiatre, IBCLC, Réseau Normand pour l'Allaitement), Roselyne Duché-Bancel (La Leche League), Peggy Colnacap (MAMAM)

Allemagne: Michael Abou-Dakn (Comité National pour l'Allaitement, Société pour le Soutien de l'Initiative OMS/UNICEF "Hôpital ami des bébés", Marion Brüssel (Association des Sages-Femmes, Berlin), Eleanor Emerson (La Leche Liga Allemagne), Joachim Heinrich (Epidémiologie Nutritionnelle et Santé Publique, GSF Centre de Recherche pour l'Environnement et la santé), Ingeborg Herget (Association Allemande des Infirmières en Pédiatrie), Mathilde Kersting (Comité National pour l'Allaitement, Institut de Recherche pour la Nutrition Infantile), Rüdiger von Kries (Fondation pour la Santé Infantile), Walter Mihatsch (Société Allemande pour la Pédiatrie et la Médecine de l'Adolescent), Gudrun von der Ohe (Association Allemande des Consultants en Lactation), Utta Reich-Schottky (Association des Groupes de Soutien à l'Allaitement), Ute Renköwitz (Association Allemande des Sages-Femmes), Marita Salewski (Deutsche Liga für das Kind), Elke Sporleder (Comité National pour l'Allaitement, Association des Consultants en Lactation), Jutta Struck (Ministère Fédéral de la Famille, des Personnes âgées, des Femmes et de la Jeunesse), Marina Weidenbach (Aktionsgruppe Babynahrung), Anke Weißenborn (Institut Fédéral de Contrôle des Risques), Petra Wittig (Association Allemande des Sages-femmes), Uta Winkler (Ministère Fédéral de la santé et des Affaires Sociales)

Grèce: Antonia Trichopoulou (Professeur Associé, Département d'Hygiène et Epidémiologie, Ecole Universitaire de Médecine d'Athènes), Chryssa Bakoula and Polixeni Nicholaidou (Professeurs Associés, Premier département de Pédiatrie, Ecole Universitaire de Médecine d'Athènes)

Hongrie: Gabor Zajkas (OKK-OETI), Katalin Sarlai (IBCLC, Association Hongroise pour l'Allaitement)

Islande: Anna Björg Aradóttir (Infirmière agréée, Direction de la Santé)

Irlande: Anne Fallon (Acting Midwife Tutor, University College Hospital, Galway), Nicola Clarke (Clinical Midwife Specialist-Lactation, National Maternity Hospital, Dublin), Margaret O'Connor (Practice nurse, Tralee, Kerry), Maura Lavery (Clinical Midwife Specialist-Lactation, Rotunda Hospital, Dublin), Camilla Barrett (Clinical Midwife Specialist-Lactation, Portiuncula Hospital, Ballinasloe, Galway), Eileen O'Sullivan (IBCLC, Rathcoole, Dublin), Rosa Gardiner (Director of Public Health Nursing, South Tipperary), Jane Farren (La Leche League)

Italie: Lucia Guidarelli, Patrizia Parodi, Sara Terenzi (Ministère de la Santé), Michele Grandolfo, Serena Donati, Angela Giusti (Institut National de Santé), Francesco Branca, Laura Rossi, Paola D'Acapito (Institut National pour la Nutrition), Giuseppe Saggese (Società Italiana di Pediatria), Michele Gangemi (Associazione Culturale Pediatri), Pierluigi Tucci (Federazione Italiana Medici Pediatri), Giancarlo Bertolotti (Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia), Maria Vicario (Federazione delle Ostetriche), Immacolata Dall'Oglio (Collegio delle Infermiere), Maria Ersilia Armeni (Association des Consultants en lactation), Maria Rita Inglieri (La Leche League), Elise Chapin (MAMI),

Marina Toschi, Barbara Grandi, Giovanna Scassellati (ANDRIA), Dante Baronciani (CeVEAS), Christoph Baker (Italian Committee for Unicef), Paola Ghiotti, Maria Pia Morgando (Piémont), Marisa Bechaz (Val d'Aoste), Maria Enrica Bettinelli (Lombardie), Silvano Piffer (Trentino), Leonardo Speri (Vénétie), Claudia Giuliani (Frioul Venise Giulia), Chiara Cuoghi (Emilie Romagne), Igino Giani, Carla Bondi, Maria Giuseppina Cabras, Paolo Marchese Morello, Gherardo Rapisardi (Toscane), Paola Bellini, Maria Marri (Ombrie), Giovanna De Giacomi, Valeria Rossi Berluti (Marche), Franca Pierdomenico (Abruzzes), Renato Pizzuti, Carmela Basile (Campanie), Giuseppina Annichiarico, Flavia Petrillo (Pouilles), Sergio Conti Nibali, Achille Cernigliaro (Sicile), Antonietta Grimaldi (Sardaigne)

Lettonie: Irena Kondrate (Comité National pour l'Allaitement, Ministère de la Santé), Velga Brazneva (Département des Programmes Nutrition), Iveta Pudule (Centre de Promotion de la Santé)

Lituanie: Roma Bartkeviciute (Centre de Nutrition National, membre du Comité National pour l'Allaitement), Daiva Sniukaite (NGO Pradziu pradzia, secrétaire du Comité National pour l'Allaitement)

Luxembourg: membres du Comité National pour l'Allaitement, comprenant des représentants du Ministère de la Santé, des pédiatres, des gynécologues/obstétriciens, des sages-femmes, des infirmières en pédiatrie, des ONG, des groupes de soutien de mère à mère et des écoles d'infirmières; Martine Welter (Présidente, Association Nationale des Sages-femmes)

Malte: Yvette Azzopardi (Département de la Promotion de la Santé), Maria Ellul (Principal Scientific Officer)

Pays-Bas: Adja Waelpunt, Ellen Out (Association Royale Néerlandaise des Sages-Femmes), Sander Flikweert (Collège Néerlandais des Médecins Généralistes), Carla van der Wijden (Association Néerlandaise pour la Gynécologie Obstétrique), Y.E.C. van Sluys (Centre de Nutrition), J.G. Koppe (Ecobaby), R.J. Dortland and Alma van der Greft (Nutrition et Protection de la Santé, Ministère de la santé, du Bien-être et des Sports), J.A.M. Hilgerson (Conditions de travail et Sécurité Sociale, Ministère des Affaires Sociales), Caterina Band (Association Néerlandaise des Consultants en Lactation)

Norvège: Arnhild Haga Rimstad (Directeur, Conseil National de Nutrition), Bodil Blaker (Ministère de la Santé), Elisabeth Helsing (Bureau Norvégien de la Santé), Hilde Heimly and Britt Lande (Direction de la Santé et des Affaires Sociales), Kirsten Berge (Association Nationale des Infirmières de Santé Publique), Hedvig Nordeng (Institut de Pharmacothérapie), Anne Marie Pedersen (Syndicat des Infirmières Puéricultrices), Maalfrid Bjoernerheim (Association Norvégienne des Infirmières et des Sages-Femmes), Anna-Pia Häggkvist (infirmière en soins intensifs néonataux), le Comité IHAB Norvégien composé de sages-femmes, pédiatres, gynécologues, infirmières de santé publique et associations de groupes de soutien de mère à mère; Gro Nylander, Liv-Kjersti Skjeggstad and Elisabeth Tufte (Centre national pour l'Allaitement, Rikshospitalet University Hospital, Oslo)

Pologne: Krystyna Mikiel-Kostyra (Institut de la Mère et de l'enfant, Varsovie), Hania Szajewska (Département de Gastroentérologie et Nutrition, Faculté de Médecine de Varsovie)

Portugal: membres du Comité IHAB National et du Conseil National sur l'Alimentation et la Nutrition, Adelaide Orfão (Centro de Saúde, PAREDE)

Roumanie: Camelia Parvan (Institut de Santé Publique, Ministère de la Santé)

République Slovaque: Katarina Chudikova (Ministère de la Santé), Viera Halamová (Coordinatrice IHAB)

Slovénie: Polonca Truden-Dobrin, Mojca Gabrijelcic-Blenkus (Institut de Santé Publique), Borut Bratanic (Chef de Service en Néonatalogie, Centre Médical Universitaire, Ljubljana)

Espagne: Sagrario Mateu, José M^a Martin Moreno (Ministerio de Sanidad y Consumo), Angel José Lopez Diaz, Cristina Pellicer (Asturies), Antonio Pallicer, Maria José Saavedra (Baléares), José M^a Arribas Andres, Carmeta Barios (Castille-Léon), Ramón Prats, Victor Soler Sala (Catalogne), M^a Dolores Rubio Lleonart, Maria Luisa Poch (La Rioja), Emilio Herrera Molina, José Maria Galan (Extremadure), Agustin Rivero Cuadrado, Carmen Tembours (Madrid), Jorge Suanzes Hernandez, Maria Dolores Romero (Galice), Francisco Javier Sada Goñi, Carmen Galindez (Navarre), Luis Gonzales de Galdeano Esteban, José Arena (Pays Basque), Luis Ignacio Gomez Lopez, Maria Jesus Blasquez (Aragon), Manuel Escolano Puig, Ana Muñoz (Valence), Francisco José Garcia Ruiz, José Antonio Navarro Alonso, M^a Isabel Espín, Fernando Hernandez Ramon (Murcie), M^a Antigua Escalera Urkiaga, Josefa Aguayo (Andalousie), Berta Hernandez, Rocio Hevia (Castille-La Mancha), Francisco Rivera Franco, Camino Vaquez, Marta Diaz (Canaries), Santiago Rodriguez Gil, Maria Luisa Ramos (Cantabrique), Lluís Cabero i Roura (Presidente, IHAN), José Manuel Bajo Arenas (Presidente, SEGO), Alfonso Delgado Rubio (Presidente, AEP), Jesus Martin-Calama (AEP), M^a Angeles Rodriguez Rozalen (Asociación Nacional de Matronas), Dolors Costa (Asociación Catalana de Llevadores), M^a Carmen Gomez (Asociación Española de Enfermeras de la Infancia), Carlos Gonzales (ACPAM), José Arena (Comité National, UNICEF)

Suède: Elisabeth Kylberg (Amningshjälpen et Département de la Santé des Femmes et des Enfants, Université d'Uppsala), Kerstin Hedberg Nyqvist (Professeur Assistant en soins Pédiatriques, Département de la Santé des Femmes et des Enfants, Université d'Uppsala), AMNIS (Réseau Suédois pour l'Allaitement), Yngve Hofvander (IHAB), Annica Sohlström (Nutritioniste, Administration Nationale de l'Alimentation)

Suisse: Eva Bruhin, Clara Bucher (Fondation Suisse pour la Promotion de l'allaitement)

Royaume-Uni: Stewart Forsyth, Jim Chalmers, Linda Wolfson, Karla Napier (Groupe Ecossais pour l'Allaitement), Anthony F Williams (Senior Lecturer & Consultant in Neonatal Paediatrics, St George's Hospital Medical School, Londres), Mary Renfrew (Mother and Infant Recherche Unit, Université de Leeds), Janet Fyle (Royal College of Midwives), Fiona Dykes (Chargée d'enseignement en santé Maternelle et Infantile, Département des Etudes de Sage-Femme, University of Central Lancashire, Preston), Jane Putsey, Phyll Buchanan (The Breastfeeding Network), The National Childbirth Trust

L'Alliance Européenne de Santé Publique (un réseau de plus de 90 ONG travaillant pour le soutien à la santé) et EPHA Réseau pour l' Environnement.

Elisabeth Geisel (Gesellschaft für Geburtsvorbereitung - Familienbildung und Frauengesundzeit -e.V.) et ENCA, European Network of Childbirth Associations (Réseau Européen d'associations pour la Naissance).

