

Cibles mondiales de nutrition 2025

Note d'orientation sur l'allaitement au sein



CIBLE:

Porter les taux
d'allaitement exclusif au
sein au cours des
6 premiers mois à au
moins 50%



Gates/Jake Lyell

LES ENJEUX

En 2012, dans sa résolution WHA65.6, l'Assemblée mondiale de la Santé a fait sien le Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (1) spécifiant une série de six cibles mondiales de nutrition (2) à atteindre d'ici 2025. La présente note couvre la cinquième de ces cibles : **porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des 6 premiers mois à au moins 50%**. Elle a pour objet d'attirer l'attention sur une série d'interventions et de politiques rentables pouvant aider les États Membres et leurs partenaires à améliorer les taux d'allaitement exclusif chez le nourrisson âgé de moins de 6 mois.

L'allaitement exclusif au sein – défini comme la pratique de ne donner au nourrisson que du lait maternel au cours des 6 premiers mois (sans apport d'eau ni aucune alimentation complémentaire) – est parmi les différentes interventions préventives celle dont les effets sur la baisse de la mortalité de l'enfant sont les plus marqués (3). Il s'inscrit dans le cadre des pratiques optimales d'allaitement au sein qui comprennent aussi l'initiation dans l'heure suivant la naissance et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans ou au-delà.

L'allaitement exclusif est une pierre angulaire de la survie et de la santé de l'enfant car il assure une nutrition essentielle et irremplaçable pour la croissance et le développement de l'enfant. C'est la première forme d'immunisation que reçoit l'enfant – qui est protégé contre les infections respiratoires (4), les maladies diarrhéiques et d'autres affections potentiellement mortelles. L'allaitement exclusif a également un effet protecteur pour l'avenir contre l'obésité et certaines maladies non transmissibles (4).

Mais il reste encore beaucoup à faire si l'on veut que l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois devienne la norme pour l'alimentation du nourrisson (voir l'Encadré 1). Au niveau mondial, seuls 38% des nourrissons âgés de 0 à 6 mois sont exclusivement nourris au sein (5, 6). Il ressort en effet des analyses récentes que les pratiques non optimales en matière d'allaitement, dont l'allaitement non exclusif, sont à l'origine de 11,6% des décès d'enfants de moins de 5 ans, ce qui correspondait en 2011 à 804 000 décès (5).

Or il est possible de faire progresser l'allaitement exclusif. Entre 1985 et 1995, les taux mondiaux d'allaitement exclusif ont augmenté en moyenne annuelle de 2,4% (passant de 14% à 38% en 10 ans), avant de diminuer par la suite dans la plupart des régions. Il apparaît néanmoins que 25 pays ont augmenté leur taux d'allaitement exclusif d'au moins 20% après 1995, c'est-à-dire au rythme nécessaire pour atteindre la cible mondiale (7, 8). Les pays ayant déjà atteint ou pratiquement atteint le taux de 50% devraient poursuivre leurs efforts en raison des avantages sanitaires et économiques qu'apporte l'allaitement exclusif. Dans leur cas, une augmentation annuelle de 1,2% au minimum est préconisée.

ENCADRÉ 1: FACTEURS CONTRIBUANT AUX FAIBLES TAUX D'ALLAITEMENT EXCLUSIF DANS LE MONDE?

Les taux d'allaitement exclusif insuffisants résultent de facteurs socioculturels et commerciaux ainsi que de facteurs liés au système de santé et à des connaissances fragmentaires. Ces facteurs sont notamment les suivants:

- ceux qui s'occupent des enfants et la société en général croient qu'il est préférable de fournir au nourrisson une alimentation mixte (c'est-à-dire des liquides ou des aliments solides complémentaires avant l'âge de 6 mois en plus du lait maternel qui ne suffirait pas selon eux);
- les pratiques et les politiques hospitalières et sanitaires n'encouragent pas l'allaitement au sein;
- un soutien approprié apporté par des agents qualifiés fait défaut (dans les établissements de soins et dans la communauté);
- la promotion de préparations pour nourrissons, laits maternisés et autres substituts du lait maternel se fait de manière agressive;
- la législation prévoyant des congés maternité ou paternité et les politiques favorisant l'allaitement au sein lorsque la mère reprend le travail restent inadéquates;
- les risques liés à l'allaitement non exclusif et les techniques judicieuses en matière d'allaitement sont mal connus par les femmes, leur partenaire, leur famille, les dispensateurs de soins et les responsables de l'élaboration des politiques.

