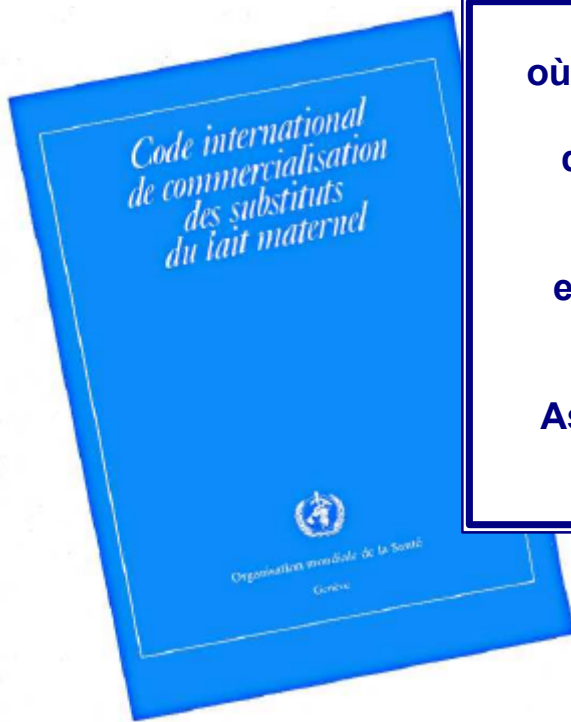


PROTECTION ET SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN BELGIQUE



où en est la mise en œuvre du
**CODE INTERNATIONAL
de COMMERCIALISATION
des SUBSTITUTS
du LAIT MATERNEL**
et des diverses résolutions
subséquentes
adoptées lors des
**Assemblées Mondiales de la
Santé?**

Réseau Allaitement Maternel asbl

en partenariat avec 2 associations membres IBFAN

- Vereniging Begeleiding en Bevordering van Borstvoeding (VBBB) vzw
- Borstvoeding vzw

PROTECTION ET SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN BELGIQUE

où en est la mise en œuvre du CODE INTERNATIONAL de COMMERCIALISATION des SUBSTITUTS du LAIT MATERNEL et des diverses résolutions subséquentes adoptées lors des Assemblées Mondiales de la Santé? *

Répondre à cette question a fait l'objet, en 2001, d'une étude présentée ci-après. Celle-ci a été menée comme contribution à une étude internationale comparative. Elle peut offrir une base d'évaluation des progrès à réaliser dans le futur. C'est pourquoi il a été décidé d'en résumer et traduire les points marquants et les recommandations, pour les adresser aux personnes et institutions concernées par la santé publique, notamment la santé des mères et des enfants. Quelques informations ont été actualisées à la date de cette présentation.

1. Sujet de l'étude

Le Code International de Commercialisation des Substituts du lait Maternel a été adopté à l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) de 1981, il y a donc plus de 20 ans. Ce Code international est une Résolution de l'AMS, c'est à dire une recommandation faite aux Etats Membres de l'Organisation Mondiale de la Santé. Il est demandé instamment à ceux-ci de "donner tout le soutien nécessaire à la mise en œuvre des principes et buts du Code dans leur intégralité" et de traduire le Code dans les législations nationales. Plusieurs résolutions subséquentes prises lors des AMS ultérieures ont le même statut que ce Code: ensemble, ils forment un outil de protection du consommateur contre les pratiques commerciales de l'industrie de l'alimentation infantile susceptibles de décourager la pratique de l'allaitement maternel. Celui-ci étant un facteur de santé essentiel, le but final du Code et des résolutions¹ est de promouvoir la santé des enfants et leur bien-être.

La Belgique a ratifié toutes ces résolutions mais il a fallu près de 12 ans pour qu'elle légifère en la matière par l'arrêté royal du 27/09/1993 (modifiant celui du 18/2/91 et complété par celui du 19/10/1997), suite à la directive européenne 91/321/CEE (complétée en 1997 par la 94/4/CEE). Ces arrêtés royaux, à l'instar de la directive européenne, donnent effet à la grande majorité des

* Par "le Code" ou "le Code et les résolutions subséquentes" nous désignerons, dans ce document, *le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel* et les résolutions subséquentes prises par l'Assemblée Mondiale de la santé.

Le texte intégral du Code peut être commandé à Patrimoine sprl / Diffusion-Distribution, rue du Noyer 168, 1030 Bruxelles tél/fax 02 736 68 47 ou par email patrimoine@chello.be

principes du Code mais pas à son intégralité comme cela avait été recommandé. Ils ne donnent pas effet non plus aux recommandations des AMS subséquentes.

L'étude réalisée en 2001 tente de dresser un premier bilan de la mise en œuvre, depuis près de vingt ans, de ces résolutions et législations.

2. Initiateurs et partenaires de l'étude

IBFAN (International Baby Food Action Network), le Réseau International des Groupes d'Action pour l'Alimentation Infantile, a soutenu l'élaboration du Code puis sa mise en application un peu partout dans le monde. Divers partenaires de ce réseau ont jugé qu'il était temps de faire le point à l'issue de ces vingt années d'existence du Code. L'étude a donc été menée sous la supervision d'organisations partenaires du réseau IBFAN, engagées dans un travail de promotion autour de l'allaitement maternel.

3. Objectif général de l'étude

L'étude a été conçue un peu comme un exercice permettant d'envisager comment améliorer l'efficacité des actions des organismes de soutien à l'allaitement maternel, à partir du constat des succès et des échecs, des facteurs susceptibles d'influencer les pratiques d'alimentation infantile et de protéger l'allaitement maternel, de l'efficacité des interventions gouvernementales, etc.

L'objectif est donc d'orienter de nouvelles stratégies tant pour les organisations partenaires de l'étude que pour l'ensemble des organisations protectrices de la santé des enfants et de leur mère.

4. Financement

En Europe l'étude a été menée en Belgique, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas et a été subventionnée par la Commission européenne (DG-DEV) sous l'intitulé "Checks and balances in the Global Economy: contributing to sustainable development by using the tools introduced to protect infant health". La fondation HIVOS (Pays-Bas) a subventionné six autres partenaires (Kenya, Bolivie, Pakistan, Inde, Mexique, Brésil) sous l'intitulé "Working towards health for all in the global economy: the contribution of Southern NGOs".