Rachel O'Leary et Constance A. Little (Conseil Européen de La Leche League)

Wendy Brodribb (Présidente, Bureau International d'Examen des Consultant(e)s en Lactation, Australie)

Gabriele Kewitz (Association Européenne des Consultants en Lactation)

Madeleine Lehmann-Buri (Association Internationale des Consultants en Lactation)

Margot Mann (Responsable des Relations Publiques, Association Internationale des

Consultants en Lactation)

Adenike Grange (Présidente élue, Association Internationale des Pédiatres - IPA)

Philip O'Brien (Directeur régional, Bureau Européen, UNICEF)

III. Résumé

La protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel sont une priorité de santé publique en Europe. Les taux faibles et l'arrêt précoce de l'allaitement ont des implications néfastes tant sur le plan de la santé que sur le plan social pour les femmes, les enfants, la communauté et l'environnement. Ils ont pour conséquence d'occasionner des dépenses plus importantes pour le système de santé au niveau national, et d'accroître les inégalités en matière de santé. La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, adoptée par tous les états membres de l'OMS à la 55^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé en Mai 2002 apporte une base aux initiatives de santé publique pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement.

Il a été largement et clairement démontré que l'allaitement maternel ne peut être protégé promu et soutenu qu'au travers d'une action concertée et coordonnée. Le Plan d'action, rédigé par des experts en allaitement, représentants de tous les Pays de l'Union Européenne, les pays associés et les autres parties prenantes, sans oublier les mères, est un modèle qui met en exergue les actions qu'un programme national ou régional devrait comprendre et mettre en œuvre. Il comprend des interventions spécifiques et des ensembles d'interventions dont l'efficacité a été scientifiquement étayée. Il est à espérer que l'application du Plan d'action réussira à améliorer, dans l'Europe toute entière, les pratiques et les taux d'allaitement (initiation, exclusivité et durée), et permettra à davantage de parents d'avoir confiance en eux et d'être satisfaits de leur expérience d'allaitement, et aux professionnels de santé d'améliorer leur savoir-faire et d'éprouver un sentiment de plus grande gratification dans leur pratique quotidienne.

Les budgets, les structures, les ressources humaines et d'organisation existants devront être évalués afin de développer des programmes d'action nationaux et régionaux basés sur le Plan d'action. Les programmes d'action devraient mettre au point une politique claire, une gestion énergique et un financement adéquat. Il est nécessaire que les interventions spécifiques pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel s'appuient sur un programme efficace d'information, éducation et communication et sur une formation appropriée tant initiale que continue. Le contrôle et l'évaluation des interventions, de même que la recherche d'un consensus à établir sur les priorités d'intervention, sont essentielles pour une action efficace. En six chapitres, le Plan d'action préconise des objectifs pour toutes ces actions, identifie les responsabilités, et indique les éventuelles mesures d'effets et de résultats.

1. *Politique et programmes*

Une politique nationale globale devrait se baser sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et s'intégrer aux politiques générales de santé. Afin de réduire les inégalités, il peut être nécessaire d'élaborer des politiques spécifiques pour les groupes socialement défavorisés et les enfants en situation difficile. Les associations professionnelles devraient être encouragées à publier des recommandations et des directives d'application basées sur les politiques nationales. Des plans à court et à long terme devraient être mis en place par les ministères concernés et les autorités sanitaires, qui devraient aussi nommer des coordinateurs qualifiés et des comités inter-sectoriels. Des ressources humaines et financières adéquates sont indispensables à la mise en œuvre des projets.

2. *Information, éducation, communication (IEC)*

Une information, une éducation et une communication adéquates sont d'une importance décisive pour re-crée une culture de l'allaitement dans des pays où l'alimentation artificielle a été considérée comme la norme pendant plusieurs années, voire plusieurs générations. Les messages d'IEC à destination des individus et des communautés doivent être cohérents à tous

les niveaux, en accord avec les politiques, les recommandations et les lois, aussi bien que cohérents avec les pratiques en usage dans les services sociaux et de santé. Les futurs et les jeunes parents ont droit à une information complète, correcte et optimale en ce qui concerne l'alimentation infantile, ce qui comprend des conseils pour une alimentation complémentaire apportée au bon moment, sûre et adéquate, de manière à ce qu'ils puissent prendre des décisions en toute connaissance de cause. Les conseils qui leur sont offerts, en entretiens face-à-face, doivent l'être par des professionnels de santé, des conseillers non professionnels et des groupes de soutien de mère à mère, adéquatement formés. Il est indispensable d'identifier les besoins spécifiques des femmes les moins susceptibles d'allaiter et d'y répondre activement. La distribution de supports promotionnels sur l'alimentation infantile par les fabricants et les distributeurs de produits visés par le Code International de Commercialisation des substituts du lait maternel devrait être proscrite.

3. Formation

Il est nécessaire d'améliorer la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé. Durant tout le cursus de formation, le programme d'études sur les connaissances en physiologie de la lactation et en conduite de l'allaitement, de même que les manuels, devraient être révisés et élaborés. Des cours de formation continue, basés sur des acquis scientifiques, devraient être offerts à tout le personnel de santé concerné, avec une attention particulière pour le personnel de première ligne, dans les maternités et les services et instituts de soins infantiles. Les fabricants et les distributeurs de produits visés par le Code International de Commercialisation des substituts du lait maternel ne devraient influencer ni les documents de formation ni les cours. Les professionnels de santé concernés devraient être encouragés à suivre des cours spécialisés dans ces domaines, dont la pertinence et l'efficacité sont reconnus.

4. Protection, promotion et soutien

La protection de l'allaitement dépend dans une large mesure de l'application effective du Code, application qui comprend des mesures pour son renforcement, pour l'application de sanctions judiciaires en cas d'infractions, et un système de surveillance indépendant des intérêts commerciaux. Elle prend appui également sur une législation de protection de la maternité qui permette à toutes les mères qui travaillent d'allaiter exclusivement leurs enfants les six premiers mois, puis de poursuivre l'allaitement. La promotion de l'allaitement dépend de la mise en œuvre des politiques et des recommandations nationales à tous les niveaux du système des services sociaux et de santé, de manière à ce que l'allaitement soit perçu comme la norme en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Un soutien efficace nécessite une volonté d'établir des standards de pratique optimale dans tous les services de maternité et de soins infantiles. Au niveau individuel, cela signifie que toutes les femmes aient accès à des services qui soutiennent l'allaitement, c'est-à-dire qui offrent notamment une assistance par des professionnels de santé adéquatement formés ainsi que par des consultants en lactation, des conseillers non professionnels, et des groupes de soutien de mère à mère. Le soutien par la famille devrait être encouragé ainsi que celui de la société par le biais de projets locaux et de programmes communautaires, fondés sur la collaboration entre les services publics et les associations bénévoles. Le droit des femmes à allaiter, à quelque moment et à quelque endroit que ce soit, doit être protégé.

5. Contrôle et évaluation

Les procédures de contrôle et d'évaluation font partie intégrante de la mise en œuvre d'un plan d'action. Afin de permettre des comparaisons, le contrôle des taux d'initiation, d'exclusivité et de durée de l'allaitement devrait être effectué suivant des indicateurs, des définitions et des méthodes uniformisés. Il n'y a actuellement encore aucun accord en Europe

sur une telle uniformisation ; il est urgent d'élaborer un consensus et de mettre au point des consignes pratiques. Le contrôle et l'évaluation des pratiques des services sociaux et de santé, de l'application des politiques, lois et codes, de la diffusion et de l'efficacité des activités d'IEC, et de la portée et de l'efficacité de la formation, selon des critères uniformisés, devrait également faire partie intégrante des programmes d'action.

6. *Recherche*

L'effet des pratiques de commercialisation visées par le Code doit être explicité par la recherche, ainsi que celui d'une législation plus complète sur la protection de la maternité, les répercussions des différentes approches et interventions dans le domaine IEC et, d'une manière générale, des initiatives de santé publique. Le rapport coût/bénéfices, coût/efficacité ainsi que la faisabilité des différentes interventions nécessitent aussi des recherches supplémentaires. La qualité des méthodes de recherche a besoin d'être considérablement améliorée, en particulier en ce qui concerne la conception adéquate des études, la cohérence dans l'utilisation des définitions standard des différentes catégories d'alimentation, et l'utilisation de méthodes qualitatives appropriées quand le besoin s'en fait sentir. Des règles éthiques donneraient à ces recherches l'assurance d'être libres de toute compétition et de tout intérêt commercial. La divulgation et la gestion des conflits d'intérêt possibles des chercheurs est d'une importance fondamentale.

IV. Introduction

La protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel sont une priorité de santé publique. En effet :

- L'allaitement maternel est le moyen naturel de nourrir les nourrissons et les jeunes enfants. L'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie assure une croissance, un développement et une santé optimaux. Après les six premiers mois, l'allaitement maternel, avec des aliments complémentaires adéquats, continue à contribuer à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, à son développement et à sa santé.
- L'allaitement n'est pas promu et soutenu de manière optimale. Les services offerts par de nombreuses institutions de soins de santé et de services sociaux représentent souvent des obstacles pour l'initiation et la poursuite de l'allaitement. En conséquence, les enfants européens ne bénéficient pas tous de ce départ idéal dans la vie.
- Des taux faibles et un arrêt précoce de l'allaitement ont de graves répercussions sociales et sanitaires pour les femmes, les enfants, la communauté et l'environnement, qui ont pour conséquence d'accroître les dépenses de santé nationales, et les inégalités face à la santé.¹

“Si un nouveau vaccin permettant d'éviter la mort d'un million d'enfants ou plus par an, était disponible, et si de plus il était bon marché, sûr, administrable oralement et ne nécessitait pas de maintien de la chaîne du froid, son utilisation deviendrait une priorité de santé publique.

L'allaitement peut faire tout cela, et davantage encore, mais il a besoin de sa propre chaîne de chaleur pour le soutenir—ce qui veut dire un accompagnement compétent des mères afin de renforcer leur confiance en elles, leur montrer comment faire, et les protéger contre les pratiques néfastes. Si cette chaîne de chaleur est perdue culturellement, ou défectueuse, alors les services de santé ont la responsabilité de la réparer.”²

La protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel font partie intégrante du domaine des droits de l'homme. La Convention relative aux Droits de l'Enfant, adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1989 et ratifiée par tous les pays membres excepté les Etats-Unis d'Amérique et la Somalie, énonce dans son Article 24 que *“Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible.. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent des 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, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents ”.*

Les initiatives de santé publique pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel devraient se fonder sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, adoptée par tous les Etats membres à la 55^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) en mai 2002.⁴ La Stratégie mondiale s'appuie sur le Code International de Commercialisation des substituts du lait maternel⁵ et les résolutions AMS ultérieures pertinentes;^a la Déclaration d'Innocenti sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel;⁶ et

^a Ce document renvoie au Code International de Commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions ultérieures pertinentes de l'AMS réunis sous la référence : Code International.

l'initiative conjointe OMS /UNICEF Hôpital ami des bébés.⁷

Elle est également en accord avec la Déclaration Mondiale FAO/OMS et le Plan d' Action pour l'Alimentation.⁸ La Stratégie mondiale prête une attention particulière aux besoins spécifiques des enfants en situation difficile^b et comprend des recommandations pour une alimentation complémentaire apportée au bon moment et adéquate. L'allaitement est indiqué comme une priorité dans le 1er Plan d'action pour la Nutrition et l'Alimentation du bureau Européen de l'OMS pour 2000-2005.¹⁰

L' importance de la protection, de la promotion et du soutien de l'allaitement a été également réitérée dans d'importants documents de l'Union Européenne. Le projet EURODIET recommandait instamment une revue systématique des activités existantes et l'élaboration et la mise en œuvre d'un Plan d'action Européen en faveur de l'allaitement maternel.¹¹ A la suite d'EURODIET, la 'French Initiative', ainsi qu'on l'a appelée, sur l'alimentation a souligné la nécessité d'une action en faveur de la promotion et de la surveillance de l'allaitement maternel.¹² La French Initiative a entraîné la résolution du conseil de l'Europe sur la Nutrition et la Santé en décembre 2000, résolution dans laquelle l'allaitement a été officiellement désigné comme une priorité.¹³

Ce Plan d'action pour l'allaitement maternel en Europe, avec les documents qui lui sont joints^{14,15}, vient à la suite logique de ces projets, propositions, résolutions et programmes d'action pour une politique. Il offre un outil concret, dans le but de réaliser les objectifs de toutes ces initiatives.

Pourquoi un Plan d'action?

