

Commission Régionale de la Naissance du Languedoc-Roussillon

Rapport de synthèse

Réalisé par

Le Groupe « Protection, Promotion et Soutien
de l'Allaitement Maternel en Languedoc-Roussillon »

Version diffusée le 12 juin 2009.



Plan du rapport

Synthèse du rapport.....	3
Introduction : L'allaitement en Languedoc-Roussillon en quelques chiffres	8
1- Les taux d'allaitement à la naissance	8
2- Profil des mères qui allaitent.....	9
3- Les durées d'allaitement	9
1 ^{ère} partie : L'information et le soutien des familles.....	12
1- Le soutien proposé par les professionnels et les associations	12
1.1- En prénatal	12
1.2- En maternité	12
1.3- Le retour à domicile	12
1.4- Les associations de soutien pour les mères.....	12
1.5- Sites internet.....	13
1.6- Autres actions de soutien	13
2- Les réseaux de promotion de l'allaitement.....	14
3- La Semaine Mondiale de l'Allaitement	15
4- La documentation proposée aux familles.....	15
4.1- Choix des documents	15
4.2- L'analyse des documents	17
5- Les recommandations du groupe pour le soutien aux familles	17
5.1- Suivre les pratiques d'allaitement.....	17
5.2- Renforcer le soutien aux mères.....	18
5.3- Coordonner l'information sur l'allaitement en direction des familles.....	19
2 ^{ème} partie : Le soutien des professionnels de santé	22
1- Contenu des programmes relatif à l'allaitement maternel	22
2 - Résultats de notre enquête	23
3- Formation des médecins	24
4- Formation continue	24
5- Recommandations du groupe	24
3 ^{ème} partie : le soutien des services de maternité Promouvoir l'Initiative Hôpital Ami des Bébé... 28	28
Introduction.....	28
1- Comprendre l'Initiative Hôpital Ami des Bébé... ..	28
2- Les bénéfiques de la démarche	29
3- La mise en œuvre de la démarche : où en est-on ?	31
4- Propositions concrètes.....	32
4 ^{ème} partie : Communiquer sur l'allaitement maternel	34
1- La communication sur l'allaitement : enjeux et difficultés	34
2- Communiquer en direction des jeunes.....	35
3- Sensibiliser les médecins en exercice libéral.....	36
Annexe 1 : Participants aux réunions du groupe	37
Annexe 2 : Critères de qualité pédagogique de la documentation	39
Annexe 3 : Analyse des documents étudiés	40
Annexe 4 : Le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel	41
Annexe 5 : Questionnaire sur la formation des professionnels de santé.....	44
Annexe 6 : Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel - OMS / UNICEF 1989	45
Annexe 7 : Synthèse du rapport canadien sur le programme Promotion Pratique Préventive par Counselling	46
Glossaire.....	49
Références bibliographiques principales	51

Synthèse du rapport

La création du groupe en 2005

En juin 2005, la Commission Régionale de la Naissance du Languedoc-Roussillon (CRN-LR^a) a souhaité la création d'un groupe de travail sur l'allaitement maternel.

En effet, l'allaitement maternel est souvent vu comme un choix individuel des familles. Il doit aussi être considéré comme un enjeu de santé publique, pouvant générer des économies importantes sur les dépenses de santé. La dépense moyenne supplémentaire de soins pour un enfant non allaité entre 0 et 1 an a été estimée en 1999 à 300 € : une augmentation des taux d'allaitement de 5 % conduirait à une économie potentielle de 450 000 € par an pour la région Languedoc-Roussillon (30 000 naissances annuelles)^b.

Cet argument économique a été un élément essentiel dans l'élaboration de politiques coordonnées de la plupart des pays d'Europe du Nord qui ont connu des taux d'allaitement aussi bas que les taux français actuels dans les années 70.

Le fonctionnement du groupe

Le groupe a choisi de s'appeler « Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Languedoc-Roussillon » en référence au plan d'action européen [1]^c.

Il s'est constitué sur la base du volontariat après désignation du coordinateur par la CRN-LR en juin 2005.

Il a rassemblé :

- des professionnels de santé de la périnatalité (sages-femmes, puéricultrices, pédiatres et consultantes en lactation IBCLC) de l'Aude, du Gard, de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales et de toutes les institutions, conseils généraux, maternités publiques et privées, instituts de formation professionnelle,
- des professionnels travaillant en exercice libéral,
- des responsables d'associations de soutien,
- des représentants de la DRASS-LR, du CRES-LR, de la Commission régionale nutrition santé, du GEN-LR et du réseau périnatal « Naître en Languedoc-Roussillon ».

Une dizaine de personnes a régulièrement participé aux réunions et à la rédaction de ce rapport, une quarantaine de personnes a demandé à recevoir les informations sur le travail du groupe.

Le groupe a fonctionné comme un réseau régional informel :

- Il a permis à ses participants de mieux se connaître et s'informer sur les actions des autres départements.
- Il a été consulté lors de la rédaction de différents textes régionaux pour ce qui concerne l'allaitement maternel.
- Il a aidé et soutenu la constitution de réseaux locaux.
- Il a permis l'échange d'informations sur les actions menées dans la région pour le soutien de l'allaitement.
- Il a intéressé à ses travaux des représentants d'autres institutions, en particulier des cadres enseignants d'IFSI, un représentant du rectorat.

^a Tous les sigles sont définis dans le glossaire en fin de document.

^b Ball TM, Wright AL. Health Care Costs of Formula-feeding in the First Year of Life. Pediatrics;103;870-6,1999. <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/4/S1/870>

^c Les numéros entre crochets renvoient aux références principales situées à la fin du rapport. Les lettres renvoient à des références plus spécifiques, notées en bas de page.

Le groupe a travaillé 3 ans, a tenu une vingtaine de réunions (sans compter les rencontres de sous-groupes) et a rendu compte chaque année de l'avancement de son travail lors d'une réunion plénière de la CRN-LR.

Le groupe a reçu le soutien logistique de la DRASS-LR et de l'ARH-LR et le soutien du GEN-LR pour l'attribution d'un espace de travail sur le site internet www.perinat-france.org.

Les objectifs du groupe

Les recommandations internationales et nationales sont nombreuses concernant l'allaitement maternel. Elles se déclinent à l'échelon national, régional, départemental ou local (ville ou quartier) et requièrent des moyens financiers et humains et des partenariats appropriés.

En l'absence de moyens spécifiques, le groupe a jugé pertinent de chercher à définir une stratégie régionale sous forme d'actions prioritaires avec les critères suivants :

- Leur efficacité a déjà été expérimentée dans d'autres contextes et des éléments de validation sont connus ;
- La mise en œuvre est pertinente au niveau régional et offre une synergie permettant de lutter contre les disparités qui s'observent entre les départements.

Le choix des actions s'est appuyé sur :

- Les connaissances et l'expérience de terrain des participants ;
- Les recommandations françaises [2], [3], [4], [5] et [6] et internationales [1], [7] et [8] ;
- Un état des lieux que le groupe a mené dans la région sur :
 - ◆ Les taux et les durées d'allaitement,
 - ◆ Les pratiques en maternité et les réseaux de soutien,
 - ◆ La documentation mise à disposition des familles,
 - ◆ La formation initiale et la formation continue des professionnels sur l'allaitement.

Cet état des lieux ne visait pas l'exhaustivité mais il a permis d'orienter les propositions.

Le plan européen [1] (p.19) insiste sur :

*« 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**. »*

Le groupe a tenté de présenter un ensemble cohérent d'actions ciblant principalement la formation des professionnels, les pratiques en maternité et en post-partum, le soutien des réseaux et le soutien des familles.

Les propositions du groupe

Toutes les actions discutées ici visent in fine à permettre à toutes les femmes enceintes d'avoir accès aux informations objectives et actuelles pour prendre une décision éclairée concernant l'alimentation de leur enfant et à soutenir dans leur projet - qui est en général celui du couple parental- les femmes qui veulent allaiter.

Néanmoins, les propositions sont organisées selon les thématiques suivantes :

- Le soutien des familles,
- Le soutien des professionnels,
- Le soutien des services de maternité,
- La communication sur l'allaitement.

Par **soutien des familles**, on entend des actions concrètes pour permettre aux familles de trouver les ressources pertinentes en prénatal et tout au long de l'allaitement, documentation, professionnels de santé, réseaux, groupes de mères ...

Le **soutien des professionnels** comprend essentiellement les actions de formation initiale et continue. La diffusion des recommandations actuelles et des pratiques reconnues au cours de la formation initiale est le moyen de base pour une harmonisation efficace des discours des professionnels sur l'allaitement.

L'outil privilégié pour **soutenir les services de maternité** dans leur travail auprès des jeunes mères est l'**Initiative Hôpital Ami des Bébé**s (IHAB). L'IHAB a fait ses preuves dans d'autres pays industrialisés et la France présente un retard réel. Le groupe a examiné des actions visant à la faire connaître dans la région et à aider les services souhaitant s'y engager.

La **communication sur l'allaitement** est un domaine très vaste où les interventions possibles sont très nombreuses selon les partenariats envisagés (média, collectivités territoriales, échelon national, etc). Le groupe a ciblé deux actions prioritaires, l'une pour sensibiliser les jeunes en milieu scolaire et favoriser une évolution des représentations de l'allaitement et des besoins du nourrisson, l'autre pour sensibiliser les médecins en exercice libéral.

Le tableau page suivante détaille les actions proposées selon ces 4 thématiques.

Les limites du travail mené

Le groupe a d'emblée ciblé ses axes de travail avec une vision pragmatique.

Les trois points suivants qui font partie d'un plan structuré visant la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement, tel que le préconise le plan européen [1], n'ont pas été abordés au cours du travail mené par le groupe :

- L'action au niveau régional peut difficilement intégrer la dimension de la **protection de l'allaitement**, qui inclut principalement des **dispositions d'ordre législatif et réglementaire** (encadrement de la communication des fabricants de préparations pour nourrissons à l'intention des familles mais aussi à l'intention des professionnels de santé, modalités des congés de maternité et des congés parentaux, protection de la maternité au travail ...)
- Compte tenu de la participation exclusive de professionnels de santé et de représentants d'associations de soutien à l'allaitement, le groupe n'a pas travaillé sur l'objectif d'**impliquer la société civile** dans la promotion de l'allaitement. Ceci inclut par exemple un travail avec le secteur social pour les populations en grande précarité, le secteur associatif oeuvrant autour de la parentalité, les municipalités, les employeurs, les media pour rendre l'allaitement plus visible et contribuer à une évolution des représentations de l'allaitement dans le grand public.
- La **recherche sur l'allaitement** (par exemple, études épidémiologiques sur les pratiques d'allaitement, sur les interventions pour promouvoir l'allaitement, recherches sur les propriétés du lait maternel, recherches en pratique clinique ...) est peu développée en France. Le groupe n'a pas abordé les moyens d'agir dans ce domaine qui, pourtant, contribue à une meilleure connaissance de l'allaitement et du lait maternel et son impact sur la santé.

Le soutien des familles

Objectif	Action proposée
<p>Intégrer les actions de soutien à l'allaitement au volet prévention périnatalité de la loi Protection de l'Enfance 2007 [9] Suivre les pratiques d'allaitement</p>	<p>Renforcer les réseaux locaux d'allaitement, réseaux de professionnels (exercice libéral, maternité et services de PMI) et groupes de mères Mettre en place une fiche de suivi dans le carnet de santé</p>
Prévenir les abandons précoces de l'allaitement	Favoriser une consultation mère-enfant entre 8 et 10 jours après la naissance
Informier et soutenir après la reprise du travail	Collaborer avec les acteurs impliqués dans les modes de garde pour une charte régionale
Répondre aux questions et besoins des familles en temps réel	Organiser un dispositif régional de soutien téléphonique
Offrir aux familles une information actualisée et objective sur l'allaitement et les ressources de soutien locales	Collaborer avec la CPAM, les CAF et les conseils généraux, ... pour la distribution de préférence d'une brochure élaborée à partir d'une maquette commune répondant aux critères proposés par le groupe

Le soutien des professionnels de santé

Objectif	Action proposée
Harmoniser le contenu des enseignements dans les écoles de formation initiale	Constituer un groupe de travail sur le contenu des enseignements vis-à-vis de l'allaitement
Introduire un contenu minimal de connaissances dans les études de médecine	Sensibiliser les responsables des enseignements des universités de médecine
Favoriser la formation continue	Contribuer à organiser des séminaires spécifiques pour les médecins et une Journée Régionale annuelle de l'allaitement

Le soutien des services de maternité

Objectif	Action proposée
<p>Faire de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) une démarche régionale</p>	<p>Proposer la nomination officielle d'un comité régional d'experts pour l'IHAB pour la sensibilisation et l'aide au changement des pratiques</p>
Sensibiliser les responsables administratifs des établissements publics et privés à la démarche IHAB	Organiser une rencontre départementale des responsables administratifs avec le comité d'experts
Informier les services de maternité sur l'IHAB et identifier les freins à la démarche	Organiser une réunion d'information des équipes par département
Informier sur l'IHAB hors services de maternité PMI, professionnels en exercice libéral.	Favoriser la communication sur l'IHAB auprès des professionnels de la périnatalité (rencontres professionnelles, journée régionale de l'allaitement, publications locales ...)
Concourir à la formalisation d'un réseau aval	

La communication sur l'allaitement

Objectif	Action proposée
Informier les jeunes en milieu scolaire sur les besoins et rythmes des nourrissons et l'allaitement maternel, en ciblant en priorité les futurs acteurs relais du secteur sanitaire et social	Collaborer avec le rectorat et la médecine scolaire pour une charte d'intervention dans les établissements de la région
Sensibiliser les médecins en exercice libéral à l'accompagnement de l'allaitement et l'utilisation des réseaux de ressources existants	Organiser un système de visiteurs médicaux formés à l'allaitement et à la communication

Le rôle d'une coordination régionale de l'allaitement

Le groupe a mis en avant l'importance d'une telle coordination, nommée officiellement par les autorités régionales de santé publique. Elle est également recommandée par le plan européen [1].

D'une part, il n'existe actuellement pas de coordination nationale investie d'une mission de santé publique sur l'allaitement. En l'absence de référence nationale, il apparaît essentiel de manifester la volonté du Languedoc-Roussillon d'impulser une dynamique de promotion de l'allaitement et de coordonner les actions retenues dans un souci d'efficacité. Cette dynamique peut jouer un rôle déterminant pour la prise en compte de l'allaitement dans les politiques des établissements et des institutions (conseils généraux, CPAM et CAF entre autres).

D'autre part, dans la région, les acteurs impliqués dans la promotion et le soutien de l'allaitement sont peu visibles et peu reconnus. La coordination régionale pourrait contribuer à la mise en place de réseaux locaux et à la communication entre ces réseaux pour assurer une bonne synergie entre les différentes initiatives.

Enfin, au regard des économies potentielles que peut générer une augmentation des taux d'allaitement sur les dépenses de santé, les moyens accordés à la promotion de l'allaitement sont très faibles. Il y aurait besoin d'une recherche de partenariats pour soutenir financièrement les efforts déjà initiés localement et pour les pérenniser.

Le groupe propose donc qu'une coordination régionale soit nommée officiellement avec les missions suivantes :

- Mettre en œuvre les actions proposées par le groupe : recherche de financements, collaboration avec les acteurs impliqués, animation des groupes de travail que ces actions nécessitent,
- Constituer un point d'échanges et d'informations pour permettre ou renforcer le travail en réseau,
- Coordonner un réseau régional de l'allaitement,
- Coordonner la communication sur toutes les actions régionales entreprises.

Cette coordination pourrait être reconduite annuellement jusqu'à ce que les réseaux, régional et locaux, puissent assurer la pérennité de la stratégie régionale de promotion de l'allaitement.