Des consultants ont été chargés de mener l'enquête selon un même protocole dans tous les pays. Pour la Belgique, c'est l'association "Réseau Allaitement Maternel, asbl" qui a supervisé l'étude et la rédaction du rapport, en collaboration avec les associations "vzw Vereniging Begeleiding en Bervordering van Borstvoeding (VBBB)" et "vzw Borstvoeding". Elle a chargé deux consultantes de récolter les informations, l'une pour la région néerlandophone, l'autre pour la région francophone. La subvention et le temps imparti étant assez limités, le travail d'investigation n'a pu entrer dans le détail, il faut souligner.

5. Questions de recherche

Le protocole de recherche avait essentiellement la prétention de fournir un fil conducteur aux chercheurs et de faciliter les comparaisons ultérieures entre pays. Ce protocole ciblait donc le type de questions qui devaient être posées, les sources d'information possibles et la structure du rapport à produire. Comme le but final de l'investigation n'était pas de constituer un plan d'action modèle, les particularités de chaque pays étudié étant trop diverses, il s'agissait plutôt de fournir aux chercheurs une trame de travail flexible leur permettant d'approfondir certains points dignes d'intérêt au regard de la situation particulière de chaque pays.

Après quelques caractéristiques générales concernant la population et de le système de santé, il s'agissait de décrire l'évolution historique en matière d'alimentation infantile, comment le Code et les résolutions subséquentes de l'AMS avaient été mis en œuvre depuis 1981, quel rôle avaient joué les organisations gouvernementales et non gouvernementales, l'industrie, le gouvernement, les membres du réseau IBFAN. Enfin il était proposé de tirer de l'étude quelques recommandations pour le futur.

6. Calendrier

L'ensemble du projet a été annoncé fin 2000, début 2001. La version définitive du protocole de recherche a été finalisée en mai 2001. La récolte d'information, rédaction du rapport comprise, a été menée en Belgique de juillet à octobre 2001. Début 2003, la publication des conclusions du rapport international comparatif est attendue incessamment. Elle sera annexée à ce rapport dès réception.

7. Méthodologie

Les données ont été récoltées par sources documentaires, par interviews et par groupes de discussions, dans des proportions variables selon les pays et les chercheurs. Ceux-ci ont été encouragés à prendre en compte des opinions diverses, des points de vue subjectifs voire parfois contradictoires. En effet, ce n'était pas tant l'exactitude de la réalité ou de l'histoire qui était recherchée mais plutôt le reflet des différents points de vue ou perspectives émanant des interviews et documents consultés. Le rapport est essentiellement descriptif.

En Belgique, le choix de faire appel à un chercheur différent pour chacune des principales communautés linguistiques a permis de rendre compte de similitudes et différences de situation entre ces communautés.

Ont été interviewés: des membres d'organisations professionnelles, du futur Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel, des groupes d'action, des groupes d'information et d'aide, du Ministère Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, des organisations de santé maternelle et infantile, et l'Association belge du secteur des aliments de l'enfance et des produits diététiques (ABSAED).

Des discussions sur les avancées de l'enquête puis sur ses résultats ont eu lieu avec des représentants des associations VBBB, Borstvoeding et Réseau Allaitement Maternel, ce qui a permis de rectifier ou compléter certaines informations et de préparer l'élaboration des recommandations.

8. Résumé et commentaires des constats susceptibles d'interpeller plus particulièrement les acteurs de santé belges

8.1 modèles culturels de l'alimentation infantile

En Belgique, on ne peut pas affirmer que l'allaitement maternel soit un modèle culturel prédominant dans l'alimentation des jeunes enfants bien que chacun s'accorde volontiers sur les multiples avantages qu'il présente pour la santé et que progressivement les modèles évoluent et les pratiques s'améliorent. Beaucoup de femmes accouchent sans avoir elles-mêmes vu une autre femme allaiter son bébé, la transmission intergénérationnelle de cette pratique a été interrompue pendant quelques dizaines d'années. La décroissance des taux d'allaitement semble avoir eu un lien avec la participation grandissante des femmes sur le marché du travail et le développement parallèle de la commercialisation des substituts du lait maternel, présentés longtemps comme équivalents. Par ailleurs, l'alimentation au biberon a constitué un symbole d'émancipation féminine qui reste véhiculé tant au niveau de certains responsables de programmes de santé que des médias et de certains mouvements féministes.

La prise de conscience progressive des avantages de l'allaitement maternel pour la santé et le bien-être, tant dans le public que chez les professionnels de santé, ainsi peut-être qu'un certain modèle de "retour au naturel", ont relevé les taux de prévalence de l'allaitement: actuellement, environ 2 nouveau-nés sur 3 sont allaités au sein à la naissance. D'autres pays industrialisés d'Europe atteignent des taux nettement plus élevés. Par ailleurs, comme décrit plus loin, la durée moyenne d'allaitement est très courte.

8.2 organisation fédérale, régionale et communautaire complexe

Les autorités de santé publique fédérales, régionales et communautaires se partagent des compétences diverses en matière de gestion des institutions de santé, de formation initiale et continue des personnels de santé, et de promotion de la santé. Cette fragmentation se révèle très

complexe dès qu'une problématique de santé particulière, celle de l'allaitement maternel en l'occurrence, concerne de fait chacun de ces niveaux de compétence de façon concomitante: entre autres, la récolte des données statistiques, n'est pas harmonisée, les programmes et investissements ne sont pas intégrés de façon coordonnée, les priorités et impératifs sont parfois discordants. Cette complémentarité complexe de niveaux de compétence représente un frein non négligeable.

