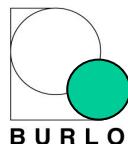




European
Commission
Directorate Public
Health and Risk
Assessment



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 (révision 2008)

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

Révisé par les participants du projet:
**Promotion de l'allaitement en Europe:
Mise en oeuvre pilote du Plan d'action**
(EU Project Contract N. SPC 2004326)

Adresse pour la correspondance:
Adriano Cattaneo
Unit for Health Services Research and International Health
IRCCS Burlo Garofolo
Via dell'Istria 65/1
34137 Trieste, Italy
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 (révision).
European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2008.
Il peut être téléchargé à cette adresse:
http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/action3_2004_18_en.print.htm or
http://www.burlo.trieste.it/?M_Id=5/M_Type=LEV2

Table des matières	Pages
Avant-propos	4
Préface de l'édition 2004	6
Résumé	7
I. Introduction.....	10
II. Panorama de la situation actuelle.....	15
III. Les déterminants de l'allaitement	18
IV. Examen de la revue de littérature concernant les interventions	20
V. Le Plan d'Action.....	22
1. Politiques et programmes, gestion et financement.....	22
2. Communication pour des changements de comportements et d'attitudes	25
3. Formation.....	27
4. Protection, promotion et soutien.....	28
5. Contrôle et évaluation.....	32
6. Recherche.....	34
VI. Actions à mettre en oeuvre.....	36
1. Politiques et programmes, gestion et finances	36
2. Communication pour des changements de comportements et d'attitudes	38
3. Formation.....	40
4. Protection, promotion et soutien.....	41
5. Contrôle et évaluation.....	48
6. Recherche.....	49
Références	50
Auteurs et relecteurs	54
Annexe 1. La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.....	58
Annexe 2. Le Code international de Commercialisation des substituts du lait maternel	60
Annexe 3. La Déclaration Innocenti	62
Annexe 4. L'Initiative Hôpital - Ami des Bébés	65
Annexe 5. Les plans d'actions pour l'alimentation et la nutrition de l'OMS/EURO.....	67
Annexe 6. La convention 183 de l'OIT sur la protection de la maternité	68
Annexe 7. Gabarit pour analyser la situation	70
Annexe 8. Modèle d'une politique nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	77
Glossaire	79

Abréviations

AMS	Assemblée mondiale de la santé
CCCA d'attitudes	Communication pour des changements de comportements et
CDE	Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant
EUNUTNET	European Network for Public Health Nutrition: Networking, Monitoring, Intervention and Training Réseau européen pour l'alimentation en santé publique
EURODIET	Plan Nutrition Santé Européen
FAO	Food and Agriculture Organization (Organisation pour l'alimentation et l'agriculture)
HAB	Hôpital Ami des bébés
IBCLC certifié(e) par le Bureau International	International Board Certified Lactation Consultant (Consultant(e) en lactation certifié(e) par le Bureau International)
IBLCE d'Examen des Consultant(e)s en Lactation	International Board of Lactation Consultant Examiners (Bureau International d'Examen des Consultant(e)s en Lactation)
ICAB	Initiatives Communautaires Ami de Bébés
IHAB	Initiative Hôpital Ami des bébés
ONU	Organisation des Nations Unis
OIT	Organisation internationale du travail
ODM	Objectifs de développement du millénaire
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMS/EURO	Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
ONG associative)	Organisation non gouvernementale (internationale, nationale, régionale, locale,
SMAM	Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus d'Immunodéficience humaine

*L'équipe du projet tient à remercier tout particulièrement
Henriette Chamouillet, Camilla Sandvik, Mariann Skar et Claire Dabin,
Direction Générale Santé Publique et Evaluation des Risques et Agence exécutive
pour la Santé Publique, Commission Européenne, pour leur soutien tout au long des
deux projets .*

Avant-propos

le Plan d’Action^a 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. Bien que basé sur une analyse approfondie de la situation, sur un examen de la revue de la littérature concernant les interventions efficaces, sur le rapports d’expériences positives au niveau national ou local et sur le consensus de centaines d’individus ou groupes tous engagés pour la protection, la promotion et le support de l’allaitement maternel à travers l’Europe, le document n’était que le résultat d’un travail académique. Au moment où le Plan d’Action a été présenté personne ne pouvait connaître son utilité comme modèle et guide dans la planification nationale ou locale.

D'où la décision de soumettre un deuxième projet pour tester l'utilité du Plan d’Action. Le projet, accepté et financé par la Commission Européenne, commença en mai 2005 dans 8 pays (ou régions) : Belgique, Danemark, France (Rhône-Alpes), Irlande, Italie (Toscane), Lettonie, Luxembourg et Pologne (Lublin).

Quelques pays ou régions avaient déjà une politique et un plan pour la protection, la promotion et le soutien de l’allaitement maternel en place ; d’autres devaient partir de zéro. Quelques pays avaient des activités en cours depuis des années, d’autres étaient en retard comme démontré par les grandes différences dans les taux d’initiation et de durée de l’allaitement maternel. Tous projetaient de développer ou de réviser leurs politiques et plans en espérant d'accroître l'efficacité de leurs interventions et d'améliorer les taux d'allaitement et l'expérience des mères qui allaitent.

La mise en place du projet a rencontré des difficultés de différentes natures dans les pays et régions impliqués comme décrit dans le rapport.^b Il y a eu accélération de l'avancement du projet dans tous les régions et pays participants, bien que la vitesse et les résultats n'étaient parfois pas à la hauteur des attentes. Cependant dans tous les pays et toutes les régions, le Plan d’Action a prouvé son utilité comme guide pour l'évaluation de la situation et le développement ou la révision des politiques et plans, ou pour la coordination d'activités mises en œuvre à différents niveaux du système de santé et des services sociaux,, là où cela n'a pas été une réussite.

Basées sur ces expériences le Plan d’Action a été révisé et mis à jour. Le contenu du document original a été jugé solide et le Plan d’Action révisé ne diffère pas substantiellement du premier. Cependant la façon de présenter le contenu a été changée pour faciliter l'usage du Plan d’Action comme outil de planification par deux groupes d’usagers :

- Les décideurs en matière de recommandations de santé qui ne sont pas nécessairement des experts en allaitement maternel et qui sont impliqués dans le développement et la révision de plans d’actions et qui ont une influence considérable pour la mise en route et le progrès et qui ont besoin d'une information sur l’arrière-plan et les principes du Plan d’Action.
- Les professionnels directement impliqués dans le développement et la révision de plans d’actions qui ont besoin d'un guide pratique pour les différentes étapes du processus de

^a Download from http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_18_en.pdf

^b Download from http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/action3_2004_18_en.print.htm

planification.

Voici les changements opérés dans la séquence des chapitres ainsi que les parties qui ont été changées ou auxquelles on a ajouté du contenu :

- L'introduction originale se référait à des documents qui n'étaient pas connus par la majorité de ceux impliqués dans la planification. Ces documents sont maintenant résumés dans les annexes.
- Un sous-chapitre nommé: « Quelles difficultés ont été identifiées lors la mise en œuvre du Plan d'action dans la phase pilote ? » a été ajouté.
- Le panorama de la situation actuelle a été mis à jour avec les nouvelles données recueillies par le même questionnaire que dans le projet précédent.
- Quelques petits changements ont mis à jour les informations contenues dans les chapitres sur les déterminants de l'allaitement maternel et l'examen de la revue de la littérature concernant les interventions.
- Des documents importants et utiles sur des politiques de nutrition infantile et des jeunes enfants parus après 2004 ont été ajoutés et référenciés.
- Le texte principal du Plan d'action débute avec quelques indications sur la méthode à appliquer pour faire une analyse de la situation. Pour cette raison un outil utilisé durant le projet pilote et dérivé du Plan d'action original a été ajouté dans une annexe.
- La section Politiques et programmes, gestion et financement inclut des paragraphes sur le développement d'une politique (avec une politique modèle en annexe) et la publication de recommandations pratiques (avec une référence pour des lignes directrices élaborées durant le projet).
- La section sur la planification est maintenant suivie par quelques indications comment établir les priorités et définir les objectifs. La section sur la gestion et le financement a été élargie et complétée avec quelques indications pour le contrôle et l'évaluation.
- Les termes “ information, éducation, communication” ont été remplacés partout dans le texte par “ Communication pour des changements de comportements et d'attitudes ” qui décrivent mieux les objectifs et les activités regroupés dans ce chapitre.
- Les sections sur la formation, la protection, la promotion et le soutien sont restées quasiment inchangées avec juste quelques changements de mots et de petites mises à jour.
- Toutes les présentations avec les objectifs recommandés, les responsabilités, les effets et résultats ont été déplacées après le texte pour en faciliter la lecture et pour regrouper toutes les présentations pour s'y retrouver plus facilement.
- La section sur le contrôle et l'évaluation a été mise à jour et améliorée et le contenu des présentations a été regroupé avec les activités auxquelles elles se rapportent.
- La liste des auteurs et relecteurs a été déplacée après les références qui ont été mises à jour et un glossaire clôture le Plan d'action derrière les annexes.

Le Plan d'action que le lecteur trouve sur les pages suivantes ne présente pas de différence substantielle avec le document original, ce qui confirme le fait qu'il était basé sur un savoir, une pratique et une expérience solide et judicieuse. Espérant que cette révision fait du Plan d'action un outil plus facile à manier pour tous ceux qui sont intéressés à améliorer la santé et la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants en Europe.

Note. Les personnes qui utilisent la version électronique auront la possibilité, en cliquant [ctrl + click](#) sur les mots [soulignés en bleu](#), d'accéder à la section du document auquel il est fait référence par ces mots soulignés.

Préface de l'édition 2004

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

Ancien Commissaire Européen pour la Santé et la Protection du Consommateur

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. La déclaration d'Innocenti de 2005 souligne davantage les action clés dont on a besoin pour garantir le meilleur départ dans la vie aux enfants et pour mettre en œuvre les droits humains des générations actuelles et futures.

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. Ceci est en accord avec les actions envisagées par le second Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition 2007-2012 de l'OMS-Europe.

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 essentiels 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.

Politique et programmes, gestion et finances

Une politique nationale globale devrait se baser sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et sur le premier et le second Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition 2007-2012 de l'OMS-Europe et s'intégrer aux politiques nationales, générales de santé et de nutrition. Afin de réduire les inégalités, il peut être nécessaire d'intégrer dans ces politiques nationales des recommandations 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 et les recommandations standards telles que celles proposées par le projet EUNUTNET. Toutes ces politiques de santé et de nutrition ainsi

que les recommandations pratiques devraient être développées sans interférence ou pression commerciale pour éviter les conflits d'intérêt, pour éviter tout risque d'influence sur l'intégrité des décisions professionnelles et pour éviter la perte de confiance du public dans les décisions des professionnels. 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.

Communication pour des changements de comportements et d'attitudes

Une communication adéquate pour des changements de comportements et d'attitudes est d'une importance décisive pour re-créer une culture de l'allaitement dans des pays où l'alimentation artificielle a été considérée comme la norme pendant plusieurs années ou pour plusieurs générations. La Communication pour des changements de comportements et d'attitudes (CCCA) à destination des individus et des communautés doit être cohérente à tous les niveaux, en accord avec les politiques, les recommandations et les lois, ainsi que cohérente avec les pratiques en usage dans les services sociaux et de santé. Les futurs et les jeunes parents ont droit à une information indépendante, 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.

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.

Protection, promotion et soutien

La protection de l'allaitement dépend dans une large mesure de l'application effective du Code International de Commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions subséquentes de l'AMS, 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. Toutes les activités de protection, de promotion et de soutien devraient être destinées en particulier aux femmes, dont la probabilité d'allaiter est la plus faible, et à leurs familles.

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 sur une liste standard d'indicateurs, qui contient des définitions et des méthodes basées sur les recommandations mondiales de l'OMS pour permettre la comparaison au niveau international. 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 de la communication pour des changements de comportements et d'attitudes et de la portée et de l'efficacité de la formation, selon des critères uniformisés, devrait également faire partie intégrante des programmes d'action. Les résultats de ces contrôles et évaluations doivent être pris en compte pour la re-planification.

Recherche

L'effet des pratiques de commercialisation visées par le Code International de Commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions subséquentes de l'AMS, doit être explicité par la recherche, ainsi que l'effet d'une législation plus complète sur la protection de la maternité, les répercussions des différentes approches et interventions de communication pour des changements de comportements et d'une manière générale, de toutes les 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 de recherche 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.

I. Introduction

La protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel devront être une priorité de santé publique en Europe. 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, y incluant la prévention d'infections, de la surcharge pondérale, de l'obésité, des cancers et d'autres maladies chroniques.²⁻⁶
- L'allaitement n'est pas promu et soutenu de manière optimale dans certains services de santé et certaines institutions sociales. 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.^{7,8}. En conséquence, les enfants européens ne bénéficient pas tous des avantages multiples que l'allaitement offre pour un départ idéal dans la vie.
- Des taux faibles et un arrêt précoce de l'allaitement, particulièrement dans les milieux sociaux défavorisés ou marginalisés 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.⁹⁻¹¹

“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“ 12

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,¹³, 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 (annexe 1), adoptée par tous les Etats membres à la 55^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) en mai 2002 et par le bureau exécutif de l'UNICEF en septembre 2002.¹⁴ La

Stratégie mondiale s'appuie sur le Code International de Commercialisation des substituts du lait maternel¹⁵ et les résolutions AMS ultérieures pertinentes (annexe 2);^c; la Déclaration d’Innocenti de 1990 sur la protection, la promotion et le soutien de l’allaitement maternel (annexe 3);¹⁶ et l’initiative conjointe OMS /UNICEF Hôpital ami des bébés (annexe 4).¹⁷ L’urgence d’agir sur les objectifs de la stratégie mondiale est mis davantage en avant par la déclaration d’Innocenti de 2005 (annexe 3).¹⁸ La stratégie mondiale s’aligne à la Déclaration Mondiale et du Plan d’Action pour l’Alimentation de la FAO/OMS de 1992,¹⁹ et au premier et au second plan d’action pour l’alimentation et la nutrition de l’OMS/Europe (annexe 5),^{20,21} ce sont des objectifs auxquels tous les pays membres de l’UE ont souscrits.

La Stratégie mondiale prête une attention particulière aux besoins spécifiques des enfants en situation difficile^d (nouveau-nés de faible poids de naissance, enfants mal nourris, victimes d’urgences naturelles et humaines, bébés nés de mères séropositives, enfants de familles en difficultés) et comprend des recommandations pour la sécurité alimentaire de l’alimentation complémentaire apportée au bon moment et adéquate. Il est recommandé que les pays de l’UE et/ou les associations basées dans l’UE suivent les lignes directrices pour la nutrition infantile lors d’urgences lorsqu’ils fournissent une aide humanitaire à d’autres pays ou un soutien nutritionnel aux réfugiés et demandeurs d’asile dans les pays de l’UE.^{22e}

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.²³ 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.²⁴ 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.²⁵

La protection, la promotion et le soutien de l’allaitement maternel ont des conséquences sociales et économiques en sus des conséquences pour la santé. Dans beaucoup de pays à revenu élevé, les coûts qui incombent aux services de santé pour le traitement de maladies et de conditions qui peuvent être évitées par l’allaitement maternel sont estimés à plusieurs milliers d’euros par enfant et par an.²⁶⁻²⁹

A ces coûts les familles doivent ajouter des centaines d’euros pour l’achat des substituts du lait maternel et les coûts indirects des soins de santé.^{30,31}

L’alimentation avec les substituts du lait maternel a aussi un impact sévère sur l’environnement par la production agro-laitière, la fabrication industrielle du produit et sa distribution, par le besoin d’énergie tout au long de la chaîne de production, de transport et de consommation et par la gestion du volume énorme de déchets. Finalement l’allaitement est souvent mentionné dans les rapports de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l’OMS comme un facteur qui peut contribuer à la réduction d’inégalités sur le plan national et mondial.^{32,33}

Ce Plan d’action pour l’allaitement maternel en Europe, avec les documents qui lui sont joints^{34,35}, vient à la suite logique de ces projets, propositions, résolutions, politiques et programmes d’action. Il offre un outil concret, dans le but de réaliser les objectifs de toutes ces initiatives

^c The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and the subsequent relevant WHA Resolutions are jointly referred to in this document as the International Code.

^e Pour d’autres documents sur ces thèmes voir: <http://www.ennonline.net/ife/view.aspx?resid=6>.

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.^{2,14} 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 chaque étape du Plan d'action est consolidé par:

- Une politique, une programmation, une gestion et un financement efficace ;
- Une communication de haut niveau et de qualité pour le changement d'attitudes et de comportement ;
- Une formation initiale et continue des professionnels de santé appropriée avec une supervision qui soutient ;
- Une évaluation et un contrôle de toutes les initiatives mises en œuvre au moment opportun.

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.³⁵ 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 préconise quelques stratégies d'action particulières impliquant l'Europe dans son ensemble comme celles liées à la commercialisation des substituts du lait maternel, la position de l'Union Européenne aux réunions du Codex Alimentarius, et la recherche. Pour d'autres actions stratégiques, le Plan d'action reconnaît qu'une action au niveau de l'Europe nécessiterait la fusion des structures diverses et des méthodes de financement, extraordinairement nombreuses, qui existent dans tous les pays, ce qui sera une chose impossible dans un délai restreint. 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 compte des ressources disponibles, budgets, structures, ressources humaines et d'organisation.

Comment le 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 représentantes des utilisatrices de ces services. 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. La version actuelle a été révisée durant le Projet : « Promotion de l'allaitement en Europe: mise en oeuvre pilote du Plan d'action » comme décrit dans l'avant-propos.

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 des mères, l'assistance publique, l'éducation et les domaines annexes 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 original est également disponible pour informer le public et les media.^f

Comment utiliser le Plan d'action ?

Il est recommandé aux autorités régionales et nationales de santé publique, des affaires sociales et de l'éducation d'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, y compris dans 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

^f See http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a3_18_en.pdf

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.

Quelles difficultés ont été identifiées lors la mise en œuvre du Plan d'action dans la phase pilote ?