L'augmentation des taux d'allaitement exclusif peut aussi contribuer à se rapprocher des autres cibles mondiales de nutrition (concernant le retard de croissance, l'anémie chez la femme en âge de procréer, l'insuffisance pondérale à la naissance, la surcharge pondérale de l'enfant et l'émaciation) et représente une des meilleures outils dont disposent les responsables politiques pour améliorer la santé de la population et l'économie. Afin de **porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois à au moins 50%**, il faudrait envisager de donner la priorité aux mesures suivantes:

- mettre en place une capacité d'appui à l'allaitement exclusif dans les hôpitaux et établissements de soins permettant de relancer, d'élargir et d'institutionnaliser l'Initiative «hôpitaux amis des bébés» (9) dans le système de santé;
- fournir des stratégies communautaires appuyant l'allaitement exclusif, notamment en menant des campagnes de communication adaptées au contexte local;
- limiter de manière significative la commercialisation agressive et inappropriée des substituts du lait maternel en renforçant le suivi et l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (10) et des résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé ainsi qu'en renforçant la législation à cet égard;
- donner aux femmes les moyens de pratiquer l'allaitement exclusif en prévoyant des congés maternité rémunérés obligatoires de 6 mois et des politiques encourageant l'allaitement sur le lieu de travail et en public;

CADRE D'ACTION

Pour renforcer les efforts visant à accroître les taux d'allaitement exclusif, des mesures s'imposent au niveau du système de santé et aux niveaux communautaire et politique (8). On peut constater que les pays dotés des politiques et des programmes qui sont les mieux alignés sur les recommandations énoncées dans la Stratégie mondiale de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (11) de l'OMS et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) sont ceux où les taux d'allaitement exclusif ont le plus augmenté (12) (voir ressources complémentaires). Il est important de mettre en place un environnement propice au moyen de politiques et de mesures législatives.

Au niveau du système de santé

Au niveau du système de santé, les 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel (13) de l'Initiative «hôpitaux amis des bébés» (9) et sa procédure de certification ont sensiblement amélioré les taux d'allaitement exclusif (8) (voir ressources complémentaires). Le renforcement, la relance et l'institutionnalisation de pratiques «amies des bébés» dans les établissements offrant des services de maternité sont particulièrement importants dans les pays où une forte proportion des accouchements ont lieu dans un tel établissement. Il faut aussi établir des normes pour les autres contacts avec les services de santé tels que les soins prénatals, la vaccination et les consultations pour les maladies de l'enfant au cours de la première année, quand les pratiques d'alimentation du nourrisson peuvent rapidement se dégrader en l'absence d'un soutien adéquat.

La formation avant l'entrée en service et en cours d'emploi ainsi que le perfectionnement professionnel du personnel soignant en matière de pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, notamment la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement exclusif, sont également indispensables. En raison du renouvellement rapide du personnel soignant dans bien des situations, il faudra constamment se préoccuper de la formation et de son financement.

Mais les investissements en faveur de la formation doivent être protégés en assurant le suivi, au moyen d'un encadrement adéquat, de réunions mensuelles ou trimestrielles, de stages d'orientation ou de recyclage destinés aux agents en première ligne et à leurs supérieurs hiérarchiques, les responsables étant régulièrement tenus de rendre des comptes. Un appui devrait aussi être apporté à l'allaitement maternel par le système de santé dans le cadre d'un module intégré de mesures nutritionnelles englobant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les micronutriments et la nutrition des femmes.

Au niveau communautaire

L'appui à l'allaitement maternel au niveau communautaire est crucial. Les efforts en faveur de l'allaitement exclusif n'aboutiront pas dans la plupart des cas si l'on ne met pas suffisamment l'accent sur l'appui communautaire (14). Les conseils aux mères en cours de grossesse, immédiatement après l'accouchement et pendant la période néonatale ont d'importants effets sur les taux d'allaitement exclusif (8). Mais pour poursuivre l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, il faut aller au-delà de la période néonatale et mobiliser le soutien constant de la famille et de la communauté par l'action des dirigeants communautaires et d'autres moyens de communication. Dans les pays à faible proportion d'accouchements en établissement, l'appui à base communautaire lors de visites à domicile, par des groupes de soutien et des contacts prénatals et après l'accouchement avec le système de santé revêt une importance particulière.

Les stratégies de communication pour améliorer la sensibilisation et l'appui à l'allaitement exclusif jouent un rôle de premier plan. Les moyens de communication utilisés pour les messages devront être soigneusement choisis et tenir compte du niveau d'alphabétisation et de l'accès aux médias. Les messages visant à modifier les comportements doivent si possible être fondés sur des recherches pratiques pour définir les obstacles et les éléments susceptibles de faciliter l'allaitement exclusif. Des campagnes dans les médias visant à modifier les comportements peuvent entraîner une amélioration significative de l'allaitement maternel au cours des 6 premiers mois et sont particulièrement utiles pour atteindre les mères de nourrissons âgés de 1 à 4 mois (8).