8.3 système de santé, restrictions budgétaires et médicalisation

Paradoxalement, si on connaît, à certaines périodes et/ou dans certains secteurs, une offre excédentaire de soins médicaux et de capacité d'hospitalisation, on voit se réduire, ces dernières années, tant le nombre des petites maternités de proximité que la longueur des séjours à la maternité, que la disponibilité du personnel infirmier pour accompagner les jeunes mères dans leurs apprentissages au cours des jours qui suivent une naissance, et que les budgets pour la promotion de la santé. Dans ce contexte de restrictions, l'Initiative Hôpital Ami des Bébé, pour ne prendre que cet exemple, n'a toujours reçu aucun appui conséquent que ce soit au niveau fédéral, régional ou communautaire (sauf une modeste subvention fédérale, en 1999-2000, pour l'association VBBB)

Dans le système de santé belge, les médecins sont considérés comme les principaux acteurs de santé, responsables d'assurer l'ensemble des services de soins et de santé publique. Deux problèmes sont soulignés. D'une part ce sont les médecins qui sont actuellement le moins bien formés en matière d'allaitement maternel, alors que leur influence auprès du public et auprès des équipes de soins est souvent déterminante. D'autre part le financement des services de santé est en grande partie basé sur une nomenclature d'actes médicaux et de soins qui ne prévoit pas de code (code INAMI) propre aux interventions de prévention, d'information, d'éducation, de conseil. Ceci représente une lacune pour la gestion financière du temps de travail des professionnels de santé qui s'investissent dans l'accompagnement des mères qui allaitent: ce temps consacré à un accompagnement de qualité repose sur le bon vouloir des professionnels mais n'est pas reconnu officiellement et rémunéré en tant que tel, sauf, depuis 1996, pour les consultations d'accoucheuses en éducation prénatale (individuellement ou en groupe).

Les budgets communautaires pour la prévention en matière de santé sont très faibles et l'allaitement maternel ne figure financièrement pas dans les priorités à encadrer et soutenir. On peut enfin rajouter que la brièveté des mandats électoraux, et donc les changements dans les priorités ou préoccupations ministérielles, entraînent lenteurs et difficultés de continuité pour des projets à long terme. Sans cesse, il est nécessaire de remettre la protection et la promotion de l'allaitement maternel à l'agenda des nouvelles autorités de santé publique.

En Belgique, donner naissance à un enfant et l'alimenter relèvent pour une bonne part du domaine médical. La quasi totalité des futures mères font suivre leur grossesse par un gynécologue et 50% des femmes enceintes consultent 9 fois au cours d'une grossesse normale. L'accouchement, assisté dans 94,7% des cas par un gynécologue, est le plus souvent considéré comme un événement à risque qui nécessite une supervision médicale. L'important recours aux interventions en est un indicateur: \pm 32% d'induction de l'accouchement, de 60 à 70% d'analgésies péridurales, environ 12% de délivrances instrumentales et près de 16% de césariennes. Le suivi infirmier que nécessitent ces interventions et leurs éventuelles complications mobilise le personnel au détriment, trop souvent, d'un accompagnement pédagogique et psychologique des mères en ce qui concerne les soins aux nouveau-nés, leur alimentation et bien-être.

Le suivi pré, per et postnatal à domicile ou en maison de naissance par des sages-femmes indépendantes existe mais est peu développé et peu encouragé.

Les séjours en maternité sont de plus en plus courts sans qu'un suivi à domicile rapproché et soutenu soit organisé de façon systématique. L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), Kind en Gezin (K&G) et Dienst für Kind und Familie (DKF), services publics, proposent un relais à domicile dans un délai de 8 jours après la sortie de maternité par une travailleuse médico-sociale dont les compétences et la formation en allaitement maternel sont très variables. Cette situation est dénoncée comme généralement peu favorable au soutien et à la poursuite de l'allaitement maternel.

La majorité des jeunes enfants sont suivis par des pédiatres, convaincus de la supériorité du lait maternel mais peu formés à la conduite pratique de l'allaitement et enclins à conseiller trop rapidement le passage à une alimentation de substitution.

8.4 vie professionnelle et vie familiale

Les inégalités entre les hommes et les femmes se sont réduites au fil du temps mais persistent encore, notamment en termes de revenus et de promotion professionnels. Combiner travail et vie familiale reste un gageure et a plus d'impact sur le parcours professionnel des femmes que des hommes, surtout dans les classes sociales moins favorisées.

Le congé postnatal (habituellement de 14 semaines) est trop court pour encourager un allaitement exclusif de 6 mois tel que la communauté scientifique le recommande actuellement. Le congé d'allaitement, possible dans certaines entreprises privées ou dans certaines conditions de travail présentant un risque pour la santé, n'est pas un droit social pour toutes. Les pauses d'allaitement sur le lieu du travail sont un nouvel acquis social dont l'impact n'est pas encore mesuré. Les formules de congé parental ou de "crédit-temps" sont des alternatives bien qu'elles ne soient pas accessibles à tous.

8.5 choix de l'alimentation infantile

La majorité des mères savent que le lait maternel est supérieur aux laits industriels et sont chaque année plus nombreuses à choisir de commencer à allaiter leur nouveau-né (71,6% en 1999 en Communauté française, 63% en 2000 en Communauté flamande) mais beaucoup d'entre elles ne sont pas sûres de pouvoir satisfaire leur bébé et de surmonter d'éventuelles difficultés de démarrage. A 7 semaines environ, 50% des mères qui avaient choisi d'allaiter ont arrêté. Allaiter son enfant pendant 6 mois semble généralement irréaliste, d'autant plus que l'entourage et le contexte socio-économique n'apportent souvent pas le soutien nécessaire et que le congé postnatal est trop court.

Autres chiffres: le marché belge d'importation des préparations pour nourrissons et préparations de suite, représente, pour une année, 47.248.505 euros; le budget promotionnel des firmes distributrices auprès des maternités serait de l'ordre de 3,72 à 4,97 millions d'euros.

8.6 données statistiques sur l'allaitement

Il n'existe actuellement pas de système de récolte des données qui soit général, systématique, et comparable en Belgique. Les seules données qui couvrent l'ensemble de la population concernée sont récoltées à la naissance. Les banques de données médico-sociales auxquelles l'ONE/DKF et K&G confient le traitement des données statistiques réalisent un travail important mais limité, pour ce qui concerne la période au delà séjour en maternité, à la population qui utilise leurs structures. En outre les distinctions entre "allaitement exclusif" et non exclusif ne sont pas définies dans les mêmes termes que ceux établis par l'OMS, ce qui a tendance à grossir les taux d'allaitement dits exclusifs et rend les comparaisons internationales caduques.