Malgré les difficultés d'interprétation des statistiques disponibles, il est clair que les taux et les pratiques d'allaitement en Europe sont loin des recommandations fondées sur les meilleures preuves scientifiques.^{4,16} La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant déclare: *“Pour avoir une croissance, un développement et une santé optimaux, le nourrisson doit être exclusivement nourri au sein pendant les six 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 deux ans ou plus.”*

Il a été largement et clairement montré que l'allaitement maternel ne peut être promu, protégé et soutenu qu'au travers d'une action concertée et coordonnée. Les pays de l'Union Européenne coordonnent dès à présent leurs actions dans d'autres domaines de santé et du secteur social. L'action en faveur de l'allaitement en Europe n'est, elle, pas coordonnée pour l'instant. Les pays membres n'ont pas tous une politique nationale et des programmes dans ce domaine. Et même quand ceux-ci sont en place, ils ne sont parfois pas appliqués, ou peuvent n'être pas en concordance avec les recommandations fondées sur les preuves scientifiques les plus pertinentes.

Qu'est-ce que le Plan d'action ?

Le Plan d'action est un modèle de programme qui met en évidence les interventions qu'un plan national ou régional devrait comporter et mettre en œuvre pour réaliser une protection, une promotion et un soutien de l'allaitement maternel efficaces. Il est nécessaire que

^bIl est recommandé que les Pays de l'Union Européenne et/ ou les associations basées en UE adoptent les Règles d'intervention pour l'alimentation infantile dans les situations d'urgence lorsqu'ils apportent une aide humanitaire à d'autres Pays ou un soutien alimentaire aux réfugiés ou demandeurs d'asile dans les Pays de l'UE.⁹

politique et programmes, coordination et financement, information, éducation et communication, formation initiale et continue, évaluation et contrôle viennent étayer chaque étape du Plan d'action. Le Plan d'action inclut des interventions spécifiques et des interventions associant plusieurs actions; la plupart des interventions préconisées ont été auparavant classées selon le niveau de preuve scientifique des études sur lesquelles elles sont fondées.¹⁵ Le Plan d'action inclut également des interventions que, bien que leur efficacité n'ait pas reçu de confirmation par les études scientifiques, les experts considèrent comme des éléments essentiels pour le succès d'un plan d'action.

Ce Plan d'action est proposé comme modèle d'action à suivre en fonction des besoins spécifiques. Il se peut que certains pays ou régions d'Europe aient déjà des structures et des pratiques d'un excellent niveau et n'aient besoin de mettre en place que très peu, voire pas du tout, d'actions supplémentaires. D'autres peuvent souffrir d'un manque de coordination, que les pratiques soient ou non planifiées ou basées sur des preuves scientifiques : mettre en œuvre le Plan d'action sera, dans ce cas, davantage indiqué. Les informations rassemblées pour l'élaboration de ce projet semblent indiquer que la plupart des pays de l'Union Européenne se situent entre ces deux cas de figure. Il sera par conséquent nécessaire d'opérer une sélection et une adaptation avisées des actions proposées par le Plan afin de répondre aux lacunes des politiques et des pratiques de chaque pays ou région.

Le Plan d'action ne préconise pas de stratégie d'action particulière impliquant l'Europe dans son ensemble. Cela nécessiterait la fusion des structures diverses et des méthodes de financement, extraordinairement nombreuses, qui existent dans tous les pays, chose impossible. Les stratégies d'intervention ou les programmes d'action, fondées sur le Plan d'action ne peuvent être efficaces qu'au niveau national ou régional, où il est possible de tenir un compte fiable des ressources disponibles, budgets, structures, ressources humaines et d'organisation.

Comment ce Plan d'action a-t-il été élaboré ?

Le Plan d'action a été rédigé par des experts en allaitement, représentants de tous les pays de l'Union Européenne, et des pays associés. Le groupe des correspondants nationaux du projet représentait la plupart des instances décisives dans le domaine de la santé et des catégories professionnelles concernées, ainsi que toutes les parties prenantes dans le domaine de l'allaitement, sans oublier les mères. Avant d'élaborer le Plan d'action, le groupe de travail a analysé la situation actuelle (les taux d'allaitement actuels et les pratiques usitées) dans tous les pays participants.¹⁴ Il a ensuite entrepris la revue minutieuse des interventions en faveur de l'allaitement, en analysant les preuves scientifiques qui viennent les étayer, de façon à repérer les écarts entre ce qui est fait et ce qu'il faudrait faire.¹⁵ Une ébauche du Plan a ensuite été soumise à la relecture et aux commentaires d'un groupe plus large de personnes impliquées dans le domaine de l'allaitement, choisies pour leur rôle et leur compétence éminents dans leurs pays respectifs.

A qui s'adresse le Plan d'action ?

Le Plan d'action vise à informer les décideurs en matière de recommandations de santé publique et les instances gouvernementales concernées par la maternité, la santé des enfants et l'éducation, dans l'Union Européenne et les autres pays qui participent à ce projet. Il a également pour objectif de stimuler la coopération entre tous ces responsables des secteurs privé et public, y compris les ONG, qui jouent un rôle important dans la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel. Une version résumée du Plan d'action est également disponible pour informer le public et les médias.

Comment utiliser le Plan d'action ?

Les autorités régionales et nationales de santé publique, des affaires sociales et de l'éducation

pourront appliquer les aspects pertinents du Plan d'action dans l'élaboration ou la révision de leurs politiques et initiatives, nationales et régionales, en faveur de l'allaitement, et ce y compris les stratégies d'intervention. La mise en œuvre et l'évaluation des plans d'action nationaux et régionaux fondés sur le Plan d'action seront de la responsabilité des autorités compétentes concernées, jusqu'au niveau des instances locales et des établissements de santé. Un élément clé du processus sera d'obtenir que les parties concernées s'engagent à travailler ensemble pour l'application des actions proposées. Ceci concerne donc aussi les responsables des hôpitaux et des structures de santé communautaires, les agences gouvernementales nationales et régionales, les associations professionnelles concernées, les ONG, les écoles, les universités, les syndicats et les organisations patronales, et bien plus encore. Des mesures d'effet et de résultat sont également suggérées dans le Plan d'action. C'est sur elles que les indicateurs de déroulement et d'avancement du programme devraient se fonder au moment d'élaborer les stratégies d'intervention nationales et régionales.

Quels résultats attendre du Plan d'action?

Il est à espérer que l'application du Plan d'action réussira à améliorer dans l'Europe toute entière les pratiques et les taux d'allaitement (initiation, exclusivité et durée), permettra à davantage de parents d'avoir confiance en eux et d'être satisfaits de leur expérience d'allaitement, et aux professionnels de santé d'améliorer leur savoir-faire et d'éprouver un sentiment de plus grande gratification dans leur pratique quotidienne.

Les résultats atteints indiqueront les programmes ultérieurs d'action nationale et locale à adapter et à actualiser avec les moyens adéquats nécessaires.

Le Plan d'action reconnaît que les mères qui décident de nourrir artificiellement leurs bébés après avoir reçu une information complète, juste et optimale sur l'alimentation infantile, doivent être respectées dans leur décision et bénéficier de tout le soutien dont elles ont besoin, de même que d'une information pertinente sur quand et comment introduire des aliments complémentaires, et quel type d'aliment donner. Parce que créer des liens affectifs et élever un enfant implique bien davantage que le nourrir, tout soutien aux mères devrait s'appliquer, au-delà de l'aspect alimentaire, à favoriser l'établissement de la meilleure relation possible avec l'enfant.

Panorama de la situation actuelle^c

La situation actuelle des 29 pays examinés durant la durée du projet est extrêmement diverse, néanmoins un certain nombre de conclusions communes peuvent être formulées:

- La plupart des pays recueillent des statistiques. Néanmoins, les données collectées sur l'allaitement sont souvent incohérentes, quelquefois inexactes et souvent incomplètes. Les définitions et méthodes utilisées diffèrent selon les pays. Il n'y a aucun système uniformisé de collecte de données en Europe.
- Malgré les difficultés à interpréter les statistiques disponibles, il est clair que les taux et les pratiques d'allaitement sont loin d'atteindre les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF. En effet, les objectifs et recommandations proposés dans les politiques nationales et par les associations professionnelles ne sont ni atteints, ni respectés. Dans certains pays, les taux d'initiation sont très bas. Et même dans les pays où ils sont élevés, une baisse significative des taux d'allaitement apparaît dans les six premiers mois. Le taux d'allaitement exclusif à six mois est faible partout en Europe.
- Les systèmes de santé des pays européens ont les moyens et la capacité de protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel efficacement par un engagement et une coopération intersectoriels et interdisciplinaires. Cependant, seuls 18 des pays engagés dans ce projet sont dotés de politiques nationales et/ou régionales en matière d'alimentation infantile. Excepté pour 5 de ces pays, leurs politiques n'atteignent pas les standards actuels de pratique optimale tels que définis par la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Il manque des recommandations communes pour toute l'Union Européenne.
- De nombreux pays n'ont toujours pas atteint les objectifs fixés pour 1995 par la Déclaration d'Innocenti^d. Certains sont plus avancés que d'autres et possèdent un coordinateur national et un comité national pour l'allaitement (mais souvent, en l'absence d'un financement adéquat ou d'autres ressources pour accomplir les changements substantiels nécessaires), une Initiative Hôpital ami des bébés (IHAB) active et quelques mesures législatives sur la protection de la maternité et sur la commercialisation des substituts du lait maternel. D'autres pays sont encore très en retard. Il semble qu'il y ait un manque général de détermination à allouer des fonds suffisants aux initiatives en faveur de l'allaitement maternel.
- L'IHAB (et autres initiatives qui promeuvent des réformes des pratiques hospitalières fondées sur des preuves scientifiques) est mise en œuvre dans de nombreux pays, mais seuls quelques-uns d'entre eux ont obtenu une participation générale du secteur de la maternité. Dans certains pays, aucune maternité n'a encore atteint les critères nécessaires à l'obtention du titre Hôpital ami des bébés. L'extension de l'IHAB aux systèmes de santé communautaires et aux hôpitaux pédiatriques se met en place dans quelques pays.
- Les programmes d'études pour la formation initiale des professionnels de santé semblent généralement incapables d'assurer la compétence nécessaire dans les savoir-faire indispensables au soutien de l'allaitement. Les enseignants qui donnent les cours théoriques de connaissances et de savoir-faire sur l'allaitement en formation initiale ont

^c Voir la référence 14 pour plus de détails

^d Les quatre objectifs opérationnels de la Déclaration d'Innocenti pour 1995 étaient : 1) nommer un coordinateur national et établir un comité national multisectoriel de l'allaitement ; 2) s'assurer que chaque structure offrant des services de maternité applique les Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel dans leur intégralité ; 3) mettre en œuvre les principes et objectifs du Code international dans leur intégralité ; 4) promulguer une législation protégeant le droit des mères qui travaillent à allaiter et mettre en œuvre les moyens de son application.

besoin d'être eux-mêmes formés de façon adéquate.

- L'utilisation pour la formation de cours dont la qualité a été reconnue est peu répandue. Il est nécessaire d'évaluer la pertinence des cours sur l'allaitement pour la formation initiale et la formation continue déjà existants et de réviser ou de réorganiser leur contenu selon les besoins. L'évaluation de la pertinence des cours élaborés ou adaptés localement n'a été effectuée que dans un seul pays.
- On trouve dans plusieurs pays un nombre croissant de consultants en lactation IBCLC, ce qui semble indiquer une prise de conscience accrue de l'utilité de leur compétence spécifique.
- Les législations nationales régulant la commercialisation des substituts du lait maternel sont loin d'appliquer le Code international. La plupart des pays de l'Union Européenne, les pays en accession à l'Union Européenne et les pays candidats appliquent la directive européenne de 1991¹⁷, qui ne couvre pas toutes les dispositions du Code et qui n'a pas été mise à jour afin de prendre en compte les résolutions ultérieures pertinentes de l'AMS. Les recommandations du Code n'ont pas été correctement diffusées auprès des professionnels de santé et du grand public et aucun contrôle valable de son application n'a été effectué, sauf par les ONG, qui n'ont pas le pouvoir de sanctionner les infractions.
- Dans beaucoup de pays, la législation sur la protection de la maternité, à propos de l'allaitement, va au-delà des standards minima recommandés par la Convention OIT 183¹⁸, alors même que seuls 4 pays ont à ce jour ratifié la convention. Quand la législation nationale ne satisfait pas aux critères OIT, c'est habituellement en ce qui concerne l'attribution des pauses allaitement. Même dans les pays dotés d'une législation de protection de la maternité conforme aux standards OIT, de nombreuses catégories de mères qui travaillent (par exemple les femmes embauchées depuis moins de six ou douze mois au moment où commence leur congé de maternité, les travailleuses intermittentes, les travailleuses à temps partiel aux horaires irréguliers et les apprenties ou étudiantes employées) sont hors du champ d'application de cette législation.
- Des groupes et associations bénévoles de soutien de mère à mère^e et de conseillères non professionnelles sont actifs dans la plupart des pays participants. Leur rayon d'action est généralement peu ou moyennement étendu, il est rarement large. Le degré de coordination entre les différents groupes de soutien est faible dans la plupart des pays, alors qu'il est important dans d'autres. Leurs liens avec le système de santé sont souvent insuffisants pour une intégration efficace et une coordination pertinente avec les services en place.