Introduction : L'allaitement en Languedoc-Roussillon en quelques chiffres

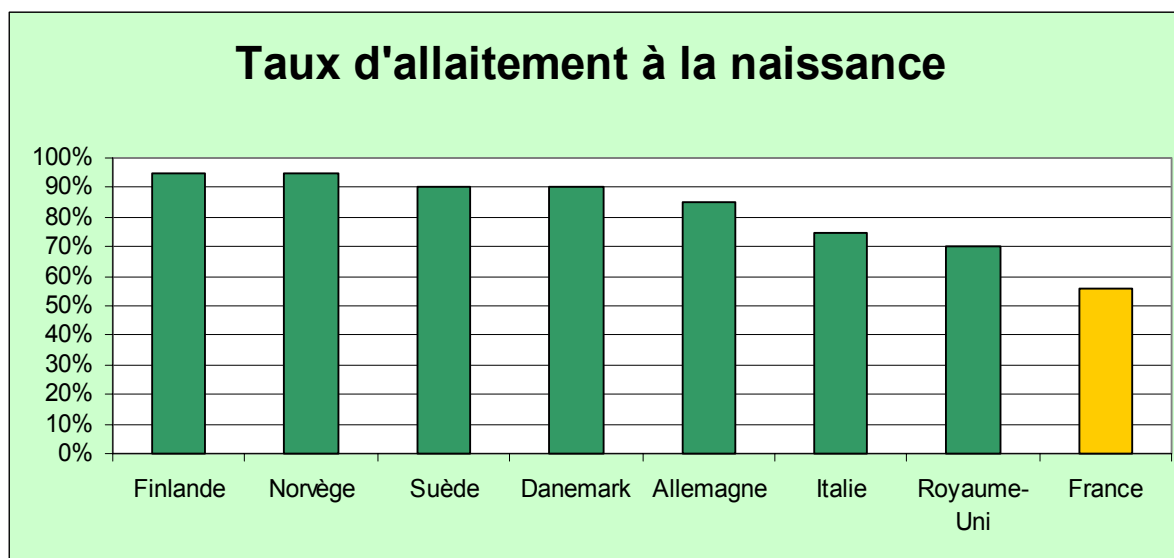
L'objectif de cette partie est de présenter le contexte régional de l'allaitement, à la fois sur les chiffres disponibles, le soutien proposé aux mères et les actions menées en faveur de l'allaitement. L'Observatoire Régional de la Santé du Languedoc-Roussillon nous a fourni une aide pour le premier point. Pour les deux autres, nous avons recueilli toutes les informations qui nous ont été communiquées et avons utilisé en partie un travail de réflexion mené sur l'Hérault dans le cadre du réseau allaitement de Montpellier.

Le groupe n'est pas en mesure de prétendre à l'exhaustivité sur tous ces points et s'excuse par avance pour les acteurs qui n'auraient pas été mentionnés ou les actions qui auraient été omises ci-dessous.

Le groupe déplore que tous les départements ne soient pas représentés.

En dernière partie de ce chapitre, le groupe émet des recommandations visant à encourager et soutenir les initiatives.

1- Les taux d'allaitement à la naissance



La figure ci-dessus rassemble les taux d'initiation de l'allaitement relevés en 2000 dans divers pays européens^a. Les chiffres pour les pays d'Europe du Nord correspondent aux taux d'allaitement exclusif.

La France se situe donc dans les derniers pour ce qui est de l'allaitement à la naissance par rapport à ses voisins européens.

Les sources principales pour les chiffres qui suivent sont les enquêtes périnatales.

Les taux d'allaitement enregistrés dans l'enquête de périnatalité du Languedoc-Roussillon [10] sont en hausse par rapport aux chiffres de 1998-1999, tout comme les chiffres nationaux [11]. Les tableaux qui suivent montrent que l'augmentation des taux a été moindre dans la région.

^a Communauté Européenne. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : current situation. Décembre 2003. EU Project Contact N. SPC 2002359.

Taux à la naissance	Enquête de 2003-2004		Enquête de 1998-1999	
	Région L-R	France	Région L-R	France
Allaitement exclusif	51,4 %	56,5 %	45,1 %	45,0 %
Allaitement exclusif ou mixte	57,9 %	62,6 %	52,6 %	52,5 %

Enquête de 2003-2004 :

Taux à la naissance	Aude	Gard	Hérault	Pyrénées-Orientales	Région Hors Lozère
Allaitement exclusif	48,5 %	50,8 %	59,9 %	52,6 %	55,1 %
Allaitement exclusif ou mixte	54,4 %	61,6 %	66,2 %	56,9 %	62,1 %

Dans le service de néonatalogie du CHU de Montpellier : en 2003-2004, sur 439 enfants d'âge gestationnel inférieur à 32 SA ou de poids de naissance inférieur à 1500 g, 44 % étaient exclusivement allaités et 17 % allaités partiellement à la sortie du service. (source : statistiques personnelles du Pr Picaud, chef du service Pédiatrie 2 au CHU de Montpellier).

2- Profil des mères qui allaitent

Sans tenir compte du facteur allaitement, l'âge moyen des femmes ayant accouché en 2003 est 29,8 ans contre 28,7 ans en 1998. La proportion de femmes de plus de 29 ans a augmenté entre les deux enquêtes de périnatalité. La classe d'âge 30-34 ans est la plus représentée et correspond à plus d'un tiers des naissances.

Par rapport aux données nationales, la région a un plus fort taux de femmes sans couverture sociale, les ressources des ménages sont inférieures et le nombre de prestations sociales est plus élevé.

À la demande du groupe, l'Observatoire Régional de la Santé du Languedoc-Roussillon a analysé plus finement les résultats de l'enquête de périnatalité 2003-2004^a :

- Les mères primipares allaitent plus souvent que les multipares : 59,6 % versus 52,6 %.
- Le taux d'allaitement varie selon le niveau d'études : supérieur au bac 67,6 %, lycée général 54,1 %, lycée technique 48,6 %, collège général 46,2 %, collège technique 42,6 %.
- Il n'y a pas de différence concernant la fréquence de la pratique de l'allaitement selon la situation vis à vis de l'emploi (ayant un emploi, au foyer, chômage, étudiant ou autre).
- Le taux d'allaitement varie selon la catégorie socioprofessionnelle de la mère : cadre 69,3 %, professions intermédiaires 65,4 %, employées 54,1 %, agricultrices et artisanes commerçantes 52,4 %, ouvrières 46,8 %, sans profession 48,3 %.

3- Les durées d'allaitement

Le certificat du 9^{ème} mois est peu renseigné pour la rubrique allaitement. Peu de chiffres sont disponibles au niveau national. On estime en général que la durée médiane d'allaitement est d'une dizaine de semaines.

Nous avons donc recherché des éléments plus précis mais portant nécessairement sur des populations réduites.

^a Chiffres communiqués par le Dr Bernard Ledésert de l'ORS-LR.

a) sur Nîmes

Une étude menée en 2001 par une élève sage-femme de Nîmes^a a suivi 109 femmes ayant commencé d'allaiter à deux moments :

- au cours du séjour au CHU de Nîmes (questionnaire en entretien),
- un mois après leur sortie du service (questionnaire par téléphone).

L'âge moyen de cette cohorte était 29 ans. 48 % avaient fait des études supérieures. 50 % étaient primipares et avaient suivi une préparation à la naissance. 70 % comptaient reprendre un travail.

À 1 mois, 80 % de ces femmes allaitaient toujours.

Pour les femmes ayant sevré avant 1 mois 60 % avaient un niveau d'études collège ou secondaire. 72 % étaient primipares et pour 81 % d'entre elles, la 1^{ère} tétée avait eu lieu après 1 heure de vie^b.

65 % de ces femmes considéraient que le sevrage était lié à un manque de lait^c.

L'auteur n'a pas mis en évidence de corrélation entre la participation à une préparation à la naissance et le sevrage avant 1 mois de vie^d.

b)- sur Montpellier

Une seconde étude plus récente^e a été réalisée sur deux maternités de Montpellier en 2004. Pendant deux mois, toutes les femmes ayant accouché à terme (37 à 42 SA) sans complication particulière et ayant décidé d'allaiter ont été contactées, soit environ 300 femmes. 3 questionnaires leur ont été remis, le premier étant rempli à J2 avant la sortie du service, le 2^{ème} devant être renvoyé à 1 mois, le 3^{ème} à 3 mois. 89 % des femmes incluses dans l'étude ont été contactées par téléphone à 6 mois.

Le choix d'allaiter a été fait avant la grossesse pour 73 %, en début de grossesse pour 14 %. Les raisons données par les mères pour choisir d'allaiter étaient :

- Le bien-être de l'enfant à 96 %,
- Le plaisir à 55%
- La santé de la mère pour 16 %.

À la naissance, le bébé a été mis en peau à peau dans 86 % des cas. La 1^{ère} mise au sein a eu lieu dans la 1^{ère} heure de vie pour 60 % des naissances.

En suite de couches, 77 % des bébés n'ont pas été séparés de leur mère. 21 % des bébés ont été séparés au moins une nuit (raisons : césarienne, fatigue).

60 % des bébés ont eu au moins un biberon de complément^f : dans 70 % des cas, le biberon a été conseillé par le personnel.

^a Cécile Joly

L'allaitement maternel : peut-on mieux faire ?

Mémoire de l'école de sages-femmes de Nîmes, 2001.

^b Cette donnée est importante puisqu'on sait que le bébé a des compétences particulières dans les deux heures qui suivent la naissance. Un bébé né à terme et laissé en peau à peau avec sa mère prend en moyenne le sein avec efficacité au bout de 50 minutes.

^c La grande majorité des femmes ayant la capacité physiologique de produire assez de lait pour nourrir leur enfant, ce chiffre doit être interprété comme le signe d'un défaut d'information et de soutien face aux difficultés banales de l'allaitement.

^d Ce résultat est cohérent avec plusieurs données : plus la décision d'allaiter est prise tôt avant la grossesse, plus l'allaitement sera long. D'autre part, dans la littérature, la préparation collective organisée en séance d'information par des professionnels de santé est jugée peu efficace pour influencer sur la décision d'allaiter.

^e Sandra Cayrat

Enquête sur les pratiques d'allaitement dans deux maternités de Montpellier.

Mémoire de l'école de sages-femmes de Montpellier, 2004.

^f La littérature internationale a montré une corrélation forte entre le don de compléments en maternité et le sevrage précoce, non désiré par la mère.

60 % des mères ont rencontré des difficultés d'allaitement pendant leur séjour, les crevasses au sein étant mentionnées dans 47 % des cas mais l'arrêt de l'allaitement en maternité était faible (2,5 à 6 %).

Entre 37 et 60 % des mères selon l'établissement n'avaient eu aucune information sur la poursuite de l'allaitement et sur les soutiens possibles (professionnels ou associations) à contacter en cas de problème^a.

À 1 mois, 13 % des mères avaient arrêté l'allaitement. 75 % de toutes les mères interrogées ont eu des difficultés (inquiétudes sur la quantité et la qualité du lait 50 %, douleurs 50%, prise de poids 30%), qu'elles aient sevré ou non.

À 3 mois, 16 % des mères ayant répondu pratiquaient un allaitement mixte, 24 % avaient arrêté (16% le vivaient comme un échec).

80 % des mères ont jugé impossible de poursuivre l'allaitement à la reprise de leur travail. 70 % des mères n'avaient pas eu de conseil sur ce point.

14 % des femmes de la cohorte initiale allaitaient encore à 6 mois.

Ces études mettent en évidence des points qui nous paraissent essentiels :

- La fréquence des problèmes d'allaitement pendant le séjour en maternité et après,
- La difficulté d'avoir accès à une information pratique directement utilisable par les femmes au cours de leur parcours (résoudre leurs problèmes, trouver du soutien, trouver des solutions pour la poursuite de leur projet d'allaitement).

^a Ces points sont pourtant essentiels pour la poursuite de l'allaitement [2].

1^{ère} partie : L'information et le soutien des familles

1- Le soutien proposé par les professionnels et les associations

1.1- En prénatal

Seule une femme sur 3 a reçu une information sur l'allaitement pendant la grossesse au cours de la préparation à la naissance (enquête périnatale 2003-2004 [10]).

Au cours de l'entretien du début de grossesse, la sage-femme aborde la question de l'alimentation du bébé avec les futurs parents et éventuellement donne les coordonnées des ressources locales sur l'allaitement. Cet entretien a été mis en place récemment dans la région et il n'y a pas de bilan, à notre connaissance, de l'impact de cet entretien sur la décision d'allaiter et sur le recours aux ressources.

1.2- En maternité

Dans la plupart des maternités, les coordonnées des associations locales de soutien sont données aux mères qui allaitent avant leur sortie. En revanche, l'information concrète sur les suites de l'allaitement n'est pas faite de façon systématique.

Plusieurs maternités organisent des réunions sur l'allaitement invitant les futures mères, des mères pendant leur séjour et des mères qui reviennent après la sortie. Ces réunions sont animées par des professionnels du service, parfois avec des bénévoles des associations.

1.3- Le retour à domicile

À Montpellier, un réseau ville-hôpital s'est constitué pour les sorties précoces. Une fiche de liaison est établie et le lien est fait avec une sage-femme libérale, le médecin généraliste ou le pédiatre et la puéricultrice de PMI. Ce type d'organisation n'est pas systématiquement mis en place dans toute la région. Selon les agences de la PMI, une sage-femme ou une puéricultrice de secteur propose un rendez-vous à toutes les nouvelles mères ; parfois, ce dispositif n'existe que pour les mères primipares ou pour les mères en situation de vulnérabilité (sociale, psychologique..).

Les réunions permettant aux futurs parents et aux parents de se rencontrer autour de l'allaitement sont nombreuses dans la région. Elles peuvent être proposées dans différents cadres :

- En PMI,
- Dans les maternités,
- Par des sages-femmes libérales,
- Par les associations.

Les consultations de PMI sont une possibilité pour les mères qui les fréquentent d'avoir des informations et de l'aide pour leur allaitement. Des sages-femmes ou puéricultrices consultantes en lactation IBCLC ont mis en place des consultations de lactation régulières dans certains départements, en maternité et en PMI. Adresser une mère en difficulté dans son allaitement à une consultante en lactation est encore peu répandu parmi les professionnels de la périnatalité.

1.4- Les associations de soutien pour les mères

Plusieurs associations de soutien à l'allaitement existent dans la région, créées par des mères expérimentées et/ou par des professionnels de santé. Elles fonctionnent principalement sur le bénévolat. Leurs modes d'intervention sont variés :

- Elles proposent en général des permanences téléphoniques, des réunions d'échange et de la documentation (parfois avec prêt aux mères).
- Elles organisent aussi souvent des ateliers sur des thèmes connexes à l'allaitement ainsi que des animations particulières à l'occasion de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel.

- Elles collaborent parfois avec les professionnels de santé de leur département (interventions en maternité, en PMI ou participation à des groupes de travail multidisciplinaires).

Deux associations ont une couverture nationale : La Leche League et Solidarilait :

- Solidarilait est un réseau d'associations proposant principalement une écoute téléphonique avec un répondeur national et une vingtaine d'associations locales. <http://www.solidarilait.org>
- La Leche League France est une association intégrée dans un réseau international. Elle dispose d'environ 300 bénévoles qui répondent au téléphone et proposent des réunions en 170 localités. Elle édite également des revues et une documentation importante. <http://www.llfrance.org>

Aude :

Plusieurs associations existent :

- Aude Allaitement (permanences téléphoniques et réunions à Carcassonne et à Narbonne).
- Naissance et partage, créée par une sage-femme et animée par des parents.

Le réseau AMA (voir ci-dessous) propose aussi des permanences téléphoniques.

Gard :

4 groupes de La Leche League existent dans le Gard.

Sur le bassin d'Alès, les « Mairaines de l'Or Blanc » est une association organisée par des puéricultrices du Centre Hospitalier.

Hérault

2 groupes de La Leche League existent dans l'Hérault.

À Montpellier, une association Montpellier Allaitement Maternel (MAM) est également présente. Elle a été créée par une consultante en lactation IBCLC et des mères expérimentées.