De plus, les récoltes de données se font sur des entités communautaires ou régionales qui peuvent se superposer territorialement, ce qui complique encore le calcul de données nationales. Les écarts de taux d'allaitement entre les services de maternité et entre les provinces sont importants. C'est à Bruxelles et dans les provinces du Brabant, dans les maternités qui ont le plus d'accouchements et où il semble que l'information divulguée aux parents soit plus importante, que les taux sont les plus élevés.

En ce qui concerne les enfants suivis par l'ONE en Communauté française (1998, rapport BDMS 2000),

- à la sortie de maternité, 70,9% des nouveau-nés sont allaités exclusivement ou de façon prédominante
- la durée moyenne d'un allaitement exclusif ou prédominant est de 7 semaines
- à 3 mois, 25% de ces bébés sont encore allaités exclusivement ou de façon prédominante
- à 6 mois, 10% des bébés reçoivent encore une certaine quantité de lait maternel.

En ce qui concerne la Flandre (rapport 2002 SEIN, sur base d'un échantillon de population)

- au 6 ième jour, 59% des enfants sont allaités exclusivement ou de façon prédominante
- à 3 mois, 25% de ces enfants sont encore allaités de façon prédominante
- à 6 mois, 16% d'entre eux reçoivent encore une certaine quantité de lait maternel.

8.7 mesures de protection de l'allaitement maternel

1. Le Code cherche à protéger le consommateur contre les pratiques commerciales susceptibles de décourager l'allaitement maternel. C'est l'arrêté royal du 27/9/1993 (modifiant l'arrêté royal du 18/2/1991 et complété par celui du 19/10/1997) relatif aux denrées alimentaires destinées à une alimentation particulière (préparations pour nourrissons et préparations de suite pour nourrissons) qui traduit légalement une grande partie de ce Code. Or l'arrêté reste majoritairement inappliqué pour ce qui concerne la fourniture de stocks gratuits de laits de substitution aux services de maternité et la distribution d'échantillons de ces laits aux mères. Pour ce qui concerne l'interdiction de la publicité pour les préparations pour nourrissons (laits "1er âge"), cet arrêté est encore trop souvent subtilement contourné entre autres dans les brochures d'information et revues pour parents ainsi que dans les publications pour professionnels de santé.

Il n'y a pas de système de surveillance systématique propre à l'application de cet arrêté et du Code. Seulement 5 procès-verbaux ont été dressés (8 ans après la parution de l'arrêté royal), alors que l'on sait pertinemment bien qu'il y a infraction dans la majorité des services de santé.

Début 2001, la ministre de la santé publique a cherché à obtenir un "gentlemen agreement" de la part des firmes distributrices qui lui ont réfuté que l'influence des dons et échantillons sur la durée de l'allaitement n'était pas prouvée. Ceci a entraîné une demande d'avis de la part de la ministre au Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel, dès la mise en place de celui-ci.

Le milieu médical ignore le plus souvent l'arrêté, estimant qu'il n'a guère d'intérêt, alors que les contrats résultant en sponsorisations de ces firmes commerciales en ont. Sans réelle opposition donc, et sans processus suivi de contrôle, sans plaintes, les firmes poursuivent leurs pratiques promotionnelles: celles qui sont visées par l'arrêté royal et aussi celles que le Code a plus largement ciblées (interdiction de pratiques promotionnelles pour tous les substituts, donc également les préparations de suite (laits "2ième âge"), tisanes, jus, etc., ainsi que pour les accessoires comme les biberons, tétines et sucettes, interdiction de pratiques promotionnelles à l'égard des professionnels de santé, interdiction de contacts promotionnels directs entre agents de promotion et mères, nécessité de demander l'autorisation de l'autorité de santé publique pour la diffusion de matériels informatifs, etc.). Les procédés publicitaires utilisent de plus en plus de tours et détours pour ne pas enfreindre ouvertement la loi ou le Code tout en les violant quand même. C'est le cas pour les publicités pour des eaux minérales (du même groupe financier que le producteur de lait industriel) "convenant à la préparation des biberons", pour l'envoi à domicile de colis et bons destinés à recevoir des échantillons, pour l'utilisation de logos sur des pochettes de congrès destinées à des parents, l'utilisation de la même dénomination de produit pour des laits "1er âge" et "2ième âge" avec pour seule différence le n°1 ou n°2, des allusions répétées au fait que le médecin prescrira ce qu'il faut, l'utilisation d'arguments à connotation scientifique, etc. Les familles sont très peu informées de l'existence du Code, de l'arrêté, de l'ambiguïté des messages publicitaires et des sanctions prévues. Habituees à recevoir, des mains des professionnels de santé, échantillons, cadeaux, brochures, etc., elles ne comprennent pas l'intérêt immédiat d'y renoncer, au contraire bien souvent elles les réclament.

Le Ministère Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé publique et de l'Environnement affirme régulièrement son soutien à la protection de l'allaitement maternel sans pour autant mettre fin aux pratiques illégales et renforcer les arrêtés royaux de telle façon à ce qu'ils couvrent toutes les recommandations du Code.

Note: Il est cependant à relever que des positions plus claires ont été prises dans une récente circulaire ministérielle suite à une contamination de boîtes de lait "1er âge" par Enterobacter Sakazakii. A cette occasion on a pu enfin voir une notion redéfinie correctement, dans la ligne des recommandations de l'OMS et de l'UNICEF, et qui jusqu'à présent laissait les firmes interpréter les textes en leur faveur, à savoir que "Seul un nombre limité de raisons médicales peuvent justifier l'alimentation artificielle gratuite de certains nourrissons. Ces raisons médicales sont entre autres: la maladie grave de la mère (psychose, éclampsie, choc, etc.), la prise par certaines mères d'un médicament contre-indiqué en cas d'allaitement maternel (cytotoxiques, radioactifs, etc.), une anomalie métabolique congénitale chez le nouveau-né, un poids de naissance très bas du nourrisson (<1500 grammes), une grave dysmaturité du nouveau-né, etc. La décision personnelle de la mère de ne pas allaiter n'est bien évidemment pas considérée comme une raison médicale "pour devoir allaiter le nouveau-né d'une manière artificielle"

(Inspection générale des denrées alimentaires, circulaire pour les hôpitaux du 29/08/2002).