Dans certaines situations les décideurs en matière de recommandations de santé publique n'étaient pas familiers avec le sujet et les documents qui sont en relation avec celui-ci. Ceci a créé des malentendus par exemple sur la priorité des actions-clés et leur mise en œuvre. D'autre part les professionnels de santé et les représentants des ONGs ne comprenaient parfois pas le point de vue de gestion et de financement des décideurs en matière de recommandations de santé publique. Il y a eu quelques difficultés avec la présentation du premier Plan d'action, ce qui le rendait difficile à appliquer de façon séquentielle, mais la révision en a tenu compte. Ceci s'appliquait spécialement au chapitre sur le contrôle et l'évaluation. Les usagers estiment qu'il est préférable d'intégrer les indications sur les effets et résultats et les indications sur les responsables en charge de les contrôler dans les tableaux avec les activités plutôt que de les laisser dans un chapitre à part.

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 (avec des accroissements significatifs pour l'initiation, l'exclusivité et la durée),
- permettra à davantage de parents d'avoir confiance en eux et d'être satisfaits de leur expérience d'allaitement,
- améliorer le savoir-faire des professionnels de santé en ce qui concerne la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement maternel et leur apporter un sentiment de plus grande satisfaction 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 pour l'alimentation infantile, 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.

II. Panorama de la situation actuelle^g

Le résumé de la situation dans les 29 pays examinés au début du premier projet peut être trouvé dans le Plan d'action original, plus de détails ont été publiés dans une revue de santé publique³⁶ et le document entier est disponible en version électronique.^h Le même questionnaire a été envoyé fin 2007 aux 29 pays et 23 représentants, des pays suivants, ont donné une réponse : Autriche, République tchèque, Allemagne, Danemark, Grèce, Espagne, Finlande, France, Islande, Irlande, Italie, Lituanie, Luxembourg, Lettonie, les Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Suède, Slovénie, République slovaque et le Royaume Uni (Angleterre, Pays de Galles, l'Ecosse et l'Irlande du Nord). Voici en résumé les conclusions que l'on peut en tirer:

- En ce qui concerne la collecte de données sur les taux d'allaitement il n'y a pas eu beaucoup de changements entre 2002 et 2007. Les définitions et méthodes utilisées sont loin d'être standardisées entre les pays ou même à l'intérieur d'un pays, ce qui rend la comparaison aussi difficile en 2007 qu'en 2002. De plus il n'y avait que quelques pays qui avaient des données nationales nouvelles pour actualiser celles qui ont été récoltées en 2002.
- Des améliorations en ce qui concerne l'initiation de l'allaitement maternel ont été constatées en Irlande, en France et au Royaume-Uni, c'est-à-dire pour des pays où le taux était très bas en 2002 et continue de l'être en 2007 plus bas qu'ailleurs en Europe. Des taux d'allaitement exclusif plus élevés à 6 mois ont été observés par les Pays-Bas et la République Slovaque, tandis qu'en Autriche on semble voir des taux à la baisse, ceci est un artefact dû à un changement de définition entre les deux études. Le taux d'allaitement à six mois est en hausse en Finlande et également, mais de moindre envergure, aux Pays-Bas et au Portugal. En ce qui concerne l'allaitement à 12 mois seule l'Autriche communique une hausse.
- La déclaration faite en 2002 que les taux et les pratiques d'allaitement dans les pays de l'Union Européenne sont loin d'atteindre les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF ainsi que les objectifs et les recommandations proposés dans les politiques nationales et par les organisations professionnelles, reste valable. Même dans les pays où les taux d'initiation sont élevés, une baisse significative des taux d'allaitement apparaît dans les six premiers mois. Le taux d'allaitement exclusif à six mois est plus faible que les recommandations partout en Europe.
- Le nombre des pays avec de bonnes politiques nationales a augmenté, ceci en particulier dans les pays qui recommandent l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois. En 2007 seulement six pays sur 23 n'ont pas de politique nationale, comparé à 11 sur 29 en 2002. 11 pays ont mis à jour leurs recommandations sur l'allaitement pour atteindre les standards de pratique optimale tels que définis par la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Ce processus a pu être accéléré par la publication des recommandations standards développées dans le projet EUNUTNET et approuvées par beaucoup d'associations professionnelles.³⁷ Enfin 8 pays, dont 4 qui ont participé au projet «Mise en oeuvre pilote du Plan d'action» ont développé ou révisé leur Plan d'Action National, durant cette période. Ceci amène le nombre total des pays qui ont un plan à 18 sur 24, comparé à 13 sur 29 en 2002.

^g see http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/action3_2004_18_en.print.htm

^h see http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a1_18_en.pdf

- Certains pays n'ont toujours pas atteint les objectifs fixés pour 1995 par la Déclaration d'Innocenti de 1990. La proportion des pays disposant d'un comité national pour l'allaitement a augmenté de 69% en 2002 à 79% in 2007, en ce qui concerne la proportion des pays qui possèdent un coordinateur national il n'y a pas eu d'amélioration. Peu d'améliorations ont eu lieu en ce qui concerne les ressources financières mis à disposition des comités nationaux et des coordinateurs. Les actions supplémentaires que la déclaration d'Innocenti de 2005 incite à mettre en œuvre, semblent ne pas avoir accéléré le changement.
- A l'exception de l'Autriche et de la Finlande, le nombre des Hôpitaux «Ami des bébés» et des bébés nés dans les hôpitaux «Ami des bébés» a augmenté partout. La Grèce et l'Islande sont les seuls pays sans Hôpital «Ami des bébés». La Suède est le seul pays où tous les Hôpitaux sont Ami des bébés, mais le nombre des pays où plus de 50% des bébés naissent dans ces hôpitaux a augmenté de 3 à 5. Il y a une tendance positive générale pour cet indicateur. L'Initiative Hôpital « Ami des bébés » (IHAB) est un domaine où l'on constate le plus d'améliorations en 2007 en comparaison avec 2002, souligné par le fait que tous les pays ont maintenant un coordinateur IHAB comparé à 20 sur 29 en 2002. De plus beaucoup de pays sont engagés dans d'autres initiatives « Amis des bébés » comme celles s'adressant aux services de santé primaire, aux services de pédiatrie, aux unités de soins intensifs néonatals et aux écoles pour professionnels de santé. Le nombre des grands hôpitaux universitaires désignés Hôpital « Ami des bébés » reste peu élevé, tandis que la formation initiale semble toujours inadéquate.
- D'autre part le nombre de cours dont la qualité a été reconnue pour la formation continue est à la hausse. Tous les pays avec l'exception de l'Irlande et de la Lituanie ont introduit le cours de 18 heures développé par l'UNICEF et l'OMS et/ou le cours de 40 heures de l'OMS et de l'UNICEF sur les conseils en allaitement ou des versions adaptées de ces cours. Tandis que dans quelques pays (Danemark, Norvège, Suède) ces cours sont considérés trop élémentaires. Le nombre croissant d' IBCLC dans la plupart des pays est un indicateur pour le besoin en consultantes en lactation expertes.
- Pas de changements ont été enregistrés pour la législation sur la protection de la maternité et sur la commercialisation des substituts du lait maternel. Ceci s'explique par le fait que des changements à ce niveau se font seulement sur une période de temps plus longue et souvent dépendent de conventions ou directives européennes ou internationales. En ce qui concerne le Code international, la plupart des pays appliquent la directive européenne de 1991³⁸, qui ne couvre pas toutes les dispositions du Code. En décembre 2006 la Commission Européenne a publié une directive mis à jour et, qui ne va pas introduire de changement substantiel en ce qui concerne la mise en application de toutes les clauses du Code International. Pendant ce temps certains pays ont évalué le respect du Code et ont constaté que les violations étaient systématiques.
- Dans la plupart des 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 183⁴⁰, alors même que seuls 8 pays ont à ce jour ratifié la convention : l'Autriche, la Bulgarie, la Chypre, l'Hongrie, l'Italie, la Lituanie, la Roumanie et la République slovaque. Quand la législation nationale ne satisfait pas aux critères OIT, c'est habituellement à propos de 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 souvent hors du champ d'application de cette législation. Finalement la majorité des législations nationales n'ont pas été adaptées pour permettre aux mères de suivre les recommandations sur la nutrition infantile et des jeunes enfants de la Stratégie Mondiale.

- Dans tous les pays des conseillères non professionnelles et des groupes et associations bénévoles de soutien de mère à mère existent; leur nombre s'accroît ainsi que la couverture des services qu'ils offrent bien que seulement dans la moitié des pays cette couverture est jugée moyenne ou élevée. Le degré de coordination entre les différents groupes de soutien s'améliore lentement ainsi que l'intégration et la coordination avec les services pertinents en place. Les budgets consacrés aux activités de communication augmentent, avec un accroissement considérable pour la production de support d'information (livrets, dépliants, vidéos et campagnes publicitaires) ceux qui sont réalisés pour la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel y sont inclus.

III. 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. 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. Etant donné, les différentes sphères d'influence de ces déterminants, il est nécessaire d'évaluer leurs impacts et de les prendre en compte dans les politiques nationales ainsi qu'au niveau approprié dans le système de santé et dans la société. Beaucoup de déterminants de l'allaitement peuvent agir dans des directions différentes en fonction de la situation locale spécifique. Par exemple, l'éducation maternelle et l'emploi de la mère peuvent être associés avec une durée plus longue ou plus courte de l'allaitement dans des populations différentes. Les déterminants peuvent être classés en catégories suivant différentes méthodes. Le tableau ci-dessous montre un modèle de catégorisation et une liste de déterminants connus pour influencer l'initiation de l'allaitement et sa durée.⁴¹

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 <ul style="list-style-type: none"> • 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 M&M
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 pour l'allaitement • Qualité de la formation initiale et continue des professionnels de santé • Soutien financier des activités bénévoles des groupes de soutien de M&M • Communication pour des changements de comportements et d'attitudes 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 <ul style="list-style-type: none"> • Obstacles et barrières culturelles à l'allaitement en public • Prévalence et degré d'activité des groupes de soutien de M&M • Niveau de sensibilisation du public et de connaissance dans la communauté

Les déterminants ont également été regroupés dans les catégories suivantes:⁴²

- Caractéristiques sociales et économiques de la mère et de la famille
- Support structurel et social
- Statut de santé et de risques de la mère et des nourrissons
- Le savoir, les attitudes et les compétences de la mère
- Aspect des modes et des pratiques d'alimentation
- Organisation, politiques et pratiques des services de santé
- Facteurs culturels, économiques, commerciaux et environnementaux

IV. Examen de la revue de la littérature concernant les interventionsⁱ

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 du projet initial, a pris en considération, en plus des études comparatives, des comptes-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 spécialement 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, communication pour des changements de comportements et d'attitudes 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

ⁱ Pour plus de détails, voir la référence 15.

feuilles 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 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.

Après la finalisation de cet examen de revue de la littérature d'autres analyses et guides d'interventions ont été publiés.⁴³⁻⁴⁶ En général ces analyses actuelles et ces guides confirment les résultats de l'analyse faite pendant le projet de Plan d'action.

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. Politiques et programmes, gestion et finances

Analyser la situation

Le développement d'une politique ou la planification pour développer un nouveau plan ou réviser un ancien plan, commence d'habitude par une analyse de la situation. Les participants du projet pilote ont trouvé utile d'appliquer une idée née en Ecosse. Ceci consiste à employer le plan d'action comme modèle ou liste de contrôle avec des espaces pour recevoir des commentaires, pour déterminer le nombre des objectifs recommandés qui sont déjà pleinement ou partiellement atteints et pour lister ceux qui ne sont pas atteints ou seulement partiellement atteints. ([Annexe 7](#)).

Développer une politique

Une politique est une série de recommandations qui définissent les actions qu'une autorité de santé publique nationale ou locale décide de mettre en pratique pour prendre en charge des questions de santé publique comme par exemple optimiser la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants. Quelques pays ont déjà leur propre politique. D'autres pays n'en ont pas encore ou auront besoin de réviser la leur avant ou pendant le développement d'un plan d'action. L'[annexe 8](#) présente un modèle de politique. Bien sûr que les pays doivent adapter ce modèle à leur situation spécifique. Une fois adoptée la politique va être communiquée à tous les professionnels de santé et aux autres professions qui s'occupent de mères, de nourrissons et de jeunes enfants. Normalement une politique est révisée tous les 3-5 ans, ou plus tôt si des évidences nouvelles le font nécessaire. Le contrôle et l'évaluation de son application sont essentiels.

Publier des recommandations standard pour la pratique

On a besoin de recommandations standard pour mettre en œuvre les intentions exprimées dans la politique. A nouveau, certains pays peuvent déjà en avoir, tandis que d'autres peuvent avoir besoin de partir de zéro ou de réviser ou remettre à jour les recommandations existantes. Dans ce sens les participants du projet pilote ont apprécié l'utilité des recommandations standard développées pendant le projet EUNUTNET^{37j} subventionné par la Commission Européenne. Comme tout autre document de ce genre ces recommandations auront besoin d'une adaptation locale ainsi que de mises à jour régulières, basées sur les nouvelles évidences scientifiques. Bien entendu les recommandations pratiques devraient être développées en collaboration avec toutes les associations professionnelles impliquées dans la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants.

Planification

Les plans nationaux ou régionaux détaillés qui adressent une protection, une promotion et un

^j Ces recommandations peuvent être téléchargées ici http://www.burlo.trieste.it/?M_Id=5/M_Type=LEV2 ainsi que du site web de l'association internationale des Consultantes en Lactation ilca.org/liaison/Infant-and-YoungChildFeeding/EUPolicy06English.pdf. Le document est également disponible dans d'autres langues européennes.

soutien efficace de l'allaitement maternel devraient être développés à partir de la Stratégie Mondiale et le "Guide de planification pour la mise en oeuvre nationale de la stratégie mondiale pour la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants".^k Tous les plans sur l'allaitement ou mieux encore sur la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants devraient devenir partie intégrante des politiques et plans de santé publique, avec un accent particulier sur les besoins des communautés défavorisées.

Définir les priorités

Dans un plan la liste des objectifs à atteindre peut être courte ou longue. Tous les objectifs peuvent être inclus dans un plan à longue échéance, mais il est improbable que tous vont être inclus dans un plan à court terme. D'où la nécessité de choisir des priorités. Cet exercice va produire des résultats différents selon la situation locale et les ressources, comme il a été démontré par les plans développés dans les pays où le Plan d'Action a été testé. Il est impossible d'imposer un processus pour définir les priorités mais quelques principes peuvent quand même être arrêtés :

1. Identifier et faire participer les personnes et les groupes avec un intérêt dans la matière tout en tenant compte des principes pour éviter et gérer les conflits d'intérêts.
2. Partager avec ce groupe la liste de tous les objectifs possibles à inclure dans le plan.
3. Se mettre d'accord sur les critères pour définir les priorités, par exemple:
 - Ampleur et fréquence du problème (nombre des personnes affectées);
 - Gravité (nombre des personnes qui vont devoir subir des conséquences sévères);
 - Probabilité d'un succès ou de retombées positives (efficacité des interventions);
 - Objectifs acceptables ou désirables pour les politiciens, les dirigeants, les professionnels et le public;
 - Etre équitable (i.e. probabilité que l'objectif atteint réduit les inégalités);
 - Faisabilité et coût en relation avec les ressources disponibles.
4. Décider des poids et mesures à appliquer à chaque critère accepté.
5. Rassembler les informations dont on a besoin pour juger les objectifs basés sur les critères acceptés.
6. Partager les informations avec toutes les personnes impliquées.
7. Etablir l'emploi du temps et des délais pour les commentaires et la prise de décision.
8. Recueillir le classement, établi par toutes les personnes impliquées, sur les objectifs sélectionnés probables.
9. Se mettre d'accord sur un nombre gérable d'objectifs à inclure dans le plan.
10. Faire une liste des objectifs sélectionnés et vérifier l'accord atteint.

Définir les objectifs et écrire le plan

Les objectifs prioritaires identifiés à l'étape précédente ont besoin d'être traduits en objectifs opérationnels spécifiques et en activités. Pour cela pour chaque objectif:

- Un calendrier doit être établi.
- Des effets et résultats mesurables, avec des définitions claires doivent être identifiés.
- Une personne responsable pour la mise en oeuvre devrait être désignée.
- Les grandes lignes pour la mise en oeuvre sont décidées.

^k Disponible électroniquement : http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/Planning_guide.htm

- Les ressources dont on a besoin pour la mise en oeuvre sont identifiées.

Quelques objectifs peuvent comprendre deux ou plusieurs objectifs secondaires, qui eux ont également besoin d'être traduits en objectifs opérationnels et en activités comme décrit ci-dessus. Les tableaux d'actions de la [section VI](#) sont un guide pour identifier les personnes ou institutions responsables pour les objectifs différents soit à cause de leur rôle soit après accord entre les personnes impliquées.

Les objectifs primaires et secondaires devraient indiquer le plus spécifiquement possible les effets et résultats à atteindre ainsi que la planification dans le temps. Quand à savoir s'il faut ajouter des cibles àachever périodiquement, cela reste à discuter. En beaucoup d'endroits les objectifs sont employées pour récompenser et encourager les gens, moins souvent ils peuvent être employées pour punir. Cette dernière utilisation devrait être interdite, tandis que l'autre utilisation a montré quelques effets bénéfiques,⁴⁷ et les objectifs peuvent être spécialement bien accueillis par les professionnels de santé à salaire bas. Les objectifs et les cibles devraient être employés comme moyens et non comme un but en soi.

La planification par des objectifs n'est pas une science exacte et un objectif ne devrait pas être considéré comme inchangable. Il se peut qu'un mauvais choix a été fait, qu'il ait été mal développé ou mis en place, ou la situation peut avoir changé par des influences intrinsèques ou extrinsèques rendant l'objectif inapproprié ou obsolète. Les planificateurs et les dirigeants doivent être prêts à revoir et redéfinir leurs objectifs, actions et activités selon les besoins. D'où l'importance d'une bonne gestion et évaluation.