L'association le Tétou est active à Béziers et à Sète.

L'association ADJ+ « Allaitement des Jumeaux et plus » propose un soutien par téléphone.

Lozère

Une association créée en 2007, « Naître et Grandir » propose des activités sur Mende, Florac et Chanac. Les différents thèmes concernent la grossesse, la naissance, la petite enfance et la relation parents-enfants. Pour le soutien à l'allaitement, l'association organise une permanence téléphonique assurée par 3 bénévoles et des réunions d'échange.

Pyrénées-Orientales

3 groupes de La Leche League existent dans les Pyrénées-Orientales.

1 antenne de Solidarilait est également présente.

1.5- Sites internet

Internet est une source très importante d'informations sur l'allaitement et les soins des bébés.

Le site officiel de la périnatalité <http://perinat-france.org/> a mis en œuvre de nombreuses rubriques concernant l'allaitement, les recommandations, le don de lait et le lactarium de Montpellier, l'alimentation de la mère qui allaite... Sont également listées les ressources pour les mères : sites, associations et consultants en lactation.

Des professionnels et des représentants des usagers ont travaillé en sous-groupes coordonnés par le GEN-LR pour concevoir des pages d'informations validées à l'intention du grand public.

1.6- Autres actions de soutien

En 2008, dans le Gard et l'Hérault, une expérience pilote a commencé qui vise à créer des réseaux de soutien de mère à mère coordonnés par des professionnels de PMI sur des secteurs ciblés afin d'augmenter les taux et les durées d'allaitement. Il s'agit d'un partenariat entre les Conseils Généraux, l'association locale Horizons Lactés et La Leche League qui est à l'initiative,

sur le plan international, de ces Programmes Relais Allaitement (peer counselor program). Cette expérience pilote est financée par le GRSP-LR.

2- Les réseaux de promotion de l'allaitement

Ces réseaux ne s'adressent pas exclusivement aux familles. Ils sont le plus souvent des regroupements d'associations de soutien, d'institutions et de professionnels de santé en exercice libéral. Ils se situent dans une perspective de promotion de l'allaitement et mettent en œuvre des moyens pertinents, soutien des familles, formation des professionnels, organisation d'évènements, coordination des différents intervenants auprès des familles, diffusion de documents écrits ...

Ils n'ont pas toujours un statut d'association et fonctionnent la plupart du temps sur le bénévolat.

Aude

À l'initiative du Conseil Général de l'Aude, le service de PMI, des membres de l'association Aude Allaitement et les professionnels de terrain exerçant aussi bien à l'hôpital, en clinique qu'en libéral (sage-femme, médecin, auxiliaire de puériculture, infirmière et puéricultrice) ont créé le réseau de soutien **AMA Allaitement Maternel Audois**. Une permanence téléphonique est proposée sous forme d'une boîte vocale consultée régulièrement par des professionnels formés. De plus, AMA a organisé une formation sur l'allaitement pour les professionnels de terrain.

Gard

Nîmes est ville pilote de l'OMS pour la santé depuis janvier 2006.

Le **Pôle Promotion Santé de Nîmes** anime depuis début 2006 une réflexion sur la promotion de l'allaitement maternel à Nîmes dans le cadre de la prévention de l'obésité.

Y participent des pédiatres, sages-femmes libérales et de PMI, puéricultrices, diététiciennes, l'école de sages-femmes et l'école de puéricultrices de Nîmes et deux représentantes de La Leche League (association de soutien).

Quatre axes de travail :

- Plaquette pour l'information, avec prise en charge prévue par le réseau de périnatalité
- Organisation de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel
- Évaluation du taux d'allaitement à la naissance par établissement et secteur
- Mise en place de l'entretien du premier trimestre et du suivi post-natal.

Le réseau gardois pour l'Allaitement maternel (**REGAAL**) prépare une charte donnant un cadre de collaboration pour mener des actions de promotion de l'allaitement.

Hérault

A **Montpellier** et à **Béziers**, des réseaux se sont constitués ces dernières années, regroupant des professionnels de santé des différentes institutions, des professionnels de santé en exercice libéral et des représentants des associations de soutien. Chaque réseau est coordonné par un professionnel du Conseil Général de l'Hérault. Outre la coordination d'actions pour la SMAM, chaque réseau a édité une plaquette pour informer les parents des ressources locales (professionnelles et associatives) sur l'allaitement. Le réseau de Montpellier a en projet la mise en place d'une consultation en allaitement organisée par des professionnels spécialisés et prise en charge par un partenariat avec la CAF et la CPAM.

Pyrénées-Orientales

Le service de la PMI a organisé une formation ouverte aux professionnels en exercice libéral et aux personnels des maternités publiques et privées et du CAMSP dans l'objectif de favoriser le travail en réseau. Cette formation s'achève en 2008 et il est à espérer qu'à sa suite, des réseaux locaux voient le jour.

Au niveau régional

Le réseau Naître en Languedoc-Roussillon organise en 2008 une formation à l'allaitement dans 5 villes de la région avec une subvention du Groupement Régional de Santé Publique. Là aussi, l'objectif est l'actualisation des connaissances et des pratiques et le travail en réseau.

3- La Semaine Mondiale de l'Allaitement

Elle se déroule en France la 3^{ème} semaine d'octobre sur un thème différent chaque année. Elle est coordonnée au niveau national par la CoFAM.

C'est l'occasion pour toutes les personnes impliquées dans la promotion de l'allaitement et dans le soutien aux familles d'organiser des manifestations ciblant le grand public, les familles, les milieux scolaires et / ou les professionnels de santé et de la petite enfance.

Dans la région, beaucoup de maternités, de Conseils Généraux et d'associations ont des actions spécifiques lors de la SMAM. Dans certains départements, les différents acteurs se regroupent pour coordonner leurs actions et communiquent ensemble au moment de la SMAM. Cela leur permet de toucher un public plus large.

La SMAM offre en effet l'opportunité d'une médiatisation importante de l'allaitement et de toutes les problématiques associées. Elle contribue à la constitution de partenariats qui peuvent perdurer au-delà de l'évènement.

De 2003 à 2005, le GEN-LR a édité un numéro de la Lettre des Actualités Périnatales consacré à l'allaitement.

4- La documentation proposée aux familles

Actuellement, les parents ont à disposition une documentation foisonnante concernant la période périnatale. Ils y accèdent par le biais de la presse écrite, d'émissions de télévision et radio, de documents audio-visuels (CD, DVD), d'internet, d'ouvrages spécialisés ... et de documents envoyés ou remis pendant la grossesse ou pendant le séjour en maternité.

Certains parents peuvent se sentir perdus face à la multiplicité de ces informations qui se contredisent parfois.

Le groupe a souhaité faire le point sur la documentation concernant l'allaitement maternel afin d'aider les professionnels à sélectionner les documents les plus pertinents ou à créer des outils d'information adaptés à l'intention des parents.

Après une analyse de documents particulièrement représentatifs sélectionnés selon des critères objectifs, nous émettrons une grille d'analyse et des propositions concrètes destinées aux équipes pour l'élaboration de documents.

Les professionnels du groupe ont collecté une trentaine de documents dans différentes structures de la région (maternités publiques et privées, services de PMI, laboratoire et centre périnatal). Ceci ne représente pas l'exhaustivité des documents mis à disposition des parents sur le sujet.

Devant cette pléthore, le groupe a redéfini des objectifs plus ciblés qui sont :

- l'analyse de 6 documents écrits et une valisette-cadeau, remis systématiquement aux parents dans notre région,
- l'élaboration des critères de qualité pour des brochures concernant l'allaitement maternel.
- l'élaboration de recommandations.

4.1- Choix des documents

Sont retenus les documents :

- étayés par des organismes officiels (CPAM, ministère, INPES, INVS, comité national de l'enfance),
- fournis ou écrits par des professionnels de santé.

Ces deux points incitent les parents à accorder du crédit aux informations délivrées.

Les documents analysés sont les suivants :

- 1) Carnet de maternité
Auteur : Ministère de la Santé des Solidarités
Édité par le Conseil Général, version distribuée jusqu'en début 2008.
32 pages, dont 7 phrases abordant l'allaitement maternel.
Distribué lors de la déclaration de grossesse par les gynécologues.
 - 2) Livret bleu 2006 « l'enfant du premier âge »
Auteur : groupe de professionnels de santé référents en nutrition sur le plan national.
Édité par le Comité National de l'Enfance, créé par la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale.
240 pages, dont 10 abordent l'allaitement maternel.
Distribué dans les CPAM, MSA, maternités, CAF, CG, PMI, laboratoires, chez les gynécologues obstétriciens, échographistes, sages-femmes et pédiatres.
 - 3) Livret d'accueil pour bébé
Auteur : une équipe de maternité
Édité par une clinique privée
12 pages, dont 2 abordent l'allaitement maternel
Distribué par la clinique à ses parturientes
 - 4) Carnet de santé (dernière édition 2006)
Auteur : Ministère de la Santé et de la Solidarité
Édité par le Conseil Général.
96 pages, dont 1 page aborde l'allaitement maternel
Distribué par les maternités ou par les municipalités.
- Chaque département a la possibilité de personnaliser les sujets d'informations médicales et de prévention.
- 5) Guide de nutrition pendant et après la grossesse
Auteur : INPES
Édité en Septembre 2007 par des organismes nationaux reconnus.
52 pages, dont 14 abordent l'allaitement maternel
Distribué par les maternités, la PMI et le COmité Départemental d'Éducation pour la Santé.
 - 6) Happy baby book : « guide pratique des jeunes parents »
Auteurs : professionnels de santé
Édité par family service (éditeur privé)
160 pages, dont 9 abordent l'allaitement maternel
Distribué par des maternités dans les valisettes

La valisette-cadeau

Distribuée par le personnel de maternité et certaines consultations de PMI.

Le fournisseur est Magicmaman, entreprise privée de communication.

Elle contient exclusivement de la publicité et des offres promotionnelles (6 bons de commande avec des bons de réduction, 1 chèque cadeau, 16 échantillons dont un biberon et une tétine, des brochures d'information concernant la contraception, la gastro-entérite, le développement de l'enfant et le livre Happy Baby Book cité plus haut).

4.2- L'analyse des documents

En s'appuyant sur le référentiel de bonnes pratiques « Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité », édité par l'INPES en novembre 2005, le groupe a sélectionné des critères de qualité pour l'analyse des documents choisis.

4.2.1- Présentation

D'une manière générale la présentation visuelle des documents est attrayante. On peut noter que celle du livret d'accueil de la clinique est « a minima ».

Quant à la valisette, pour les parents, le contenant est attrayant, pratique et réutilisable. Le contenu est diversifié, attractif par la présence d'échantillons, de bons de réduction et de CD.

4.2.2- Compréhension des contenus

La présence de publicités et d'images concernant les préparations infantiles en regard des textes sur l'allaitement maternel peut discréditer les informations sur l'allaitement et entretenir l'idée qu'il y a peu de différences entre le lait maternel et les préparations infantiles.

D'autres images publicitaires (tire-lait, bout de sein en silicone....) peuvent déstabiliser certaines mères en instrumentalisant l'allaitement.

4.2.3- Buts recherchés

Le but recherché par les professionnels de santé lors de la diffusion de documents aux familles est de leur proposer une information fiable et objective.

Sur les 6 documents analysés, 3 sont financés par les pouvoirs publics et ne contiennent pas de publicité. Il en est de même pour le livret d'accueil édité par une maternité privée. La valisette-cadeau ne contient que des publicités de toutes sortes. Or, lorsque ces documents sont accompagnés de nombreuses publicités et d'échantillons commerciaux, la portée de l'information est amoindrie.

La présence de biberon ou son image influence de façon insidieuse les parents, avec un impact négatif sur l'allaitement maternel dans cette période particulièrement sensible qui entoure la naissance.

Les professionnels de santé qui distribuent les valisettes-cadeau ou autres documentations à but publicitaire cautionnent tacitement cette démarche commerciale à leur insu.

Dans l'ensemble, les documents informent sur les deux modes d'alimentation infantile mais un seul valorise particulièrement l'allaitement maternel.

Cependant, au cours des deux dernières années où le groupe s'est intéressé à la documentation distribuée aux familles dans la région, il a été constaté dans le contenu écrit et les illustrations, une plus grande place faite à l'allaitement maternel comparativement aux années précédentes.

L'Annexe 3 : Analyse des documents étudiés, p. 40 présente en détail les critères de qualité retenus et l'évaluation des documents.

5- Les recommandations du groupe pour le soutien aux familles

5.1- Suivre les pratiques d'allaitement

Le plan périnatalité a donné comme objectif de renseigner l'évolution des taux d'allaitement exclusif et partiel, à la naissance, 3, 6 mois et 9 mois.

Le Dossier Commun Périnatal Informatisé (DCPI) actuel comporte une rubrique sur le désir d'allaiter pendant la grossesse et une rubrique sur l'allaitement (exclusif, partiel ou artificiel) à la

sortie de maternité dans la fiche résumé du séjour du nouveau-né. Ces informations ont été transmises par le réseau Naître en Languedoc-Roussillon.

La mise en œuvre du Dossier Commun Périnatal Informatisé permettra sans doute une meilleure estimation des taux d'initiation.

Il y aurait besoin d'une fiche de suivi de l'allaitement, jointe au carnet de santé permettant en quelques items de suivre l'allaitement la première année au cours du suivi médical de l'enfant. La fiche pourrait être ensuite envoyée pour traitement statistique à l'ORS-LR.

Le Coordinateur régional pourra proposer un groupe de travail pour concevoir cette fiche et mettre en œuvre la communication appropriée pour qu'elle soit remplie par les sages-femmes et médecins et renvoyée par les parents à la fin de la première année de vie de leur(s) enfant(s).

5.2- Renforcer le soutien aux mères

a) Information systématique en prénatal

Il serait nécessaire d'avoir un retour de l'impact de l'entretien du 1^{er} trimestre de grossesse sur la décision d'allaiter (pourcentage des femmes enceintes ayant eu cet entretien, pourcentage des femmes qui se sont senties aidées pour décider de l'alimentation de leur futur enfant, pourcentage de femmes qui ont eu les informations sur les ressources ...)

Il est souhaitable de sensibiliser les gynécologues obstétriciens à l'importance de parler de l'alimentation de l'enfant au cours du suivi médical de la grossesse et de permettre aux femmes de s'exprimer sur ce sujet. Ceci est complémentaire avec le travail des sages-femmes et pourrait prendre la forme d'une session de formation médicale continue.

b) Renforcement des réseaux et des associations de soutien – consultation systématique post-partum

Il apparaît aux membres du groupe impliqués dans des réseaux d'allaitement que ceux-ci sont confrontés à des obstacles importants. Les personnes sont bénévoles pour la plupart et leur action dans le réseau est peu reconnue. Le manque de disponibilité rend difficile la possibilité de constituer le réseau en association autonome disposant d'un budget et pouvant faire des demandes de subvention. La pérennité de tels réseaux reposant sur la motivation d'un petit groupe de personnes est très fragile.

Le Coordinateur régional pourrait aider à l'émergence de réseaux locaux de soutien, en mettant en relation les personnes déjà actives au quotidien sur le soutien à l'allaitement, bénévoles et professionnels, en fournissant des exemples de brochures, en informant sur les formations existantes, en aidant lors de la SMAM ...

Ceci pourrait favoriser :

- L'organisation de réunions d'échanges entre futures mères et mères allaitant, dans les lieux de consultation, les maternités et les centres de PMI
- Une consultation systématique à 8 ou 10 jours de vie avec un professionnel formé pour éviter les arrêts précoces de l'allaitement et les pertes de poids détectés en fin de premier mois^a.

^a Une étude menée à Grenoble a montré l'efficacité d'une consultation systématique dans les 2 premières semaines de vie auprès d'un médecin généraliste formé à l'allaitement sur le taux d'allaitement exclusif à 4 semaines, la durée totale de l'allaitement et la prévention des difficultés banales de l'allaitement.