^e Dans ce document, « conseil non professionnel »(peer counselling) désigne le soutien apporté aux mères, presque toujours individuellement, par une femme (pas toujours une mère), formée spécifiquement et souvent accréditée pour être une conseillère ; le conseil non professionnel peut être simplement disponible pour les mères, ou offert plus systématiquement, les conseillers non professionnels peuvent travailler comme bénévoles, ou être payés et travailler sous la direction des responsables du service de santé ou de l'agence qui a mis sur pied le programme de conseil. Par « soutien de mère à mère »(mother-to-mother support) on entend le soutien offert par des mères expérimentées ayant allaité, à d'autres mères, individuellement ou en groupe, de façon bénévole. Certains groupes sont indépendants, auto-formés et susceptibles de travailler comme partie d'organisations moins structurées; d'autres groupes (par exemple La Leche League, National Childbirth Trust) font partie d'une organisation plus large qui procure à ses intervenants une formation d'excellente qualité, une formation continue permanente, une accréditation, une information optimale en matière d'allaitement, de même qu'ils possèdent des règles de fonctionnement et des responsabilités clairement définies, comprenant un compte- rendu de toutes les activités et des rapports réguliers.

Les déterminants de l'allaitement

Pour qu'un Plan d'action soit efficace et réalisable, il faut bien sûr qu'il tienne compte des déterminants de l'allaitement. Ces facteurs peuvent être classés en catégories comme dans la table ci-dessous. Les déterminants de l'allaitement devraient être également pris en compte au moment d'élaborer les protocoles d'évaluation des attitudes face à l'allaitement, de contrôle des pratiques et des taux d'allaitement. Les différentes sphères d'influence de ces déterminants font qu'il est nécessaire d'évaluer leurs impacts et de les prendre en compte au niveau approprié dans le système de santé et dans la société.

Mère, enfant, famille	<ul style="list-style-type: none"> • Age, parité, santé physique et psychologique de la mère • Expérience d'allaitement de la mère, elle-même en tant que nourrisson, et avec ses enfants précédents • Niveau d'études, emploi, catégorie socio-professionnelle, origine ethnique, secteur de résidence • Connaissances, dispositions, confiance dans sa capacité à allaiter • Statut marital, taille de la famille, soutien du père/conjoint et de la famille • Qualité de vie (tabac, alcool, drogues, régime alimentaire, exercice physique) • Poids de naissance, âge gestationnel, mode d'accouchement, état de santé du nouveau-né • Accès à des référents qui ont connu une expérience d'allaitement positive
Système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Accès à des soins prénatals et qualité des soins • Qualité de l'accompagnement durant l'accouchement et pendant les premiers jours • Accès à des soins postnatals pour la mère et l'enfant, et qualité des soins • Type et qualité de soutien professionnel pour la conduite de l'allaitement • Accès à des conseillers non professionnels et à des groupes de soutien de Màm
Politiques de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Degré de priorité et soutien financier accordés à l'allaitement • Politiques officielles, recommandations et programmes • Systèmes de contrôle et de suivi • Qualité de la formation initiale et continue des professionnels de santé • Soutien financier des activités bénévoles des groupes de soutien de Màm • IEC et utilisation des différents media pour plaider la cause de l'allaitement
Politiques sociales et culture	<ul style="list-style-type: none"> • Législation à propos du Code et sa mise en application • Législation sur la protection de la maternité et sa mise en application • Mise en images et représentations de l'alimentation infantile et du maternage dans les media • Obstacles et barrières culturelles à l'allaitement en public • Prévalence et degré d'activité des groupes de soutien de Màm • Niveau de sensibilisation du public et de connaissance dans la communauté

Examen de la revue de la littérature concernant les interventions^f

Les interventions en faveur de la protection, de la promotion et du soutien de l'allaitement maternel, tout comme tout autre intervention dans les domaines des soins de santé et de la santé publique, devraient idéalement être fondées sur des preuves scientifiques de leur efficacité. La revue de la littérature concernant les interventions, menée dans le cadre de ce projet, a pris en considération, en plus des études comparatives, des compte-rendus d'expériences fructueuses. Le groupe de travail de ce projet considère que de nombreux aspects de la protection, de la promotion et du soutien de l'allaitement maternel, en particulier tous ceux qui ne sont pas reliés aux services de santé, ne peuvent pas être soumis à l'évaluation rigoureuse de leur efficacité telle que celle qui se trouve sous-entendue dans le concept d'une pratique clinique fondée sur des preuves scientifiques. Les interventions ont été catégorisées sous les rubriques : politique et programmes, information, éducation et communication, formation, et protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel. Dans chacune de ces catégories, les interventions ont été classées selon le niveau de preuve scientifique affecté à chacune.

La revue de la littérature mène aux conclusions suivantes en ce qui concerne les interventions efficaces:

- La combinaison de plusieurs stratégies et interventions basées sur des preuves scientifiques à l'intérieur de programmes multidimensionnels coordonnés semble pouvoir démultiplier les effets obtenus.
- Les interventions multidimensionnelles sont particulièrement efficaces quand elles ont pour objectif l'augmentation des taux d'initiation et ceux d'allaitement exclusif aussi bien que la durée de l'allaitement, quand elles mettent en œuvre des campagnes médiatiques, programmes d'éducation à la santé adaptées au contexte local, formation intégrée des professionnels de santé et réformes nécessaires dans les politiques nationales ou régionales ainsi que dans les politiques hospitalières.
- L'efficacité des interventions multidimensionnelles augmente quand leur sont intégrés des programmes de conseil non professionnel (*peer counselling*), en particulier concernant le caractère exclusif et la durée de l'allaitement .
- Les interventions qui couvrent l'ensemble des périodes pré- et post-natales, incluant la période sensible des quelques jours qui entourent la naissance, semblent plus efficaces que celles qui restent centrées sur une seule période. L'Initiative Hôpital ami des bébés est un exemple d'action de portée globale, à l'efficacité prouvée, et sa mise en application à grande échelle est instamment recommandée.
- Les interventions dans le secteur de santé sont particulièrement efficaces quand elles adoptent une approche globale, impliquant la formation du personnel, la création d'un poste de conseiller en allaitement ou d'un consultant en lactation, une politique d'allaitement écrite et portée à la connaissance des usagers et du personnel, et le maintien de l'enfant dans la chambre de sa mère.
- L'impact des actions d'éducation de la santé destinées aux mères sur l'initiation et la durée de l'allaitement est significatif seulement quand les pratiques en usage sont compatibles avec ce qui est enseigné.
- Offrir une information à propos de l'allaitement aux futures parents ou aux nouvelles mères, sans interaction face-à-face, ou seulement très brève (c'est-à-dire au moyen de feuillets ou d'un soutien téléphonique) est moins efficace que de donner une information par le biais d'un entretien face-à-face prolongé. L'utilisation de documents

^f Pour plus de détails, voir la référence 15.

imprimés seule est la moins efficace des interventions.

- L'efficacité des programmes qui étendent l'IHAB au-delà des services de maternité pour y inclure les services de santé communautaires et/ou les hôpitaux pédiatriques, tel que cela a été mis en place dans certains pays, n'a pas encore été évaluée. Néanmoins, ces programmes s'appuient sur une combinaison d'initiatives qui sont, elles, bien étayées scientifiquement.
- L'élaboration et la mise en application de lois, codes, directives, politiques et recommandations à des niveaux variés (national, régional) et dans des lieux divers (lieu de travail, hôpital, communauté), sont des interventions importantes. Il est néanmoins difficile à l'heure actuelle de rassembler des preuves scientifiques solides de leur efficacité (peu d'études, principalement concernant les interventions multidimensionnelles).
- Les interventions visant leur lieu de travail sont particulièrement efficaces quand les mères ont la possibilité d'opter pour un travail à temps partiel et bénéficient de la garantie de protection de l'emploi, en même temps que leur sont données des pauses d'allaitement pendant leurs heures de travail. Ces dispositions, qu'elles soient en place pour se conformer à une exigence de la loi ou le fait d'une politique de l'employeur en faveur de l'allaitement, comprennent des pauses sur le temps de travail, sans perte de salaire, pour allaiter le bébé ou tirer le lait, dans un lieu approprié mis à disposition par l'employeur.

Pour décider de mettre en place un ensemble d'actions, il est nécessaire de considérer leur faisabilité et leur coût. La faisabilité et le coût sont spécifiques à chaque pays et à chaque région, en fonction du contexte économique, social et culturel local. Une volonté politique est plus déterminante pour le succès de la mise en œuvre des interventions en faveur de l'allaitement que les questions de faisabilité et de coût. Il est établi que, dans un contexte idéal, quand le coût n'est pas le déterminant principal, une action de santé publique au coût plus élevé peut être considérée comme réalisable, au regard des économies d'échelle et d'un ratio coût-bénéfice plus favorable. Certaines stratégies et interventions peuvent être recommandées même si elles ne sont pas particulièrement étayées par des preuves scientifiques. Ceci s'applique en particulier à la législation et aux politiques générales qui ne sont pas faciles à soumettre à une évaluation scientifique rigoureuse. Néanmoins, l'avis des experts et l'expérience s'accordent à dire que ces initiatives s'avèrent avoir un impact bénéfique à long terme sur le nombre de mères qui allaitent avec succès.

En conclusion, un plan pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel ne se présente pas comme une simple liste d'actions distinctes. Les interventions sont généralement multidirectionnelles, coordonnées et combinées de façon à maximiser leur effet corrélé et cumulatif. De plus, le résultat dépendra de la continuité des interventions, parce qu'un changement dans le comportement des mères, des familles et des professionnels de santé, ainsi que dans l'approche culturelle de l'alimentation infantile dans une société donnée, nécessitent que les actions et programmes soient maintenus sur une période de temps suffisamment longue.

V. Le Plan d'action

1. Politique et programmes

Les actions pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel seront plus efficaces si elles s'enracinent dans une politique nationale globale sur la grossesse, la naissance et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, comprenant également l'introduction au moment opportun d'une alimentation complémentaire appropriée. Ces actions doivent être partie intégrante de programmes de santé nationaux et régionaux concertés et coordonnés, et mis en œuvre avec des ressources adéquates et une gestion efficace, dans un système de santé qui couvre équitablement la population toute entière.

Un plan devrait établir des objectifs tels que:

- accroître le nombre de bébés qui bénéficient d'un allaitement exclusif les 6 premiers mois et dont l'allaitement se poursuit,
- veiller à ce que tous les hôpitaux comportant des services de maternité répondent aux critères de l'IHAB,
- assurer à toutes les mères un accès gratuit à des soins pré- et post-natals soutenant l'allaitement.

Si les objectifs et échéances ciblent la population générale, des objectifs peuvent également être élaborés de manière à répondre aux besoins de groupes particuliers, habituellement moins susceptibles d'allaiter ou de soutenir l'allaitement. Par exemple:

- multiplier par deux les taux d'allaitement exclusif et la durée totale de l'allaitement chez les mères à faible niveau d'études,
- atteindre une proportion de 50% d'hôpitaux universitaires labellisés HAB d'ici 2010,
- assurer un accès entièrement gratuit à des soins pré- et post-natals soutenant l'allaitement.