Gestion et financement

La gestion peut être définie comme une série d'activités ayant comme but d'atteindre un objectif prédéterminé. Les fonctions principales de la gestion sont:

- Décider ce qui doit être fait, où, quand, et par qui.
- Chaque activité est réalisée par la personne aux qualifications appropriées.
- S'assurer que les ressources dont on a besoin pour exécuter les activités sont disponibles.
- Superviser les activités pour garantir que la performance est à la hauteur des standards.
- Créer et/ou maintenir de bonnes relations entre les personnes qui travaillent dans la même équipe.
- Coordonner les activités exécutées par différentes personnes et équipes pour éviter des oppositions et des doubles emplois et faciliter la communication.
- Analyser les lacunes entre les activités projetées et actuelles et ajuster la planification.
- S'assurer que les informations dont on a besoin pour l'évaluation sont rassemblées et analysées régulièrement

Un bon dirigeant (ici le coordinateur national ou local) devrait être conscient que les ressources matérielles y inclus l'argent sont renouvelables. Par contre il existe deux ressources spéciales qui ne sont pas renouvelables: le temps et les gens. Ces deux ressources ont besoin d'une attention spéciale, en particulier les gens, car ce sont eux qui font avancer les choses. Un dirigeant a besoin de compétences de négociation entre autre pour améliorer l'implication de toutes les personnes intéressées et de tous les gens engagés dans la mise en œuvre des activités.

Gérer des personnes est beaucoup plus complexe que la gestion d'objets. Des méthodes de travail efficaces et des salaires réguliers ne sont pas assez pour maintenir la satisfaction des gens. Le travail doit être intéressant et stimulant. L'environnement de travail et les relations parmi les professionnels et les usagers doivent être aimables et agréables. Pour réussir cela, il est important de:

- Partager les objectifs;
- Faciliter des relations personnelles;
- Déléguer et distribuer les tâches, en faisant usage d'autorité et de responsabilité;
- Coordonner les activités par les canaux de communication appropriés;
- Aider lors de problèmes personnels;
- Résoudre les disputes parmi les membres de l'équipe;
- Fournir des occasions de formation et de mise à jour.

Etant donné le besoin criant en santé publique d'améliorer les taux d'allaitement à travers l'Europe, un financement suffisant par les organisations étatiques et fédérales devrait être octroyé pour garantir que les services de santé et les associations de soutien à l'allaitement ont les ressources nécessaires pour réussir d'une manière réaliste une hausse significative de l'initiation, de l'exclusivité et de la durée de l'allaitement

Toutes les activités (planification, mise en oeuvre et évaluation) devraient être réalisées en respectant le Code [International](#) et les résolutions ultérieures pertinentes de l'OMS, et avec les obligations et responsabilités énumérées dans la Stratégie mondiale et la [Déclaration Innocenti](#) de 2005.

Contrôler un plan

Le terme évaluation réfère à l'accomplissement d'un objectif ou d'une série d'objectifs. Le contrôle se réfère à l'évaluation continue ou périodique des activités exécutées pour atteindre un objectif. Par conséquent contrôler ne s'occupe pas de l'efficacité ni des résultats, mais s'occupe des processus. D'une certaine façon contrôler signifie aussi s'occuper de l'efficience et de l'emploi approprié des ressources.

Contrôler, cela veut dire surveiller:

- La disponibilité, la consommation et l'usage des ressources y compris l'argent;
- la quantité et la qualité des activités;
- le respect des échéances dans le temps.

Carnets de bord, fiches aide-mémoire, livres de comptes-rendus, grille des tâches, listes de contrôle, horaires et standards, aujourd'hui souvent disponibles en format électronique, sont les outils qu'un dirigeant va mettre en oeuvre pour ses fonctions de contrôleur. Chaque pays et chaque région, et souvent chaque institution a sa propre panoplie d'outils.

Le contrôle peut être continu ou périodique, cela dépend de l'activité à contrôler. La périodicité sera établie au cas par cas. Un cycle de contrôle sera terminé avec un court rapport. Il est très important de partager ce rapport avec tous les membres de l'équipe, si le contrôle doit amener des performances meilleures et une plus grande probabilité d'atteindre les objectifs. Le rapport sera également partagé avec les décideurs en matière de recommandations de santé au niveau immédiatement supérieur et si possible avec les usagers ou leurs représentants.

2. Communication pour des changements de comportements et d'attitudes

Une CCCA adéquate est essentielle 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. L'allaitement maternel est le moyen naturel de nourrir et d'élever les nourrissons et les jeunes enfants, et devrait être universellement représenté comme tel, en présentant l'allaitement exclusif au sein pendant six mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans et au-delà comme réalisable et désirable dans tous les supports écrits ou visuels. Les messages CCCA pour chaque femme et pour les communautés 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.

CCCA s'adressant individuellement aux femmes et à leurs familles

Les futurs et les nouveaux parents ont droit à une information complète, exacte et indépendante à propos de l'allaitement maternel, 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. Les conseils individuels doivent être fournis par des professionnels de santé, des conseillers et des groupes de soutien de mère à mère adéquatement formés. La famille, les amis, comme p.ex. le père ou le partenaire de la mère, les grands-parents doivent être inclus dans les conseils. Les besoins spéciaux des femmes qui ont un risque de non-allaitement (p.ex. femmes migrantes, adolescentes et mères mono-parentales, femmes pauvres ou moins éduquées) doivent être identifiés et il faut activement prendre en compte leurs besoins particuliers d'information et de savoir-faire.

La distribution de matériel sur l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants mis à disposition par les producteurs et distributeurs de produits visés par le Code International qui n'est pas approuvée par l'autorité étatique appropriée devrait être évitée à cause du conflit d'intérêt évident. Les mères qui emploient des préparations en poudre destinées aux nourrissons et enfants en bas âge devraient être informées qu'il ne s'agit pas d'un produit stérile et que des précautions spéciales doivent être prises pour la préparation, la conservation et la manipulation du produit.⁴⁸

CCCA s'adressant aux communautés

Il peut être utile dans la CCCA s'adressant aux communautés et dans certaines circonstances également individuellement aux femmes et à leurs familles d'y inclure des informations sur l'utilisation du lait maternel, lorsqu'il s'agit d'évaluer le niveau de la contamination environnementale. Si de telles recherches sont entreprises, leur but doit être de fournir une base de données pour des mesures à prendre pour lutter contre les sources de pollution en vue de réduire la quantité de polluants organiques persistants dans le lait maternel de façon à ce que cela se fasse en accord avec la promotion du lait maternel considéré l'alimentation optimale des nourrissons.¹ Dans le protocole révisé en 2007 pour la 4e étude coordonnée par l'OMS sur le lait humain et les résidus organiques persistants, l'OMS en coopération avec le programme environnemental des Nations Unies affirme: « L'OMS peut affirmer pleine de confiance que l'allaitement maternel réduit la mortalité infantile et a des avantages pour la santé qui s'étendent jusqu'à l'âge adulte. Au niveau de la population, l'allaitement exclusif au sein pendant six mois est le mode d'alimentation recommandé pour la vaste majorité des nourrissons, suivi par la poursuite de l'allaitement au sein pendant deux ans ou plus accompagné par une alimentation complémentaire adéquate. ».^m

¹ see <http://www.who.int/foodsafety/chem/POPprotocol.pdf>

^m see <http://www.who.int/foodsafety/chem/POPtchnicalnote.pdf>

La disponibilité et l'efficacité des matériaux et activités CCCA devraient être régulièrement contrôlées et évaluées. La représentation de l'alimentation infantile et du jeune enfant dans les médias devrait être contrôlée et les organisations médiatiques devraient être guidées et encouragées pour présenter et promouvoir l'allaitement au sein comme normal, réalisable et désirable. Le savoir, les attitudes et les comportements en relation avec l'allaitement maternel au niveau de la société devraient être évalués pour mieux cibler sa protection, sa promotion et le soutien.

3. Formation

Formation initiale

En général, aussi bien la formation initiale que la formation continue, sur l'alimentation infantile et du jeune enfant, pour tous les groupes de professionnels de la santé, y inclus les pharmaciens, doivent être améliorées. Les programmes d'études pré- ou post-graduées (en y incluant les livres d'études et le matériel recommandés) ainsi que les standards éducatifs doivent être révisés/développés pour assurer que les niveaux de compétences acquis en allaitement maternel et en lactation reflètent les standards de bonne pratique. Une stratégie visant à améliorer les compétences, acquis dans la formation initiale, des futurs professionnels de santé diplômés pour promouvoir, soutenir et protéger efficacement l'allaitement maternel aurait comme effet à long terme d'améliorer la qualité du soutien de l'allaitement et de réduire les coûts de formation continue

Formation continue

Les besoins de formation continue vont probablement se réduire avec le temps, mais un besoin de mises à jour va rester avec les nouvelles connaissances qui émergent. Pour l'instant les modèles de formation OMS/UNICEF répondent aux exigences des standards basés sur les meilleures évidences scientifiques pour la formation en lactation.⁴⁹⁻⁵¹ Des améliorations peuvent encore être achevées si elles sont axées sur les processus de formation, amenant des changements d'attitude des professionnels de santé associés à de meilleures compétences en communication et conseils et la continuité des soins.^{52,53}

Une priorité devrait être accordée pour assurer que les professionnels de santé de 1^{ère} ligne en maternité et en pédiatrie ont la possibilité de participer à des formations efficaces en connaissances sur la lactation et le savoir faire en allaitement. La formation doit adéquatement couvrir les standards reconnus de meilleure pratique et devrait contenir des unités d'enseignement pratiques. La formation couvrira également les risques de l'alimentation aux substituts du lait maternel et les mesures de sécurité à mettre en place pour minimiser ces risques et assurer la sécurité lors de l'emploi de lait en poudre pour nourrisson.

Les producteurs et distributeurs de produits visés par le Code International ne seront pas impliqués dans la fourniture de matériel, ni dans la formation, ni dans le financement par différents moyens, des formations au niveau des services de santé ou au niveau individuel.⁵⁴ Contrôler l'efficacité et la disponibilité des cours devraient renforcer l'approvisionnement en cours d'éducation et de formation sur l'allaitement.

Les professionnels de santé dans des positions clés devraient être encouragés à suivre des formations avancées et spécialisées en lactation reconnues, remplissant les critères de compétence et de bonnes pratiques. Le travail en réseau des spécialistes en lactation devrait être facilité par voie électronique pour accroître les connaissances, les aptitudes et leur dissémination.

4. Protection, promotion et soutien

Stratégie Mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

La promotion de l'allaitement au sein comme la méthode normale d'alimenter les nourrissons et les jeunes enfants doit être le centre de chaque politique ou recommandation d'allaitement nationale/régionale basée sur la [Stratégie mondiale](#) et réaffirmée dans la [Déclaration Innocenti 2005](#). La dissémination de ces politiques à tous les groupes de professionnels de santé, aux centres de formation des professionnels de santé, aux ONGs et parmi la société civile ensemble avec un plan d'action pour mettre en œuvre la politique, garantira un large appui et améliorera ses chances de réussite.

L'approche à prendre pour promouvoir l'allaitement maternel en dehors du secteur de santé va dépendre de la prévalence de l'allaitement et des attitudes et des comportements à ce sujet identifiés par la recherche au niveau régional et national. Par exemple si la recherche axée sur la spécificité culturelle détermine que la plupart des gens se font leur opinion sur l'alimentation infantile longtemps avant de même penser à devenir parents, alors il faut qu'une campagne de promotion de l'allaitement les atteigne pendant la période où leur opinion se forme. Des larges campagnes de promotion d'éducation à la santé durant la scolarité peuvent aider à prendre en charge cet aspect. Des campagnes multi-médias sophistiquées peuvent aborder les mythes autour de l'allaitement, supprimer les obstacles à l'acceptation par tous de l'allaitement maternel et de son encouragement. Les interventions pour promouvoir l'allaitement, qu'elles s'adressent au secteur de santé ou à la société en générale doivent être évaluées pour assurer leur efficacité.

Le Code International

Appliquer le [Code International](#) dans la législation nationale, en même temps que des mécanismes visant à contrôler la conformité des acteurs et en se donnant des instruments pour la poursuite en justice des violations, est une condition essentielle pour protéger l'allaitement maternel des pratiques agressives de commercialisation.

Les politiques sur l'allaitement au niveau national et local doivent garantir que les professionnels de santé et les fournisseurs de soins sont bien informés sur le [Code International](#) et remplissent leurs obligations sous ce Code.

Un code de déontologie professionnelle qui comprend les responsabilités des institutions de santé et des professionnels de santé en ce qui concerne la protection de l'allaitement maternel devrait être développé. Il traitera des conflits d'intérêt engendrés par le fait d'accepter le sponsoring ou le parrainage commercial pour des cours, pour du matériel éducatif, pour la recherche, pour des conférences et des cadeaux et il soulignera comment ces pratiques ou d'autres pratiques semblables peuvent avoir un impact négatif sur l'allaitement au sein.

L'information sur les buts et le contenu du [Code International](#) ainsi que des méthodes pour contrôler sa transposition et poursuivre en justice des violations devraient également être diffusé auprès du grand public.

Des systèmes de distribution gratuite de substituts du lait maternel pour tous ou spécialement pour des groupes marginalisés ne devraient plus exister et être remplacés par un système de support à l'allaitement maternel. En plus les parents de nourrissons ou d'enfants en bas âge

alimentés avec des substituts du lait maternel en poudre devraient être avertis par des messages appropriés sur l'étiquetage du produit, que le produit n'est pas stérile et qu'il faut prendre des précautions spéciales lors de son utilisation.⁵⁴

Législation pour les mères qui travaillent

Retourner au travail à l'extérieur du domicile est perçu comme un obstacle à l'allaitement et à sa poursuite dans le temps. La législation nationale sur la protection de la maternité devrait tenir compte de ces obstacles en élargissant le cadre de la loi (pour inclure les femmes sous contrat de travail temporaire, les travailleuses intermittentes, les étudiantes etc) et la durée du congé de maternité. Le droit aux pauses d'allaitement permet aux femmes qui travaillent d'atteindre une durée optimale de l'allaitement au sein, en accord avec les recommandations de santé. Il devrait y avoir une information largement diffusée sur les droits accordés par la législation de la protection et de sécurité de la maternité au travail, qui est basée sur les exigences minimum retenues dans la [convention OIT 183](#). Mais la protection de l'allaitement parmi les femmes qui travaillent va au-delà de la législation et implique la possibilité de tirer, conserver et donner du lait maternel, d'avoir le soutien du partenaire et de la famille et de rencontrer une attitude positive dans tous les secteurs de la société.

Initiative Hôpital « Ami des bébés »

Dans le secteur de la santé, un soutien efficace a besoin d'engagements pour établir des standards de bonnes pratiques dans toutes les maternités, tous les services pédiatriques et les PMI. L'IHAB est couramment considérée comme le meilleur modèle d'expertise pratique.ⁿ Des ressources adéquates (fonds, personnel/temps), du support technique pour les formations, l'évaluation et les ré-evaluations des hôpitaux participants à l'IHAB devraient être alloués et garantis annuellement.

Toutes les maternités et tous les hôpitaux pédiatriques devraient être soutenus et encouragés pour devenir Hôpital « Ami des bébés » et pour ceux qui ne participeront pas encore à l'IHAB il faudrait quand même attendre à ce qu'ils se conforment aux Dix Conditions, puisque ces Dix Conditions représentent la meilleure pratique actuelle. Atteindre le standard d'une accréditation complète en tant qu'Ami des bébés, devrait faire partie des standards de qualité requis pour les services de santé dans les systèmes nationaux d'accréditations et dans les standards ou lignes directrices nationaux de bonne pratique

Dans beaucoup de pays les mères sortent de l'hôpital, après plusieurs jours, avant une bonne mise en route de l'allaitement. A cause de cela certains pays sont en train d'adapter les critères IHAB aux services de santé de soins primaires. La condition n°10 devrait être appliquée, mais cela n'est peut-être pas suffisant pour garantir un service de soutien de qualité dans tous les secteurs de la santé statutaires et bénévoles.

Ceci peut être atteint en améliorant la coopération entre les hôpitaux et les autres services du secteur social et de la santé et les groupes de soutien de mère à mère et en accroissant la panoplie de leurs services. Adapter l'IHAB pour sa mise en oeuvre dans les services de santé autre que des maternités (services de santé et services sociaux au niveau local, hôpitaux pédiatriques, pharmacies et lieux de travail) va élargir et améliorer la cohérence et la qualité des services de soutien.

La protection, la promotion et le soutien optimal de l'allaitement au sein sont facilités par

ⁿ Le nouveau matériel IHAB contient une section sur les pratiques de naissance «Ami de la mère» avec un outil d'évaluation

l'adoption de pratiques d'accouchement normal et physiologique tout en réduisant à un minimum les interventions médicales, y inclus l'analgésie pharmacologique pendant le travail⁵⁵. D'autres initiatives qui ne sont pas basées sur l'IHAB peuvent aussi soutenir la bonne pratique, mais leur efficacité doit alors être évaluée.

Soutien par des professionnels de santé formés

Dès lors que la protection et la promotion de l'allaitement au sein sont fondamentaux pour toute politique sur l'allaitement, il est important qu'il y ait un engagement égal ou plus important pour le développement des services de soutien afin d'assurer que chaque mère qui a des projets d'allaiter ait un accès facile aux services d'aide, dont elle a besoin pour atteindre ses objectifs et pour allaiter aussi longtemps que possible ou aussi longtemps qu'elle le souhaite. De plus si l'accent est mis sur la protection et la promotion, alors des services de soutien adéquats et financés éthiquement, devraient être mis en place et être facilement accessibles pour anticiper la demande accrue pour ces services.

Un soutien efficace au niveau individuel signifie que chaque femme devrait avoir accès à des services de soutien pour l'alimentation infantile et pour les jeunes enfants. Ces services incluent l'assistance appropriée et qualifiée par des professionnels de santé, des consultantes en lactation, de conseillères (formées parmi ses pairs) et de groupes de soutien de mère à mère. Les conseillères formées parmi les pairs et les groupes de soutien de mère à mère jouent un rôle important. Ce rôle est cependant rendu beaucoup plus facile là où les structures, routines et procédures de conseils dans les services prénataux, de maternité, néonataux et pédiatriques, de PMI et d'autres responsables pour le suivi après la sortie considèrent l'allaitement maternel comme une priorité et sont organisés selon les principes de l'initiative « Ami des bébés ».