Efficacy of Breastfeeding Support Provided by Trained Clinicians During an Early, Routine, Preventive Visit: A Prospective, Randomized, Open Trial of 226 Mother-Infant Pairs. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrat AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, Schelstraete C, Vittoz JP, François P, Pons JC. Pediatrics 2005;115;139-146.

Les associations de soutien de mère à mère sont demandeuses de formation continue et de soutien financier pour leur fonctionnement et l'organisation d'évènements lors de la SMAM par exemple. Ce soutien est faible actuellement.

c)- Sensibilisation des milieux de la petite enfance

Dans la plupart des départements, il y aurait une action à mener pour sensibiliser les assistantes maternelles, les professionnels de la petite enfance travaillant dans les services d'accueil régulier collectif ou familial et les Techniciennes en Intervention Sociale et Familiale (TISF). Ces personnes pourraient informer et aider les mères qui le désirent à concilier allaitement et travail. L'établissement d'une charte précisant les conditions d'accueil des enfants allaités pourrait être une aide pour cette sensibilisation.

Le Coordinateur régional pourrait constituer un groupe de travail de professionnels de la petite enfance pour rédiger une charte sur cette question et la diffuser largement dans la région aux parents et aux professionnels concernés.

d)- Permanence téléphonique

Il nous semble important de mettre en place un numéro vert pour l'allaitement dans la région pour lutter contre les arrêts précoces de l'allaitement et aller vers l'objectif proposé dans le plan de périnatalité du GRSP-LR :

- Taux d'allaitement à la sortie de maternité supérieur à 70 % dans toutes les maternités de la région en 2009 ;
- Taux d'allaitement à 6 mois supérieur à 35 % en 2013.

Les problèmes d'allaitement qui amènent les femmes à sevrer brutalement sont en général urgents et il y aurait besoin d'une permanence téléphonique qui donnerait l'information pertinente et les relais locaux aux mères. Une telle permanence permettrait en outre d'associer les professionnels déjà engagés dans des actions de promotion et de soutien et les bénévoles d'association qui ont ce type d'activité dans leur cadre associatif. La formation et la rémunération des écoutants sont des points à aborder en premier lieu pour assurer une réelle efficacité d'une permanence régionale.

Le Coordinateur régional pourrait étudier les modalités de la mise en place d'une permanence téléphonique.

5.3- Coordonner l'information sur l'allaitement en direction des familles

5.3.1- Propositions pour l'analyse et la conception de documents

À l'intention des professionnels souhaitant créer un document consacré à l'allaitement, le groupe propose un contenu optimisé.

Un tel document devrait prendre en compte les items suivants que l'on peut classer en 3 catégories : essentiels, importants, mineurs, afin de développer les informations selon le type de présentation (plaquettes, brochures, livrets ou autres).

Les éléments à prendre en compte

Les éléments essentiels

- Faire apparaître que presque toutes les femmes ont la possibilité d'allaiter et d'avoir un lait adapté en quantité et qualité.
- Mettre en avant la qualité nutritionnelle du lait de mère pour la santé de l'enfant.
- Préciser que la relation mère-enfant s'en trouve gratifiée.
- Rappeler que le lait de mère est recommandé en exclusif jusqu'à 6 mois et peut être poursuivi, associé à la diversification, jusqu'à l'âge de 2 ans.
- Souligner l'importance du peau à peau et de la première tétée après la naissance.
- Aborder l'intérêt de l'observation des signes d'éveil du bébé.
- Comprendre les rythmes de sommeil du nouveau-né.
- Lister les critères qui permettent d'évaluer l'efficacité d'une tétée.
- Rappeler l'importance d'une installation confortable pour la mère lors des tétées.
- Souligner que ressentir une douleur lors de la tétée est souvent due à une position inadéquate ou une mauvaise prise en bouche.
- Montrer des schémas ou photos des différentes positions.
- Renforcer la confiance des mères en leur capacité d'allaiter.
- Valoriser la présence du père et de l'entourage lorsqu'ils sont souteneurs.
- Encourager à faire appel à des relais, des personnes ressources en donnant leurs coordonnées.
- Fournir une information sur le sevrage.
- Informer que l'allaitement reste possible en cas de séparation (mère ou enfant malade, reprise du travail) ou de prise de la plupart des médicaments.

Les éléments importants

- Détailler les avantages pratiques : la liberté d'action, pas d'horaire fixe, se calquer aux signes d'éveil de l'enfant, pas de matériel à transporter, rations et nombre de tétées non comptabilisées (recommandations de l'OMS et de l'ANAES).
- Rester vigilant aux interférences : biberon, sucette...
- Proposer des suggestions appropriées en cas de difficultés.
- Rappeler l'importance pour la femme qui allaite de se reposer.
- Évoquer l'évolution de la composition du lait lors d'une même tétée et au cours du temps.

Les éléments mineurs

- Donner des conseils sur l'alimentation des femmes allaitantes.
- Rassurer les femmes sur les questions d'esthétique.
- Aborder les éventuelles questions de la pudeur.

Les éléments à exclure

- les images pouvant influencer de façon négative l'allaitement maternel (biberon, boîte de lait, taille des seins).
- les conduites pratiques ne correspondant pas aux recommandations actuelles.
- les « interdits » alimentaires que les mères sont censées respecter pendant l'allaitement.
- les études scientifiques réalisées par des fabricants de préparations pour nourrissons ou tout autre organisme ayant un intérêt commercial dans le contenu.
- les jugements de valeur sur la durée, sur l'exclusivité de l'allaitement ou sur des pratiques pouvant heurter les lecteurs.

Toute forme de financement par les fabricants de préparations pour nourrissons devrait être évitée (publicité, présence du logo ...).

5.3.2- Axes de travail

Le groupe trouve intéressant pour les professionnels de la périnatalité mais aussi pour les institutions délivrant de l'information sur l'allaitement aux familles de travailler sur les points suivants:

- Utiliser les grilles d'analyses proposées en Annexe 2 : Critères de qualité pédagogique de la documentation, p. 39 et en Annexe 3 : Analyse des documents étudiés, p. 40, pour inciter les collectivités à promouvoir l'allaitement maternel sur les documents officiels : carnet de maternité et carnet de santé.
- Établir un cahier des charges sur les critères de qualité des documents en accordant beaucoup plus de vigilance à la documentation mise à disposition du public.
- Impliquer les équipes dans l'élaboration du document afin de mieux se l'approprier
- Communiquer avec les organismes officiels (CAF, CPAM, CG) pour éviter l'édition de documents à double usage
- Créer un outil commun d'information multipartenarial.
- Interdire la fourniture gratuite et systématique des biberons et tétines
- Respecter le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (voir Annexe 4 : Le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel, p.41)

2^{ème} partie : Le soutien des professionnels de santé

Le groupe a mené une enquête auprès des écoles de puéricultrices, sages-femmes, auxiliaires de puériculture et infirmières de la région et a pris quelques contacts auprès de responsables de formation médicale pour donner un panorama non exhaustif de l'importance du thème de l'allaitement maternel dans les formations.

Les résultats permettent d'émettre quelques recommandations sur les contenus et les méthodes pédagogiques.

Ce travail est en cohérence avec les objectifs 2006-2008 du PNNS-2 concernant la promotion de l'allaitement maternel : un des objectifs est de développer la sensibilisation des professionnels de la naissance sur le sujet et faciliter leur formation.

Il est à noter que ce travail a permis de prendre contact avec plusieurs cadres formateurs qui ont ensuite participé aux réunions du groupe.

1- Contenu des programmes relatif à l'allaitement maternel

Formation des puéricultrices

Le programme des études préparant au diplôme d'état de puéricultrice (arrêté du 13 juillet 1983) stipule les connaissances à acquérir :

- Pour la période néonatale :
 - Bases de l'alimentation et besoins du nouveau-né , le lait maternel ;
 - Les aliments diététiques lactés et non lactés ;
 - Approche psychologique : l'allaitement maternel ;
 - Techniques de soins : mise en route et poursuite de l'allaitement maternel.
- Pour la période de 1 mois à 15 ans : le sevrage.

Formation des auxiliaires de puériculture

Le programme des études (arrêté du 16 janvier 2006) conduisant au diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture stipule les connaissances à acquérir.

Module 1 « l'accompagnement d'un enfant dans les activités de la vie quotidienne » : équilibre et hygiène alimentaire : l'accompagnement de l'allaitement maternel.

Le référentiel d'activités de l'auxiliaire de puériculture, dans la partie « Prendre soin de l'enfant dans les activités de la vie quotidienne de la naissance à l'adolescence » mentionne le point suivant :

Dispenser des soins liés à l'alimentation : aider la mère pour la première tétée et dans le processus d'allaitement ; aider à l'utilisation du tire-lait.

Formation des sages-femmes

Le programme des études (arrêté du 11 décembre 2001) fixant le programme des études de sage-femme stipule les connaissances à acquérir :

- Anatomie du sein ; physiologie de la lactation ;
- Composition et caractéristiques du lait maternel ;
- Conduite de l'allaitement, sevrage ;
- Lactarium ;
- Contre-indications ;
- Médicaments et allaitement ;
- Complications de l'allaitement ;
- Relation d'aide.

Formation des infirmiers

Il n'est pas fait mention de l'allaitement maternel dans le programme des études d'infirmiers (arrêté du 23 mars 1992).

2 – Résultats de notre enquête

Cette enquête a été réalisée fin 2005 sous forme d'une liste de points à renseigner (voir Annexe 5 : Questionnaire sur la formation des professionnels de santé, p. 44) à toutes les écoles concernées dans la région.

Formations	Nombre d'écoles contactées	Nombre de réponses obtenues
Puéricultrices	2	2
Auxiliaires de puériculture	2	2
Sages-femmes	2	2
IFSI	13	7

Concernant le contenu des cours, certains organismes ont répondu de façon très détaillée, envoyant parfois les photocopies et diaporamas utilisés en cours, d'autres ont simplement listé les têtes de chapitre. Une école de sages-femmes utilise la technique pédagogique du Portfolio sur les 4 années de formation. Il n'était pas possible de faire une étude quantitative de ces éléments ; l'analyse qualitative menée nous a permis de dégager les tendances utiles pour le travail du groupe.

Les résultats sont synthétisés dans les deux tableaux qui suivent,

- Caractéristiques globales de l'enseignement,
- Information sur les recommandations, ressources et formations continues.

L'analyse des contenus de cours fournis par les cadres formateurs contactés fait apparaître des disparités importantes, certains cours sont tout à fait à jour par rapport aux données actuelles en matière de physiologie et de pratiques, d'autres font état de connaissances aujourd'hui dépassées (position du bébé au sein, hygiène des seins, conduite à tenir en cas de mastite ...). D'une façon plus subtile, la présentation de l'allaitement n'est pas toujours neutre (texte sur les inconvénients de l'allaitement, par exemple, qui peut conforter les élèves dans leurs propres représentations négatives de l'allaitement).

Concernant les recommandations françaises et internationales et les ressources, beaucoup d'écoles informent sur les 10 conditions pour le succès de l'allaitement de l'OMS, les recommandations de l'ANAES de 2002, la législation française protégeant les femmes allaitant et travaillant, l'Initiative Hôpital Amis des Bébé, les associations de soutien de mères et les sites internet permettant d'accéder à des informations plus détaillées. Le Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et les formations spécialisées sur l'allaitement sont moins souvent cités, le code européen de Promotion, Protection et Soutien de l'Allaitement Maternel n'est mentionné que dans une école.

Les élèves de toutes les écoles font un ou plusieurs stages en service de maternité (sauf dans les IFSI où ce peut être un autre service), qui donne lieu à un moment d'échanges sur l'allaitement.

Enfin, il semble qu'il y ait peu de travaux de recherche sur le thème de l'allaitement maternel. Une école de sages-femmes mentionne néanmoins une liste de 11 mémoires sur 3 ans portant directement ou indirectement sur l'allaitement.

3- Formation des médecins

Cursus de médecine générale

A Montpellier, 2 heures sont consacrées à l'allaitement maternel. Les points abordés sont principalement les avantages de l'allaitement et la composition du lait maternel.

Diplôme d'Études Spécialisées

L'allaitement n'est pas abordé au cours du DES de gynécologie et d'obstétrique.

En DES de pédiatrie, au cours d'une journée consacrée à la nutrition, 2 heures sont consacrées à l'allaitement maternel : avantages de l'allaitement, contre-indications réelles à l'allaitement, médicaments et allaitement (une liste est fournie aux étudiants), ressources à consulter (en particulier, le centre de pharmaco-vigilance du CHU de Montpellier).

En DES de médecine générale, l'allaitement est évoqué au cours du séminaire sur le suivi de l'enfant et du nourrisson.

4- Formation continue

Le groupe a recueilli au cours de son enquête quelques informations sur les formations continues proposées aux professionnels de santé en exercice.

Il ne semble pas qu'il y ait eu de formation médicale continue sur le thème de l'allaitement ces dernières années dans la région.

En revanche, la région a fait un gros effort de formation :

- Beaucoup de services de maternité et de néonatalogie et plusieurs conseils généraux ont formé leurs équipes en faisant appel soit à l'association Pégase (issue du CHU de Montpellier), soit à des organismes de formation hors-région.
- Le CROP-LR a organisé une formation sur l'allaitement du bébé prématuré en 2007.
- Le réseau Naître en Languedoc-Roussillon a organisé en 2008 une formation ouverte à tous les professionnels sur une subvention du GRSP-LR.

Ces formations ont une durée de 3 ou 4 jours.

Des professionnels ont également suivi des formations plus spécialisées sur l'allaitement, soit avec le DIULHAM, soit avec la certification de consultant en lactation. Selon nos informations, des consultants en lactation travaillent dans le Gard et l'Hérault, en libéral, en maternité, en néonatalogie, en PMI et en milieu associatif.

Une formation de consultants en lactation existe depuis 2007 à Montpellier.

Actuellement, en l'absence d'une coordination régionale, toutes ces informations sur les formations existantes sont disponibles sur le site de la périnatalité en Languedoc-Roussillon.

5- Recommandations du groupe

5.1- Contenu des cours

Au sein des diverses formations initiales, un standard minimum de contenu pourrait permettre une mise à jour des informations.

Le groupe recommande que le contenu des cours s'appuie sur les textes suivants :

- « **Recommandations pour la pratique clinique Allaitement maternel** mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant », **ANAES** mai 2002
- **Textes du Programme National Nutrition Santé** : les guides destinés aux familles et les livrets d'accompagnement destinés aux professionnels de santé « Nutrition des enfants et des ados pour tous les parents » (2004), « Nutrition de la naissance à 3 ans » (2006),

« Nutrition pendant et après la grossesse » (2007). la brochure « allaitement maternel, les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère » (2005).

- Les « dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » et le rapport « Données scientifiques relatives aux 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel », OMS/UNICEF 1999.
- « Favoriser l'allaitement maternel – Processus – Évaluation », Haute Autorité de Santé, 2006.

Pour les formations des auxiliaires de puériculture, les puéricultrices, les infirmières et les sages-femmes, il paraît nécessaire que soient abordés a minima les points techniques suivants :

- Anatomie du sein, variations anatomiques, capacité de stockage du lait dans les seins,
- La physiologie, régulation hormonale, contrôle autocrine ...
- Positions du bébé au sein, prise du sein, intérêt du peau à peau,
- Compétences et rythmes du bébé, critères d'efficacité des tétées et de l'allaitement.

Concernant le soutien des mères, les informations suivantes devraient être communiquées :

- Les dispositions du Code du Travail pour les mères allaitant après la reprise de leur travail ;
- Les coordonnées des groupes de soutien de mères à mères de la région et des réseaux locaux et les ressources listées dans le rapport cité ci-dessus de l'HAS de 2006.