Chaque objectif peut se diviser en plusieurs cibles opérationnelles considérées comme pertinentes pour permettre de l'atteindre. L'objectif « augmenter le nombre de bébés qui bénéficient d'un allaitement exclusif les 6 premiers mois et dont l'allaitement se poursuit au-delà », par exemple, pourrait comporter les cibles opérationnelles suivantes :

- informer les parties prenantes décisives des politiques et des recommandations mises au point pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel, et obtenir leur engagement à les faire appliquer.
- améliorer la formation initiale et continue afin de s'assurer que les professionnels de santé acquièrent toutes les connaissances et les savoir-faire nécessaires pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel de façon effective.
- stimuler la formation de conseillers non professionnels en allaitement (*peer counsellors*) et la constitution de groupes de soutien de Màm.
- établir un système standard uniformisé pour la collecte et la diffusion de données fiables, actualisées et complètes sur les taux d'allaitement à différents âges, en utilisant tout au long du processus des définitions universellement admises.
- informer les mères et les familles de l'importance de l'allaitement, et leur procurer les connaissances de base pour la conduite d'un allaitement.
- s'assurer que les mères qui travaillent obtiennent la protection légale et le soutien nécessaire pour allaiter exclusivement les six premiers mois.
- faire respecter toutes les dispositions du Code international.

Les buts et objectifs sont importants car ils représentent une indication de ce que le Plan d'action tend à accomplir et permettent la mise en place d'indicateurs de résultats. La

réalisation des buts et objectifs dépendra de l'efficacité des stratégies d'intervention visant leur accomplissement. L'objectif « améliorer la formation initiale et continue », par exemple, peut être atteint de différentes manières et au moyen de différentes interventions et actions, en fonction de l'analyse du contexte et des ressources locaux. La mise en œuvre de ces interventions et activités sera contrôlée par le biais d'indicateurs appropriés concernant le déroulement et l'avancement clairement définis dans les stratégies d'intervention.

1.1 Politiques

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
1.1.1. Elaborer une politique nationale globale basée sur la Stratégie mondiale pour l'ANJE et l'intégrer à toutes les politiques générales de santé	Ministères concernés, comités nationaux pour l'allaitement et/ou pour l'ANJE	Politique rédigée, arrêtée, publiée et diffusée
1.1.2. Elaborer des politiques spécifiques à destination des groupes socialement défavorisés et des enfants en situation difficile, pour réduire les inégalités	Ministères concernés, comités nationaux pour l'allaitement	Politique rédigée, arrêtée, publiée et diffusée
1.1.3. Encourager les associations professionnelles à publier des recommandations et des directives concernant la pratique fondées sur les politiques nationales et encourager leurs membres à les suivre	Ministères concernés, associations professionnelles	Recommandations rédigées, arrêtées, publiées et diffusées

1.2 Programmes

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
1.2.1. Définir priorités, objectifs et cibles opérationnelles sur la base de la politique nationale globale	Ministères concernés, comités nationaux pour l'allaitement	Priorités, objectifs et cibles définis
1.2.2. Mettre au point un plan stratégique à long terme (5-10 ans) à l'intérieur du plan de santé national et re-planifier après évaluation	Ministères concernés, comités nationaux pour l'allaitement	Plan stratégique élaboré, accepté et publié
1.2.3. Mettre au point des plans d'intervention nationaux/régionaux à court terme (1-2 ans) et re-planifier sur la base du contrôle effectué	Ministères concernés, autorités sanitaires régionales	Stratégies d'intervention élaborées, acceptées et publiées
1.2.4. Coordonner les initiatives de soutien à l'allaitement avec les autres programmes et actions de santé publique et de promotion de la santé	Ministères concernés, autorités sanitaires régionales	Comités de coordination intra- et inter- sectoriels mis en place ; les autres programmes de santé publique accordés aux politiques de soutien à l'allaitement

1.3 Organisation

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
1.3.1. Désigner un coordinateur national/régional suffisamment qualifié et compétent en matière de politiques et de planification	Ministères concernés, autorités sanitaires régionales	Coordinateurs nationaux/ régionaux choisis et nommés
1.3.2. Mettre en place un comité d'allaitement intersectoriel pour conseiller et soutenir le coordinateur national/ régional	Ministères concernés, autorités sanitaires régionales	comités nationaux/ régionaux mis en place
1.3.3. Assurer la pérennité des activités du coordinateur national/régional et du comité	Ministères concernés, autorités sanitaires régionales	Les coordinateurs et les comités d'allaitement se réunissent régulièrement
1.3.4. Vérifier régulièrement les progrès et évaluer périodiquement les résultats du plan national/régional	Coordinateurs et comités d'allaitement	Rapports réguliers sur l'avancement et rapports d'évaluation périodiques

1.4 Financement

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
1.4.1. Allouer les ressources humaines et financières nécessaires pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement [§]	Gouvernements, ministères et responsables concernés	Budget adapté alloué par reconduction annuelle
1.4.2. Garantir que l'élaboration, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation des activités sont menées indépendamment des financements des fabricants et distributeurs de produits visés par le Code international.	Gouvernements, ministères et responsables de santé concernés, agents de santé locaux	Sources financières indiquées de façon claire et transparente

2. *Information, éducation, communication (IEC)*

Une information, une éducation et une communication adéquates sont essentielles pour le rétablissement d'une culture de l'allaitement dans des pays où l'alimentation artificielle a été considérée comme la norme pendant plusieurs années, voire générations. Les messages d'IEC doivent être en adéquation avec les politiques, les recommandations et les lois, de même qu'avec les pratiques dans le secteur des services sociaux et de santé. Un objectif majeur des actions d'IEC devrait être, comme le souligne la Convention relative aux droits de l'enfant, de faire respecter le droit de toutes les fractions de la société à une information claire, complète et objective à propos de l'allaitement. L'allaitement maternel est le moyen naturel de nourrir et d'élever les nourrissons et les jeunes enfants, et devrait être universellement représenté

[§] Des ressources financières appropriées pourraient également être allouées à des ONG d'intérêt général oeuvrant pour l'allaitement, et à des associations d'allaitement bénévoles, si les gouvernements reconnaissent l'importance de leur rôle et l'efficacité de leurs actions pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement.

comme tel. Les futurs et les nouveaux parents ont droit à une information complète, exacte et optimale à propos de l'alimentation infantile, ce qui inclut des conseils pour une alimentation complémentaire sûre, introduite au moment adéquat, et appropriée, de manière à ce qu'ils prennent leurs décisions en toute connaissance de cause.¹⁹

Quand du lait maternel est analysé à titre d'indicateur de la contamination de l'environnement, il faut veiller à ce que les procédés d'analyse scientifique soient corrects et la communication des résultats au public, notamment aux parents, formulée avec la plus grande prudence. Une telle communication devrait mentionner les moyens dont les femmes disposeraient pour réduire le taux de résidus (tabac, drogues, cosmétiques, aliments) et un avis sur les risques encourus. Il devrait y être clairement dit que la solution réside dans une réduction et/ou une prévention de la pollution et non dans le remplacement de l'allaitement maternel par une alimentation artificielle.

2.1 IEC à destination des particuliers

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
2.1.1. Offrir aux mères des conseils individualisés au cours d'entretiens face-à-face menés par des professionnels de santé formés, des conseillers non professionnels et des groupes de soutien de Màm	Responsables de santé concernés, professionnels de santé, conseillers non professionnels, groupes de soutien de Màm	Vérification des connaissances et savoir-faire des mères en matière d'allaitement et de la façon dont cette information est transmise
2.1.2. S'assurer que tous les documents IEC mis au point et distribués par les responsables de santé contiennent des informations claires, appropriées et cohérentes, en accord avec les politiques et les recommandations nationales et régionales, et sont utilisés comme support aux entretiens face-à-face ^h	Responsables de santé concernés, coordinateurs et comités d'allaitement, professionnels de santé, conseillers non professionnels, groupes de soutien de Màm	Les documents disponibles répondent aux critères de cet objectif, vérification des documents d'IEC et des entretiens individuels à propos de l'allaitement
2.1.3. Repérer, et répondre activement aux besoins spécifiques d'information et de savoir-faire des primipares, immigrées, mères adolescentes, mères célibataires, femmes au faible niveau d'études et d'autres qui sont actuellement moins susceptibles d'allaiter, y compris les mères avec une expérience d'allaitement précédente difficile et infructueuse	Responsables de santé concernés, coordinateurs et comités d'allaitement, professionnels de santé, conseillers non professionnels, groupes de soutien de Màm	Les services et documents d'IEC produits répondent à des exigences de haute qualité et s'attachent aux besoins particuliers des groupes auxquels ils s'adressent
2.1.4. Identifier et répondre aux besoins d'information des autres membres de la famille et de l'entourage, entre autres le conjoint de la mère/le père du nourrisson, les grands-parents du nourrisson, ses frères et sœurs, etc...	Responsables de santé concernés, coordinateurs et comités d'allaitement, professionnels de santé, conseillers non professionnels, groupes de soutien de Màm	Vérification des documents et supports disponibles pour ces autres personnes influentes
2.1.5. S'assurer qu'il n'y ait pas de publicité ni aucune autre forme de promotion auprès du public des produits visés par le Code international	Responsables de santé concernés, coordinateurs et comités d'allaitement	Pas de supports promotionnels commerciaux distribués

^hLes documents utilisés pour l'IEC à destination des mères devrait souligner l'importance de l'allaitement et détailler les bases de la conduite de l'allaitement, y compris comment faire face aux difficultés les plus courantes de même que donner les coordonnées de spécialistes au cas où leur aide s'avère nécessaire.

2.2 IEC à destination des communautés

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
2.2.1. Elaborer et diffuser des outils d'IEC cohérents avec les politiques et recommandations nationales, pour les utiliser dans les établissements de services sociaux et de santé, à tous les niveaux du système scolaire, dans les organisations offrant les soins pour les nourrissons et jeunes enfants, auprès des responsables des politiques et des décisions, et dans les media ⁱ ; l'accès à cette information devrait être gratuit.	Responsables sanitaires, sociaux et éducatifs concernés, coordinateurs et comités d'allaitement, associations professionnelles, conseillers non professionnels, ONG, groupes de soutien de Màm	Outils d'IEC élaborés et distribués; vérification de l'efficacité des systèmes de diffusion
2.2.2. Présenter l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans et plus, comme la façon normale de nourrir et d'élever les nourrissons et les jeunes enfants, et ce dans tous les documents écrits et visuels relatifs à ou faisant référence à l'ANJE et au rôle maternel	Toutes les organisations multi-media et les autorités commanditaires responsables du contenu des manuels, des programmes, etc .	Information soulignant leur responsabilité diffusée auprès des organisations multi-media; mesures de surveillance effectives
2.2.3. Utiliser les semaines internationales, nationales et locales de sensibilisation à l'allaitement comme une opportunité pour stimuler le débat public dans divers lieux et médias pour diffuser des informations essentielles	Coordinateurs et comités d'allaitement, toutes les parties prenantes concernées	Rapports des actions menées lors des semaines de sensibilisation publiés
2.2.4. Contrôler, informer et utiliser tous les organes des medias pour promouvoir et soutenir l'allaitement et s'assurer que l'allaitement est à tout moment représenté comme normal et souhaitable	Autorités compétentes dans les domaines de la santé, des affaires sociales et de l'éducation, coordinateurs et comités d'allaitement	Information correcte et à jour donnée aux chaînes et réseaux multi-media, utilisés pour promouvoir et soutenir l'allaitement

ⁱ Le contenu des outils IEC devrait être suffisamment adaptable pour permettre des aménagements afin de répondre aux besoins spécifiques des organisations impliquées et de leurs groupes-cibles. Une attention particulière devrait être portée aux besoins d'information sur l'allaitement des groupes de la société (immigrés, adolescents, familles à faible revenu) les moins susceptibles d'allaiter.

3. Formation

Comme il est dit dans la conclusion du document sur la situation actuelle,¹⁴ la formation, tant initiale que continue, pour tous les groupes de professionnels de santé, a besoin d'être améliorée, de la même façon que des améliorations sont apportées dans d'autres domaines de santé. Une stratégie à long terme doit se baser sur des changements appropriés dans le programme d'études de la formation initiale. Si elle est efficace, une telle stratégie devrait, à terme, amener à une réduction des dépenses pour la formation continue en allaitement. Les professionnels de santé devraient recevoir une information mise à jour et une formation médicale continue de la part des agences et institutions publiques et bénévoles libres de toute influence et pression commerciales.