Toutes les femmes devraient avoir accès à un soutien efficace. Les femmes qui rencontrent des difficultés d'allaitement particulières devraient aussi avoir accès à temps à une aide et un soutien par des experts, des consultantes en lactation avec une qualification appropriée ou des professionnels de santé avec une expertise équivalente. Les femmes qui arrêtent d'allaiter plus tôt que prévue ou plus tôt que désiré devraient être encouragées et soutenues pour en analyser les raisons, afin de les aider à minimiser les sentiments d'échec ou de deuil et garantir que cette expérience ne va pas influencer de façon négative toute future expérience d'alimentation d'un enfant.

Les mères qui ont des enfants prématurés ou malades, ont des besoins spécifiques demandant un soutien indispensable ; ce soutien les aidera à maintenir leur lactation et à tirer leur lait tant que leurs bébés sont incapables de s'alimenter au sein ou trop malades pour le faire. Elles ont également besoin d'informations sur la manipulation et la conservation sans risque du lait maternel tiré. Ce soutien devrait inclure la fourniture de tire-lait et une aide afin qu'elles puissent se déplacer et rester auprès de leurs bébés tout le temps ou le plus souvent possible. Il est à espérer que ce critère formera la base pour le développement de l'initiative « Ami des bébés » dans les unités de soins intensifs néonatals.

Le lait maternel de donneuse provenant d'une banque de lait est une meilleure alternative au lait maternel que les substituts et l'accès à des stocks de lait sans risque d'une banque de lait devrait être disponible là où cela s'avère nécessaire. En soutenant les femmes qui décident de ne pas allaiter il est important d'informer ces femmes que les préparations en poudre destinées aux nourrissons et aux enfants en bas âge ne sont pas stériles et que cela implique qu'il y a des

risques inhérents à ce produit. Des informations sur comment minimiser ce risque ainsi que d'autres devraient être données en se basant sur l'évaluation du risque et les lignes directrices élaborées par l'OMS.^{48,56}

Régulièrement des sondages de satisfaction des patientes devraient être organisés pour évaluer l'efficacité des services de soutien à prendre en charge les besoins des patientes/clientes. Ces sondages devraient inclure des mères qui ont décidé de ne pas allaiter pour s'assurer que leur choix a été respecté et facilité.

Toutes les mères devraient recevoir des informations adéquates sur l'alimentation complémentaire et comment maintenir la lactation en parallèle avec une alimentation complémentaire appropriée: Ces informations devraient porter sur: quand et comment commencer à complémenter l'allaitement et quels aliments choisir; en tenant compte du développement des besoins nutritionnels des enfants.

Les femmes enceintes séropositives pour le VIH devraient recevoir des informations sur l'alimentation infantile correctes, non biaisées et basées sur l'évidence scientifique, leur détaillant les risques de transmission et leurs options. Leur décision, quant à l'alimentation infantile devra être soutenue et respectée. Des informations supplémentaires en ce qui concerne les choix d'alimentation infantile accessible aux mères séropositives peuvent être trouvées dans la dernière Déclaration de Consensus.^{57o}

Soutien par des conseillères formées parmi les pairs et les groupes de soutien de mère à mère

Il faudrait soutenir les services de soutien fournis par des conseillères formées parmi les pairs et les groupes de soutien de mère à mère et augmenter leur nombre afin de permettre un accès aisé à toutes les femmes et ceci spécialement dans les communautés avec un taux bas d'allaitement. Les cours de formation (contenu, méthodes, matériel, durée) pour les conseillères formées parmi les pairs et les groupes de soutien de mère à mère devraient être développés/réexaminés et recevoir un soutien. Le rôle des conseillères formées parmi les pairs et des groupes de soutien de mère à mère peut être largement amélioré par la consolidation de la collaboration et de la communication avec les professionnels de santé basés dans les différents services de santé.

Soutien par la famille, la communauté et sur le lieu de travail

Il faut encourager les projets de collaboration entre les services volontaires et statutaires offrant tous les deux un soutien d'experts et par des pairs aux familles allaitantes et à leur réseau social. Il est fondamental de soutenir et de protéger le droit des femmes à l'allaitement au sein de leur bébé à tout moment et partout où le besoin se présente. Des initiatives nationales et locales qui font la promotion de l'acceptation sociale de l'allaitement au sein en dehors du domicile de la mère devraient être encouragées. En cas de besoin, les gouvernements devraient être incités à mettre en place une législation pour protéger le droit de la mère d'allaiter en public. Toutes ces initiatives doivent spécialement aborder les besoins des femmes, les moins susceptibles d'allaiter comme les primipares, les immigrantes, les adolescentes, les mères monoparentales et les femmes avec moins d'éducation, et de leur famille.

^o see www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/consensus_statement.pdf

5. Contrôle et évaluation

Les procédures de contrôle et d'évaluation devraient être au centre de la mise en oeuvre d'un plan d'action, les résultats du contrôle et de l'évaluation devraient être, bien sûr, utilisés dans la re-planification. Pour permettre la comparaison entre les indicateurs, concernant l'allaitement tels que : initiation de l'allaitement, exclusivité et durée, l'évaluation devrait se baser sur des définitions standards et des méthodes de recueil de données universellement reconnues. Le tableau 1 montre les définitions à utiliser dans les enquêtes transversales par échantillonnage sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, recommandées par l'OMS^{58,59} en 1991. Comme ces catégories de l'OMS ne permettent pas une distinction nuancée, des systèmes d'évaluation ou des enquêtes locales/régionales peuvent souhaiter ajouter des catégories, qui doivent être clairement définies pour refléter avec précision la situation actuelle. Cependant pour des comparaisons internationales, il est essentiel qu'il y ait accord pour appliquer les catégories de l'OMS à un nombre minimum d'indicateurs.

Les statistiques pour ces catégories d'alimentation peuvent être collectées pour n'importe quel âge. Par exemple, les données peuvent être collectées 48 - 72 heures 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, 12 et 24 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). La collecte des statistiques sur l'alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge devrait être incorporée dans un système de collecte existant de données sanitaires sur les enfants.

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 infantile et de sécurité sociale. La collecte de données peut être aussi représentative de la population sur la base de résultats d'enquêtes, conduites à intervalles réguliers. Dans ce dernier 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.

Tableau 1. Définitions de l'allaitement maternel recommandées par l'OMS.

Catégorie d'alimentation infantile ¹	Exige que l'enfant reçoive	Permet à l'enfant de recevoir	Ne permet pas à l'enfant de recevoir
Allaitement maternel exclusif	Lait maternel y inclus du lait de femme tiré ou d'une nourrice	Gouttes, sirops (vitamines, minéraux, médicaments)	Autre chose
Allaitement maternel prédominant	Idem que ci-dessus en tant que base prédominante d'alimentation	Comme ci-dessus avec en supplément des liquides (eau, boissons à base d'eau, jus de fruits, liquides rituels)	Autre chose (en particulier, des lait d'animaux, des liquides à base d'aliments)
Lait maternel et alimentation complémentaire ²	Lait maternel, aliments solides et semi-solides et laits d'animaux	Tous les aliments et liquides y inclus les laits d'animaux	

Pas d'allaitement maternel	Pas de lait maternel	Tous les aliments et liquides y inclus les laits d'animaux	Du lait maternel y inclus du lait maternel exprimé ou d'une nourrice
----------------------------	----------------------	--	--

1. La somme de l'allaitement maternel exclusif et prédominant est nommé [full breastfeeding](#) (FBF). La somme de l'allaitement maternel exclusif, prédominant et lait maternel et alimentation complémentaire est appelé : allaitement maternel. La somme des 4 catégories du tableau dans un échantillon de la population doit être égal à 100% comme ces catégories s'excluent entre elles.

2. Il est à noter que cette définition ne fait pas de distinction entre les nourrissons qui prennent un complément au lait maternel, uniquement des substituts du lait maternel, uniquement des laits d'animaux, uniquement des solides ou semi-solides ou différentes combinaisons et proportions de ce qui a été énuméré ci-dessus. Elle ne renseigne pas non plus sur le pourcentage du lait maternel dans l'alimentation en 24 heures.

En 2007, l'OMS a publié un document de consensus pour proposer une série de nouveaux indicateurs pour l'alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge pour des enquêtes transversales par échantillonnage.⁶⁰ La série contient huit indicateurs essentiels et sept indicateurs facultatifs. (Tableau 2), avec des définitions qui sont restées inchangées depuis 1991, avec l'exception d'un détail mineur en relation avec les solutions de réhydratation orale.

Tableau 2. Séries d'indicateurs sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants proposés par l'OMS.

Indicateurs essentiels ¹	Indicateurs facultatifs
1. Initiation précoce de l'allaitement maternel: Proportion des enfants nés pendant les derniers 23.9 mois qui ont été mis au sein, endéans la première heure après la naissance	9. Enfants mis au sein au moins une fois: proportion des enfants nés pendant les derniers 23.9 mois qui ont été mis au sein au moins une fois
2. Allaitement maternel exclusif en dessous de six mois: proportion des nourrissons de 0-5,9 mois qui ont été exclusivement allaités au lait maternel ²	10. Allaitement poursuivi jusqu'à l'âge de deux ans: proportion des enfants de 20-23.9 mois qui reçoivent du lait maternel
3. Allaitement poursuivi jusqu'à l'âge d'un an: proportion des enfants de 12-15.9 mois qui reçoivent du lait maternel	11. Allaitement maternel approprié à l'âge: proportion des enfants de 0-23.9 mois qui sont allaités au sein de façon adéquate ⁶
4. Introduction de solides, semi-solides ou de purées: proportion des nourrissons de 6-8.9 mois qui reçoivent ces aliments	12. Allaitement prédominant en dessous de six mois: proportion des nourrissons de 0-5.9 mois qui sont allaités au sein de façon prédominante
5. Minimum de diversification diététique: proportion des enfants de 6-23.9 mois qui reçoivent des aliments issus de quatre catégories alimentaires ou plus ³	13. Durée de l'allaitement maternel: durée médiane de l'allaitement maternel parmi les enfants de 0-35.9 mois ⁷
6. Fréquence minimale des repas: proportion de tous les enfants allaités ou non de 6-23.9 mois qui reçoivent le nombre minimal de fois ou plus ⁴ des aliments solides, semi-solides ou en purée(y sont inclus les laits de substitution)	14. Alimentation au biberon: proportion des enfants de 0-23.9 mois qui reçoivent un biberon
7. Alimentation minimale acceptable: proportion des enfants de 6-23.9 mois qui reçoivent une alimentation minimale acceptable (en plus du lait maternel) ⁵	15. Alimentation au lait pour les enfants non allaités: proportion des enfants non-allaités de 6-23.9 mois qui reçoivent au moins deux repas comprenant uniquement du lait ⁸

8. Consommation d'aliments riches en fer ou enrichis en fer: proportion des enfants 6-23.9 mois qui reçoivent un aliment riche en fer ou enrichi en fer spécialement développé pour les nourrissons et les enfants en bas âge, ou qui est enrichi à la maison.	
---	--

1. Les indicateurs 2-8, 10-12 et 14-15 sont basés sur des périodes de rappel de 24 heures. Les indicateurs 1, 2, 7 et 8 sont considérés de haute priorité pour les rapports parmi les indicateurs essentiels.
2. Peut être dissocié pour les âges de 0-1, 2-3, 4-5 et 0-3 mois.
3. Les sept catégories alimentaires utilisées pour cet indicateur sont: céréales; racines et tubercules; légumineuses et noix; produits laitiers (lait, fromage, yaourt); viande et poisson; œufs; fruits et légumes riches en vitamine A; autres fruits et légumes.
4. le minimum est défini comme deux fois pour les nourrissons allaités au sein de 6-8.9 mois; trois fois pour les enfants allaités au sein de 9-23.9 mois; quatre fois pour les enfants non-allaités de 6-23.9 mois.
5. Cet indicateur composé est la somme de deux fractions: la proportion des enfants allaités de 6-23.9 mois qui avaient le minimum de diversification alimentaire et le minimum de fréquence alimentaire le jour d'avant, plus la proportion des enfants non-allaités de 6-23.9 mois qui recevaient au moins deux repas de lait et avaient au moins le minimum de diversification alimentaire et le minimum de fréquences de repas le jour d'avant.
6. Cet indicateur est la somme de l'allaitement exclusif en dessous de six mois plus la proportion des enfants de 6-23.9 mois, qui ont reçu du lait maternel ainsi que des solides, semi-solides ou des purées pendant le jour d'avant.
7. Ceci est le seul indicateur qui nécessite la collection de données parmi les enfants âgés de plus de 24 mois; la méthode de calcul est expliquée dans une annexe au document de consensus de l'OMS.
8. Préparation pour nourrissons, lait de vache ou d'autres animaux.

La version actuelle du Programme UE d'Evaluation de la Santé comprend les indicateurs suivants:⁶¹

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

Ceux-là sont également recommandés par d'autres projets de l'Union Européenne (Périnatalité, Enfant et Santé publique, 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 recommandations standards pour la collecte de données tout en tenant compte des recommandations et propositions de l'OMS.

Le contrôle et l'évaluation des pratiques standard en ce qui concerne l'allaitement dans les services sociaux et de santé, de la mise en oeuvre des politiques, lois et règlements, le volume et l'efficacité des activités de CCCA et l'efficacité et la prolifération des formations devraient également être une partie intégrante du Plan d'action. 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.

6. Recherche

L'élaboration du Plan d'action, et plus précisément de la revue de la littérature concernant les interventions,³⁵ mettait en lumière la nécessité de mener des recherches supplémentaires sur certaines interventions, selon qu'elles sont utilisées seules ou de manière combinée pour établir les effets sur les pratiques d'allaitement. 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 et interventions de

communication pour des changements de comportements et d'attitudes, et en général des initiatives de santé publique qui ne peuvent être évaluées à travers des essais comparatifs randomisés.⁶² En alternative, la randomisation peut être appliquée aux groupes et aux communautés, davantage qu'aux individus. Cependant, même ceci peut être impraticable. 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 ou des groupes particuliers de la population.^{63,64} Il est également nécessaire de faire davantage de recherche sur le rapport coût/bénéfices, le rapport coût/efficacité, et la faisabilité des différentes interventions.

La qualité des méthodes de recherche quantitative et qualitative 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 appropriées telles que:⁶⁵
 - des interviews structurées, semi structurées et approfondies;
 - des interviews avec des personnes clés
 - Observations de pratiques réelles ou simulées ou de réponses à des scénarios différents
- Analyses d'interviews enregistrées (audio) ou de comportements (vidéo)

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 M&M, 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. La recherche lors du biomonitoring impliquant le lait maternel et la communication des résultats ne devrait pas saper les messages positifs de santé publique sur l'allaitement maternel. L'OMS a développé un protocole spécial qui contient des informations prénatales sur l'allaitement pour les mamans sélectionnées participer aux analyses de lait maternel ainsi que des exemples de communication positives.^p

^p see <http://www.who.int/foodsafety/chem/POPprotocol.pdf>

VI. Actions à mettre en oeuvre

1. Politiques et programmes, gestion et finances

1.1 Politiques

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
1.1.1. Elaborer une politique nationale globale basée sur la Stratégie mondiale et l'intégrer à toutes les politiques générales de santé	Ministères concernés, comités nationaux pour l'allaitement et/ou pour l'alimentation infantile et des jeunes enfants	Politique rédigée, arrêtée, publiée et diffusée
1.1.2. Intégrer des politiques spécifiques à destination des groupes socialement défavorisés et des enfants en situation exceptionnellement difficile, pour réduire les inégalités dans les politiques nationales	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 des recommandations standards et s'assurer que leurs membres les suivent	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

1.2.5. 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
1.2.6. 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
1.2.7. 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	Publier et diffuser les résultats, et les utiliser pour la planification ultérieure d'initiatives en faveur de l'allaitement, inclure des engagements pour adresser les inégalités identifiées

1.3 Gestion

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 sont engagés ensemble à mettre en œuvre le plan d'action
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 Finances

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, coordinateurs pour l'allaitement et comités d'allaitement	Budget adapté alloué par reconduction annuelle

1.4.2. Garantir que l'élaboration de politiques, la planification, 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, coordinateurs et comités d'allaitement, agents de santé locaux	Le financement par les fabricants et distributeurs n'est ni accepté ni employé. Sources financières indiquées de façon claire et transparente
--	--	---

2. Communication pour des changements de comportements et d'attitudes (CCCA)

2.1 CCCA à destination des particuliers

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
2.1.1. Offrir aux mères enceintes et aux nouveaux parents des conseils individualisés au cours d'entretiens face-à-face menés par des professionnels de santé formés de façon appropriée, des conseillers non professionnels et des groupes de soutien de mère à mère	Responsables de santé concernés, professionnels de santé, conseillers non professionnels, groupes de soutien de mère à mère	Vérification des connaissances et savoir-faire des parents en matière d'allaitement et de la façon dont cette information est transmise
2.1.2. S'assurer que tous les documents CCCA 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	Responsables de santé concernés, coordinateurs et comités d'allaitement, professionnels de santé, conseillers non professionnels, groupes de soutien de mère à mère	Les documents disponibles répondent aux critères de cet objectif, vérification des documents CCCA et des entretiens individuels à propos de l'allaitement
2.1.3. Inclure des modèles de communication pour protéger l'allaitement maternel dans le matériel CCCA sur l'emploi du lait maternel comme indicateur de la pollution environnementale (biomonitoring) ⁹	Responsables de santé concernés, coordinateurs et comités d'allaitement, professionnels de santé, conseillers non professionnels, groupes de soutien de Mère à Mère	Les documents disponibles répondent aux critères de cet objectif
2.1.4. 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	Responsables de santé concernés, coordinateurs et comités d'allaitement, professionnels de santé, conseillers non professionnels, groupes de soutien de mère à mère	Les services et documents CCCA produits répondent à des exigences de haute qualité et s'attachent aux besoins particuliers