Dans le domaine de la promotion de l'allaitement, les élèves devraient avoir connaissance de :

- L'Initiative Hôpital Amis des Bébé,
- Le plan européen de Protection, Promotion et Soutien de l'allaitement maternel,
- Des formations spécialisées en allaitement (DIULHAM et certificat de consultant en lactation IBCLC)

Pour la formation des médecins généralistes, gynécologues obstétriciens et pédiatres, il paraît nécessaire que soient abordés a minima les points techniques suivants :

- Anatomie du sein, variations anatomiques, capacité de stockage du lait dans les seins
- Rythmes et critères d'efficacité de l'allaitement
- Conditions permettant de préserver l'allaitement maternel en cas de pathologies de la mère ou de l'enfant
- Prise de médicaments chez la mère en période d'allaitement
- Courbes de croissances des enfants allaités, prise de poids lente.

La formation devra inciter les médecins à travailler en réseau (en utilisant les ressources locales sur l'allaitement).

Le coordinateur régional pourrait intégrer dans ses missions la mise en place d'un groupe de travail entre formateurs des différentes écoles afin d'animer une réflexion commune sur l'enseignement de l'allaitement maternel aux futurs professionnels de santé.

5.2- Harmonisation des savoirs et des pratiques recommandées diffusées dans les formations

Pour toutes les professions, il y aurait nécessité de développer :

- **une réflexion sur les représentations** de chacun et les convictions personnelles (susceptibles d'interférer sur leur savoir professionnel et leurs pratiques),
- des capacités relationnelles dans la communication, indispensables pour le soutien des familles.

La réalisation de cet objectif passe par la mise en place d'un module spécifique sur la communication et la relation d'aide pour l'accompagnement des familles.

De plus, le groupe recommande que lors des stages en maternité, les stagiaires aient une séance de travail avec leurs enseignants pour :

- Analyser les pratiques du service au regard des connaissances théoriques acquises à l'école.
- Approfondir leur réflexion sur l'accompagnement des familles et le positionnement du soignant.

Cette séance de travail gagnerait à être placée au milieu du stage.

Il est nécessaire que les personnes chargées des enseignements sur l'allaitement aient une compétence spécifique sur le sujet : il serait approprié que les intervenants aient le DIULHAM ou la certification de consultant en lactation IBCLC.

Le groupe émet une recommandation particulière pour les écoles de sages-femmes. En effet, l'allaitement étant un des éléments de la physiologie de la maternité, il apparaît indispensable que chaque école intègre une personne diplômée du DIULHAM ou certifiée IBCLC dans l'équipe de ses enseignants. C'est déjà le cas pour une des 2 écoles de la région et l'autre école y pense également.

Résultats de l'enquête sur les caractéristiques principales des cours sur l'allaitement dans les formations initiales.

Formations	Temps de cours	Intervenants	Stages en maternité ou service de pédiatrie	Retours de stages	Travaux de recherche sur l'allaitement
Puéricultrices	18 à 22 h de cours dont 8 à 10 h de cours magistral, 8 à 12 h de travaux dirigés ou table ronde	cadres formateurs des écoles ; les puéricultrices de maternité, de néonatalogie, du lactarium ; cadre sage-femme ; consultante en lactation ; psychologue	3 à 6 semaines	Travail d'analyse en cours de stage pour 1 école sur 2	Environ 10 mémoires par an
Auxiliaires de puériculture	25 h dont 10 h de cours magistral et 15 h de travaux dirigés et table ronde. Enseignement dispensé pour partie, avec les étudiantes puéricultrices pour 1 école sur les 2.	idem	4 semaines éventuellement renouvelable	Temps d'échange sur les pratiques professionnelles au retour du stage	non
Sages-femmes	35 h pour une école, plus de 85 h pour l'autre en tenant compte des enseignements qui mentionnent la lactation humaine.	Pédiatres, gynécologues obstétriciens, consultants en lactation, puéricultrices, psychologues sages-femmes cadres enseignantes	Stages pendant les 4 années de formation	Pour 1 école, temps d'échanges en retour de stage, cas cliniques : analyse, conduite à tenir et synthèse Pour 1 école, suivi du Portfolio de l'étudiant et analyses de situations avec les sages-femmes cadres enseignantes	Environ 5 mémoires par an
IFSI	De 2 à 10 h	Cadres formateurs avec une sage-femme ou puéricultrice travaillant en service	4 semaines, pas toujours en service de maternité		Rare sur l'allaitement

Résultats de l'enquête sur la mention ou non des documents et ressources de base sur l'allaitement au cours de la formation.

Formations	Recommandations de l'ANAES	plan européen	code international	associations de mères	10 conditions de l'OMS	L'initiative Amis des Bébé	Législation sur le travail	Diplôme de consultante en lactation	DIULHAM	Sites internet
Puéricultrices	OUI 1 sur 2	NON	OUI	OUI	OUI	OUI 1 sur 2	OUI	OUI 1 sur 2	OUI 1 sur 2	OUI
Auxiliaires de puériculture	OUI	NON	NON	OUI 1 sur 2	OUI	OUI 1 sur 2	?	NON	OUI 1 sur 2	?
Sages-femmes	OUI	OUI sur 2 ¹	NON	OUI 1 sur 2	OUI	OUI	OUI	OUI 1 sur 2	OUI	OUI 1 sur 2
IFSI *	OUI 2 sur 6	OUI 1 sur 6	OUI 1 sur 6	OUI 2 sur 6	OUI 5 sur 6	OUI 2 sur 6	OUI 5 sur 6	NON	NON	OUI 5 sur 6

* : une école sur les 7 qui ont répondu n'a pas du tout rempli cette rubrique concernant les documents mentionnés.

3^{ème} partie : le soutien des services de maternité Promouvoir l'Initiative Hôpital Ami des Bébés

Introduction

L'Initiative « Hôpital Ami des Bébés » (IHAB) vise à mettre en place des pratiques hospitalières respectant au mieux **les besoins et les rythmes du nouveau-né** lors de la naissance et pendant le séjour en maternité. L'équipe d'un service « Ami des Bébés » favorise la proximité mère-enfant d'une part, et encourage, accompagne et protège l'allaitement maternel d'autre part. Elle offre un cadre optimal en terme de santé et d'attachement pour chaque enfant et sa mère. C'est une démarche de qualité qui passe par l'attribution du label « Hôpital Ami des Bébés ».

La démarche est également **intégrative** : toutes les mères et tous les bébés en bénéficient, les personnels soignants et administratifs sont impliqués; cette démarche sous-entend aussi un travail en réseau pour mobiliser les ressources existantes pour le soutien après la sortie de maternité.

L'obtention du label permet à l'équipe une plus grande **cohérence et davantage de concertation** sur les discours et les pratiques de service. Les formations que les équipes suivent, y contribuent. De plus le label est obtenu pour une durée de 4 ans. Les professionnels sont incités à mettre à jour leurs connaissances et pratiques et à entretenir **la dynamique** afin d'obtenir le renouvellement du label.

Nous avons mené une réflexion sur cette initiative parce qu'il nous paraît essentiel de la favoriser dans la région :

- En effet de nombreuses études montrent l'impact positif de l'IHAB sur les taux d'allaitement dans les premières semaines post-partum quand la plupart des maternités d'une région l'adoptent. L'augmentation de la durée globale de l'allaitement est significative quand les parents ont de plus accès à un réseau de soutien local efficace.
- Il est de notre mission d'émettre des recommandations pour atteindre les objectifs du PNNS 2^a (70% d'allaitement maternel en sortie de maternité en 2010), ainsi que ceux fixés par le Groupement Régional de Santé Publique pour le Languedoc-Roussillon, en particulier l'objectif que 5 maternités soient engagées dans l'IHAB en 2009^b.

Après une présentation plus détaillée de l'IHAB, nous émettrons des propositions concrètes pour favoriser sa mise en œuvre dans la région.

1- Comprendre l'Initiative Hôpital Ami des Bébés

Cette initiative a été lancée par l'OMS et l'UNICEF en 1992. Elle est mise en œuvre en France par la CoFAM^c. Les commentaires qui suivent ont été repris en grande partie des documents de la CoFAM et d'un article récent^d.

^a Deuxième Programme National Nutrition Santé 2006-2010, Actions et mesures, septembre 2006.

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/pnns_060906/plan.pdf

^b Note de cadrage du Plan Périnatalité du Groupement Régional de Santé Publique, 2007.

^c Coordination Française pour l'Allaitement Maternel, association depuis 2001 regroupant des associations de soutien à l'allaitement, des réseaux et des individus. La première initiative de la CoFAM a été la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM). Voir le site de la CoFAM :

<http://coordination-allaitement.org/>

^d Marchand M C, Pilliot M, Löfgren K. Initiative hôpital ami des bébés: une démarche de qualité actuelle et méconnue, Médecine et Enfance, décembre 2006, pp. 585-589. Article téléchargeable à :

<http://coordination-allaitement.org/ihab/doc/dec06IHAB.pdf>

Le **label national** est attribué à un établissement qui :

- met en œuvre les « Dix Conditions » (voir Annexe 6 : Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel - OMS / UNICEF 1989 réactualisation 2006, p. 45),
- élimine la promotion et la fourniture gratuite ou à prix réduit de substituts du lait maternel, des biberons et des tétines (respect du Code OMS de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions des Assemblées Mondiales de la Santé),
- enregistre un taux d'allaitement maternel exclusif de la naissance à la sortie de maternité supérieur à la moyenne départementale et en progression par rapport aux années antérieures.

De plus, il est demandé un travail en réseau avec des liens ou des actions en dehors de l'établissement (PMI, groupes de mères, généralistes, sages-femmes libérales ...),
Le label est délivré pour 4 ans et renouvelé sous conditions.

Les différentes étapes à suivre pour un établissement qui s'engage dans l'initiative, sont :

- Réaliser une autoévaluation de ses pratiques par rapport aux « Dix Conditions ».
- Élaborer et mettre en œuvre un projet de service.
- Formaliser son engagement vers le label par une déclaration de mise en route.
- Demander une évaluation par des experts nommés par la CoFAM.
- Recevoir le label ou un certificat d'engagement si des points restent à améliorer.
- Mettre en œuvre un suivi en vue de la réévaluation tous les quatre ans.

2- Les bénéfices de la démarche

2.1- Les bénéfices pour les bébés

Cette démarche de soins permet de respecter au mieux la physiologie du nouveau-né, et ainsi d'obtenir une meilleure adaptation néonatale, notamment par le peau à peau et la réduction de manœuvres invasives de routine, tout en assurant la sécurité de l'enfant.

Cet accueil au plus près de la physiologie se caractérise par :

- une proximité mère enfant maximale,
- le respect du rythme de l'enfant.

Et présente de nombreux avantages :

- l'adaptation métabolique est optimisée (équilibres glycémique et thermique),
- la succion correcte au sein est facilitée, ce qui aide au démarrage de l'allaitement maternel,
- l'interaction mère-enfant est renforcée au travers de la continuité chimio-sensorielle,
- l'organisation neuro-comportementale de l'enfant est favorisée (très nette diminution des pleurs).

D'autre part, une des premières étapes de la protection naturelle du nouveau-né est sa colonisation par la flore bactérienne maternelle, et non par les germes hospitaliers, source possible d'infections nosocomiales.

Tous ces points, hormis celui sur la succion, concernent tout autant les enfants non allaités que les enfants allaités.

2.2- Les bénéfices pour les mères et les pères

Cette démarche est centrée sur l'enfant et sa famille.

La reconnaissance par les parents des compétences de leur bébé engendre des réactions favorables à l'attachement : les parents témoignent fréquemment d'un « moment exceptionnel » en salle de naissance^a.

La reconnaissance par l'équipe soignante de leurs compétences rassure et valorise les parents.

^a Pillot M. Le regard du naissant. Cahiers de Maternologie 2005 ; 23-24 : 65-80.

La dynamique d'attachement serait en partie favorisée par le climat hormonal spécifique de la mère allaitante (prolactine, ocytocine).

L'IHAB permet aux mères qui le souhaitent de mener à bien leur projet d'allaitement en maternité et leur donne la possibilité d'être soutenues dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique (information sur les relais PMI et associatifs donnée avant la sortie du service).

Les mères qui n'allaitent pas peuvent bénéficier d'un contact prolongé avec leur bébé. L'accompagnement individuel qui résulte de l'organisation du service leur permet de trouver du soutien pour toutes leurs questions sur les soins et l'alimentation de leur enfant.

Cet accompagnement peut donc contribuer à une satisfaction plus grande de toutes les mères.

2.3- Les bénéfices pour les équipes

Le projet valorise les équipes engagées dans la démarche. Il est fédérateur car porté par une politique institutionnelle, de service et d'équipe commune.

La méthodologie de l'initiative elle-même permet de donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette approche.

Tout le personnel est impliqué dans les soins aux mères et aux nouveau-nés, tant sur le plan pratique que sur la connaissance du comportement du nouveau-né, ainsi que sur la relation d'aide aux parents. La démarche engendre une dynamique de formation continue autour de l'allaitement. Elle permet une harmonisation des discours, ce qui renforce le sentiment de sécurité des parents.

Les équipes labellisées témoignent d'une plus grande satisfaction dans leur travail au quotidien. La reconnaissance du temps nécessaire à l'accompagnement des parents leur permet de travailler dans une plus grande sécurité, que l'enfant soit allaité ou non. Se sentir à l'aise dans la communication avec les parents est associé à un vécu plus gratifiant de l'accompagnement.

Le choix de favoriser la proximité mère-enfant diminue le temps passé sur des tâches matérielles (moins de rampes chauffantes, moins d'incubateurs à manipuler, si le peau à peau est utilisé en priorité, moins d'enfants seront confiés en nurserie ...).

Les mères sensibilisées à l'observation de leur enfant deviennent plus autonomes.

2.4- Les bénéfices pour les décideurs

Le label Hôpital Ami des Bébé est un critère de qualité de l'établissement dans l'accueil proposé au nouveau-né et à ses parents. Lorsqu'ils ont le choix, ces derniers s'orientent davantage vers une structure labellisée.

Le changement des pratiques de service permet une réorganisation des soins, en impliquant les parents plus et plus tôt, à moyens humains constants.

La satisfaction des équipes contribue à une plus grande stabilité et un moindre absentéisme du personnel.

La prévalence de certaines pathologies (engorgements mammaires majeurs, prise de poids insuffisante, hypoglycémie, ictère ...) est moindre, diminuant ainsi la durée du séjour en service.

Le démarrage de l'allaitement dans des conditions respectant la physiologie, le renforcement de l'autonomie des parents, la qualité des informations fournies pendant le séjour facilitent le choix de la sortie précoce, moins coûteuse qu'un séjour plus long, quand elle est possible^a et souhaitée par les parents.

Enfin, après la sortie du service, le travail en réseau qu'implique la démarche IHAB, tend à diminuer le nombre de consultations aux urgences et des ré-hospitalisations du premier mois de vie.

^a La sortie précoce de maternité implique une bonne coordination du service avec les réseaux de soutien post-partum.

2.5- Les bénéfiques pour la société

L'IHAB, en favorisant l'allaitement maternel, s'inscrit d'emblée dans une politique de santé publique. Elle contribue à une diminution de la morbidité pour nombre d'infections bénignes, qui se traduit aussi en termes de dépenses de santé.

Par exemple, une étude^a s'est intéressée à la demande de soins la première année de vie des enfants selon leur mode d'alimentation. Chez les enfants non allaités, le nombre d'hospitalisations pour infections respiratoires hautes ou gastroentérites, était multiplié par 3 par rapport aux enfants allaités. De la même manière en cas d'otites, le nombre de visites médicales augmentait de 35 % chez les enfants nourris au lait artificiel.

Une étude réalisée en France^b montre qu'une augmentation de 5 % des taux d'allaitement entraînerait une économie des dépenses de santé de 2,5 M€ par an (chiffres de 1997).

3- La mise en œuvre de la démarche : où en est-on ?