3.1 Formation initiale

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
3.1.1. Mettre en place, ou réformer s'il existe, un standard minimum (contenus, méthodes, durée) pour le programme d'études, et de compétences de 2 nd et 3 ^{ème} cycles en gestion de l'allaitement et physiologie de la lactation pour les professionnels de santé concernés	Directeurs des facultés de médecine et écoles concernées, responsables des compétences professionnelles, comités nationaux pour l'allaitement	Programmes et standards de compétence élaborés/ mis à jour, et mis en oeuvre
3.1.2. Mettre au point, ou réviser s'ils existent, les manuels de cours et le matériel de formation pour les harmoniser avec le programme standard mis à jour et les politiques et pratiques recommandées	Recteurs et professeurs des facultés de médecine, directions et enseignants des écoles concernées, associations professionnelles	Manuels et documents de formation élaborés ou mis à jour, et utilisés

3.2 Formation continue

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
3.2.1. Offrir une formation continue interdisciplinaire basée sur le cours OMS/UNICEF ou d'autres cours étayés scientifiquement sur la physiologie de la lactation et la gestion de l'allaitement, comme élément du stage préparatoire, et élément de formation continue, pour tout le personnel de santé concerné, avec une attention particulière au personnel de 1 ^{ère} ligne en maternité et en pédiatrie	Responsables de FMC, institutions offrant des services de maternité et de pédiatrie, écoles de médecine, coordinateurs de développement des formations continues, associations professionnelles	Formation pratique offerte à tous les professionnels de santé concernés et mises à jour proposées régulièrement, basées sur des directives et des cours reconnus
3.2.2. Mettre en place, ou réviser s'ils existent, les documents de formation destinés à être utilisés pour cette formation continue interdisciplinaire, s'assurer que ni les documents ni les cours ne sont influencés par les fabricants et distributeurs de produits visés par le Code international	Responsables de FMC, coordinateurs de développement des formations continues, écoles des professions de santé, comités d'allaitement, associations professionnelles	Documents élaborés et révisés, protocoles mis en place pour surveiller et assurer qu'il n'y ait pas de conflits d'intérêt dans le contenu des cours et les documents utilisés
3.2.3. Encourager les professionnels de santé concernés à suivre les formations en allaitement spécialisées reconnues et à acquérir le diplôme de consultant en lactation ou une certification équivalente qui a prouvé son excellence ^j	Responsables de FMC, employeurs dans les services de santé, IBLCE, associations professionnelles	Augmentation du nombre de consultants en lactation certifiés par nombre de naissances
3.2.4. Encourager les réseaux de communication internet entre les spécialistes de l'allaitement de façon à augmenter les connaissances et les savoir-faire	Associations professionnelles, ONG d'intérêt général	Activation de listes de discussion sur internet, de sites internet et de groupes de discussion

4. Protection, promotion et soutien

La protection de l'allaitement consiste en l'élimination de ses obstacles, notamment par une application intégrale du Code international et de la législation sur la protection de la maternité. Il est également important de le protéger de toute discrimination face à l'allaitement en public, de représentations médiatiques biaisées et de procédés divers pour fournir du lait artificiel gratuit aux populations défavorisées.

La promotion de l'allaitement est corrélée à la mise en application des politiques et recommandations nationales basées sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation du

^j La certification IBLCE est octroyée aux candidats ayant réussi un examen qui vérifie leurs compétences, sans tenir compte du cours sur l'allaitement suivi. L'examen IBLCE est passé en plusieurs langues, dans le monde entier, depuis 20 ans. Une re-certification est obligatoire tous les 5 ans. Les certifiés doivent adhérer à un Code éthique et travailler selon des règles de conduite pratique. Une commission indépendante pour les institutions délivrant le certificat a régulièrement garanti, depuis 1988, le processus de certification IBLCE.

nourrisson et du jeune enfant, elle-même adoptée par tous les pays de l'Union Européenne à la 55^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé en 2002, sur le Plan d'action de l'OMS/Euro pour une politique sur l'alimentation et la nutrition, et sur une IEC efficace.

Le soutien est nécessaire à la fois pour les mères qui allaitent et pour celles qui décident de ne pas le faire. Les mères qui, ayant reçu une information complète, juste et optimale sur l'alimentation infantile, décident de nourrir artificiellement leurs bébés devraient être respectées dans leur décision et bénéficier de tout le soutien dont elles ont besoin. Les familles devraient aussi recevoir une information pertinente de la part de personnes qualifiées sur quand et comment introduire des aliments complémentaires, et quel type d'aliment donner : cela est important pour soutenir la mise en place de bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.^k

Même dans les pays où les taux d'initiation sont élevés, les données qui concernent la durée de l'allaitement sont souvent loin d'atteindre les données considérées comme optimales, en particulier les taux d'allaitement exclusif. La baisse des taux d'allaitement exclusif apparaît typiquement peu après la sortie de la maternité et aux alentours de l'âge de 4 mois, ce qui peut coïncider avec la reprise d'un travail à l'extérieur, ou parce que cet âge est considéré comme le bon moment pour introduire une alimentation complémentaire. Peu de mères allaitent leurs enfants au-delà de 12 mois dans l'Union Européenne. Un soutien efficace est nécessaire pour améliorer cette situation. Un tel soutien nécessite de s'engager et de plaider la cause de l'allaitement pour mobiliser l'ensemble de la société et rétablir une culture de l'allaitement à tous les niveaux. Au niveau individuel, cela signifie l'accès pour toutes les mères à des services de soutien, y compris des groupes de soutien de Màm, et la continuité de cet accompagnement. Les femmes qui arrêtent d'allaiter plus tôt qu'elles ne l'auraient voulu devraient être encouragées et soutenues à rechercher les raisons de cet arrêt précoce. En comprendre les raisons peut permettre d'accepter plus facilement l'arrêt précoce de l'allaitement, de réduire les sentiments de perte prématurée et d'échec, et peut aider à réussir un allaitement plus long avec un bébé suivant.

4.1 Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
4.1.1. Mettre en oeuvre des politiques et des programmes basés sur la Stratégie mondiale et les Plans d'action OMS/EURO	Ministère de la santé et autres ministères pertinents	politiques et programmes élaborés et mis en oeuvre
4.1.2. Faire connaître les politiques et les programmes de soutien à l'allaitement à tous les groupes de professionnels de santé, aux écoles et universités concernées offrant une formation de 2 nd et de 3 ^{ème} cycle, aux ONG et au grand public	Ministère de la santé et autres ministères concernés	Les professionnels de santé et le public ont connaissance de la politique / du programme en faveur de l'allaitement

^k Prendre des décisions en connaissance de cause, sur la base d'informations objectives, complétées par un soutien adéquat, est particulièrement important pour les femmes enceintes infectées par le VIH. Des directives concernant l'alimentation infantile dans le contexte du VIH ont été publiées par l'OMS.²⁰

4.2 Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
4.2.1. Elaborer des directives européennes pour la commercialisation des substituts du lait maternel qui, au minimum, incluent toutes les dispositions du Code et s'étendent à tous les produits visés par le Code	Commission Européenne	Directives rédigées et acceptées par les Etats membres
4.2.2. S'assurer que la position de l'Union Européenne aux réunions du Codex Alimentarius reflète les dispositions du Code international	Commission Européenne	Les rapports du Codex Alimentarius reflètent cette position
4.2.3. Mettre au point une législation nationale basée sur le Code international, y compris des mécanismes de renforcement et de poursuite judiciaire des infractions, ainsi qu'un système de surveillance indépendant des intérêts commerciaux	Gouvernements nationaux, comités d'allaitement, associations de consommateurs	Lois nationales mises à jour, procédures de mise en application conformes à toutes les dispositions du Code international
4.2.4. Encourager la mise en application complète du Code international avant même que de nouvelles directives européennes l'exigent de ses états membres	Gouvernements nationaux et locaux, comités d'allaitement, ONG	Procédures nationales de mise en application conformes à toutes les dispositions du Code international
4.2.5. Informer l'ensemble des professionnels de santé et les responsables des établissements de santé de leurs responsabilités au regard du Code international	Ecoles pour professions de santé, responsables de la FMC, autorités sanitaires concernées	Information délivrée
4.2.6. Elaborer un code éthique s'appliquant aux critères de subvention individuelle et institutionnelle des cours, des documents de formation, de la recherche, des conférences et autres activités et événements, afin d'éviter les conflits d'intérêt qui pourraient nuire à l'allaitement	Associations professionnelles, institutions universitaires et prestataires de services	Critères et règles de conduite mises au point, publiées, appliquées
4.2.7. Diffuser de l'information auprès du public sur les principes, les objectifs et les dispositions du Code, sur les procédures de contrôle de son respect et les sanctions en cas d'infractions	Gouvernements nationaux et régionaux, ONG, associations de consommateurs	Information diffusée auprès du public et des instances responsables de la surveillance

4.2.8. Supprimer progressivement la distribution de lait artificiel gratuit aux familles défavorisées là où elle est encore en vigueur, et la remplacer par des aides et des initiatives pour promouvoir et soutenir l'allaitement au sein des familles qui vivent dans la pauvreté ou marginalisées d'une quelconque autre manière	Gouvernements nationaux et régionaux, agences d'aide sociale	Arrêt de la distribution de lait artificiel gratuit pour les familles à faible revenu, aides et initiatives équitables pour toutes les familles et développement du soutien à l'allaitement
---	--	---

4.3 Législation concernant la maternité au travail

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
4.3.1. Améliorer la législation nationale quand elle ne répond pas aux standards OIT minimum ¹	Gouvernements nationaux et régionaux	Législation améliorée
4.3.2. Garantir un cadre législatif suffisant pour donner aux mères la possibilité d'allaiter exclusivement leurs nourrissons les six premiers mois et de poursuivre ensuite l'allaitement	Gouvernements nationaux et régionaux	Cadre législatif efficace promulgué, soutien financier approuvé
4.3.3. Etendre les dispositions de la protection de la maternité aux femmes qui ne sont pas couvertes actuellement, par exemple les femmes sous contrat de travail temporaire, les travailleuses intermittentes et à temps partiel, les étudiantes et les immigrées	Gouvernements nationaux et régionaux	Législation étendue
4.3.4. S'assurer que les employeurs, les professionnels de santé et le public sont parfaitement informés de la législation en vigueur sur la protection de la maternité et en matière de santé et de sécurité au travail en ce qui concerne les femmes enceintes et les mères qui allaitent	Gouvernements nationaux et régionaux, organisations patronales et syndicats	Existence d'une sensibilisation globale aux dispositions de protection de la maternité
4.3.5. Informer les employeurs des avantages, pour eux-mêmes et pour leurs employés qui allaitent, à faciliter l'allaitement après le retour au travail, et des aménagements nécessaires pour garantir que cela est possible (horaires aménageables, pauses, et endroit où tirer et stocker le lait maternel)	Ministères compétents, autorités sanitaires et sociales, organisations patronales, syndicats	Employeurs informés des avantages et offrant des appuis appropriés sur le lieu de travail

¹ Les gouvernements peuvent bien évidemment aller au-delà des standards OIT.