Cette prise de position est plus nette, il reste à vérifier sa mise en application.

On peut également souligner que les deux grands organismes de protection maternelle et infantile belges, l'ONE et K&G, ont récemment manifesté leur intention de ne plus distribuer de fournitures gratuites dans leurs consultations de nourrissons.

2. Les nouvelles mesures sur les pauses d'allaitement (pour nourrir l'enfant ou pour tirer le lait maternel) permettent, elles, de protéger la poursuite de l'allaitement lors de la reprise du travail professionnel de la mère. Instaurées légalement, depuis juillet 2002 pour les travailleuses du secteur privé, les contractuelles du secteur public, les fonctionnaires des services fédéraux et le personnel des services de police, elles doivent encore être étendues aux autres secteurs publics des régions et communautés. Elles ne sont indemnisées qu'à 82% du salaire horaire dans le secteur privé, à 100% dans les secteurs publics déjà concernés. Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact et l'accessibilité de cette mesure. Lorsqu'on peut mettre en évidence un risque pour la santé de la mère et du bébé, un congé d'un maximum de 5 mois après la naissance peut être obtenu au titre d'un écartement pour raisons médicales. Dans le secteur privé un congé sans solde pour poursuivre l'allaitement jusqu'au cinquième mois dépend d'un accord négocié avec l'employeur, le plus souvent dans le cadre de conventions collectives.

8.8 mesures pour la promotion et le soutien de l'allaitement maternel

S'il est essentiel de protéger l'allaitement, ce n'est pas suffisant, encore faut-il le promouvoir et le soutenir. Il n'y a pas, en Belgique, à proprement parler, de politique nationale sur la question de l'allaitement maternel. Mais il y a des structures dont les missions concernent la promotion et le soutien de l'allaitement maternel et/ou d'une alimentation saine.

1. L'AMS de mai 1992 invite instamment les Etats Membres " à donner tout leur sens, au niveau national, aux objectifs opérationnels définis dans la Déclaration Innocenti (août 1990)". Celle-ci incite tous les pays à désigner un coordinateur national doté de pouvoirs appropriés et de constituer un comité multisectoriel pour la promotion de l'allaitement au sein; de faire en sorte que chaque établissement assurant des prestations de maternité respecte pleinement les "Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel".

En Belgique, il aura fallu attendre avril 1999 pour que, sous la pression d'associations non gouvernementales de soutien à l'allaitement maternel, et avec l'appui d'un groupe de parlementaires, une loi instaure un Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel (CFAM), dont les membres représentent les associations professionnelles médicales et infirmières concernées, les associations de promotion et d'aide à l'allaitement, les ministères concernés, l'UNICEF, l'ONE, K&G, DKF. Ce comité a été officiellement mis en place en octobre 2001 et est légalement doté de deux postes de coordination qui n'ont pas encore été attribués. Le CFAM n'a pas encore reçu les moyens pour gérer l'ensemble des missions qui lui sont dévolues. En attendant, un fonctionnaire de l'administration se charge des tâches administratives.

Début 2003, le CFAM avait déjà rendu 4 avis au ministre de la santé publique et présenté un plan d'action pour lequel des moyens sont demandés.

2. Le CFAM a, entre autres, la mission de mettre en œuvre, en Belgique, "l'Initiative Hôpital Ami des Bébés" (IHAB). Cette initiative mondiale lancée conjointement par l'OMS et l'UNICEF en 1991 offre un cadre et un processus de labellisation aux établissements de santé qui respectent les dites conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Fin 2000, on comptait environ 15.000 hôpitaux, dans 132 pays, portant le label de qualité "Ami des Bébés" dans le monde. Dans 7 pays, 100% des maternités avaient obtenu le label (la Suède par exemple). En Europe on totalisait environ 320 services labellisés dont 170 en Europe de l'Ouest. La Belgique est un des trois pays de l'Union Européenne à n'avoir encore aucun service de maternité labellisé.

Avant la mise en place du CFAM, les associations bénévoles de soutien à l'allaitement (essentiellement VBBB et le Réseau Allaitement Maternel) avaient déjà encouragé les services de maternité à adhérer à ce programme, en diffusant de l'information sur cette initiative, en organisant des sessions de formation et en menant une enquête (commandée en 1996-1997 par le Ministre de la Santé) pour évaluer à quel point les services de maternité mettaient déjà en pratique les

recommandations de cette initiative. Un service de maternité, à Bruxelles, a même été assisté et formé dans l'espoir d'acquérir le label mais n'a toujours pas réuni toutes les conditions pour son obtention.

La médicalisation croissante de l'accouchement et la persistance de contrats financiers ou d'équipements hospitaliers en échange de la distribution d'échantillons de laits industriels aux mères représentent des obstacles non négligeables. Peu de sages-femmes ignorent encore actuellement l'existence de cette initiative mondiale. Les médecins, ainsi que le grand public, semblent encore peu la connaître ou se sentir concernés. Les médias en ont généralement peu fait l'écho, bien qu'en Flandres, ils l'ont fait davantage ces dernières années.

Et pourtant un certain nombre de maternités belges semblent intéressées à entrer dans le processus d'obtention de ce label. Les taux d'allaitement y sont très élevés, les bébés y sont habituellement en permanence avec leur mère et les équipes soignantes y ont suivi des formations.

Note: Le plan d'action actuellement déposé par le CFAM propose un lancement de cette initiative plus déterminé et soutenu nationalement: dans les deux années qui viennent, 2-3 hôpitaux belges devraient voir leur service de maternité labellisé pour sa qualité d'accompagnement et de soutien de toutes les mères, bien sûr, mais notamment de celles qui allaitent.

Un appui logistique et une offre de guidance pour se préparer au processus d'évaluation, ainsi que la formation d'évaluateurs capables d'utiliser le protocole international d'évaluation des hôpitaux candidats, sont les grands axes du plan d'action présenté aux autorités de santé publique.