3.1- La situation en Europe

Plus de 650 services de maternité et de néonatalogie ont obtenu le label IHAB, dont plusieurs centres hospitaliers universitaires. En France, 5 maternités ont le label national.

Suède	Norvège	Suisse	Luxembourg	Royaume-Uni	France
100 %	75 %	51 %	35 %	18 %	0,3 %

Pourcentage des enfants nés dans un service labellisé IHAB^c

3.2- Les résultats d'une évaluation française

Dans une enquête menée en France en 2001^d auprès des cadres de santé des services de maternité et de néonatalogie, 77 % des équipes ont entendu parler de l'Initiative HAB. Plusieurs conditions sont considérées comme particulièrement difficiles à mettre en œuvre : par ordre décroissant, les conditions

- N° 9 (ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette).
- N° 6 (ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson ...).
- N° 7 (laisser l'enfant avec sa mère 24 H par jour).

Ces 3 conditions sont délicates parce qu'elles remettent en cause des pratiques de routine.

Dans la démarche IHAB, ces pratiques peuvent être mises en œuvre après information des parents et analyse individualisée. Cette attitude demande une formation spécifique des personnels.

Concernant les formations sur l'allaitement, 60 % des équipes en ont eu ou en prévoient mais 62 % des médecins n'y participent pas.

Enfin, plus de la moitié des équipes n'étaient pas du tout engagées dans la démarche d'auto évaluation de leurs pratiques.

^a Ball TM, Wright AL. Health Care Costs of Formula-feeding in the First Year of Life. Pediatrics;103;870-6,1999.

<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/4/S1/870>

^b Leclercq AM. L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique? Mémoire de DESS en Économie et Gestion Hospitalière Privée. Université de Montpellier I, 1996.

^c CoFAM. Historique et évolution de l'Initiative pour des Hôpitaux amis des Bébé, août 2006.

^d Enquête CoFAM 2001. Sur 880 questionnaires envoyés aux surveillantes des services de maternité et néonatalogie, 10 % ont été renvoyés à la CoFAM. La synthèse des résultats est téléchargeable à : ftp://ftp2.coordination-allaitement.org/coordinationall/ihab/resultat_enquete.pdf

Les conclusions de la CoFAM insistent sur la nécessité de travailler sur les résistances au changement pour surmonter ces difficultés.

3.3- La situation en Languedoc-Roussillon

Formation du personnel

Le pourcentage d'agents ayant suivi une formation à l'allaitement n'est pas connu pour la région. Il est certain que la demande est importante, à la fois en institution et en libéral.

A la maternité du CHU de Montpellier, un audit des pratiques réalisé en 2006 a montré que 35 % des équipes avaient suivi une formation, 65 % étaient demandeurs. Comme dans l'enquête de la CoFAM, les conditions 6, 7 et 9 étaient jugées difficiles à mettre en place.

Information et communication

L'information sur les formations existantes concernant l'allaitement dans la région et hors région n'est pas repérée par beaucoup d'agents.

Le retour d'expérience des membres du groupe nous amène à penser que la démarche IHAB est souvent interprétée comme excessive et irréalisable, ce qui nous semble témoigner d'une méconnaissance de la démarche et de son esprit.

Chaque année, plusieurs professionnels de la région participent aux séminaires de sensibilisation à l'IHAB, organisés à Paris par la CoFAM. Cette participation est à développer afin d'encourager l'engagement des établissements dans l'IHAB.

Les professionnels impliqués dans des actions préparant à la démarche IHAB, auraient besoin d'un soutien manifeste de leur institution et plus largement d'un réel engagement politique. Leur isolement relatif sur ce thème rend plus difficile l'accès aux informations qui leur permettraient d'avancer dans la démarche.

Selon la CoFAM, une maternité de la région est actuellement officiellement engagée dans la démarche.

Aspects financiers

La mise en place de la démarche IHAB représente un certain coût pour l'établissement qui s'engage :

- Formation continue
- Évaluation des pratiques professionnelles,
- Réorganisation des tâches au sein des services.

Ces difficultés peuvent être en partie imputées à l'absence de coordination régionale d'une part et d'autre part à l'absence de soutien politique et de moyens appropriés.

4- Propositions concrètes

Le groupe considère comme action prioritaire d'inciter les maternités de la région à s'intéresser au label. En effet, la démarche, pour aboutir, s'appuie sur une volonté de l'établissement.

Il nous paraîtrait nécessaire de prévoir :

- La nomination d'un comité régional IHAB
- La nomination d'un coordinateur régional dont une des missions concernerait l'IHAB en articulation avec le comité régional

Ce comité régional IHAB de 4 ou 5 experts aurait pour mission les points suivants :

- Organiser dans chaque département de la région une réunion pour tous les personnels des maternités locales. Ces réunions permettraient de présenter la démarche, en insistant sur les points qui sont généralement méconnus ou dont l'interprétation est délicate.

L'objectif de telles rencontres serait de mieux faire connaître le label en tenant compte de l'avancée des pratiques locales et des attentes des équipes. En effet, beaucoup de services ont déjà mis en œuvre des changements dans leurs pratiques dans le sens du label sur certaines des « Dix Conditions ».

Il paraîtrait indispensable de faire ces rencontres dans chaque département pour faciliter la participation des équipes et favoriser les échanges de pratique professionnelle.

- Organiser dans chaque département une rencontre avec les responsables des établissements. Le but serait de sensibiliser la direction, les services du personnel, de la formation et de la direction financière à l'intérêt de la labellisation en soulignant l'enjeu de santé publique.
- Coordonner avec la CoFAM une Journée Régionale de l'IHAB. La CoFAM peut faire bénéficier de son expérience :
 - ◆ dans l'organisation de journées d'informations sur l'IHAB ;
 - ◆ dans le choix des intervenants (professionnels de services engagés dans la démarche ou déjà labellisés au niveau national).

Cette journée pourrait se tenir annuellement ou tous les 2 ans. La première serait une journée de sensibilisation. Au cours des suivantes, un temps pourrait être donné aux équipes de la région pour présenter leur travail et partager leurs réflexions.

Il nous paraîtrait indispensable dans un souci d'efficacité que :

- ce comité régional soit nommé officiellement par les autorités de tutelle (ARS, DRASS, GRSP-LR ...),
- l'invitation aux réunions départementales soit envoyée par les autorités de tutelle afin de matérialiser l'engagement de la région sur ce projet,
- les membres du comité obtiennent une indemnisation financière.

Les experts du comité régional devraient :

- être volontaires et impliqués dans la promotion et le soutien de l'allaitement maternel ;
- avoir suivi le séminaire IHAB de la CoFAM.

Le coordinateur régional de l'allaitement en collaboration avec le comité d'experts pourrait :

- constituer une banque de ressources locales pour l'IHAB et d'information sur les formations à l'allaitement,
- rechercher des partenariats avec les organismes tels que les mutuelles, l'assurance-maladie, les CAF ... pour soutenir l'effort financier engendré par la démarche IHAB.

4^{ème} partie : Communiquer sur l'allaitement maternel

Envisager une stratégie de communication sur l'allaitement maternel est une tâche très ambitieuse. Les types d'intervention sont très variés, selon la nature de l'intervention, le type de public visé, la durée de l'intervention, son imbrication ou non dans un plan coordonné ...

L'évaluation rigoureuse des interventions est très difficile à mener.

L'ANAES [2] (p.78) a observé que :

« L'analyse des interventions multifacettes associant diverses techniques entre elles ne permet pas de se prononcer sur leur efficacité et sur leur reproductibilité, même si des améliorations des taux de mise en œuvre de l'allaitement maternel ont été mises en évidence à la suite de ces interventions.

Il est à souligner que les campagnes médiatiques, qu'elles soient nationales ou locales, n'influencent pas directement les pratiques d'allaitement. Elles peuvent favoriser l'émergence d'un environnement favorable pour soutenir l'allaitement et peuvent contribuer à changer les attitudes à l'égard de la pratique de l'allaitement maternel. Par ailleurs, la diffusion de recommandations portant sur l'alimentation des enfants, associée à une campagne médiatique nationale sur les avantages de l'allaitement, améliore les taux de mise en œuvre et la durée de l'allaitement maternel. »

1- La communication sur l'allaitement : enjeux et difficultés

En France, l'allaitement maternel ne fait pas l'objet de campagnes médiatiques, les recommandations professionnelles sont également peu diffusées, le discours sur l'allaitement est souvent présenté comme un choix individuel de personnes, la question de l'allaitement en tant qu'enjeu de santé publique est très peu traitée.

Communiquer sur l'allaitement est encore associé à des représentations négatives - militantisme décalé, promotion d'une image rétrograde de la femme, culpabilisation des femmes qui ne choisissent pas l'allaitement ... Le traitement de la thématique de l'allaitement dans les médias nationaux, à l'occasion de la SMAM par exemple, illustre les controverses encore vivaces^a. Malgré ce contexte difficile, il nous semble que ces polémiques sont moins virulentes au fil du temps. En particulier, nous avons constaté que la photographie d'un nourrisson au sein est de plus en plus souvent choisie pour illustrer des reportages sur la périnatalité.

En l'absence de représentants des médias et des principales municipalités de la région dans le groupe, nous avons choisi de proposer des actions de communication à destination d'un public ciblé :

- Communication en direction des jeunes
- Communication en direction des médecins

Ces actions limitées peuvent faire l'objet d'une évaluation et impulser dans un second temps des actions plus larges en direction du grand public.

^a Voir par exemple la polémique à l'occasion de la 1^{ère} Grande Tétée avec l'article du journal Libération, les nombreuses protestations qui ont suivi et le 2^{ème} article du journal ouvrant sur une perspective plus tolérante.

2- Communiquer en direction des jeunes

Les objectifs du projet sont les suivants :

- Informer sur l'allaitement maternel en tant que comportement favorisant la santé de l'enfant et de sa mère.
- Informer sur les besoins de base du nourrisson, proximité avec la mère, chaleur, nourriture adaptée à ses capacités physiologiques.
- Permettre une réflexion sur les représentations courantes en France concernant le bébé, la manière de s'en occuper et l'allaitement.

Ce projet s'appuie sur le plan européen : le premier objectif du plan concernant l'information, l'éducation et la communication (IEC) mentionne (p. 28) :

« Élaborer et diffuser des outils d'IEC cohérents avec les politiques et recommandations nationales, pour les utiliser dans les établissements de services sociaux et de santé, à tous les niveaux du système scolaire, dans les organisations offrant les soins pour les nourrissons et jeunes enfants, auprès des responsables des politiques et des décisions, et dans les media ; l'accès à cette information devrait être gratuit. »

L'information précoce a un impact sur la décision ultérieure d'allaiter.

Une étude en France, citée dans le document de synthèse de l'ANAES^a, rapporte que sur 100 femmes qui allaitent, 49 ont pris la décision avant la conception, 40 pendant la grossesse et 11 au moment de la naissance.

De nombreuses études menées dans différents pays industrialisés montrent que, plus tôt la jeune fille prend la décision d'allaiter, plus ses chances d'allaiter augmentent et plus elle allaitera longtemps. L'information donnée pendant la grossesse vient alors renforcer sa décision et répondre à des interrogations devenues plus concrètes.

Il convient aussi d'inclure les jeunes hommes dans la mesure où ils peuvent être intéressés par la question en tant que futurs pères et sont à même, plus tard, de soutenir la décision d'allaiter de leur compagne. Dans les pays industrialisés, l'allaitement est très fréquemment assumé par le couple parental.

En Languedoc-Roussillon, plusieurs professionnels de santé et responsables d'association ont mené des interventions ponctuelles dans des établissements scolaires et ont chaque fois noté le grand intérêt des jeunes, filles et garçons, pour l'information délivrée^b.

Le groupe a examiné la pertinence d'une action d'information dans les classes des lycées de la région, qui viserait à une éducation à la santé concernant la nutrition infantile et la parentalité. L'avis d'une conseillère technique du rectorat, chargée de la mise en place d'interventions en milieu scolaire sur des thèmes de santé publique, a été recueilli :

- Les programmes de l'éducation nationale incluent tous les aspects de la santé et l'allaitement maternel entre tout à fait dans le cadre des référentiels scolaires actuels.
- Il pourrait être envisagé de proposer une charte d'intervention en collaboration avec le rectorat et de la diffuser aux infirmières départementales qui pourraient ensuite la relayer auprès des infirmières scolaires de leur district. Cette charte permettrait d'organiser des interventions, préparées et coordonnées avec les enseignants et l'infirmière de l'établissement, le directeur d'établissement restant décisionnaire du type d'intervention et des intervenants.
- Il serait également utile de s'intéresser à la formation initiale et à la formation continue des personnels impliqués pour pérenniser ces interventions.

^a Branger B, Lestien R, Crine F, Picherot G, Gérard C. Les motivations psycho-sociales dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né. Ann Pédiatr 1988;35(7):519-23. Article cité dans [2].

^b Par exemple, l'intervention de Mme Cerviotti, auxiliaire de puériculture au lactarium de Montpellier et consultante en lactation IBCLC, dans des établissements scolaires secondaires de Montpellier (mémoire réalisé dans le cadre de la formation de consultant en lactation).

- Enfin, pour mener une expérience pilote, les lycées professionnels paraissent les établissements les plus appropriés actuellement, en particulier les filières sanitaires et sociales. Il conviendrait donc de se rapprocher des inspecteurs travaillant dans ces filières.

3- Sensibiliser les médecins en exercice libéral

Ces médecins sont un relais très important dans le soutien de l'allaitement :

- En prénatal, les femmes enceintes consultent tout autant les gynécologues obstétriciens et les médecins traitants que les sages-femmes libérales^a.
- En post-natal, les nourrissons sont suivis soit par le pédiatre, soit par le médecin de la famille. Ce dernier est particulièrement présent en milieu rural.

Une action de sensibilisation de ces praticiens est donc complémentaire avec les actions évoquées plus haut - formation des professionnels de santé et promotion de l'IHAB dans les services de maternité - pour renforcer la compétence des interlocuteurs des familles depuis la conception jusqu'au sevrage.

Le groupe s'est intéressé à un projet mené au Québec et a pris contact avec ses responsables. Le projet consistait en la mise en place de visiteurs médicaux proposant des entretiens avec les praticiens sur différentes thématiques de santé publique, dont l'allaitement maternel. Au cours du premier entretien au cabinet du praticien, le visiteur médical présentait la démarche, des fiches de synthèse pour aider à informer les patients et un guide de communication. Après ce premier contact, des ateliers étaient proposés pour :

- Approfondir l'actualisation des connaissances et des pratiques,
- Faciliter la communication avec les patients pour susciter un dialogue et accompagner un changement de comportement (pour l'arrêt du tabac, par exemple).

Les ateliers sur l'allaitement ont été particulièrement fréquentés et appréciés.

Le projet a impliqué :

- La formation des visiteurs médicaux,
- La conception des outils présentés et donnés aux praticiens pendant les visites,
- La conception des ateliers thématiques,
- L'évaluation du projet pour chaque thématique abordée.

L'Annexe 7 : Synthèse du rapport canadien sur le programme Promotion Pratique Préventive par Counselling, p. 46, présente les principaux résultats de la première évaluation.

À partir de l'expérience canadienne, il peut être intéressant d'envisager un projet pilote en ciblant uniquement sur la promotion de l'allaitement maternel ou bien en intégrant d'emblée plusieurs thématiques de santé publique.

^a Dans l'enquête de périnatalité de 2003 [11], la personne ayant fait la déclaration de grossesse est essentiellement un gynécologue obstétricien en ville (46,8 % des femmes) ou en maternité (27,7 %). Un généraliste a fait la déclaration pour 24,3% des femmes. Il joue donc un rôle dans l'orientation de la surveillance et le diagnostic anténatal. Pour le reste de la surveillance, les femmes ont souvent consulté un gynécologue obstétricien en maternité (65,5 %) et un peu moins souvent en cabinet (45,1 %).