⁹ see for example: <http://www.who.int/foodsafety/chem/POPprotocol.pdf>

avec une expérience d'allaitement précédente difficile et infructueuse		des groupes auxquels ils s'adressent
2.1.5. 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 mère à mère	Vérification des documents et supports disponibles pour ces autres personnes influentes
2.1.6. 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, ceci inclus la distribution de matériel d'information produit ou sponsorisé par ces fabricants	Responsables de santé concernés, coordinateurs et comités d'allaitement	Pas de publicité ou de supports promotionnels produits ou sponsorisés par des firmes produisant ou distribuant ces produits sont présentés dans les médias ou distribués au public
2.1.7. Surveiller régulièrement et évaluer le taux de couverture, le niveau et l'efficacité des documents et activités CCCA	Autorités sanitaires compétentes, coordinateurs et comités d'allaitement	Couverture générale de haute qualité, documents CCCA régulièrement révisés à destination des professionnels de santé concernés et des usagers des services de soins de maternité et de soins infantiles

2.2 CCCA à destination des communautés

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
2.2.1. Elaborer et diffuser des outils CCCA 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 ; 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 mère à mère et de pairs	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	Toutes les organisations multi-média et les autorités commanditaires responsables du contenu	Information soulignant leur responsabilité diffusée auprès des

d'élever les nourrissons et les jeunes enfants, et ce dans tous les documents écrits et visuels	des manuels, des programmes, etc.	organisations multi-média; 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 medias pour diffuser des informations essentielles	Coordinateurs et comités d'allaitement, toutes les parties prenantes concernées	Campagnes dans les médias et rapports publiés sur les actions menées
2.2.4. Contrôler, informer et utiliser tous les organes des médias 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, qui ont été encouragés à promouvoir et à soutenir l'allaitement comme étant naturel et souhaitable. La présentation de l'allaitement dans les médias est analysée et les conclusions sont communiquées aux médias
2.2.5. 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 compétents de la santé, des services sociaux et du secteur de l'éducation	Enquêtes élaborées, menées et leurs résultats publiés

3. Formation

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 2nd et 3 ^{ème} cycles en gestion de l'allaitement et physiologie de la lactation pour les professionnels de santé concernés et les pharmaciens	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, sociétés 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 formation médicale continue, 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 formation médicale continue, 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	Responsables de formation médicale continue, 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
3.2.5. Contrôler l'étendue et l'efficacité de la formation continue	Responsables de formation médicale continue, comités d'allaitement, associations professionnelles	Evaluation de l'adéquation, de la qualité et de la couverture de la formation

4. Protection, promotion et soutien

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	Ministère de la santé et autres ministères	politiques et programmes

Stratégie mondiale et les Plans d'action OMS/EURO	pertinents	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	Services de soins de santé, 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
4.1.3. Contrôler régulièrement les progrès et évaluer périodiquement les résultats des politiques et plans d'action nationaux ou régionaux	Services de soins de santé, Ministère de la santé et autres ministères concernés	Rapports réguliers sur les progrès et rapports périodiques d'évaluation

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, gouvernements nationaux	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, gouvernements nationaux, agences nationales de sécurité alimentaire et de standards alimentaires	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, agences nationales de sécurité alimentaire et de standards alimentaires, Autorité de contrôle de la publicité, 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, les responsables des établissements de santé et les pharmaciens de leurs responsabilités au regard du Code international	Universités, Ecoles pour professions de santé, responsables de la formation médicale continue, 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, là où c'est encore en vigueur, la distribution gratuite de substituts du lait maternel aux familles à revenus modestes et la remplacer avec des incitants et des initiatives pour promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les milieux défavorisés ou marginalisés	Gouvernements nationaux et régionaux, services sociaux	Fourniture gratuite de substituts du lait maternel supprimée et remplacée par des incitants et des initiatives pour accroître les taux d'allaitement dans ces milieux
4.2.9. 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 observées au Code international

4.3 Législation concernant la maternité au travail

Objectifs recommandés	Responsabilité	Effets et résultats
4.3.1. Améliorer la législation nationale sur la protection de la maternité au travail pour soutenir les mères à atteindre les recommandations sur la durée de l'allaitement	Gouvernements nationaux et régionaux	Convention OIT 183 ratifiée, 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 selon les recommandations basées sur l'évidence scientifique	Gouvernements nationaux et régionaux	Cadre législatif efficace promulgué, soutien financier approuvé
4.3.3. Etendre les dispositions de la	Gouvernements	Législation étendue et

	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	nationaux et régionaux	égalité pour toutes les mères qui travaillent
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, départements des ressources humaines, services de promotion de la santé, organisations patronales et syndicats	Existence d'une sensibilisation globale aux dispositions de protection de la maternité
4.3.5.	Informier les employeurs des avantages, pour eux- mêmes et pour leurs employées 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, départements des ressources humaines, services de promotion de la santé, organisations patronales, syndicats	Employeurs informés des avantages et offrant des appuis appropriés sur le lieu de travail
4.3.6.	Surveiller l'application, dans le secteur privé et public, de la législation et de la réglementation nationale, y compris les lois de protection de la maternité, relatives à l'allaitement	Gouvernements nationaux et régionaux, organisations patronales, syndicats, ONG d'intérêt général, associations professionnelles	Surveillance effectuée, publication régulière des plaintes et de la suite qui leur est donnée

4.4 Initiative Hôpital Ami des bébés

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 » et respectent le Code International	Gouvernements nationaux et régionaux, autorités sanitaires pertinentes, agences publient des recommandations cliniques, commission de contrôle hospitalier, 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 la fourniture de services de soutien à 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,	Gouvernements nationaux et régionaux, autorités sanitaires compétentes, comités	Budget et ressources humaines adéquats pour atteindre le standard de soins basé sur l'IHAB

l'accréditation et la re-accréditation des hôpitaux sur la base de leur conformité aux critères IHAB	certifiant la qualité des services	pour tous les futurs parents et les mères qui allaitent
4.4.3. Garantir que les hôpitaux qui ne sont pas actuellement engagés dans une démarche vers l'accréditation HAB ont des pratiques 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 et de pédiatrie	Autorités sanitaires compétentes, comités certifiant la qualité des services, agences d'accréditation et comités IHAB	Les standards d'accréditation des services de maternité et de pédiatrie 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
4.4.7. Améliorer la coopération entre les hôpitaux et les autres établissements de santé et d'aide sociale et les groupes de mère à mère de manière à assurer l'application de la 10 ^{ème} Condition de l'IHAB, c'est-à-dire le soutien optimal à l'allaitement et le conseil pendant les semaines cruciales 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 mère à mère, groupes volontaires de soutien à l'allaitement, ONGs	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 nécessaire 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 efficacement	Autorités sanitaires et sociales compétentes, associations professionnelles, instituts de formation	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, les pharmacies et les lieux de travail	Autorités sanitaires et sociales compétentes, comités certifiant la qualité des services et comités IHAB, ONGs	Modèles de pratique clinique fondées sur l'IHAB élaborés et mis en œuvre dans les autres secteurs de santé et de services apparentés
4.4.10. Rédiger des protocoles et promouvoir	Ministères et autorités	Protocoles et procédures

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	pertinents, comités IHAB et agences d'accréditation	pour l'évaluation régulière en place pour toutes les maternités, tous les établissements de soins primaires et de soins infantiles
--	---	--

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 et les bénévoles des groupes de mère ont 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 et remédier aux déficits constatés
4.5.2 Garantir que toutes les mères qui ont des problèmes d'allaitement maternel et ceux qui rencontrent des problèmes lors de l'alimentation aux substituts sont assistées individuellement par des conseillers bien formés	Autorités sanitaires concernées, responsables des services de santé, professionnels de santé	Coordinateur d'allaitement maternel et spécialistes, tels que consultants en lactation IBCLC, formés et employés pour fournir ces services et enseigner aux autres membres de l'équipe la gestion des problèmes d'allaitement maternel
4.5.3 Garantir que toutes les mères ont un accès gratuit aux 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 en cas de problèmes	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 le soutien nécessaire aux mères de nourrissons prématurés ou malades, afin qu'elles puissent maintenir leur lactation et sont capables de tirer suffisamment de lait maternel pour les besoins de leurs bébés (ce soutien comprend le déplacement et le logement gratuits afin qu'elles puissent rester le plus possible avec leurs bébés ou proches d'eux) ou fournir gratuitement du lait maternel provenant d'une banque de lait agréée	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 comme centre de ressources et de documentation pour les professionnels de santé et les mères, comportant l'accès à la littérature scientifique et l'accès gratuit aux ressources scientifiques du réseau internet	Autorités sanitaires nationales et régionales, comités d'allaitement	Centres mis en place, accès à l'information diffusé à tous les groupes concernés
4.5.6 Garantir que les mères, qui arrêtent l'allaitement prématurément par rapport à leurs projet, sont soutenues pour analyser les circonstances qui ont provoqué cet arrêt afin d'amoindrir les sentiments d'échec et de deuil qu'elles peuvent ressentir. Aider ces mères à réaliser un allaitement plus long avec un prochain bébé	Autorités sanitaires concernées, responsables des services de santé, professionnels de santé	Le personnel et les bénévoles sont conscients de cette situation et sont compétents pour soutenir une mère qui a arrêté d'allaiter prématurément par rapport à son projet
4.5.7 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, coordinateurs pour l'allaitement et spécialistes en lactation	Procédures de questionnaires de satisfaction systématiques instaurées et protocoles mis en place afin de réformer les pratiques inadéquates qui seraient encore en cours

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 mère à mère, en particulier dans des communautés à statut socio-économique bas et marginalisées où les femmes sont moins susceptibles d'allaiter	Autorités sanitaires concernées, commissions de promotion de santé et de santé publique, conseillers non professionnels (<i>peer counsellors</i>), groupes bénévoles de soutien de mère à mère, organisations de soutien à l'allaitement	Formation/mise en place des conseillers non professionnels et des groupes de soutien de Mère à Mère là où besoin est le plus nécessaire
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 Mère à Mère	Conseillers non professionnels (<i>peer counsellors</i>), groupes bénévoles de soutien de mère à mère, organisations de soutien à l'allaitement	Programme et standards de compétence mis à jour/révisés ou mis au point
4.6.3 Renforcer la coopération et la communication entre les	Autorités sanitaires compétentes,	Procédures mises en place pour faciliter

professionnels de santé travaillant dans différents établissements de santé, les conseillers en allaitement formés et les groupes de soutien de Mère à Mère	professionnels de santé, conseillers non professionnels (<i>peer counsellors</i>), groupes de soutien de mère à mère organisations de soutien à l'allaitement,	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	Les besoins d'information et de soutien spécifiques de ces groupes sociaux sont identifiés et une réponse appropriée à leurs besoins est mise en place
4.7.4 Etablir des politiques appropriées et une législation qui encouragent les établissements à aménager des endroits pour allaiter qui permettent aux mères d'allaiter dans tous les endroits publics et sur les lieux de travail, et qui protègent ainsi le droit des femmes à allaiter aussi longtemps qu'elles le choisissent	Gouvernements nationaux et régionaux, autorités sanitaires et sociales concernées, gestionnaires des ressources humaines	Politiques/aménagements permettant et soutenant l'allaitement en public adoptés et promulgués

5. Contrôle et évaluation

Ces rubriques ont été incorporées dans les sections des tables d'actions auxquelles elles se rapportent.

6. 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, ministères de la santé, instituts de recherche, comités d'allaitement	Budget annuel pour la recherche. Recherche publiée et disséminée. Banque électronique de données maintenues à jour. Besoins de recherche identifiés
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	Augmentation des projets et publications réalisés en collaboration

Références

1. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev 2002;CD003517
2. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2005;115:496-506
<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/115/2/496>
3. 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
4. Horta BL, Bahl R, Martines J, Victora C. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. World Health Organization, Geneva, 2007
5. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evidence Report/Technology Assessment No. 153. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2007
6. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. AICR, Washington DC, 2007
7. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. Birth 2001;28:94-100
8. Merten S, Ackermann-Liebrich U. Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss baby-friendly hospitals. J Hum Lact 2004;20:9-17
9. Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding. Pediatr Clin North Am 2001;48:253-62
10. Merewood A, Patel B, Newton KN et al. Breastfeeding duration rates and factors affecting continued breastfeeding among infants born at an inner-city US Baby-Friendly hospital. J Hum Lact 2007;23:157-64
11. Flacking R, Wallin L, Ewald U. Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. Acta Paediatr 2007;96:1126-30
12. A warm chain for breastfeeding. Lancet 1994;344:1239-41
13. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. New York, ... 1989 <http://www.unicef.org/crc/crc.htm>
<http://www.defenseurdesenfants.fr/droit/index2.htm>
14. WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO, Geneva, 2002
....http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/global_strategy.htm
http://webitpreview.who.int/entity/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_fre.pdf
15. World Health Assembly. International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. WHO, Geneva, 1981 http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF
http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf
16. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration on Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. UNICEF, Florence, 1990
<http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>
http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24807.html
17. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. WHO, Geneva, 1989
18. UNICEF/WHO. Innocenti Declaration on Infant and Young Child Feeding. UNICEF, Florence, 2005 <http://www.innocenti15.net/declaration.htm>
....http://innocenti15.net/declaration_french.pdf

19. FAO/WHO. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. FAO/WHO, Rome, 1992 http://www.who.int/nut/documents/icn_declaration.pdf
20. WHO/EURO. The first action plan for food and nutrition policy. WHO European Region 2000-2005. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001
<http://www.euro.who.int/Document/E72199.pdf>
<http://www.euro.who.int/document/e74104.pdf>
-
21. WHO/EURO. The second action plan for food and nutrition policy. WHO European Region 2007-2012. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2007
http://www.euro.who.int/nutrition/actionplan/20070620_3
<http://www.euro.who.int/document/e91153f.pdf>
-
22. Infant Feeding in Emergencies Interagency Core Group. Infant and young child feeding in emergencies: operation guidance for emergency relief staff and programme managers (version 2.1). Emergency Nutrition Network, Oxford, 2007
23. Nutrition and diet for healthy lifestyles in Europe: science and policy implications. Public Health Nutr 2001;4:265-73
24. Société Française de Santé Publique. Health and human nutrition: elements for European action. Nancy, 2000
25. EU Council. Resolution 14274/00. Brussels, 2000
<http://register.consilium.eu.int/pdf/en/00/st14/14274en0.pdf>
26. Ball TM, Wright AL. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. Pediatrics 1999;103:870-6
27. Lund-Adams M, Heywood P. Breastfeeding in Australia. World Rev Nutr Diet 1995;78:74-113
28. Weimer J. The economic benefits of breastfeeding: a review and analysis. Food and Rural Economics Division, Economic Research Service, US Dept of Agriculture. Food and Nutrition Research Report n. 13, Washington DC, 2001
29. United States Breastfeeding Committee. Economic benefits of breastfeeding. United States Breastfeeding Committee, Raleigh, NC, 2002
<http://www.usbreastfeeding.org/Issue-Papers/Economics.pdf>
30. Bitoun P. The economic value of breastfeeding in France. Le Dossiers de l'Obstétrique 1994;216:10-3
31. Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso A, Di Mario S. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. Acta Paediatr 2006;95:540-6
32. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: a powerful equalizer. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Geneva, 2007
33. Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Geneva, 2007
34. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. European Commission, Directorate for Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2003
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a1_18_en.pdf
35. 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 and Risk Assessment, Luxembourg, 2004
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a2_18_en.pdf
36. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. Public Health Nutr 2005;8:39-46

37. European Network for Public Health Nutrition: Networking Monitoring Intervention and Training (EUNUTNET). Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union. European Commission, Directorate for Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2006
http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/research_development.htm
38. European Commission. Directive 91/321/EEC. EEC, Brussels, 1991
39. European Commission. Directive 2006/141/EC. European Commission, Brussels, 2006
40. International Labour Organization. Maternity Protection Convention C183. ILO, Geneva, 2000 <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183>
[....http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convdf.pl?C183](http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convdf.pl?C183)
41. Yngve A, Sjostrom M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr* 2001;4:729-39
42. New South Wales Centre for Public Health Nutrition. Report on breastfeeding in New South Wales 2004. The University of Sydney, Sydney, 2004
www.health.nsw.gov.au/public-health/health-promotion/nutrition/breastfeeding/index.html
43. New South Wales Centre for Public Health Nutrition. Overview of recent reviews of interventions to promote and support breastfeeding. The University of Sydney, Sydney, 2004 www.health.nsw.gov.au/pubs/2004/bf_interventions.html
44. Renfrew MJ, Dyson L, Wallace L, D'Souza L, McCormick F, Spiby H. The effectiveness of public health interventions to promote the duration of breastfeeding. National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2005
<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=511623>
45. Shealy KR, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn L. The CDC guide to breastfeeding interventions. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2005 <http://www.cdc.gov/breastfeeding/resources/guide.htm>
46. Spiby H, McCormick F, Wallace L, Renfrew MJ, D'Souza L, Dyson L. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery* 2007;
47. Cattaneo A, Borgnolo G, Simon G. Breastfeeding by objectives. *Eur J Public Health* 2001;11:397-401
48. WHO/FAO. Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula: guidelines. WHO, Geneva, 2007
49. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-20
50. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. *BMJ* 2001;323:1358-62
51. Rea MF, Venancio SI, Martines JC, Savage F. Counselling on breastfeeding: assessing knowledge and skills. *Bull World Health Organ* 1999;77:492-8
52. Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E. Process-oriented training in breastfeeding alters attitudes to breastfeeding in health professionals. *Scand J Public Health* 2005;33:424-31
53. Ekstrom A, Nissen E. A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics* 2006;118:e309-e314
54. World Health Assembly. WHA Resolution 58.32: Infant and young child nutrition. WHO, Geneva, 2005
55. Torvaldsen S, Roberts CL, Simpson JM, Thompson JF, Ellwood DA. Intrapartum epidural analgesia and breastfeeding: a prospective cohort study. *Int Breastfeed J* 2006;1:24
56. Questions and answers on Enterobacter sakazakii in powdered infant formula. WHO, Geneva, 2004

57. WHO. HIV and Infant Feeding Technical Consultation Held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants. World Health Organization, Geneva, 2006 http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/consensus_statement.htm
58. WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. WHO, Geneva, 1991
http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.PDF
59. WHO/UNICEF. Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. WHO, Geneva, 1993
60. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting. WHO, Geneva, 2007
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/pdfs/iycf_indicators_for_peer_review.pdf
61. European Community Health Indicators Phase II. Public Health Indicators for Europe: context, selection, definition. EU Health Monitoring Programme, Luxembourg, 2005
http://www.ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_08_en.pdf
62. Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. Am J Public Health 2004;94:400-5
63. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. BMJ 2000;321:694-6
64. 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
65. Pope C, Mays N. Qualitative research in health care. Blackwell, London, 2006

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) Jóna Margaret Jónsdóttir (IBCLC, Centre pour les Services de Soins Infantiles)

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

Luxembourg: Maryse Lehners-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 Filsmair (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, Semmelweis klinik, Vienne), Michael Adam (Département d'Obstétrique, Semmelweis klinik, 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 Renkowitz (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 Nicholaïdou (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 Braznevica (Département des Programmes Nutrition), Iveta Pudule (Centre de Promotion de la Santé)

Lituanie: Roma Bartkevičiute (Centre de Nutrition National, membre du Comité National pour l'Allaitement), Daiva Sniukaite (NGO Pradžia, 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 Graft (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 Rimestad (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 Skjeggestad 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 Hal'amová (Coordinatrice IHAB)

Slovénie: Polonca Truden-Dobrin, Mojca Gabrijelcic-Blenkus (Institut de Santé Publique), Borut Bratanič (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 Barrios (Castille-Léon), Ramón Prats, Victor Soler Sala (Catalogne), M^a Dolores Rubio Leonart, Maria Luisa Poch (La Rioja), Emilio Herrera Molina, José María Galan (Extremadure), Agustin Rivero Cuadrado, Carmen Temboury (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), Lluis 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 ONGs travaillant pour le soutien à la santé) et EPHA Réseau pour l'Environnement.