3. Si l'IHAB peut apporter une base de travail dynamisante pour la promotion et le soutien des débuts de l'allaitement maternel, encore faudra-t-il encourager la poursuite de l'allaitement non seulement en rendant encore plus favorables les conditions de reprise du travail après le congé postnatal mais aussi en élargissant les principes de l'IHAB aux structures et agents de santé primaire.

L'ONE, K&G et DKF, au niveau des Communautés, élaborent des objectifs, guides de médecine préventive du nourrisson et du jeune enfant, brochures d'information, etc. dans lesquels on peut voir évoluer positivement les recommandations bien que parfois avec quelques années de retard sur certains consensus internationaux. Ces organisations publiques, confrontées à des problématiques liées aux populations défavorisées, et notamment préoccupées de retarder au maximum une introduction prématurée de laits inadaptés dans l'alimentation des nourrissons, ont continué à distribuer gratuitement du lait artificiel. Des formules de "banques de lait à bon marché" auxquelles les familles défavorisées pouvaient accéder ont même été créées à quelques endroits.

Note: Aujourd'hui ces organisations mettent en question plus énergiquement ces pratiques, édictent de nouvelles recommandations qui interdisent la distribution gratuite et cherchent des alternatives avec les centres publics d'aide sociale pour répondre aux besoins spécifiques de quelques bébés sans pour autant porter préjudice à un développement de la pratique de l'allaitement en milieu défavorisé.

4. On peut encore signaler l'existence récente de "consultations d'allaitement" mises en place par 3 hôpitaux de la région bruxelloise pour assurer un soutien aux mères après leur séjour à la maternité.

5. Enfin, on peut mentionner que certains Centres Locaux de Promotion de la Santé, subventionnés par la Communauté française, ont été sensibilisés à la question de l'allaitement maternel et prennent ponctuellement quelques initiatives en faveur de sa promotion. Le Centre d'Education du Patient (C.E.P.), également subventionné par la Communauté française, a intégré la question de l'allaitement à un programme général de promotion de la santé du nourrisson et de sa famille en 2001: il a notamment édité une affiche et un guide pour professionnels de santé, avec la collaboration de divers experts en allaitement.

Note: De nouveaux projets sont programmés par le C.E.P. pour 2004 sur le thème de l'allaitement.

8.9 Initiatives non gouvernementales pour la promotion et le soutien de l'allaitement maternel

1. Les associations d'information et d'aide pour les mères qui désirent allaiter ne sont soutenues que de façon très ponctuelle par les autorités de santé publique. Certaines associations ont reçu une aide financière pour l'édition d'une brochure ou d'une cassette vidéo ou pour mener un programme bien défini et limité, ou encore pour élaborer un rapport d'enquête sur la situation de l'allaitement en Belgique. Les associations fonctionnent donc essentiellement sur une base de bénévolat. Certaines, de temps à autre se sont associées à un partenariat international pour des projets subventionnés par la Commission Européenne. Depuis les années 80, on compte 3 associations en Communauté française (Infor-Allaitement, Allaitement Infos, le Réseau Allaitement Maternel), 2 en Communauté flamande (VBBB et Borstvoeding), et La Leche League qui a des animatrices dans les deux communautés. Ces associations offrent information, conseils, possibilité de partager l'expérience et les questions avec d'autres mères/parents. Elles éditent des revues périodiques d'information et des fiches techniques, elles participent à des manifestations telles que salons-bébé, journées d'information, etc. Elles organisent des journées d'étude, des réunions, des formations, des activités pour la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel. Certaines ont été au premier rang pour stimuler et préparer l'instauration de la loi créant le CFAM, ainsi que la composition de ses membres, pour informer et conseiller sur l'IHAB, pour participer à de multiples réunions internationales, pour faire à plusieurs reprises des rapports sur la situation de l'allaitement en Belgique, et pour approcher les représentants belges aux instances internationales telles que les Assemblées Mondiales de la Santé, le Codex Alimentarius, le Comité pour les Droits de l'Enfant, l'Organisation Internationale du Travail, etc. Ce sont elles aussi qui se manifestent le plus concernant la difficile et lente mise en oeuvre du Code et le fait que l'arrêté royal reste inappliqué, et qui réagissent aux messages incorrects ou trompeurs diffusés dans la presse. Leur impact est sans doute important à différents niveaux mais leurs moyens sont à ce point limités qu'elles ne peuvent, à elles seules, modifier vraiment les données en Belgique.

2. Les associations professionnelles d'infirmières accoucheuses organisent des journées d'étude dans le programme desquelles on voit davantage apparaître le sujet de l'allaitement. Améliorer la qualité de l'accompagnement global de la naissance et être attentif à respecter et renforcer les compétences propres des mères, des bébés, des familles, sont des messages qu'elles prônent et qui sont susceptibles de créer un environnement favorable à l'allaitement. Cependant l'influence de ces associations professionnelles sur la formation et la conduite pratique en matière d'allaitement maternel ne paraît actuellement pas encore très importante. Par ailleurs, leurs positions à l'égard de la sponsorship des firmes de substituts du lait maternel sont encore très ambivalentes.

3. UNICEF-Belgique, dans la mesure où il endosse les objectifs des programmes internationaux pour le soutien et la promotion de l'allaitement maternel (l'IHAB notamment), a toujours exprimé un certain soutien moral à l'idée d'une campagne d'actions en Belgique et a accepté que l'un de ses membres devienne président du CFAM. Sous l'impulsion de membres de plusieurs associations d'aide à l'allaitement, l'UNICEF a soutenu l'introduction d'un programme d'environ deux heures de cours sur la pratique de l'allaitement dans les cours de pédiatrie des facultés de médecine.

8.10 Formation, rôle et compétences des professionnels de la santé

Formation initiale

Il n'existe pas de programme ou de contenu obligatoire minimum sur le chapitre de l'allaitement maternel dans les écoles, ni secondaires, ni supérieures. Selon les compétences et motivations des professeurs, les notions scientifiques ainsi que les recommandations pour une bonne conduite de l'allaitement et une résolution correcte des difficultés éventuelles de parcours, seront plus ou moins bien énoncées et enseignées.