Annexe 1 : Participants aux réunions du groupe

Profession	NOM	PRENOM	INSTITUTION	CP	Ville
Puéricultrice	AZEMA	Véronique	École de Puéricultrices CHU Montpellier	34295	Montpellier
Formateur IFSI	BAYLE	Bénédicte	IFSI AEHP (l'Hospitalisation privée)	34174	Castelnau Le Lez
Puéricultrice, consultante en lactation IBCLC	BOUILLY	Odile	Conseil Général - Hérault	34070	Montpellier
Puéricultrice	BOUSQUET	Brigitte	Polyclinique St Roch	34008	Montpellier
consultante en lactation IBCLC, formatrice en allaitement	BRUGUIERES	Danièle		34000	Montpellier
Formateur IFSI	CASCARINO	Françoise	CRIP Castelnau le Lez	34170	Castelnau Le Lez
Kinésithérapeute, cadre supérieur de santé	CECCHI	Catherine	GEN-LR	34000	Montpellier
Sage-femme libérale	COLLATUZO- SALAS	Sylvie		30900	Nîmes
Sage-femme libérale, coordinatrice du réseau Naître en Languedoc-Roussillon	CRIBALLET	Gisèle	Réseau "Naître en Languedoc Roussillon"	34090	Montpellier
Sage-femme, cadre de santé	DOMERGUE	Françoise	CHU Arnaud de Villeneuve	34000	Montpellier
pédiatre, médecin PMI, adjoint santé à Montpellier Nord- Ouest	FOULQUIER- GAZAGNES	Dominique	Conseil Général - Hérault	34000	Montpellier
médecin inspecteur	GREMY	Michel	DRASS-LR	34000	Montpellier
Puéricultrice Groupe de soutien "Les Marraines de l'Or Blanc"	GUINTOLI	Martine	Centre Hospitalier Alès	30100	Ales
médecin santé publique	HEBER- SUFFRIN	Sophie		34200	Sète
Sage-femme, consultante en lactation IBCLC	HOCHART	Marie- Adélaïde	Conseil Général - Hérault	34800	Clermont l'Hérault
Pédiatre	ISSERT	Éric	Polyclinique St Roch	34000	Montpellier

Profession	NOM	PRENOM	INSTITUTION	CP	Ville
groupe de soutien, consultante en lactation IBCLC	JAUER-STEICHEN	Juanita	Association LLL France	30250	Aubais
Nutritionniste	LE BIHAN	Geneviève	CRES-LR et Commission Régionale Nutrition Santé	34295	Montpellier
Pédiatre	MAZURIER	Evelyne	CHU Arnaud de Villeneuve	34295	Montpellier
Puéricultrice	MICHEL	Frédérique	CHU Arnaud de Villeneuve	34000	Montpellier
Pédiatre PMI	MUSLIN	Mireille	Conseil Général - Gard	30900	Nimes
Sage-femme libérale	PERROT	Réjeane		66000	Perpignan
Puéricultrice PMI réseau allaitement Aude AMA	PIETRAC	Christine	Conseil Général - Aude	11100	Narbonne
Puéricultrice néo-nat Groupe de soutien "Les Mairaines de l'Or Blanc"	PONGE	Mariane	Centre Hospitalier Alès	30100	Ales
Sage-femme	REY	Valérie	CHU Arnaud de Villeneuve	34000	Montpellier
Puéricultrice Cadre de santé	SALAÜN	Christine	Conseil Général - Pyrénées Orientales	66000	Perpignan
Puéricultrice, consultante en lactation IBCLC	SERRES	Véronique	CHU Arnaud de Villeneuve	34000	Montpellier
Puéricultrice, consultante en lactation IBCLC	SOULIES	Marie-Astrid	Conseil Général - Hérault	34120	Pézenas
Sage-femme réseau allaitement Aude AMA	TAILLEFER	Nadine	Conseil Général - Aude	11400	Castelnaudary
groupe de soutien	THERON	Caroline	Association Le Tétou	34500	Béziers
Puéricultrice PMI Réseau Allaitement Aude AMA	VAUTRIN	Agnès	Conseil Général - Aude	11200	Lézignan
Sage-femme, consultante en lactation IBCLC	VEZOLE	Hélène	Clinique Clémentville	34070	Montpellier
Puéricultrice, cadre de santé	ZABARINO	Anne-Marie	CHU Arnaud de Villeneuve	34000	Montpellier

Les comptes-rendus de réunion et documents produits par le groupe sont diffusés à une cinquantaine de personnes des 5 départements de la région.

Les noms en gras sont ceux des personnes ayant participé activement à l'élaboration du présent rapport.

Annexe 2 : Critères de qualité pédagogique de la documentation

Critère	OUI	NON
Objectifs de l'outil annoncés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Émetteur identifiable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laboratoires ou financeurs des documents non cités (Légitimité de l'émetteur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plan ou sommaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outil clair et structuré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présence de photographies, schémas, graphiques facilite la compréhension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation d'exemples variés, de témoignages de mères, de textes courts pour faciliter l'appropriation du contenu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absence de règle pré-établie, de norme. Modération des propos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incitation de la mère à observer son enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laisse une liberté d'action	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Texte valorisant, non culpabilisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect du choix des parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rappel de l'importance de l'unicité de chaque allaitement, de chaque bébé et de chaque dyade mère-enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outil exploitable dans sa totalité ou en partie (certaines séquences, certains slogans) pour obtenir des niveaux de lecture différents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variété des caractères pour un support attrayant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liste de ressources pour compléter l'information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vocabulaire, schémas ou photographies permettant au destinataire une identification avec les personnages (pas de représentation d'une femme idéale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le destinataire se sent-il interpellé et actif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en considération des connaissances, des représentations préexistantes, des besoins des destinataires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Résultat qualitatif de la documentation :

- Score > 15 Document intéressant
- Score > 10 Document nécessitant un accompagnement
- Score > 05 Document à améliorer
- Score < 05 Document inadapté

Cette liste de critères a été reprise et adaptée du guide de l'INPES concernant les critères de qualité des outils d'intervention en éducation pour la santé [12].

Annexe 3 : Analyse des documents étudiés

Les principaux critères de qualité retenus sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Légende : I = satisfaisant 0 = ne répond pas au critère NC=non concerné

Les documents étudiés sont numérotés comme suit :

1 carnet de maternité	4 carnet de santé
2 livret bleu 2006	5 guide nutrition PNNS
3 livret d'accueil	6 Happy Book

Critère sur le support	1	2	3	4	5	6
Taille	I	I	I	I	I	I
Format adapté au public	I	I	I	I	I	I
Texture	I	I	0	I	I	I
Aspect et couleur du graphisme	I	I	0	I	I	I

Critères sur l'impression (impact sur la lisibilité)	1	2	3	4	5	6
Couleur	I	I	0	I	I	I
Attractif	I	I	I	I	I	I
Interpellant	I	I	I	I	I	I
Lisibilité des caractères	I	I	I	I	I	I
Texte en couleur	I	I	0	I	I	I
Titre accrocheur	I	I	I	I	I	I
Texte aéré, qui donne envie de lire	I	I	I	I	I	I

Critères sur la forme	1	2	3	4	5	6
Présence de bandes dessinées	NC	NC	0	0	0	0
Imagé et/ou humoristique	I	I	0	I	I	0
Utilisation de photographies	I	I	0	I	0	0

Critères sur l'information	1	2	3	4	5	6
Identification de la source (éditeur du document)	I	I	I	I	I	I
Ressources listées, accessibles à la 1ère lecture	I	I	0		0	0

Critères sur la compréhension	1	2	3	4	5	6
Adapté au public ciblé	I	I	I	I	I	I
Choix des mots	I	I	I	I	I	0
Langage simple, formulation correcte	I	I	I	I	I	I
Dessins et photos en adéquation avec le texte et la pratique	I	0	NC	I	I	0

Critères sur les buts recherchés	1	2	3	4	5	6
Permet la discussion	I	0	I	0	I	I
Suscite la réflexion, le questionnement	I	0	I	I	I	I
Suscite l'envie d'allaiter	0	0	0	0	I	0
Suscite l'envie de s'informer pour devenir acteur, pour être autonome	0	0	I	I	I	I
Prend en considération les femmes qui ne peuvent pas allaiter	I	I	I	I	I	I
Information objective et non directive	NC	0	I	I	I	0
N'idéalise pas l'allaitement maternel	NC	I	I	I	I	I
N'est pas exhaustif dans les exemples, laisse une ouverture sur d'autres pratiques	I	I	I	I	I	I

Annexe 4 : Le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel

Ce document a été rédigé à partir d'un texte du comité éthique de la CoFAM.

Le Code est un outil pour protéger l'allaitement maternel. C'est la onzième condition pour obtenir le label « Hôpital Ami des Bébé » (HAB). Le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel encadre les pratiques de commercialisation des substituts du lait maternel mais n'en interdit ni la vente ni l'utilisation. Le respect du Code ne dépend que de la volonté politique et médicale des professionnels concernés.

Le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel a été adopté par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1981 pour protéger et promouvoir l'allaitement maternel en fournissant les informations les plus justes sur l'alimentation « normale » des nourrissons, et en proposant des recommandations sur la commercialisation des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines pour éviter leur promotion inappropriée :

« Sont considérés comme substituts du lait maternel tous les aliments pouvant remplacer totalement ou partiellement le lait maternel (préparations pour nourrissons, lait "2ème âge", lait de suite, lait de croissance, jus de fruits, tisanes, etc.) [1]. » [1-4].

Pas d'interdiction mais une utilisation correcte des substituts

Le Code a été adopté en affirmant que les professionnels de santé « ont un rôle essentiel à jouer en orientant les pratiques en matière d'alimentation des nourrissons, en encourageant et en facilitant l'allaitement au sein, et en fournissant aux mères et aux familles des avis objectifs et cohérents au sujet de la valeur supérieure de l'allaitement au sein, ou en cas de nécessité, au sujet d'une utilisation correcte des préparations pour nourrissons » [3].

Le but du Code n'est pas d'interdire l'utilisation de substituts du lait maternel mais d'assurer leur utilisation correcte quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées (article 1) [1].

Le Code protège l'allaitement maternel contre les pratiques non éthiques de l'industrie des produits de substitution du lait maternel. Il a été cosigné par les professionnels de santé, et les industriels qui se sont engagés à le respecter. Le Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN) surveille le respect du Code par l'industrie des substituts du lait maternel et dénonce les violations du Code [5]. [3].

Respect du Code, une condition pour le label "Ami des bébés"

Pour obtenir ou maintenir le label "Ami des bébés", les professionnels de santé concernés doivent s'engager à respecter les points du Code de commercialisation des substituts du lait maternel sur lesquels ils sont impliqués :

- Les substituts de lait maternel ne doivent être utilisés que pour les nourrissons qui ne peuvent pas être alimentés autrement (article 6-6). ;
- Les professionnels de santé ne doivent pas accepter ni distribuer d'échantillons, d'articles ou gadgets visés par le Code (bonnet, protège carnet de santé, tétines, etc.) (article 7-4) ;
- Les services qui reçoivent les femmes enceintes, les mères ou les nourrissons ne doivent pas afficher ou donner de la publicité ni transmettre des informations en faveur des substituts du lait maternel (articles 6-2 et 6-3) ;
- Les professionnels de santé ne doivent accepter aucun avantage matériel en espèces ou en nature (article 7-3) ;

- Les dons de matériels, d'équipements, les financements d'études et autres activités ne sont pas interdits mais les équipes doivent les déclarer (articles 4-3, 7-5) [1,2].

L'adoption du Code international a été une avancée dans la protection du consommateur. L'Assemblée mondiale de la Santé (AMS) de 1981 a adopté le Code international en tant que « exigence minimum » à mettre en application « dans sa totalité » dans le monde entier.

Le Code n'est pas en soi un texte législatif contraignant : il n'existe pas de sanction en cas d'infraction. Le Code est une recommandation faite aux gouvernements, qui sont invités à l'appliquer par des mesures législatives ou réglementaires propres à leur situation nationale. Indépendamment de toute mesure législative, les fabricants et distributeurs doivent faire en sorte que leur conduite soit conforme aux dispositions du Code.

En 2005, le Code international est appliqué par 61 pays sur les 192 existants, mais seuls 34 pays l'appliquent dans sa totalité et de façon fidèle.

Les dix principales dispositions du Code sont

- Aucune publicité pour les substituts du lait maternel, biberons et tétines.
- Aucun échantillon gratuit ou stock à bas prix.
- Interdiction de toute promotion de produits dans le système de soins de santé, incluant la distribution d'aliments gratuits ou à bas prix.
- Aucun contact entre les représentants des firmes et les mères.
- Pas de cadeaux personnels ou d'échantillons gratuits aux professionnels de santé. Si les professionnels de santé reçoivent de tels produits, ils ne doivent pas les donner aux mères.
- Pas d'image de nourrissons ni d'autres représentations graphiques de nature à idéaliser l'utilisation des préparations pour nourrissons sur l'étiquette des produits.
- Les informations fournies par les fabricants et les distributeurs aux professionnels de la santé doivent être scientifiques et se borner aux faits.
- Chaque emballage ou étiquette doit clairement mentionner la supériorité de l'allaitement au sein et comporter une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
- Pas de promotion du lait condensé sucré, ou d'autres produits inappropriés comme aliments pour nourrissons.
- Les industriels et la distribution devraient l'appliquer (ainsi que les résolutions OMS s'y référant) indépendamment de l'engagement des gouvernements.

En France

La France a très partiellement inclus les recommandations du Code dans sa législation.

D'après l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite et modifiant l'arrêté du 20 septembre 2000 relatif aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales, les dispositions suivantes sont prises :

Art. 4. – 1. Les préparations pour nourrissons sont fabriquées, selon le cas, à partir de sources protéiques définies au point 2 de l'annexe I et d'autres ingrédients alimentaires dont il a été démontré par des données scientifiques généralement admises qu'ils conviennent à l'alimentation particulière des nourrissons dès leur naissance.

2. Les préparations de suite sont fabriquées, selon le cas, à partir de sources protéiques définies au point 2 de l'annexe II et d'autres ingrédients alimentaires dont il a été démontré par des données scientifiques généralement admises qu'ils conviennent à l'alimentation particulière des nourrissons de plus de six mois.

Art. 13. – Conformément à l'article 5 du décret du 29 août 1991 susvisé, il est précisé sur l'étiquetage des produits l'indication de leur destination selon les modalités suivantes :

- a) Dans le cas des préparations pour nourrissons, une mention précisant que le produit convient à l'alimentation particulière des nourrissons dès leur naissance quand ils ne sont pas allaités ;
- b) Dans le cas des préparations de suite, une mention précisant que le produit ne convient qu'à l'alimentation particulière des nourrissons ayant atteint l'âge d'au moins six mois, qu'il ne peut être

qu'un élément d'une alimentation diversifiée, qu'il ne peut être utilisé comme substitut du lait maternel pendant les six premiers mois de la vie et que la décision d'introduire des aliments complémentaires, y compris toute exception avant l'âge de six mois, ne devrait être prise que sur avis de personnes indépendantes qualifiées dans le domaine de la médecine, de la nutrition ou de la pharmacie, ou d'autres spécialistes responsables des soins maternels et infantiles, sur la base des besoins spécifiques de chaque nourrisson en termes de croissance et de développement.

Art. 16. – 1. L'emploi des termes « humanisé », « maternisé », « adapté » ou de termes similaires est interdit sur l'étiquetage des préparations pour nourrissons et des préparations de suite.

Pour en savoir plus

[1] Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, Organisation mondiale de la santé, 1981. Résolution de l'AMS 49.15, 1996.

[2] www.coordination-allaitement.org/cofam.htm

[3] Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Organisation mondiale de la santé, 2002.

[4] Substituts du lait maternel : un Code international de marketing bafoué, Prescrire, 2005 ; 25 (267) : 855-856.

[5] Conflits d'intérêts à l'agence française des produits de santé, il reste beaucoup à faire, Prescrire, 2006 ; 26 (278) : 857-861.