4.4 Initiative Hôpital ami des bébés^m

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
4.4.1. S'assurer que le gouvernement, les responsables de santé, les associations professionnelles et les ONG concernées collaborent étroitement avec l'UNICEF et l'OMS pour instaurer l'IHAB comme le standard de pratique optimale, et faire en sorte que tous les services de maternité et de pédiatrie poursuivent l'objectif d'obtenir et de garder le label « ami des bébés »	Gouvernements nationaux et régionaux, autorités sanitaires pertinentes, associations professionnelles, ONG, comités d'allaitement, services de maternité et de pédiatrie	Comités et coordinateurs IHAB mis en place, et IHAB universellement reconnu comme modèle d'excellence pour soutenir l'allaitement
4.4.2. Garantir des ressources adéquates (fonds, personnel/temps de travail) et le support technique pour la formation, la réforme des pratiques, l'accréditation et la re-accréditation des hôpitaux sur la base de leur conformité aux critères IHAB	Gouvernements nationaux et régionaux, autorités sanitaires compétentes, comités certifiant la qualité des services	Budget et ressources humaines adéquats pour atteindre le standard de soins basé sur l'IHAB pour tous les futurs parents et les mères qui allaitent
4.4.3. Encourager les hôpitaux qui ne sont pas actuellement engagés dans une démarche vers l'accréditation HAB à s'assurer que leurs pratiques sont néanmoins révisées pour être en conformité avec les standards IHAB de pratique optimale	Autorités sanitaires compétentes, comités certifiant la qualité des services et comités IHAB	Tous les hôpitaux/services mettent en œuvre les standards de pratique optimale
4.4.4. Incorporer tous les critères du label IHAB dans le système national d'accréditation de qualité des services de maternité ⁿ	Autorités sanitaires compétentes, comités certifiant la qualité des services, agences d'accréditation et comités IHAB	Les standards d'accréditation des services de maternité comprennent tous les critères IHAB
4.4.5. Développer une approche systématique pour transmettre l'information sur l'allaitement pendant les soins prénatals, cohérente avec les Conditions de l'IHAB	Autorités sanitaires compétentes, responsables des services de santé, professionnels de santé	Directives pour les soins prénatals élaborées
4.4.6. Impliquer les pères et les familles afin d'assurer un soutien adéquat à la mère à son retour de maternité	Responsables des services de santé, professionnels de santé	Implication des pères et des familles

^m L'IHAB est considéré comme un exemple de pratique optimale. Toutefois, d'autres initiatives ou programmes peuvent également soutenir une pratique optimale. L'efficacité de toutes les initiatives doit être évaluée.

ⁿ La protection, la promotion et le soutien de l'allaitement ne peuvent être mis en œuvre indépendamment de la promotion de l'accouchement dans des conditions physiologiques. Les taux croissants de césariennes et de d'accouchement sous anesthésie, tous deux associés à des perturbations du climat hormonal nécessaire à la lactation, peuvent nuire à l'allaitement.

4.4.7. Améliorer la coopération entre les hôpitaux et les autres établissements de santé et d'aide sociale de manière à assurer l'application de la 10 ^{ème} Condition de l'IHAB, c'est-à-dire le soutien à l'allaitement et le conseil pendant les semaines qui suivent la naissance	Autorités sanitaires et sociales compétentes, comités certifiant la qualité des services et comités IHAB, conseillers non professionnels, groupes de soutien de Màm	Application généralisée de la 10 ^{ème} Condition de l'IHAB
4.4.8. S'assurer que des ressources et un support technique adéquats pour la formation et la réforme des pratiques sont fournis, afin de garantir que les services communautaires sociaux et de santé destinés aux femmes, aux nourrissons et aux enfants promeuvent et soutiennent l'allaitement	Autorités sanitaires et sociales compétentes, associations professionnelles	Les prestataires de services sociaux et de santé publics et privés promeuvent et soutiennent l'allaitement en conformité avec les politiques d'allaitement
4.4.9. Encourager la mise en application d'initiatives favorables à l'allaitement au-delà des services de maternité pour englober les services communautaires sociaux et de santé, les hôpitaux/services pédiatriques et les lieux de travail	Autorités sanitaires et sociales compétentes, comités certifiant la qualité des services et comités IHAB	Modèles de pratique clinique fondés sur l'IHAB élaborés et mis en oeuvre dans les autres secteurs de santé et de services apparentés

4.5 Soutien par des professionnels de santé formés

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
4.5.1 S'assurer que le personnel des services sociaux et de santé, y compris les bénévoles, a les compétences nécessaires pour renforcer la confiance et la capacité maternelles à allaiter, et pour apporter un soutien efficace	Autorités, agences et organisations sociales et de santé concernées, professionnels de santé	Vérifier le nombre des membres du personnel et des bénévoles compétents pour soutenir efficacement l'allaitement
4.5.2 Encourager et aider le personnel à acquérir des aptitudes spécialisées dans la résolution des problèmes d'allaitement pour assister les mères qui rencontrent des difficultés particulières dans leur allaitement	Autorités sanitaires concernées, responsables des services de santé, professionnels de santé	Spécialistes, tels que consultants en lactation IBCLC, formés et affectés dans les établissements
4.5.3 Garantir que les services de soutien à l'allaitement, y compris l'aide fournie par des consultants en lactation qualifiés ou d'autres membres du personnel de santé pourvus des compétences adéquates quand elle s'avère nécessaire, sont à la portée de toutes les mères, y compris financièrement	Autorités, agences et organisations sociales et de santé compétentes, fournisseurs d'assurance santé	Les systèmes de santé nationaux et/ou les compagnies d'assurance-maladie complémentaire couvrent le coût des services de soutien à l'allaitement, notamment des services des consultants en lactation

4.5.4	Apporter une assistance spécifique, là où elle est nécessaire, aux mères, pour qu'elles fournissent ou acquièrent du lait maternel pour leurs nourrissons prématurés ou malades, y compris une aide pour le transport et le logement si le bébé est hospitalisé loin de son domicile, et l'accès à une banque de lait accréditée	Autorités, agences et organisations sociales et de santé concernées	Assistance et soutien apportés, sans surcoût pour la mère
4.5.5	Etablir des centres nationaux et régionaux de référence pour l'allaitement, comportant l'accès gratuit aux ressources du réseau internet, afin de les utiliser comme centres de documentation pour les professionnels de santé et les mères,	Autorités sanitaires nationales et régionales, comités d'allaitement	Centres mis en place, accès à l'information diffusé à tous les groupes concernés

4.6 Soutien par des conseillers non professionnels formés et par les groupes de soutien de mère à mère

	Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
4.6.1	Encourager la mise en place et/ou assurer une plus large couverture du soutien offert par les conseillers non professionnels formés et les groupes de soutien de Màm, en particulier pour les femmes les moins susceptibles d'allaiter	Autorités sanitaires concernées, conseillers non professionnels (<i>peer counsellors</i>), groupes de soutien de mère à mère	Formation/mise en place des conseillers non professionnels et des groupes de soutien de Màm là où besoin est
4.6.2	Mettre au point ou réviser/mettre à jour les programmes (contenus, méthodes, documents, durée) pour la formation des conseillers en allaitement et des responsables de groupes de soutien de Màm	Conseillers non professionnels (<i>peer counsellors</i>), groupes de soutien de mère à mère	Programme et standards de compétence mis à jour/révisés ou mis au point
4.6.3	Renforcer la coopération et la communication entre les professionnels de santé travaillant dans différents établissements de santé, les conseillers en allaitement formés et les groupes de soutien de Màm	Autorités sanitaires compétentes, professionnels de santé, conseillers non professionnels (<i>peer counsellors</i>), groupes de soutien de mère à mère	Procédures mises en place pour faciliter l'utilisation efficace de l'expertise en allaitement institutionnelle et bénévole

4.7 Soutien dans la famille, dans la communauté et sur le lieu de travail

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
4.7.1 Donner une information et un soutien adéquats aux mères qui allaitent, à leurs conjoints et leurs familles, y compris les coordonnées des réseaux de soutien pour l'allaitement reconnus, tant institutionnels que bénévoles	Autorités sanitaires et sociales compétentes, professionnels de santé, conseillers non professionnels (<i>peer counsellors</i>), groupes de soutien de mère à mère	Information et soutien donnés systématiquement aux mères qui allaitent et à leurs conjoints
4.7.2 Favoriser le soutien par la famille par une éducation du public et des projets locaux, et dans le cadre de programmes communautaires fondés sur la collaboration entre les prestataires de services communautaires bénévoles et institutionnels	Autorités sanitaires et sociales compétentes, professionnels de santé, conseillers non professionnels (<i>peer counsellors</i>), groupes de soutien de mère à mère	Projets locaux et communautaires inter-sectoriels mis en place
4.7.3 Repérer et répondre aux besoins de soutien spécifique des primipares, immigrées, adolescentes, mères célibataires, femmes à faible niveau d'études et d'autres encore qui sont moins susceptibles d'allaiter, y compris les mères qui ont vécu une expérience d'allaitement difficile et infructueuse	Autorités sanitaires et sociales compétentes, professionnels de santé, conseillers non professionnels (<i>peer counsellors</i>), groupes de soutien de mère à mère	Groupes sociaux aux besoins d'information et de soutien spécifiques identifiés et mise en place d'une réponse appropriée à leurs besoins
4.7.4 Encourager les politiques et établissements qui permettent aux mères d'allaiter dans tous les endroits publics, et protéger le droit des femmes à allaiter quels que soient le moment ou l'endroit où elles en éprouvent le besoin	Gouvernements nationaux et régionaux, autorités sanitaires et sociales concernées	Politiques/aménagements permettant et soutenant l'allaitement en public adoptés et promulgués

5. *Contrôle et évaluation*

Pour garantir l'efficacité d'un Plan d'action, les processus de surveillance doivent faire partie intégrante de son application. Pour garantir la comparabilité des taux d'allaitement, leur suivi doit s'effectuer suivant des méthodes de collecte de données universellement harmonisées. L'OMS recommande que soient utilisées les définitions de l'allaitement suivantes :^{21,22}

- allaitement maternel exclusif : l'enfant reçoit exclusivement du lait maternel provenant de sa mère ou d'une autre femme qui l'allait, ou du lait maternel exprimé, et aucun autre liquide ou solide à l'exception de gouttes ou de sirops consistant en vitamines, suppléments minéraux ou médicaments
- allaitement maternel prédominant : la principale source nutritionnelle de l'enfant est le lait maternel ; néanmoins il peut recevoir de l'eau et d'autres boissons à base d'eau ; des sels de réhydratation orale, vitamines, minéraux et médicaments sous forme de gouttes et de sirops, et des liquides rituels (en quantité limitée). A l'exception des jus de fruits et de l'eau sucrée, aucun liquide à base d'un aliment n'est autorisé sous cette définition.^o
- alimentation complémentaire : le nourrisson reçoit à la fois du lait maternel et de la nourriture solide (ou semi-solide).
- pas d'allaitement maternel: le nourrisson ne reçoit pas de lait maternel.

Les statistiques pour ces catégories d'alimentation peuvent être collectées pour n'importe quel âge. Par exemple, les données peuvent être collectées 48h après la naissance (période de rappel: depuis la naissance) que la naissance ait lieu à l'hôpital ou à domicile, et aux alentours de l'âge de 3, 6 et 12 mois (période de rappel : les 24h précédentes ; on considère qu'il est plus difficile pour les mères d'avoir un souvenir précis du régime alimentaire de leur nourrisson sur des périodes plus longues).

On accepte généralement que relever des données sur l'allaitement rassemblées suivant des périodes de rappel de 24 à 48 h est moins précis que le relevé suivant des méthodes plus intensives (par exemple chaque semaine) et longitudinalement depuis la naissance. Pour des motifs d'investigation, néanmoins, c'est-à-dire dans le but de produire des statistiques globales sur l'évolution des pratiques d'allaitement en cours, les données collectées à un moment donné représentent le meilleur compromis entre la précision et la faisabilité. Si les données étaient requises pour des motifs de recherche, une méthode longitudinale de collecte de données serait exigée.

Il est reconnu également que les définitions de l'allaitement proposées par l'OMS ne permettent pas d'établir des distinctions plus précises ; par exemple, elles classeraient dans « alimentation complémentaire » aussi bien la mère qui donne occasionnellement un biberon de lait artificiel, et par conséquent allaite presque complètement, que celle qui donne occasionnellement le sein, et par conséquent nourrit presque exclusivement au lait artificiel. De plus, la définition OMS de l'alimentation complémentaire ne permet pas de distinguer s'il est fait usage de lait artificiel ou non. Les systèmes d'investigation, ou plus souvent la recherche opérationnelle, soucieux de mieux appréhender les différents modèles d'alimentation infantile, peuvent ajouter des catégories supplémentaires aux définitions OMS, à condition d'utiliser ces définitions pour les comparaisons entre les différents pays.

La collecte de données peut se faire sur la base de toute la population, c'est-à-dire être intégrée dans les processus nationaux et régionaux de surveillance de la santé maternelle et

^o La somme de l'allaitement exclusif et de l'allaitement prédominant est appelée allaitement complet.

infantile et de sécurité sociale. Pour exploiter les données obtenues de cette manière, la précision (voir paragraphe précédent), la relative exhaustivité des collections de données obtenues, et le fait qu'elles soient publiées en temps utile sont d'une importance cruciale. La collecte de données peut être aussi représentative de la population sur la base de résultats d'enquêtes, conduites à intervalles réguliers. Dans ce cas, les échantillons doivent être représentatifs de la population cible, et la taille des échantillons calculée de manière à permettre les comparaisons entre les sous-groupes de population et les enquêtes ultérieures, si tels sont les objectifs d'une enquête planifiée.