La formation des médecins les plus concernés, généralistes, gynécologues et même pédiatres, reste très lacunaire, alors que celle des infirmières accoucheuses semblerait progresser. Celle des

kinésithérapeutes, des assistants sociaux et des infirmières sociales semble sommaire sur le sujet. Aucune évaluation du contenu des manuels de cours n'a encore été faite.

Formation continue

Il n'y a pas de données précises concernant l'évolution du nombre de professionnels de santé qui réactualisent régulièrement leurs connaissances et leur savoir-faire en matière d'accompagnement pratique de l'allaitement maternel. Des formations d'une durée de deux à trois jours ont été dispensées dans un certain nombre d'hôpitaux, d'autres établissements hospitaliers ont envoyé des membres de leur personnel en formation à l'extérieur. L'ONE et le Centre d'Education du Patient ont organisé ponctuellement des journées de sensibilisation/formation.

Les formations sont généralement animées par des personnes spécialisées dans le domaine. Jusqu'à présent, toutes ces initiatives ont bénéficié essentiellement aux infirmières accoucheuses et très rarement aux médecins, ce qui a pour conséquence de développer les écarts d'appréciation et de gestion des questions relatives à l'allaitement, et donc des politiques de soins et de conseils.

Note: Récemment, l'ONE et K&G ont planifié, pour les prochaines années, des programmes de formation spécifique sur l'allaitement maternel pour les travailleurs médico-sociaux comme pour les médecins des consultations pour nourrissons qu'ils supervisent.

Rôles et compétences

- Comme déjà dit, le médecin belge prend une place prédominante dans les questions de santé, en l'occurrence pour ce qui concerne la naissance, les soins et l'alimentation des jeunes enfants. Les mères se montrent en général très influencées par leur avis et peu souvent conscientes du fait qu'ils n'ont pas reçu de solide formation en matière d'accompagnement pratique de l'allaitement et qu'ils ont tendance à décourager la poursuite de celui-ci dès qu'il y a des difficultés, tout simplement parce qu'ils ne savent pas comment y remédier. Aux gynécologues on attribue un manque général d'intérêt pour la question alors que la façon dont ils abordent -ou n'abordent pas- l'allaitement avec leurs clientes aura souvent une part déterminante dans la confirmation du choix des mères. Et aux pédiatres, on attribue un manque de connaissances suffisantes et d'appréciation dans les questions relatives à l'alimentation au sein dans les cas d'hypoglycémie, de perte de poids, de pleurs du bébé, d'insuffisance de lactation, de prématurité, etc.
- Quant aux infirmières accoucheuses, si elles rencontrent rarement les mères individuellement pendant la grossesse, elles tiennent le rôle principal au cours du séjour en maternité, notamment au moment de(s) la(es) première(s) tétée(s), puis pour préparer les mères au retour à domicile. Si certaines d'entre elles investissent beaucoup de temps et d'énergie pour mieux informer et soutenir les mères dans leur choix pour l'allaitement, beaucoup se plaignent de n'avoir pas assez de disponibilité pour encourager et conseiller les mères de façon satisfaisante. Des restrictions budgétaires et de nouvelles organisations du travail sont citées comme responsables d'un alourdissement de la charge individuelle de travail.
- Les kinésithérapeutes qui préparent un bon nombre de femmes à l'accouchement, qui les assistent parfois lors de l'accouchement, qui les revoient pour la rééducation postnatale, représentent une source d'information et d'avis importante pour les mères: leurs connaissances et compétences en allaitement devrait être évaluée et renforcées.
- Les "travailleurs médico-sociaux" (assistant(e)s sociaux(les) et infirmiers(ères) sociaux(les) de l'ONE, K&G et DKF qui rencontrent les mères soit avant (seulement dans certains cas de familles qui ont des besoins d'aide spécifique) soit après le séjour en maternité ont un rôle important à jouer pour soutenir les mères dans la durée de leur allaitement. Certains d'entre eux se plaignent du manque de formation suffisante.

9. Recommandations issues de l'étude

Comment se fait-il que 2/3 des mères vivant en Belgique choisissent d'allaiter leur nouveau-né au sein, à la naissance, et qu'elles arrêtent de le faire au bout d'une à quelques semaines?

Comment se fait-il qu'un tiers des nouveau-nés ne bénéficient jamais du lait de leur mère? Comment se fait-il que les bébés de 6 mois ne sont plus que 10% à recevoir encore du lait maternel alors que l'on préconise actuellement un allaitement maternel exclusif de 6 mois? Cette situation s'améliorerait-elle si le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et les résolutions subséquentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé, la législation belge, les politiques fédérales, régionales et communautaires de protection et de promotion de la santé et de l'alimentation des nourrissons étaient mieux respectés, élargis, renforcés? Il n'est pas si simple de répondre à ces questions, les limites de l'étude ne le permettent pas, d'autres investigations plus fines seraient nécessaires. Les deux consultantes chargées de cette étude ont cependant fait des recommandations, issues de leurs observations et des interviews individuels ou de groupe. En voici un aperçu:

- **Interlocuteurs privilégiés**

Dès le début de la grossesse, c'est la relation "médecin-patiente" que les femmes privilégient dans notre pays. C'est donc cette relation qui offre la meilleure occasion d'aborder la question de l'allaitement et de diffuser des messages de santé de façon individuelle. Dans la mesure où les mères font confiance à l'avis de "leurs" médecins, il est impératif que ceux-ci soient correctement formés en matière d'alimentation infantile, ce qui n'est pas encore le cas.

Quant aux autres professionnels de santé en contact avec les femmes enceintes, les mères allaitantes, et leur conjoint, ils négligent trop souvent de fournir une information appropriée, de soutenir et d'encourager les femmes qui veulent allaiter; ils perdent un certain nombre d'occasions de promouvoir l'allaitement maternel.