[6] www.ibfan.org

[7] Relations entre professionnels de santé et l'industrie alimentaire infantile, mieux comprendre les enjeux, 2004, www.IPA.org

[8] Articles L 4113-13 et R 4113-110 du Code de la santé publique relatifs aux conflits d'intérêts et à la transparence parus en 2002 et 2007

[9] www.formindep.org Pour une information des médecins indépendante de l'industrie du médicament.

[10] WHO Stratégie mondiale, mai 2003 et AMS 55-25 mai 2002.

http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_fre.pdf

[11] EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'Évaluation des Risques, Luxembourg, 2004.

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

[12] Informations commerciales et alimentation infantile », Étude réalisée par Nathalie Roques, octobre 2001. Livret IPA.

[13] Arrêté du 11 avril 2008 relatif aux préparations pour nourrissons et aux préparations de suite et modifiant l'arrêté du 20 septembre 2000 relatif aux aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales, publication au Journal Officiel du 23 avril 2008.

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf//jopdf/2008/0423/joe_20080423_0018.pdf

Annexe 5 : Questionnaire sur la formation des professionnels de santé

Cette enquête a été diffusée auprès des écoles de sages-femmes, puéricultrices, infirmières et auxiliaires de puériculture du Languedoc-Roussillon.

1- Cours sur l'allaitement maternel :

Nombre d'heures ; intervenants (qualité) ; type d'enseignement (cours magistral ; travaux dirigés ; travail pluridisciplinaire avec d'autres formations ou professionnels)

Cours sur la relation d'aide et l'accompagnement des mères au cours de l'allaitement

2- Documents utilisés pour l'enseignement :

- vidéo (thème et titre)
- bibliographie (à joindre)

3- Documents distribués aux étudiants :

Joindre tous les documents et supports de cours que reçoivent les étudiants

4- Questions concernant l'enseignement :

Les étudiants ont-ils connaissance des points suivants ?

- les recommandations de l'ANAES
- le plan d'action européen de protection, promotion et soutien de l'allaitement
- le code international de commercialisation des substituts de lait maternel
- les associations de promotion et de soutien de la région
- les 10 conditions de l'OMS
- l'initiative « Hôpital ami des bébés »
- le lactarium
- la législation concernant la maternité au travail (femmes enceintes et mères allaitant)
- le diplôme de consultante en lactation IBCLC
- Le DIULHAM (Diplôme Inter-Universitaire de Lactation Humaine et d'Allaitement Maternel)
- les sites Internet concernant l'allaitement.

5- Stages

Durée des stages en maternité ; comment est organisé le travail sur l'analyse des pratiques concernant l'allaitement.

6- Travaux de recherche

Les étudiants réalisent-ils des travaux de recherche ou mémoires sur le thème de l'allaitement ?

- nombre par an (depuis 2000)
- thèmes

Annexe 6 : Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel - OMS / UNICEF 1989 réactualisation 2006

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit.
2. Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel.
4. Laisser le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure, encourager la mère à reconnaître que le bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. (*Réactualisation au niveau international, 2006 qui remplace l'ancienne formulation "Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance"*)
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Comme l'indique la CoFAM, ces conditions peuvent paraître très directives à la première lecture. La formulation est volontairement concise et peut induire en effet certaines incompréhensions.

En réalité, les professionnels sont encouragés à accorder leurs pratiques avec ces conditions et à en informer les parents. Par exemple, cela concerne les parents de bébés allaités par rapport à l'intérêt d'éviter le don de biberons et tous les parents vis-à-vis des avantages de la proximité mère-enfant ou du peau à peau.

Si les parents informés maintiennent des choix contraires aux pratiques du service labellisé, les professionnels les accompagneront pendant le séjour dans le service sans induire le moindre jugement.

Le maître mot de ces « Dix Conditions » est peut-être : systématiser l'information objective pour permettre un choix éclairé des parents et favoriser une réelle autonomie de ceux-ci dans la prise en charge de leur nouveau-né.

Annexe 7 : Synthèse du rapport canadien sur le programme Promotion Pratique Préventive par Counselling

Le programme s'est déroulé en **Montérégie, province du Québec**, peuplée d'environ 1 400 000 personnes.

Il s'adresse à des **omnipraticiens** (équivalents de médecins spécialisés en médecine générale en France) car ce sont eux qui rencontrent la plus grande partie de la population.

Les objectifs du projet :

- **Mieux communiquer avec les médecins** (peu sensibilisés à la santé publique et peu formés aux techniques de communication efficaces pour favoriser des comportements de santé),
- Leur offrir des moyens et des outils pour se former et communiquer avec leurs patients autour de thèmes de santé publique.

Le but était de **modifier leur comportement de prévention** vis à vis de leurs patients, et ainsi influencer le comportement de leurs patients pour améliorer leur santé.

Les objectifs en matière d'allaitement maternel étaient de passer de :

- 56 % à 80 % à la naissance
- 34 % à 60 % entre 3 et 6 mois
- 19 % à 30 % après 6 mois.

L'évaluation

Pour l'évaluation, 2 groupes d'étude ont été constitués :

- Le premier sur les pratiques professionnelles d'**omnipraticiens en périnatalité**, avec 3 thèmes sélectionnés :
 - ◆ allaitement
 - ◆ HIV et grossesse
 - ◆ tabagisme et grossesse
- Le second sur les pratiques professionnelles d'**omnipraticiens non obstétriciens** sur d'autres thèmes de santé publique (tabac, activité physique...)

La suite de cette synthèse ne concerne que l'évaluation du premier groupe sur le thème de l'allaitement : elle a concerné les 77 omnipraticiens de la région qui suivaient des femmes pendant leur grossesse et après, sur les points suivants :

- la pratique du médecin (sa communication avec le patient sur le thème choisi) avant sa participation à la démarche de « counselling »,
- les pratiques des patientes, c'est-à-dire les taux d'allaitement maternel,
- le niveau d'évolution du médecin dans sa démarche de conseil aux patientes,
- l'impact sur le comportement des patientes (taux d'allaitement maternel),
- le niveau de satisfaction des omnipraticiens,
- les coûts du dispositif.

La méthodologie

L'équipe effectuant cette étude se composait de :

- 1 secrétaire,
- 3 délégués médicaux,
- 1 consultant pour l'évaluation (avec enquêteurs),
- 1 expert de contenu pour chaque thème.

Ont été mis en place :

- des **visites au cabinet** de tous les praticiens par des **délégués médicaux** (informations, conseils sur les pratiques et besoins, implantation des outils, puis feedback et suivi),
- des **outils de soutien** pour les praticiens et les patientes,
- des **ateliers de formation** à la « communication persuasive ».

Les outils de soutien pour la thématique de l'allaitement comprenaient :

- Pour le praticien :
 - ◆ Une fiche de synthèse sur la conduite à tenir dans plusieurs des situations couramment rencontrées en consultation (douleurs, mastites, manque de lait, candidoses, contraception, prise de médicaments), incluant une liste de ressources pour le praticien et pour ses patientes,
 - ◆ Un guide d'entretien pour aborder la thématique avec une femme enceinte, selon ses représentations et son attitude vis-à-vis de l'allaitement,
 - ◆ Des tirés à part d'articles scientifiques pour permettre au praticien d'approfondir ses connaissances et des recommandations professionnelles.
 - ◆ Des affiches sur l'allaitement.
- Pour les patientes :
 - ◆ Une brochure d'information générale sur l'allaitement,
 - ◆ Des faire-part de naissance et des affiches présentant l'allaitement comme la pratique normale de santé.

Méthodes pour l'évaluation :

- **Évaluation des effets** : par des questionnaires téléphoniques pré et post « counselling » auprès des patientes et questionnaires auto administrés par les médecins.
- **Évaluation d'implantation** : par des entretiens avec les médecins, observation des visites et analyse du journal de bord des délégués.
- **Évaluation des coûts** : par calcul des coûts moyens pour la mise en place de tout le dispositif.

Les résultats

Patientes (n =170)

Pas d'amélioration significative du taux d'allaitement maternel sur les patientes (82% avant l'intervention, 84% après). Bien que le résultat ne soit pas significatif, il semblerait que la durée de visite ayant le plus d'impact sur les taux d'allaitement maternel, soit de 5 à 10 min.

Médecins (n=77)

Les visites ont été **très bien acceptées** par les praticiens (92 % contre 81 % pour les interventions sur le tabac). De plus, la **durée moyenne d'attente** des délégués était la moins longue dans le groupe allaitement (médiane 10 min contre 20 min pour les autres thèmes). C'est sur la thématique de l'allaitement maternel que **la visite a duré le plus longtemps** (24 min contre 5 pour le HIV et 15 min pour le tabac & grossesse par exemple).

Il semblerait que les **médecins femmes** soient **plus concernées** par l'allaitement maternel (60 % des médecins visités). Ceci se vérifie pour les 3 thèmes en rapport avec la grossesse mais pas pour les autres thèmes. De même, 3 participants aux ateliers sur 4 étaient des femmes.

67 % des médecins participant aux ateliers avaient au moins 10 ans d'expérience.

14% seulement déclaraient ne pas avoir de problème de communication en matière d'allaitement maternel, **33 % se sentaient prêts à modifier leur comportement** (le planifiaient), et **33 % ont agi pour le modifier.**

Une très grande majorité des médecins étaient satisfaits ou très satisfaits des visites (95 %), des ateliers (76 %) et des outils (91 %).

Ils ont trouvé les **visites et les outils utiles ou très utiles** (84 % pour les 2 critères) avec un moindre succès pour les ateliers (1/4 ne les ont pas trouvés utiles).

Les coûts

Visites	Coût moyen / médecin	92 €
Ateliers	Coût total de la préparation	24 800 €
	Coût moyen de prestation (groupe de 10 médecins)	470 €
Outils pour une thématique	Coût moyen de conception	1900 €
	Coût moyen de production	2800 €

Conclusion

« Une approche marketing multistratégique comportant des visites, des formations et des outils de soutien semble efficace pour rejoindre les médecins et initier chez eux des changements de comportement en faveur de pratiques préventives reconnues. »^a
La rentabilité de cette approche pour améliorer les taux d'allaitement reste à établir.

Les **coûts** de tels dispositifs sont **très importants**, et ne peuvent correspondre qu'à une **forte volonté politique**.

^a Promotion de la prévention clinique (PPC) : un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie, Québec
 PROJET/ACCORD No : QC324
 Rapport final présenté au Fonds pour l'Adaptation des Services de Santé (FASS), mars 2001.

Glossaire

ARH-LR : Agence Régionale d'Hospitalisation du Languedoc-Roussillon.

ANAES : Agence Nationale d'accréditation et d'Évaluation en Santé, intégrée dans la Haute Autorité de Santé (HAS). <http://www.has-sante.fr>
L'ANAES a rédigé un rapport et une brochure de recommandations pour la pratique intitulés « Allaitement maternel - mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant » en mai 2002.

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CG : Conseil Général

CMS : Centre Médico-Social

CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel
La CoFAM coordonne l'Initiative Hôpital des Bébés et la Semaine Mondiale pour l'Allaitement Maternel. <http://coordination-allaitement.org/cofam.htm>

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRES-LR : Comité Régional d'Éducation pour la Santé du Languedoc-Roussillon.

CRN-LR : Commission Régionale de la Naissance du Languedoc-Roussillon.

CROP-LR : Centre Régional d'Orientation Périnatale du Languedoc-Roussillon.

DCPI : Dossier Commun Périnatal Informatisé.

DES : Diplôme d'Études Spécialisées (pour les médecins).

DIULHAM : Diplôme Inter-Universitaire de Lactation Humaine et d'Allaitement Maternel
Le DIULHAM est proposé en alternance à Brest, Lille et Grenoble.

DRASS-LR : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Languedoc-Roussillon.

GEN-LR : Groupe d'Études en Néonatalogie du Languedoc-Roussillon.

GRSP-LR : Groupement Régional de Santé Publique du Languedoc-Roussillon.

HAS : Haute Autorité de Santé <http://www.has-sante.fr>

L'HAS a rédigé :

- Un rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles et un référentiel d'auto-évaluation des pratiques en pédiatrie sur le thème « Allaitement maternel suivi par le pédiatre » en juillet 2005.
- Un rapport et une fiche d'évaluation « Favoriser l'allaitement maternel - Processus – Évaluation » en juin 2006.

IFSI : Institut de Formation des Soins Infirmiers.

IBCLC : International Board Certified Lactation Consultant qui signifie consultant en lactation certifié par le Comité International.

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébé, initiative prise par l'OMS et l'UNICEF pour la mise en œuvre de pratiques en maternité qui favorisent un accueil du nouveau-né dans le respect de sa physiologie et le démarrage de l'allaitement maternel.

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé www.inpes.sante.fr

InVS : Institut de Veille Sanitaire <http://www.invs.sante.fr>

OMS : Organisation Mondiale de la Santé www.who.org

ORS-LR : Observatoire Régional de la Santé en Languedoc-Roussillon.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

PNNS : Programme National Nutrition Santé.

Dans le cadre du PNNS, plusieurs guides destinés aux familles et des livrets d'accompagnement destinés aux professionnels de santé ont été édités sur les thèmes :

- « Nutrition des enfants et des ados pour tous les parents » (2004),
- « Nutrition de la naissance à 3 ans » (2006),
- « Nutrition pendant et après la grossesse » (2007).

Toujours dans le cadre du PNNS, la Société Française de Pédiatrie a rédigé la brochure «Allaitement maternel, les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère » (2005).

SMAM : Semaine Mondiale pour l'Allaitement Maternel. Elle a lieu en France la 3^{ème} semaine d'octobre chaque année et est l'occasion de nombreuses manifestations à destination des familles, du grand public et des professionnels de santé et de la petite enfance.

Références bibliographiques principales

[1] Protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel en Europe : un plan d'action, Commission Européenne, Direction de la Santé Publique et de l'Évaluation des Risques, Luxembourg, 2004.

[2] Allaitement maternel, mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de l'enfant, Recommandations pour la pratique clinique et rapport complet, ANAES, 2002.

Ces documents peuvent être téléchargés aux adresses suivantes :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf

[3] Sorties précoces après accouchement, conditions pour proposer un retour précoce à domicile, Recommandations pour la pratique clinique et rapport complet, ANAES, 2004.

Ces documents peuvent être téléchargés à l'adresse suivante :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_accouchement_recos%20.pdf

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_accouchement_rap.pdf

[4] Recommandations d'hygiène pour la conservation et la préparation des biberons, AFSSA, 2005.

Ce document peut être téléchargé à l'adresse suivante :

<http://www.afssa.fr/Ftp/Afssa/32117-32118.pdf>

[5] Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère, brochure éditée par la Société Française de pédiatrie dans le cadre du Programme National Nutrition Santé, 2005.

Ce document peut être téléchargé à l'adresse suivante :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/allaitement.pdf>

[6] Favoriser l'allaitement maternel, processus, évaluation, HAS, 2006.

Ce document peut être téléchargé à l'adresse suivante :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/allaitement_epp_guide.pdf

[7] Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel, le rôle spécial des services liés à la maternité, déclaration conjointe de l'OMS et l'UNICEF, 1992.

[8] Données scientifiques relatives aux 10 conditions pour le succès de l'Allaitement, OMS, 1999.

Ce document peut être téléchargé à l'adresse suivante :

http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_fre.pdf

9 Loi réformant la protection de l'enfance : Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 parue au JO n° 55 du 6 mars 2007.

[10] Enquête périnatale 2003-2004, analyse des résultats pour le Languedoc-Roussillon, ORS-LR, mars 2006.

[11] Enquête nationale périnatale 2003 - situation en 2003 et évolution depuis 1998, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille & Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, février 2005.

[12] Référentiel de bonnes pratiques. Outil d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité. Lemonnier F, Bottéro J, Vincent I, Ferron C., Éditions INPES, 2006.