La version actuelle (février 2004) de la liste des Indicateurs de santé de la Communauté Européenne^P comprend:

- allaitement et allaitement exclusif à 48h ;
- allaitement et allaitement exclusif à 3 et 6 mois ;
- allaitement à 12 mois;

comme il est recommandé par les autres projets de l'Union Européenne (projets Périnatalité, Enfant, Santé publique et Nutrition). Ce libellé n'est cependant pas encore suffisant pour uniformiser les définitions et les méthodes de collecte de données. Un travail de concertation est nécessaire pour élaborer un consensus et parvenir à des instructions pratiques.

Le contrôle et l'évaluation des pratiques dans les services sociaux et de santé, et de la mise en oeuvre des politiques, lois et règlements, devraient être également une partie intégrante du Plan d'action. Les critères d'évaluation des pratiques seront adaptés au contexte local et à la stratégie d'intervention. Néanmoins, il est utile d'inclure au moins quelques critères universels, pour garantir une certaine comparabilité, à l'intérieur des différents pays et entre eux, tels que ceux mis en place par l'OMS et l'UNICEF pour l'IHAB, par exemple. Certains standards de pratique en ce qui concerne l'allaitement et des indicateurs de performance peuvent être inclus dans les systèmes d'accréditation des services de santé et dans le suivi de mise en oeuvre des politiques nationales.

5.1 Taux d'allaitement

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
5.1.1 Mettre au point un système de surveillance basé sur des définitions et méthodes standardisées universellement admises	Ministères et autorités compétents, instituts nationaux de statistiques, comités d'allaitement	Système d'évaluation mis au point, données collectées et analysées régulièrement
5.1.2 Rassembler en plus des données sur l'allaitement, des informations sur l'âge de la mère et d'autres variables sociales qui pourront aider à repérer les inégalités et les groupes socialement défavorisés	Ministères et autorités compétents, instituts nationaux de statistiques	Autres variables pertinentes incluses dans le système de collecte de données
5.1.3 Publier et diffuser les résultats, et les utiliser pour la planification ultérieure d'initiatives en faveur de l'allaitement	Ministères et autorités compétents, instituts nationaux de statistiques, comités d'allaitement	Résultats publiés, diffusés et utilisés pour re-planifier, sans oublier l'engagement à résoudre les inégalités identifiées

^P http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/docs/ev_20040219_rd04_en.pdf

5.2 Pratiques des services sociaux et de santé

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
5.2.1 Rédiger des protocoles et promouvoir des procédures pour l'évaluation régulière des pratiques hospitalières et des pratiques dans le système de soins primaires, sur la base des critères du modèle de pratique optimale élaboré pour l'IHAB par l'OMS et l'UNICEF et par les comités régionaux/nationaux	Ministères et autorités pertinents, comités IHAB et agences d'accréditation	Protocoles et procédures pour l'évaluation régulière en place pour toutes les maternités, tous les établissements de soins primaires et de soins infantiles
5.2.2 Mettre en place des procédures de questionnaires de satisfaction systématiques pour les patientes/clientes afin de déterminer la qualité de l'information délivrée et du soutien apporté dans les services de maternité, les services de pédiatrie et les cabinets de soins primaires	Directeurs d'hôpitaux et cabinets de soins primaires, agences d'accréditation	Procédures de questionnaires de satisfaction systématiques instaurés et protocoles mis en place afin de réformer si elles se font jour des pratiques inadéquates
5.2.3 Surveiller régulièrement et évaluer le taux de couverture, le niveau et l'efficacité des documents et activités d'IEC	Autorités sanitaires compétentes, coordinateurs et comités d'allaitement	Couverture générale de haute qualité, documents IEC régulièrement révisés à destination des professionnels de santé concernés et des usagers des services de soins de maternité et de soins infantiles
5.2.4 Contrôler la pertinence des connaissances du public, les attitudes et les pratiques au sujet de l'importance de l'allaitement, les façons de le soutenir et de le protéger	Responsables de la santé, des services sociaux et du secteur de l'éducation compétents	Enquêtes élaborées, menées et leurs résultats publiés
5.2.5 Contrôler l'étendue du champ d'action et l'efficacité de la formation continue	Responsables FMC, comités d'allaitement, associations professionnelles	Evaluation de l'adéquation, de la qualité et de la couverture de la formation
5.2.6 Publier et diffuser les résultats et les utiliser pour la planification ultérieure d'initiatives en faveur de l'allaitement	Ministères et autorités sanitaires compétents, instituts nationaux de statistiques, comités d'allaitement	Résultats publiés, diffusés et utilisés pour re-planifier, sans oublier un engagement à résoudre les problèmes recensés

5.3 Code international, lois et règlements

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
5.3.1 Etablir un système de surveillance, indépendant des intérêts commerciaux, qui ait la responsabilité de contrôler le respect du Code, d'enquêter sur les infractions et si nécessaire d'engager des poursuites, de même que de fournir des informations au public et aux autorités compétentes sur toute infraction portée devant les juridictions concernées	Ministères et autorités sanitaires compétents, coordinateurs et comités d'allaitement, associations de consommateurs	Procédures de surveillance installées et opérationnelles, publication régulière et diffusion des suites données aux infractions au Code international relevées
5.3.2 Surveiller l'application, dans les secteurs privé et public, de la législation et de la réglementation nationale, y compris les lois de protection de la maternité, relatives à l'allaitement ^q	Gouvernements nationaux et régionaux, organisations patronales, syndicats, ONG d'intérêt général, associations professionnelles	Surveillance effectuée, publication régulière des plaintes et de leurs suites

6. Recherche

L'élaboration du Plan d'action, et plus précisément de la revue de la littérature concernant les interventions,¹⁵ met en lumière la nécessité de mener des recherches supplémentaires sur les effets sur les pratiques d'allaitement des interventions selon qu'elles sont utilisées seules ou de manière combinée. En particulier, il est nécessaire d'élucider l'effet des pratiques commerciales visées par le Code international, d'une législation de protection de la maternité plus étendue, de différentes approches d'IEC, et en général des initiatives de santé publique qui ne peuvent être évaluées à travers des essais comparatifs randomisés.²³ En alternative, la randomisation peut être appliquée aux groupes et aux communautés, davantage qu'aux individus. Cependant, même cette méthode est rarement applicable. D'autres types de modèles d'études comparatives devraient être appliqués dans ce cas, comme des essais comparatifs non randomisés ou des études historiques avant/après comparant des zones géographiques^{24,25} ou des groupes particuliers de la population. Il est également nécessaire de faire davantage de recherche sur le rapport coût/bénéfices, le rapport coût/efficacité, et la faisabilité des différentes interventions.

^q Les gouvernements et les secteurs publics devraient de manière générale montrer l'exemple dans ce domaine

La qualité des méthodes de recherche a besoin d'être considérablement améliorée, en particulier en ce qui concerne:

- la cohérence dans l'utilisation des définitions standards des catégories d'allaitement (y compris les périodes de rappel) et des autres variables ;
- l'utilisation de critères pertinents pour le recrutement des sujets pour les études (critères d'inclusion et d'exclusion; pas d'auto-sélection)
- l'utilisation, quand cela est applicable, d'un modèle expérimental pertinent (essai comparatif randomisé et analyse en intention de traitement)
- l'utilisation des moyens appropriée et de tailles d'échantillons compatibles avec les objectifs de la recherche menée (par exemple détecter une portée statistique significative avec des intervalles de confiance étroits)
- traitement approprié des variables confondantes avec une analyse factorielle adéquate (données collectées sur une base exhaustive)
- l'utilisation de méthodes qualitatives pertinentes quand nécessaire

Pour mener la recherche, il est important de prendre en considération qu'il n'est ni possible ni éthiquement acceptable d'assigner au hasard les mères à l'allaitement ou au non-allaitement. L'évaluation de l'efficacité des services de soutien aux mères, y compris le soutien de Màm, devrait être aussi abordée avec prudence, en particulier si elle est effectuée rétrospectivement, pour la raison que les usagers de ces services sont généralement les groupes sociaux les plus susceptibles d'allaiter et que leur recrutement est endogène. La recherche prospective dans ce domaine devrait également être abordée avec prudence à cause du grand nombre de variables confondantes impliquées.

Des règles de conduite éthique pour la recherche sur l'allaitement et l'alimentation infantile effectuées par les autorités sanitaires, facultés de médecine, écoles de professions de santé, et associations professionnelles devraient garantir l'indépendance de tout intérêt commercial et de toute conflit d'intérêt. La divulgation et le traitement des conflits d'intérêt potentiels chez les chercheurs sont d'une importance capitale.

6.1 Recherche

Objectifs	Responsabilité	Effets et résultats
6.1.1 Encourager et soutenir la recherche sur l'allaitement fondée sur des priorités et un programme convenus, libres de toute compétition et de tout intérêt commercial	Commission Européenne, gouvernements, instituts de recherche, comités d'allaitement	Budget annuel pour la recherche et sa distribution; nombreux projets de recherche et publications
6.1.2 Soutenir et garantir des échanges intensifs d'expertise en recherche sur l'allaitement, au sein des instituts de recherche des Etats membres	Commission Européenne, gouvernements, instituts de recherche, comités d'allaitement, associations professionnelles	Nombreux projets et publications réalisés en collaboration

VI. Références

1. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Pan American Health Organization, Washington DC, 2002. http://www.paho.org/English/HPP/HPN/Benefits_of_BF.htm
2. A warm chain for breastfeeding. Lancet 1994;344:1239-41
3. Assemblée générale des Nations Unies. Convention relative aux Droits de l'enfant. New York, 1989. <http://www.unicef.org/crc/crc.htm>
4. Organisation Mondiale de la Santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant., Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2003. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gsiy.pdf
5. Assemblée Mondiale de la Santé. Code International de Commercialisation des substituts du lait maternel. OMS, Genève, 1981. http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF
6. UNICEF/OMS. Déclaration d'Innocenti. Florence, 1990. <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
7. OMS/UNICEF. Promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement: le rôle spécifique des services de maternité. OMS, Genève, 1989.
8. FAO/OMS. Déclaration mondiale et Plan d'action pour l'alimentation. FAO/OMS, Rome, 1992. http://www.who.int/nut/documents/icn_declaration.pdf
9. Interagency Working Group on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Infant and young child feeding in emergencies: operational guidance for emergency relief staff and programme managers. Emergency Nutrition Network, 2001. <http://www.enonline.net/ife/ifeops.html>
10. OMS/EURO. The first action plan for food and nutrition policy. WHO European Region 2000-2005. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, 2001. <http://www.euro.who.int/Document/E72199.pdf>
11. Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe: science and policy implications. Public Health Nutr 2001;4:265-73
12. Société Française de Santé Publique. Santé et alimentation humaine: éléments pour une action européenne. Nancy, 2000.
13. EU Council. Resolution 14274/00. Brussels, 2000. <http://register.consilium.eu.int/pdf/en/00/st14/14274en0.pdf>
14. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2003. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
15. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: review of interventions. European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2004. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
16. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 1997;100:1035-9
17. Commission Européenne. Directive 91/321/CEE. CEE, Bruxelles, 1991.

18. Organisation Internationale du Travail. Convention de protection de la maternité C183. OIT, Genève, 2000. <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183>
19. Michaelsen KF, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children. WHO Regional Publications, European Series n. 87 ed. Copenhagen, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2000
20. OMS/UNICEF/UNAIDS/UNFPA. HIV and infant feeding: a guide for health care managers and supervisors. OMS, Genève, 2003. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_MS.pdf
21. Organisation Mondiale de la Santé. Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Indicators for assessing breastfeeding practices. OMS, Genève, 1991. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.PDF
22. Organisation Mondiale de la Santé, Unicef. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. OMS, Genève, 1993.
23. Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *Am J Public Health* 2004;94:400-5
24. Campbell M, FitzPatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;321:694-6
25. Des J, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health* 2004;94:361-6