L'Organisation Mondiale de la Santé le souligne: promouvoir la santé, c'est permettre à la population d'exercer un contrôle plus important sur sa santé en lui fournissant les moyens nécessaires. L'information sur l'alimentation optimale des nourrissons est un élément clé pour que les familles puissent donner la meilleure alimentation possible aux jeunes enfants.

Il est donc recommandé que les interlocuteurs privilégiés de ces familles se soucient de fournir une information correcte et appropriée. Et que les autorités de Santé Publique financent les prestations professionnelles nécessaires à la promotion et à l'accompagnement de l'allaitement, au même titre que d'autres prestations de soins en maternité ou en consultation.

- **Formation professionnelle**

La formation initiale de tous les professionnels concernés par la santé maternelle et infantile devrait comprendre un programme minimum commun sur l'allaitement maternel. De plus, en cours de carrière, ils devraient pouvoir bénéficier régulièrement d'une réactualisation de formation spécifique.

En attendant, il pourrait être très utile de procéder à l'évaluation des programmes de formation existants. Cela donnerait une vue générale de l'état des connaissances actuelles divulguées aux futurs professionnels et constituerait une base pour l'élaboration d'un programme minimum commun de formation.

- **Progression des taux d'allaitement**

Utiliser une méthodologie standardisée et systématique pour récolter des données sur l'allaitement faciliterait l'évaluation, tant au niveau national que régional, de la progression des taux d'allaitement. Cette évaluation plus méthodique permettrait le développement de stratégies d'interventions appropriées et constructives. Investiguer plus finement, selon les régions et localités, les raisons qui expliquent des taux d'allaitement relativement bas et un sevrage précoce permettrait la mise en oeuvre de campagnes de promotion adaptées.

- **Associations d'information et de soutien**

Il est nécessaire de fournir plus d'appui financier et de moyens efficaces aux associations qui encouragent et soutiennent l'allaitement maternel. Elles ont acquis une expertise dans de nombreux domaines qui concernent l'allaitement: le savoir-faire pratique, le soutien de mère-à-mère, la formation, les actions et campagnes au niveau international, etc.

Elles devraient davantage unir leurs efforts pour se coordonner dans certaines initiatives comme l'organisation de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel, des sessions de formation, un site

web commun, etc. Cela renforcerait leur image auprès du public, élargirait leur impact auprès des mères qui allaitent et leur donnerait plus de crédibilité auprès des pouvoirs publics.

• **Positions gouvernementales en faveur de l'allaitement**

Les crises successives qu'a connues la Belgique concernant diverses contaminations alimentaires ont porté ombrage à la promotion de l'allaitement. Comme les marqueurs de pollution détectés en Belgique dans le lait maternel sont parmi les plus élevés, les médias se sont emparé de cette information pour mettre en doute les bénéfices de santé de l'allaitement maternel ce qui a créé le doute chez un certain nombre de mères, de familles et de professionnels de santé.

Il est donc de la responsabilité des autorités de santé publique de diffuser rapidement, dans ces cas, les recommandations appropriées et de lever les doutes inutiles. C'est ce qu'elles ont fait à plusieurs reprises.

Par ailleurs, l'expression d'une volonté politique plus ferme de protection et de promotion de l'allaitement au sein est fortement recommandée.

• **Faciliter le choix pour l'allaitement**

Si l'allaitement maternel est le choix optimal d'alimentation du nourrisson, il convient alors d'en faciliter les conditions de prévalence et de durée. Il est urgent de prendre des mesures (prolongement du congé de maternité, congé parental mieux rétribué, etc...) qui permettent plus facilement aux femmes d'allaiter exclusivement leur bébé pendant les six premiers mois, et ce de telle façon que ce soit de plus en plus admis et soutenu dans notre société.

Quant à l'alimentation artificielle elle doit rester une solution de substitution lorsque l'allaitement est impossible ou refusé par la mère, elle ne doit en tout cas pas être présentée comme une alternative équivalente.

• **L'allaitement, une question de mieux-être**

Pour que la prévalence de l'allaitement croisse, il est aussi important de mettre l'accent sur le mieux-être général de l'enfant, de la mère, de la société en général, plutôt que de ne centrer les raisons d'un choix que sur la dualité maladie/santé.

Dans ce sens, parler de l'allaitement comme de la façon habituelle et normale de nourrir les nourrissons et jeunes enfants, pourra sensibiliser les individus dès le plus jeune âge, à l'école notamment et dans les médias. C'est ce qui permettra progressivement des changements d'attitudes et de comportements à l'égard de l'allaitement.

• **Respect du Code International**

Tous les acteurs de santé, à tous niveaux, devraient connaître le Code et y souscrire. Lois et mesures devraient toujours mieux protéger et faciliter la pratique de l'allaitement. Les inspecteurs chargés de vérifier l'application de l'arrêté royal sur les laits pour nourrissons devraient effectuer les contrôles nécessaires dans les hôpitaux, consultations pré- et postnatales, pharmacies, médias, et autres voies de promotion.

Le gouvernement se doit de protéger les consommateurs d'influences commerciales qui pourraient avoir des conséquences néfastes pour la santé. Et dans ce sens il doit améliorer les dispositions de l'arrêté royal de façon à ce qu'il soit conforme au Code dans son intégralité.

• **Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel**

Pour que le CFAM puisse réaliser efficacement les missions qui lui sont dévolues et qui touchent à tous les domaines précités, il est souhaitable qu'il soit pourvu de moyens appropriés.

Pour prendre connaissance du texte intégral, en anglais, du rapport de cette étude, il est possible soit d'en demander une copie-papier au Réseau Allaitement Maternel, avenue Bois Williame 32, 5101 Erpent-Namur tél 32/(0)81 31 04 39, email: reseauallmat@wanadoo.be, soit de le télécharger sur www.vbbb.be/belgiancodeimplementation ou www.infor-allaitement.be/applicationcode

Réseau Allaitement Maternel asbl
Avenue Bois Williame 32, B-5101 Erpent-Namur
reseauallmat@wanadoo.be

en partenariat avec 2 associations membres IBFAN

Vereniging Begeleiding en Bevordering van Borstvoeding (VBBB) vzw - www.vbbb.be
Borstvoeding vzw - www.vzwborstvoeding.yucom.be