Elisabeth Geisel (Gesellschaft für Geburtsvorbereitung - Familienbildung und Frauengesundheit 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)

Le Plan d'Action a été révisé durant le projet «Promotion de l'allaitement en Europe: mise en oeuvre pilote du Plan d'action», par :

Maryse Arendt, IBCLC, Initiativ Liewensufank, Luxembourg

Tea Burmaz, Unité pour la Recherche sur les Services de Santé et la Santé Internationale, Institut de Santé Infantile IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italie

Adriano Cattaneo, Unité pour la Recherche sur les Services de Santé et la Santé Internationale, Institut de Santé Infantile IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, Italie

Elise Chapin, IBCLC, Observatoire régional de l'Allaitement maternel, Florence, Italie

Marie-José Communal, Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Lyon, France

Maureen Fallon, Coordinatrice Nationale pour l'Allaitement maternel, Dublin, Irlande

Tine Jerris, IBCLC, Centre national pour l'Allaitement maternel, Copenhague, Danemark

Irène Loras-Duclaux, Département de Pédiatrie, Hôpital Mère-Enfant, Lyon, France

Irena Kondrate, Comité National pour l'Allaitement maternel, Ministère de la Santé, Riga, Lettonie

Marzena Kostuch, Département de Péritonatalogie et d'Obstétrique, Hôpital 4, Lublin, Pologne

Catherine Massart, Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel, Bruxelles, Belgique

Krystyna Mikiel-Kostyra, Institut Mère et Enfant, Warsovie, Pologne

Ingrid Nilsson, IBCLC, Centre national pour l'Allaitement maternel, Copenhague, Danemark

Le Plan d'Action révisé a été relu, évalué et commenté par les personnes, associations et institutions suivantes :

Anne Baerug, Centre national pour l'Allaitement maternel, Oslo, Norvège

Vicky Benetou, Département d'Hygiène et d'Epidémiologie, Université d'Athènes, Grèce

Janet Calvert, Coordinatrice pour l'Allaitement maternel, Agence de Promotion de la Santé de l'Irlande du Nord, Royaume-Uni

Claibourne I. Dungy, président, International Board of Lactation Consultant Examiners, USA

Monique Fey-Sonnen, infirmière pédiatrique graduée, Luxembourg

Corinne Lauterbourg-Rohla, sage-femme, Luxembourg

Lida Lhotska, IBFAN/GIFA, Geneva, Switzerland

Elisabeth Kylberg, Département de santé maternelle et infantile, Hôpital des Enfants, Uppsala, Suède

Ellen McIntyre, présidente-élue, International Board of Lactation Consultant Examiners, Australie

Marjaana Pelkonen, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Finlande

Sirpa Sarlio-Lähteenkorva, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Finlande

Constanza Vallenás, Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, OMS, Genève, Suisse

Themis Zachou, pédiatre et néonatalogue, Athènes, Grèce

Irena Zakarija-Grkovic, IBCLC, Comité National pour l'Allaitement maternel, Croatie

Annexe 1. La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

En 2002, l'OMS et l'UNICEF ont élaboré conjointement la Stratégie mondiale, y incorporant les plus récentes connaissances scientifiques, afin de rappeler au monde, la nécessité urgente de protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel et d'améliorer par une alimentation optimale l'état nutritionnel, la croissance et le développement, la santé et par conséquence la survie des nourrissons et des enfants en bas âge.

L'élaboration de la Stratégie mondiale, résultat d'un travail global de deux années, s'est appuyée sur deux principes: être fondée sur les meilleures évidences scientifiques et épidémiologiques disponibles, et bénéficier d'une participation aussi large que possible. D'emblée, il a été convenu que la Stratégie mondiale devrait endosser et se fonder sur les succès, réalisations antérieures et en cours, en particulier l'IHAB (1991), le Code International sur la commercialisation des substituts du lait maternel (1981) et la Déclaration d'Innocenti sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel (1990).

Destinée à être un guide pratique, les objectifs spécifiques de la Stratégie mondiale sont :: attirer l'attention sur les problèmes majeurs de la nutrition infantile et des jeunes enfants; identifier des approches pour trouver une solution et fournir un cadre d'interventions essentielles; dans le but de développer l'engagement des gouvernements, des organisations internationales et des autres parties concernées pour des pratiques d'alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants ; de créer un environnement qui permet aux mères, aux familles et aux autres personnes qui s'occupent des enfants de prendre et de mettre en pratique dans toutes les circonstances des décisions informées sur les pratiques optimales d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.

La Stratégie mondiale doit se traduire par des actions. Les évidences sont concluantes de part le monde que, les gouvernements, soutenus par la communauté internationale et les autres parties concernées, ont commencé à prendre au sérieux leurs engagements de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être nutritionnel des nourrissons et des jeunes enfants et des femmes enceintes et allaitantes.

Les quatre premiers des neufs objectifs opérationnels de la Stratégie mondiale sont extraits de la Déclaration d'Innocenti (Annexe 3). Les cinq objectifs opérationnels supplémentaires sont :

5. Elaborer, appliquer, contrôler et évaluer une politique complète d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, dans le contexte des politiques et programmes nationaux concernant la nutrition, la santé de l'enfant, la santé génésique et la réduction de la pauvreté.
6. Faire en sorte que le secteur de santé et les autres secteurs concernés protègent, encouragent et appuient l'allaitement exclusif au sein pendant six mois et sa poursuite jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, tout en donnant aux femmes l'accès aux moyens nécessaires – dans la famille, dans la communauté et au travail - pour y parvenir.
7. Promouvoir une alimentation complémentaire adéquate, sûre, appropriée et introduite au bon moment, tout en poursuivant l'allaitement maternel.
8. Donner des conseils sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations de difficulté exceptionnelle et le soutien dont ont besoin en pareil cas les mères, les familles et les autres personnes qui s'occupent des enfants

9. Envisager la nécessité de nouvelles mesures, législatives ou autres, dans le cadre d'une politique complète sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pour donner effet aux principes et aux objectifs du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée Mondiale de la Santé.

Annexe 2. Le code International de commercialisation des substituts du lait maternel

Le Code international s'applique aux substituts du lait maternel, ceci inclus «les préparations pour nourrissons, autres produits laitiers, les aliments et boissons qui sont employés pour remplacer partiellement ou complètement le lait maternel, les biberons et les tétines» et a été adopté en 1981 à l'AMS par la majorité des états membres pour arrêter la commercialisation agressive des laits de substitution et la hausse de la mortalité infantile en relation avec cette pratique. Après l'adoption du Code International, les producteurs de préparations pour nourrissons ont développé et commercialisé les laits de suite pour maintenir une visibilité continue de leurs noms de marque et des produits. En réponse à cela la résolution AMS de 1986 a précisé qu'il n'y a pas de besoin clinique pour ces produits et que les enfants alimentés artificiellement devraient continuer à recevoir une préparation standard pour nourrissons jusqu'à 12 mois et par la suite ils devraient recevoir du lait de vache non écrémé et non modifié en complément avec une alimentation familiale nutritive.

Des résolutions AMS ultérieures ont mis à jour et ont éclairci, selon les besoins, le Code International en tenant compte des nouvelles connaissances scientifiques et des tendances dans la commercialisation de produits industrialisés. Ces résolutions ont le même statut que le Code International, comme l'a réaffirmé une approbation technique par le secrétariat de l'OMS.

Les principales dispositions du Code International et des résolutions pertinentes ultérieures sont:

1. les gouvernements ont la responsabilité de fournir des informations sur l'alimentation des nourrissons. Des dons de matériel d'information par les producteurs ou les distributeurs ne sont autorisés que sur demande et avec l'approbation écrite de l'autorité gouvernementale appropriée.
2. Pas de publicité pour les substituts du lait maternel auprès du public
3. Pas d'échantillons directs ou indirects, ni de cadeaux aux mères ou à leur famille.
4. Pas de contact direct ou indirect entre les représentants des firmes et les mères.
5. Pas de cadeaux ni d'échantillons personnels aux professionnels de santé. Les échantillons fournis ne peuvent être employés que pour l'évaluation professionnelle ou la recherche scientifique au niveau de l'institution. Les professionnels de santé ne devraient pas donner des échantillons aux femmes enceintes ni aux mères de nourrissons et de jeunes enfants.
6. L'information des professionnels de santé devrait se limiter aux données scientifiques et aux faits.
7. Un soutien financier aux professionnels de santé ne devrait pas créer des conflits d'intérêt.
8. Toute information aux mères doit inclure les bienfaits de l'allaitement maternel et les coûts et risques de l'alimentation artificielle.
9. Pas de publicité pour les produits visés par le Code International dans le système de santé, ni de fournitures gratuites.
10. Sur l'étiquetage, les expressions telles que «humanisé», «maternisé» ou des termes analogues sont interdites ainsi que les images ou textes qui idéalisent l'alimentation artificielle.
11. Les allégations nutritionnelles ou de santé ne sont pas permises pour les substituts du lait maternel, sauf si l'exception est établie dans la législation nationale.

Le succès de la mise en oeuvre du Code International repose sur les pays qui doivent transposer et faire appliquer les dispositions du Code dans la législation nationale/régionale. Cependant le Code International précise que sans tenir compte d'une telle transposition les industries devraient surveiller leurs propres pratiques et se conformer aux principes et aux objectifs du Code International. Bien que le sponsoring de programmes de santé ou de professionnels de santé n'est pas interdit par le Code International, les résolutions OMS de 1996 et de 2005 le déconseillent à cause des conflits d'intérêt. Les professionnels croient qu'ils peuvent résister aux activités commerciales de promotion. Des études sociologiques ont montré qu'il n'en était rien: Même « des petits cadeaux » ont un effet.

Le Code International n'interdit pas la vente des substituts du lait maternel, mais réglemente leur commercialisation. La publicité et la promotion d'un produit mis en vente peuvent être une pratique largement accepté dans le monde commercial mais la commercialisation d'un substitut du lait maternel a des conséquences négatives sur l'initiation et la durée de l'allaitement maternel et ne peut pas être traité comme n'importe quel autre produit en vente. Les taux peu élevés d'allaitement au sein de part le monde sont un problème majeur de santé publique et les efforts pour redresser cette situation ne devraient pas être en concurrence avec les entreprises commerciales qui possèdent des outils de commercialisation de plus en plus sophistiqués et des budgets énormes.

En tant que défenseurs de la santé publique, hormis recommander aux gouvernements à s'activer pour s'attaquer au problème des taux d'allaitement peu élevés, les professionnels de santé ont des responsabilités sous les dispositions du Code International. Ils peuvent s'assurer que les institutions du secteur de santé ne sont pas employées pour la promotion de produits. Ils peuvent, comme recommandé par l'AMS, surveiller et faire le rapport des violations aux organes statuaires en charge. Les professionnels de santé devraient au moins se familiariser avec l'esprit et les dispositions du Code International et les résolutions AMS ultérieures pertinentes afin de ne pas faciliter par inadvertance des violations au détriment de la santé de la communauté.

L'Union Européenne a d'abord transposé le Code International dans une directive de la Commission en 1991 (Directive 91/321/EEC). Cette directive n'a pas du tout transposée le Code International dans son intégralité, puisqu'elle ne s'appliquait qu'aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite et en limitait la commercialisation et publicité uniquement jusqu'à l'âge de quatre mois. En décembre 2006 la Commission Européenne a publié la directive 2006/141/EC pour mettre à jour et remplacer celle de 1991. La directive 2006/141/EC présente peu d'améliorations par rapport à celle de 1991 puisqu'elle a juste élargi les restrictions de commercialisation et de publicité jusqu'à l'âge de six mois. Quasi simultanément la Commission européenne a publié la Directive 2006/125/EC «Préparations à base de céréales et aliments pour bébés destinés aux nourrissons et enfants en bas âge». L'article 8.1 de cette directive dit que: « l'étiquetage de ces produits doit comporter une mention indiquant l'âge approprié à partir duquel le produit peut être utilisé » et elle ajoute que « l'âge indiqué ne peut être inférieur à quatre mois », contredisant ainsi beaucoup de recommandations nationales pour un allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois. Les directives européennes doivent être transposées en législation nationale dans chaque état membre.

Annexe 3. La Déclaration Innocenti

La Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel 1990

Le 1er août 1990 les délégués de 30 gouvernements nationaux ont adopté la déclaration Innocenti, un document qui établit de nouveaux objectifs stratégiques pour protéger, promouvoir et soutenir plus effectivement l'allaitement maternel. Les quatre objectifs opérationnels de la déclaration d'Innocenti de 1990 étaient :

1. désigner un coordinateur national et créer un comité national, multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel;
2. faire en sorte que chaque établissement assurant des prestations de maternité respecte pleinement les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel »;
3. mettre en œuvre les principes et les objectifs du Code International dans son entièreté;
4. promulguer des lois protégeant le droit d'allaiter des femmes qui travaillent et adopter des mesures pour assurer leur application.

La Déclaration Innocenti 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Le 22 novembre 2005 se tenait à Florence la célébration du quinzième anniversaire de la déclaration Innocenti 1990-2005, les délégués participants à cet événement ont adopté la déclaration Innocenti 2005. Celle-ci préconise plusieurs actions urgentes et nécessaires pour assurer le meilleur départ dans la vie pour les enfants, la mise en œuvre des droits des femmes et des enfants et celles des Objectifs du Millénaire pour 2015. La Déclaration identifie les rôles et responsabilités des décideurs clés et insiste sur le fait que ces responsabilités doivent être rencontrées afin d'obtenir un environnement permettant aux mères, familles et autres personnes qui s'occupent d'enfants de prendre des décisions informées sur l'alimentation infantile optimale : Cet appel aux actions nécessaires contient le texte suivant :

Toutes les parties:

1. Garantissons aux femmes leur pleine autonomie en tant que femmes;
2. Soutiennent l'allaitement maternel considéré comme la norme
3. Mettent en garde contre les risques d'une alimentation artificielle;
4. Garantissons aux femmes un bon état de santé et nutritionnel à tous les stades de la vie;
5. Protègent l'allaitement au sein dans les situations d'urgence, notamment en veillant à qu'il puisse être maintenu de façon ininterrompue avec une alimentation complémentaire appropriée et à ce que soit évitée la distribution de substituts du lait maternel
6. Mettent en œuvre les lignes directrices de l'OMS sur le VIH et l'alimentation infantile.

Tous les gouvernements :

7. Créent ou renforcent, dans le domaine de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, des autorités nationales, des comités de coordination ,des groupes, libres de toute influence commerciale et échappant à tout conflit d'intérêts;
8. Relancent l'Initiative Hôpital Ami des bébés en l'appliquant aux maternités, aux services néonatals et pédiatriques et aux services communautaires d'aide;
9. Appliquent au minimum et intégralement toutes les dispositions du Code International et mettent en place des mécanismes permanents de contrôle pour éviter ou pénaliser le non respect;

10. Adoptent des lois de protection de la maternité pour faciliter l'allaitement maternel exclusif pendant six mois;
11. Veillent à ce que des lignes directrices appropriées et des formations pratiques fassent partie des formations initiales et en cours d'emploi de tous les professionnels de santé afin qu'ils puissent intervenir avec des conseils parfaitement adaptés;
12. Veillent à ce que toutes les mères connaissent leurs droits et puissent recevoir soutien, 'information et conseils;
13. Mettent en place des systèmes de surveillance sur les modes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant;
14. Encouragent les médias à présenter l'allaitement au sein comme la norme, pour qu'ils donnent des images positives d'une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant et participent aux activités de la SMAM;
15. Prennent des mesures pour protéger les populations, en particulier les femmes enceintes et allaitantes, contre les polluants et les résidus chimiques présents dans l'environnement;
16. Trouvent et allouent les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre des actions prévues dans la Stratégie mondiale;
17. Suivent les progrès et fassent périodiquement rapport.

Tous les fabricants et distributeurs de produits visés par le Code International:

18. Respectent scrupuleusement dans tous les pays l'ensemble des dispositions du Code International et des résolutions pertinentes ultérieures de l'AMS;
19. Veillent à ce que tous les aliments destinés aux nourrissons et jeunes enfants satisfont aux normes du Codex Alimentarius.

Les organisations multilatérales et bilatérales et les institutions financières internationales:

20. Reconnaissent qu'un allaitement maternel et une alimentation complémentaire optimaux sont essentiels pour garantir la santé physique, intellectuelle et émotionnelle à long terme de tous et que des pratiques alimentaires inappropriées et leurs conséquences sont des obstacles majeurs à la réduction de la pauvreté et au développement socio-économique durable;
21. Trouvent et allouent les ressources financières et humaines nécessaires pour aider les gouvernements à formuler, exécuter, suivre et évaluer leurs politiques et programmes sur l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant et de l'IHAB.
22. Fournissent des conseils et un soutien technique accru pour le développement des capacités nationales dans tous les secteurs cibles évoqués dans la Stratégie mondiale;
23. Appuient les recherches opérationnelles;
24. Encouragent la mise en oeuvre de programmes visant à améliorer l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire dans les stratégies pour réduire la pauvreté et les plans de développement du secteur de la santé.

Les organisations non gouvernementales d'utilité publique:

25. Accordent une plus grande priorité à la protection, la promotion et le soutien de pratiques alimentaires adéquates, y compris la formation des professionnels de santé et des agents travaillant au niveau de la communauté et améliorent l'efficacité par la coopération et l'entraide;
26. Attirent l'attention sur les activités qui sont incompatibles avec les principes du Code International afin que toute violation puisse être efficacement combattue dans le respect de la législation et de la réglementation nationale.

27. Tout partenariat sera établi selon des lignes directrices qui garantissent qu'il est approprié et se concentre sur des actions clairement identifiées, tout en respectant les principes pour éviter les conflits d'intérêts et toute influence commerciale non souhaitable.

La Déclaration Innocenti 2005 a été adoptée lors de la session annuelle 2006 du Comité permanent de la Nutrition du système des Nations Unies et l'AMS 2006 a incité les pays membres à soutenir les actions présentes dans l' »Appel à l'action » (résolution AMS 59.21)

Annexe 4. L'Initiative Hôpital Ami de bébés

Lancée en 1991, l'IHAB est la principale stratégie d'intervention de l'OMS/UNICEF en vue de renforcer la capacité des systèmes de santé nationaux, régionaux et locaux à protéger et soutenir l'allaitement maternel. Dans le monde entier, les maternités ont intégré l'IHAB dans les initiatives de bonnes pratiques et des améliorations significatives des taux d'allaitement et des pratiques ont pu être constatées partout où elle est mise en œuvre. L'OMS/UNICEF attribuent un label de qualité «Ami des bébés » aux hôpitaux qui ont effectué les changements institutionnels et pratiques nécessaires pour répondre aux critères sévères d'évaluation. Un hôpital Ami des bébés est un établissement des soins où les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'OMS/Unicef sont la norme des soins maternels et infantiles dans le but de protéger, de promouvoir et de soutenir efficacement l'allaitement exclusif au sein depuis la naissance.

Les lignes directrices originales ont été développées en 1992 par l'UNICEF et Wellstart International. Ces lignes directrices ont été révisées en 2006. Voici les Dix conditions pour un allaitement réussi révisées:

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant..
2. Donner à tous les membres du personnel soignant la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique.
4. Mettre les nouveau-nés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement à la naissance, et pendant au moins une heure encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24h sur 24.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

L'ensemble du matériel révisé, disponible auprès de UNICEF,^r contient:

- Des documents de référence et un guide sur la mise en œuvre;
- Un cours pour les décideurs sur le renforcement et le soutien de l'IHAB;
- Un cours de formation de 20 heures pour les professionnels travaillant en maternité sur la promotion et le soutien de l'allaitement au sein, qui contient également un module sur l'impact des conditions de naissance sur l'allaitement et un module pour les régions où le VIH est répandu ;
- Un formulaire d'auto-évaluation et de contrôle à destination des hôpitaux;
- Les lignes directrices et les outils pour l'évaluation externe et la ré-évaluation (seulement disponible pour les évaluateurs).

Dans beaucoup de pays l'IHAB a été complétée par des initiatives dont le but est de protéger,

^r see www.unicef.org/nutrition/index_24850.html or www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/index.html

de promouvoir et de soutenir l'allaitement maternel:

- Avant et après la naissance dans les centres de santé primaire et communautaires;
- Pour les endroits où sont soignés les enfants malades ou nés prématurément.

Il n'y a pas ni critères universels ni lignes directrices pour ces projets «Ami des bébés» parce que chaque projet a été développé en se basant sur la situation locale et l'organisation des soins de santé primaire et communautaire.

Annexe 5. Les plans d'actions pour l'alimentation et la nutrition OMS/EURO

L'OMS/EURO a déjà publié, après approbation par tous les pays membres, deux plans d'actions pour la nutrition et l'alimentation. Le second a été publié en septembre 2007 et couvre la période entre 2007 et 2012. Après avoir reconnu que le Plan d'action (Blueprint) représente un important document qui indique des directions stratégiques pour des actions, ce plan établit des buts et des objectifs de santé, de nutrition, de sécurité sanitaire alimentaire et de sécurité alimentaire et fournit une série cohérente d'actions intégrées, couvrant différents secteurs gouvernementaux, impliquant des acteurs du secteur public et privé, pour être pris en compte par les états membres dans leur propre politique et dans leur plan d'action national. En ce qui concerne la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants, le plan reconnaît que l'allaitement exclusif jusqu'à six mois et l'introduction au bon moment d'une alimentation complémentaire sans risque et appropriée en complément à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à deux ans peut réduire le fardeau à court et à long terme d'une mauvaise santé et recommande de:

- Promouvoir une nutrition foetale optimale en assurant une bonne nutrition maternelle depuis la pré-conception, en établissant des schémas de soutien pour les groupes socio-économiques défavorisés et en fournissant des suppléments de micronutriments si nécessaire;
- Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement au sein en:
 - Révisant les lignes directrices existantes;
 - Garantissant l'adhésion aux critères de l'IHAB;
 - Appliquant et faisant respecter le Code International;
 - Permettant aux femmes qui travaillent d'avoir accès à des congés parentaux adéquats, à des pauses d'allaitement et à de la flexibilité pendant l'allaitement et la jeune enfance;
 - de telle sorte qu' au moins 50% des nourrissons soient exclusivement allaités au sein les six premiers mois de leur vie et continuent d'être allaités jusqu'à au moins douze mois;
- Prendre des initiatives au niveau de la communauté afin de garantir une fourniture adéquate d'aliments de compléments; un apport suffisant de micronutriments et une prise en charge nutritionnelle adaptée aux nourrissons et jeunes enfants en particulier à ceux qui vivent dans des situations exceptionnellement difficiles. Quand la fortification avec des micronutriments est employée, l'impact et les risques potentiels doivent être surveillés et des conflits d'intérêt avec l'allaitement maternel exclusif devraient être évités;
- Promouvoir le développement de politiques d'alimentation préscolaire et scolaire et de sécurité alimentaire, comprenant des améliorations des programmes scolaires pour l'éducation sur la nutrition, la formation des enseignants, le développement de lignes directrices pour les repas scolaires et la fourniture d'un choix d'aliments sains.

Le plan recommande en addition de prendre une action intégrée pour s'attaquer aux déterminants d'une alimentation mauvaise et malsaine.

Annexe 6. La Convention 183 de l’OIT sur la protection de la maternité

La convention concerne la révision de la convention sur la protection de la maternité de 1952. Pour continuer à promouvoir l'égalité de toutes les femmes qui travaillent et la santé et la sécurité de la mère et de l'enfant, tout en tenant compte des circonstances des femmes au travail et de la nécessité d'apporter une protection à la grossesse, ce qui est la responsabilité partagée entre les gouvernements et la société, la Convention 183 sur la protection de la maternité a été adoptée le 15 juin 2000. Les points importants pour les Etats membres, qui ratifient la Convention, qui est juridiquement contraignante, sont:

- la convention s'applique à toutes les femmes salariées, y compris les femmes qui le sont dans le cadre de formes atypiques de travail dépendant;
- chaque Etat membre doit indiquer les catégories de travailleuses exclues du champ d'application de la convention et les raisons de leur exclusion;
- dans ses rapports ultérieurs, l'Etat membre doit décrire les mesures prises afin d'étendre progressivement les dispositions de la convention à ces catégories.

Protection de la santé:

- Tout Etat membre doit adopter les mesures nécessaires pour que les femmes enceintes ou qui allaitent ne soient pas contraintes d'accomplir un travail réputé comme étant préjudiciable à leur santé ou à celle de leur enfant.

Congé de maternité

- Sur présentation d'un certificat médical, indiquant la date présumée de son accouchement, toute femme, à laquelle la présente convention s'applique, a droit à un congé de maternité d'une durée de quatorze semaines au moins.
- Tout Membre peut, par la suite, déposer auprès du Directeur général du Bureau International du Travail une nouvelle déclaration étendant la durée du congé de maternité.
- En tenant dûment compte de la protection de la santé de la mère et de l'enfant, le congé de maternité doit comprendre une période de congé obligatoire de six semaines après l'accouchement.
- La durée du congé de maternité prénatal doit être prolongée par un congé équivalent à la période écoulée entre la date présumée et la date effective de l'accouchement, sans réduction de la durée de tout congé postnatal obligatoire.

Prestations

- des allocations en espèces doivent être perçues par les femmes en congé de maternité.
- Les allocations en espèces doivent atteindre un niveau tel que la femme puisse subvenir à son entretien et à celui de son enfant dans de bonnes conditions de santé et selon un niveau de vie adéquat
- Le montant de ces allocations ne doit pas être inférieur au deux tiers du gain antérieur de la femme.
- Lorsqu'une femme ne remplit pas les conditions prévues pour bénéficier des allocations en espèces, elle a droit à des allocations appropriées financées par les fonds de l'assistance sociale.
- Les prestations médicales doivent être assurées à la mère et à son enfant et doivent comprendre les soins prénatals, les soins liés à l'accouchement, les soins postnatals et l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

- Afin de protéger la situation des femmes sur le marché du travail, les allocations afférentes au congé doivent être assurées par une assurance sociale obligatoire ou par des fonds publics.

Protection de l'emploi et non-discrimination

- Il sera illégal pour un employeur de résilier le contrat d'emploi d'une femme pendant sa grossesse, pendant son congé de maternité ou pendant la période qui suit son retour au travail, excepté pour des raisons non liées à la grossesse ou à la naissance de son enfant et ses conséquences ou à l'allaitement.
- A la fin de son congé de maternité, la femme est assurée de retrouver le même poste de travail ou un poste de travail équivalent, avec le même salaire.

Mères qui allaitent

- Un femme aura le droit à une ou plusieurs pauses journalières ou à une réduction du temps de travail journalier pour allaiter son enfant.
- La période pendant laquelle les pauses d'allaitement ou la réduction des heures de travail journalières sont permises, leur nombre, la durée des pauses d'allaitement et les procédures pour la réduction du temps de travail seront déterminés par des lois nationales et la pratique. Ces pauses ou cette réduction du temps de travail journalier seront considérés comme temps de travail et donneront droit en conséquence à une rémunération.

Après la convention 183, l'OIT a adopté la Recommandation 191, qui propose des lignes directrices et des suggestions pour la réalisation de normes plus élevées de protection de la maternité.

Annexe 7. Modèle pour une analyse de la situation

Dans la colonne de gauche, on trouvera les objectifs recommandés dans le Plan d'action et dans la colonne de droite les progrès observés sur un plan national ou régional.

Pays: Période : de: à Date:

Politiques	Politiques
1.1.1 Politique nationale basée sur la Stratégie mondiale	
1.1.2 Politique incluant les groupes défavorisés	
1.1.3 Les organisations professionnelles font des recommandations et établissent des lignes directrices pour la pratique	

Planning	Planning
1.2.1 Priorités, objectifs et buts définis	
1.2.2 Planification à long terme, évaluation et re-planification	
1.2.3 Planification à court terme, évaluation et re-planification	
1.2.4 Coordonner les initiatives sur l'allaitement maternel avec d'autres activités de santé publique et de promotion de la santé	
1.2.5 Mettre en place des systèmes de surveillance avec des définitions et standards universellement acceptés	
1.2.6 Recueillir d'autres informations sur les données sociales pour aider à régler les problèmes d'inégalités et de pauvreté	
1.2.7 Publier et diffuser les résultats et les employer pour la planification ultérieure	

Gestion	Gestion
1.3.1 Coordinateur national	
1.3.2 Comité national	
1.3.3 Continuité du coordinateur et du comité	

1.3.4 Surveiller et évaluer les résultats du plan national	
--	--

Finances	Finances
1.4.1 Ressources humaines et financières adéquates 1.4.2 Pas de financement par un producteur ou distributeur de préparations pour nourrissons	

CCCA (particuliers)	CCCA (particuliers)
2.1.1 Offrir des entretiens de soutien de face à face par des professionnels formés en incluant le soutien par des pairs et des groupes d'aide 2.1.2 Les documents réalisés sont corrects et s'alignent sur les politiques nationales 2.1.3 Les documents contiennent de l'information sur l'usage du lait maternel comme indicateur de la pollution de l'environnement 2.1.4 Identifier et examiner les besoins d'informations et de savoir faire des femmes les moins susceptibles d'allaiter 2.1.5 Identifier et examiner les besoins des familles et des autres membres de la famille 2.1.6 Empêcher la diffusion de documents de marketing sur l'alimentation infantile en provenance de sources inappropriées 2.1.7 Contrôler et évaluer la diffusion, la qualité et l'efficacité des documents et des activités CCCA	

CCCA (communautés)	CCCA (communautés)
2.2.1 Développer des outils gratuits de CCCA en ligne avec les politiques nationales de santé, pour les services scolaires et sociaux, les services de garde de bébés et les médias 2.2.2 Présenter <u>l'allaitement exclusif</u> pendant 6 mois et la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à deux ans comme étant une pratique normale	

<p>2.2.3 Profiter des semaines sur l'allaitement comme une opportunité de stimuler le débat public, les médias et diffuser de l'information</p> <p>2.2.4 Surveiller, informer et utiliser tous les organes des médias et s'assurer que l'allaitement y est représenté comme étant une pratique normale</p> <p>2.2.5 Surveiller l'adéquation des connaissances du public, les attitudes et les pratiques au sujet de l'importance de l'allaitement maternel, ainsi que les moyens de le soutenir et protéger</p>	
---	--

Formation initiale	Formation initiale
<p>3.1.1 Examiner et élaborer des standards pour la formation en allaitement maternel afin de garantir la compétence dans la gestion de la lactation</p> <p>3.1.2 Revoir la littérature et les manuels afin de s'assurer qu'ils sont conformes aux politiques et aux lignes de conduite existantes dans la pratique</p>	

Formation continue	Formation continue
<p>3.2.1 Continuer la formation interdisciplinaire basée sur l'OMS/UNICEF ou d'autres cours appropriés pour le personnel de 1^{re} ligne</p> <p>3.2.2 Réviser les manuels existants et la littérature</p> <p>3.2.3 Encourager les formations spécialisées en lactation et l'acquisition de la qualification <u>IBCLC</u> ou d'une qualification équivalente</p> <p>3.2.4 Encourager les réseaux de communication électronique parmi les spécialistes en lactation</p> <p>3.2.5 Surveiller l'étendue et l'efficacité de la formation continue</p>	

Stratégie Mondiale	Stratégie Mondiale
<p>4.1.1 Mettre en oeuvre des politiques et plans basés sur la Stratégie Mondiale et les plans d'actions OMS/EURO</p> <p>4.1.2 Faire connaître les politiques et plans à tous les organismes, groupes, et organisations importantes</p> <p>4.1.3 Suivre les progrès et évaluer les résultats des politiques et plans</p>	

Code International	Code International
<p>4.2.1 Développer des directives européennes qui au minimum incluent toutes les dispositions du Code International</p> <p>4.2.2 Veiller à ce que le Code International se reflète dans la position de l'UE aux réunions du Codex Alimentarius</p> <p>4.2.3 Mettre en place une législation nationale, y compris les mécanismes pour renforcer le Code International</p> <p>4.2.4 Encourager la mise en oeuvre complète du Code International même si les directives UE ne l'exigent pas</p> <p>4.2.5 Informer les professionnels de santé pré et post gradués et les fournisseurs de soins de santé</p> <p>4.2.6 Développer des codes d'éthique sur la subvention des cours de formation, du matériel éducatif, des conférences et des autres activités</p> <p>4.2.7 Informer le public sur les principes et les objectifs du Code International</p> <p>4.2.8 Supprimer progressivement la distribution gratuite de préparations pour nourrissons aux familles à revenu modeste et la remplacer par des initiatives qui font la promotion de l'allaitement maternel</p> <p>4.2.9 Mettre en place un système de surveillance avec des responsabilités pour contrôler le respect du Code International,</p>	

enquêter et engager des poursuites sur les violations, informer le public et les autorités	
--	--

Législation pour mères qui travaillent	Législation pour mères qui travaillent
<p>4.3.1 Améliorer la législation afin d'aider les mères à appliquer les meilleures pratiques en allaitement</p> <p>4.3.2 Veiller à mettre en place une législation permettant <u>l'allaitement exclusif</u> pendant six mois et sa poursuite par après</p> <p>4.3.3 Etendre le champ d'application de la protection de la maternité à celles qui n'y ont pas droit pour l'instant (contrat à durée déterminée, temps partiel, etc.)</p> <p>4.3.4 Veiller à ce que les employeurs, les professionnels de santé et le public soient informés de la législation concernant la protection de la maternité et de la santé et de sécurité</p> <p>4.3.5 Informer les employeurs sur les bénéfices pour eux et pour les travailleuses qui allaitent en facilitant l'allaitement (horaire flexible, temps partiel, endroits où tirer et stocker le lait)</p> <p>4.3.6 Surveiller la mise en œuvre des politiques et législations y inclus les lois de protection de la maternité en relation avec l'allaitement maternel</p>	

Initiative Hôpital Ami de bébés	Initiative Hôpital Ami de bébés
<p>4.4.1 Veiller à obtenir une bonne collaboration à tous les niveaux pour établir l'IHAB comme le standard de bonne pratique (ceci inclus les gouvernements, le service de santé national, ONGs, institutions de soins aux mères et aux enfants)</p> <p>4.4.2 Garantir les ressources (financement, personnel et temps) et le soutien technique pour la formation et l'évaluation</p> <p>4.4.3 Encourager les services de maternité qui ne participent pas à l'IHAB à avoir des pratiques en conformité avec les standards de bonne pratique IHAB</p>	

<p>4.4.4 Incorporer les critères IHAB dans les standards nationaux d'accréditation de qualité des services de maternité</p> <p>4.4.5 Développer une approche systématique pour transmettre l'information sur l'allaitement pendant les soins anténataux en ligne avec l'IHAB</p> <p>4.4.6 Faire participer les pères et les familles pour assurer un soutien adéquat à la maison</p> <p>4.4.7 Améliorer la coopération entre les hôpitaux et les services sociaux et de santé pour assurer un soutien adéquat à l'allaitement (condition 10)</p> <p>4.4.8 Assurer une formation et un soutien adéquat dans les services de santé de la communauté et les services sociaux</p> <p>4.4.9 Encourager la mise en oeuvre de pratiques “ami-des bébés” au-delà de la maternité (communauté, services sociaux, pédiatrie et lieux de travail)</p> <p>4.4.10 Etablir des protocoles pour évaluer les hôpitaux et les services de santé primaire sur base des standards IHAB</p>	
---	--

Soutien par des professionnels de santé formés	Soutien par des professionnels de santé formés
<p>4.5.1 S'assurer que le personnel des services sociaux et de santé, y compris les bénévoles, ont les compétences pour renforcer la confiance et la capacité des mères</p> <p>4.5.2 Encourager et soutenir l'équipe pour acquérir du savoir spécialisé</p> <p>4.5.3 S'assurer qu'il y ait des services de soutien à l'allaitement, y compris des consultants en lactation qualifiés ou d'autres membres du personnel de santé pourvus de compétences adéquates</p> <p>4.5.4 Offrir une aide spécifique aux mères, pour qu'elles fournissent ou acquièrent du lait maternel pour leurs nourrissons</p>	

<p>prématurés ou malades, y compris une aide pour le transport et le logement, si le bébé est hospitalisé loin de son domicile,</p> <p>4.5.5 Créer des centres d'excellence afin de fournir des ressources aux professionnels de santé et aux mères y compris le libre accès à internet</p> <p>4.5.6 Veiller à soutenir les femmes qui ont arrêté l'allaitement prématulement par rapport à leur projet, afin de diminuer leur sentiment d'échec et de deuil et les aider à réaliser un allaitement plus long avec le bébé suivant</p> <p>4.5.7 Mettre en place des questionnaires de satisfaction sur l'information et le soutien de l'allaitement</p>	
---	--

Conseillers non-professionnels et groupes de mère à mère	Conseillers non-professionnels et groupes de mère à mère
<p>4.6.1 Mettre en place et augmenter le nombre de conseillers non professionnels formés et les groupes de soutien de mère à mère, en particulier pour les femmes les moins susceptibles d'allaiter</p> <p>4.6.2 Développer, réviser/mettre à jour les programmes pour la formation des conseillers en allaitement et des responsables de groupes de mère à mère</p> <p>4.6.3 Renforcer la coopération et la communication entre les professionnels de santé, les conseillers en allaitement formés et les groupes de soutien de mère à mère</p>	

Soutien: famille, communauté, travail	Soutien: famille, communauté, travail
<p>4.7.1 Information et soutien adéquats aux mères qui allaitent, à leurs conjoints et leurs familles y compris les réseaux de soutien</p> <p>4.7.2 Encourager le soutien aux familles par le biais d'une éducation du public et la coopération entre le système national de santé et le secteur bénévole et d'autres partenaires</p> <p>4.7.3 Identifier et répondre aux besoins de</p>	

<p>soutien spécifique des primipares, immigrées, adolescentes, mères célibataires, femmes à faible niveau d'études et encore d'autres qui sont moins susceptibles d'allaiter</p> <p>4.7.4 Encourager les politiques et établissements qui soutiennent l'allaitement maternel, et protéger le droit des femmes à allaiter quel que soit le moment et quel que soit l'endroit</p>	
---	--

Recherche	Recherche
<p>6.1.1 Favoriser et soutenir la recherche sur l'allaitement en se fondant sur des priorités et des définitions convenues, libre de conflit d'intérêt et d'intérêt commercial</p>	
<p>6.1.2 Soutenir et assurer l'échange d'expertise en recherche sur l'allaitement entre les établissements de recherche des Etats membres de l'UE</p>	

Commentaires:

Annexe 8. Modèle d'une politique nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

- L'allaitement au sein est un droit que chacun va respecter et protéger, les familles seront soutenues pour le mettre en pratique; cependant les mères ne seront pas obligées d'allaiter, car exercer une pression pour qu'elles le fassent est aussi inacceptable que de les forcer à choisir les préparations pour nourrissons.
- On fournira à tous les futurs parents, des informations objectives et fondées sur les évidences scientifiques (indépendantes des intérêts commerciaux) sur la nutrition infantile pour s'assurer qu'ils prennent une décision informée.
- Toutes les mères qui décident d'allaiter au sein seront soutenues pour démarrer l'allaitement, pour allaiter exclusivement pendant six mois et pour poursuivre l'allaitement avec une alimentation complémentaire appropriée jusqu'à deux ans ou au-delà, ou aussi longtemps que la mère et le bébé le souhaitent.
- Un soutien spécial pour une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant sera offerte aux personnes défavorisées, aux groupes et communautés avec un taux d'allaitement bas et de mauvaises pratiques alimentaires pour les nourrissons et jeunes enfants
- Comme il n'y a pas de preuve de la supériorité ou de l'équivalence de l'alimentation artificielle par rapport à l'allaitement maternel, les professionnels de santé compétents ne la recommanderont pas comme un alternative ou en complément à l'allaitement maternel, sauf en cas de raisons médicales légitimes.
- Toutes les femmes enceintes et les mères recevront des informations et des conseils individuels sur l'alimentation optimale des nourrissons et jeunes enfants lors de séances prénatales ou postnatales.
- Tous les efforts seront faits pour permettre aux mères salariées d'allaiter exclusivement pendant six mois et de poursuivre l'allaitement au-delà de 6 mois tant que la mère et le bébé le souhaitent en combinaison avec une alimentation complémentaire appropriée.
- Avant que leurs enfants aient six mois, tous les parents recevront des informations et des conseils à propos des aliments complémentaires appropriés et quand et comment les introduire dans l'alimentation de leur nourrisson.
- On conseillera à tous les parents, après six mois, d'introduire et d'accroître graduellement la fréquence, la consistance et la diversité d'aliments familiaux sains en les adaptant aux besoins et aux compétences de l'enfant, tout en évitant les boissons sucrées et les aliments avec une valeur nutritive peu élevée.
- Tous les hôpitaux, unités de maternité et centres de santé primaire adopteront et mettront en œuvre des stratégies efficaces pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel, comme celles contenues dans l'IHAB.
- Tous les professionnels de santé et ceux travaillant dans le secteur social s'occupant de mères, nourrissons et jeunes enfants recevront l'éducation, la formation et le savoir faire nécessaire pour mettre en œuvre cette politique.
- Tous les professionnels de santé et ceux travaillant dans le secteur social s'occupant de mères, nourrissons et jeunes enfants se conformeront entièrement à toutes les dispositions du Code International sur la commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions pertinentes ultérieures.
- La collaboration entre les professionnels de santé, les consultants en lactation, les autres fournisseurs de services et les groupes de soutien dans la communauté sera encouragée.
- Les médias seront encouragés à présenter l'allaitement au sein et l'alimentation complémentaire adéquate comme le mode d'alimentation normal, naturel et optimal des bébés et des jeunes enfants.
- Des données détaillées, opportunes, exactes et précises sur les taux d'allaitement et les pratiques, en utilisant des définitions et méthodes standards, seront collectées pour la planification, l'évaluation et la recherche opérationnelle.

Glossaire

Alimentation complémentaire

Le nourrisson reçoit aussi bien du lait maternel que des aliments solides ou semi-solides. Cette définition n'exclut pas le bébé qui reçoit également des préparations pour nourrissons.

Allaitement maternel exclusif

Le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel de sa mère ou d'une nourrice, ou du lait maternel exprimé et pas d'autres liquides ou solides avec l'exception de gouttes ou sirops avec des vitamines, ou des minéraux ou des médicaments.

Allaitement complet

Calculé en additionnant le nombre de bés allaités exclusivement à celui des bés ayant un allaitement maternel prédominant.

Allaitement maternel prédominant

Les nourrissons définis comme ayant un allaitement maternel prédominant couvrent la majorité de leurs besoins nutritionnels par le lait maternel mais peuvent aussi recevoir de l'eau, des boissons à base d'eau, des solutions de réhydratation orale, des vitamines, des minéraux et des médicaments en gouttes ou sirops et des liquides traditionnels en quantité limitée (p.ex. tisanes). À part les jus de fruits et l'eau sucrée, aucun aliment sous forme liquide ne peut être donné dans cette définition.

Biomonitoring du lait maternel

Le lait maternel est souvent employé lors du biomonitoring humain pour détecter des résidus de substances chimiques accumulées dans le corps humain en fonction de sa place dans la chaîne alimentaire. Ces contaminants peuvent pénétrer dans l'organisme, par exemple par l'ingestion, l'inhalation, à travers la peau etc. Le lait maternel est employé comme un indicateur et un instrument de surveillance des substances lipophiles et persistantes. Le lait maternel est souvent considéré comme un outil facile à utiliser pour le biomonitoring parce que sa collecte n'est pas invasive, bien que cela ne tient pas compte du fait qu'il peut être difficile pour une mère de récolter la quantité nécessaire pour l'analyse, car extraire le lait avec un tire-lait ou manuellement peut être problématique pour certaines femmes. Pour ces raisons beaucoup d'organisations emploient le lait maternel pour contrôler les taux de polluants environnementaux. Ces organisations soulignent que leur but n'est pas de fournir une contre-indication à l'allaitement et insistent que les avantages majeurs de l'allaitement maternel pour la santé ne sont pas compromis par un quelconque risque potentiel des résidus de ces contaminants dans le lait maternel. La recherche aussi n'a pas clairement identifié un risque pour la santé du bébé allaité ni au niveau clinique ou épidémiologique par l'exposition de la mère aux substances chimiques dans l'environnement ou aux autres contaminants, ou par la présence des taux de ces substances dans son lait.

Code International

Le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel a été adopté en 1981 par l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le Code International et un certain nombre de résolutions ultérieures de l'AMS ont imposé des restrictions à la commercialisation de tous les substituts du lait maternel et des produits connexes, afin d'assurer que les mères ne soient pas dissuadées de l'allaitement au sein et que les substituts soient utilisés sans danger si nécessaire. Lorsqu'on fait référence dans ce document au Code International cela inclut le Code International de

commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes, ultérieures.

Conseillères formées parmi les pairs

Les conseillères qui ont été formées parmi leurs pairs fournissent un soutien à l'allaitement maternel aux mères, normalement sur une base individuelle. Ces conseillères sont spécifiquement formées pour donner des conseils sur l'allaitement et peuvent être passées par un processus de certification. Les services de ces conseillères ne sont pas disponibles partout. Quelques conseillères de pairs à pairs ont été formées par des autorités sanitaires et sont salariées au sein d'équipes de soins tandis que d'autres travaillent bénévolement.

Coûts/bénéfices

L'analyse des coûts/bénéfices estime la valeur des avantages et des coûts liés pour établir si le projet en vaut la peine, ce qui veut dire, si la valeur du bénéfice (améliorations potentielles de la santé) du projet est plus grande que les coûts impliqués (normalement monétaire, mais pas toujours) Par conséquence les analyses coûts bénéfices, quantifient et additionnent tous les facteurs positifs (les bénéfices) et les mettent en relation avec les coûts pour déterminer un résultat net qui indique si le projet ou l'action projetée est justifiée ou recommandable.

Effets et résultats

Les effets sont formulés en terme de ce qu'un programme apportera, p.ex. activités, services, cours, matériel, documents et des choses semblables. En revanche, les résultats sont généralement formulés en terme d'avantages pour les participants. Le sujet d'un résultat sera le bénéficiaire d'un programme, d'un projet ou d'une activité et non le programme lui-même ni le personnel du programme. Les résultats finaux en terme de santé (mortalité, morbidité, infirmité, alimentation) sont groupés normalement sous le nom « impact ».

Essai randomisé et contrôle

Un essai randomisé et contrôlé (ERC) est la façon la plus rigoureuse pour déterminer s'il y a une relation de cause à effet (entre un traitement et un résultat) et si le traitement est rentable. Les ERCs ont plusieurs caractéristiques importantes: la répartition au hasard dans les groupes d'interventions, les patients et les chercheurs ne savent pas quel traitement est administré jusqu'à la fin de l'étude, bien que ces études en double aveugle ne soient pas toujours réalisables ou appropriées; tous les groupes d'interventions sont traités de la même façon à l'exception du traitement expérimental; Les patients sont normalement analysés dans le groupe dans lequel ils étaient assignés, sans tenir compte, s'ils ont reçu ou non le traitement (analyse de l'intention de traitement); l'analyse est mise au point pour estimer la magnitude de la différence dans les résultats prédéfinis entre les groupes d'intervention. D'autres modèles d'études, y compris non ERCs, peuvent détecter des associations entre une intervention et un résultat. Mais ceci ne peut pas exclure la possibilité que l'association a été causée par un troisième facteur lié à l'intervention et au résultat. La répartition au hasard garantit qu'il n'y a pas de différences systématiques entre les groupes d'interventions par rapport aux facteurs connus et inconnus, qui peuvent influencer le résultat. La procédure du double aveugle garantit que les idées préconçues des sujets et des chercheurs ne peuvent pas biaiser systématiquement l'évaluation des résultats. L'analyse de l'intention de traitement maintient l'avantage de la répartition au hasard, qui peut être perdu si les sujets sont exclus de l'analyse, par exemple, parce qu'ils se sont retirés ou ne respectaient pas les consignes. La méta-analyse d'essais contrôlés montre que ne pas dissimuler la répartition aléatoire et l'absence du double aveugle produit des estimations exagérées des effets du traitement.

IBCLC et IBLCE

Une consultante en lactation IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) a

passé l'examen de certification organisé par l'International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE) et doit être à nouveau certifiée tous les cinq ans pour garantir la qualité de ses services.

Le but de l'IBLCE est de contribuer à la protection de la santé, la sécurité et le bien-être du public en établissant et en appliquant des qualifications de la certification en gestion de la lactation.

IBLCE accorde la certification aux candidats lorsqu'ils ont passé avec succès un examen sur leurs compétences, indépendamment du cours de formation suivi. IBLCE a été créé en 1985 et gère les examens dans beaucoup de centres dans le monde entier, en différentes langues. La recertification, tous les cinq ans, est obligatoire.

Les consultantes en lactation IBCLC doivent adhérer à un code d'éthique et travailler selon les standards de pratiques définis. Une commission indépendante pour les agences de certification, en place depuis 1988, accrédite régulièrement le processus de certification IBLCE.

Mère à Mère

Le soutien de mère à mère désigne le soutien bénévole donné par des mères expertes en allaitement à d'autres mères soit individuellement soit en groupe. Quelques groupes de soutien sont établis individuellement et sont auto formés et travaillent en indépendance tandis que d'autres (p.ex. la Leche League, le National Childbirth Trust) font partie de grandes organisations nationales ou internationales qui fournissent une formation d'une haute qualité avec accréditation, formation continue, des informations basées sur l'évidence scientifique et un soutien, et ont des responsabilités clairement définies et des lignes directrices opérationnelles y compris une documentation de chaque activité et des rapports réguliers.

Recherche qualitative

La recherche qualitative nécessite l'analyse de données telles que des mots (provenant d'interviews), des images (vidéos), des objets (artéfacts), ou des évènements (par l'observation). Le but est de gagner un aperçu par une description complète et détaillée. Les questions de recherche et le plan de l'étude se développent seulement pendant l'interaction avec le sujet observé. Le chercheur est l'instrument qui collecte les données. Le résultat est subjectif avec des interprétations individuelles (par l'observation des participants, des interviews en profondeur) des évènements primordiaux. Les données qualitatives sont moins ouvertes à la généralisation mais sont plus «riche».

Recherche quantitative

La recherche quantitative implique des mesures et des analyses de données numériques. Le but est de classifier des caractéristiques, de les compter et de construire des modèles statistiques dans le but d'expliquer ce qui a été observé. Le chercheur quantitatif connaît en avance les aspects à étudier et les données numériques à collecter. Les données sont sous forme de chiffres et de statistiques, mais peuvent manquer de détails contextuels. Les chercheurs quantitatifs ont tendance à rester distanciés de la matière à étudier. Si l'étude est représentative les résultats peuvent être généralisés.

Coût/efficacité

L'analyse coût/efficacité est une technique pour comparer la valeur relative de différentes stratégies cliniques. Dans sa forme la plus courante une nouvelle stratégie est comparée avec la stratégie en place (alternative à coûts bas) pour calculer le rapport de rentabilité. L'analyse coût/efficacité permet d'évaluer les choix de stratégies, lorsque les ressources sont réduites. Il convient de noter que les stratégies ne peuvent être comparées que si elles sont des objectifs

similaires et des mesures de résultats comparables. Etre rentable ne signifie pas qu'une telle stratégie économise de l'argent et une stratégie qui économise de l'argent n'est pas nécessairement rentable. La notion de rentabilité a également besoin d'un jugement de valeur, ce qu'une personne croit être un bon prix pour un résultat supplémentaire peut être jugé différemment par quelqu'un d'autre.