Au niveau politique

Les pays doivent suivre des politiques qui protègent l'allaitement au sein et soutiennent les efforts des femmes pour pratiquer l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois. On constate que les congés maternité plus longs sont associés à une durée plus longue de l'allaitement exclusif (15), bien que les effets soient parfois limités dans les pays où les femmes travaillent surtout dans le secteur informel. Un congé maternité de 6 mois permet à la mère de continuer à allaiter plus longtemps sans avoir à choisir entre la préservation d'un emploi rémunéré et la meilleure solution pour la nutrition de son enfant.

Une autre mesure politique cruciale concerne l'introduction, l'application et le suivi d'une réglementation liée au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (10) et aux résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé visant à protéger l'allaitement maternel en veillant à l'utilisation, à la commercialisation et au suivi appropriés des substituts du lait maternel. Ces mesures comprennent l'interdiction de toute promotion de substituts du lait maternel, biberons et tétines (voir ressources complémentaires). Les pays dotés d'une législation et d'une application solides offrant une bonne protection contre les abus en la matière enregistrent des taux d'allaitement exclusif plus élevés (10). Par conséquent la mise en place de mesures législatives ainsi que le suivi et l'application du Code doivent faire intervenir des organes législatifs et exécutifs qui négocient et défendent les accords commerciaux et réglementent l'étiquetage et la commercialisation.

Les taux d'allaitement exclusif ont tendance à augmenter lorsque des cadres politiques et réglementaires efficaces sont en place et que des programmes complets sont mis en œuvre à grande échelle (16). On a ainsi pu constater une hausse spectaculaire des taux d'allaitement exclusif à Sri Lanka, au Cambodge et au Malawi (voir les Encadrés 2 à 4). Outre l'application de politiques et d'interventions visant à améliorer les taux d'allaitement exclusif, on observe dans ces pays plusieurs autres facteurs favorables à cette évolution, notamment:

- un engagement politique marqué surtout aux niveaux de direction exécutive les plus élevés (16);
- des autorités reconnues qui militent en faveur de l'allaitement (16);
- un engagement et des activités de plaidoyer des organisations internationales au niveau le plus élevé (par exemple l'UNICEF et l'OMS) (7, 16);
- une coordination efficace des stratégies programmatiques et politiques (16)
- des stratégies de communication efficaces adaptées au contexte, au niveau d'alphabétisation et à l'accès aux médias;
- des ressources humaines et financières spécifiques et un financement à long terme adéquats;
- l'utilisation de données permettant de mettre au point des interventions adaptées au contexte local et de suivre constamment les progrès accomplis afin de remédier rapidement aux carences.

ENCADRÉ 2: HAUSSE DES TAUX D'ALLAITEMENT EXCLUSIF À SRI LANKA

Entre 1995 et 2007, le taux moyen d'allaitement exclusif chez les nourrissons de 0 à 6 mois est passé de 17% à 76%, ce qui correspond à une augmentation annuelle de l'ordre de 6%. Plus de 95% des naissances dans le pays ont lieu dans des établissements de soins et la formation systématique des agents de santé à l'allaitement permet d'apporter une assistance qualifiée à la majorité des femmes après l'accouchement. Les sages-femmes des services de santé publique assurent un soutien communautaire avec notamment deux visites à domicile dans les 10 jours suivant l'accouchement, ce qui renforce l'appui à l'allaitement maternel dans la communauté. Ces services communautaires, dans un milieu culturel appuyant l'allaitement et les parents, ont contribué à améliorer les taux d'allaitement exclusif à Sri Lanka. Enfin, un engagement politique marqué, des stratégies de communication efficaces et des niveaux d'alphabétisation féminine élevés ont aussi favorisé les progrès. (16).

ENCADRÉ 3: HAUSSE DES TAUX D'ALLAITEMENT EXCLUSIF AU CAMBODGE

En 2000, 11% seulement des enfants de 0 à 6 ans au Cambodge bénéficiaient d'un allaitement maternel exclusif. Cette proportion est passée à 60% en 2005 et à 74% en 2010. Au Cambodge, 89% des naissances ont lieu à domicile et peu de femmes bénéficient de soins prénatals et postnatals. La stratégie cambodgienne qui a permis de renforcer l'allaitement exclusif a notamment consisté:

- à considérer l'allaitement comme la priorité absolue parmi les interventions en faveur de la survie de l'enfant dans le pays;
- à aligner les stratégies des partenaires en faisant figurer la promotion de l'allaitement dans tous les services et initiatives en faveur du nourrisson et du jeune enfant ;
- à introduire un décret subsidiaire sur la commercialisation des produits destinés au nourrisson et au jeune enfant ainsi que des campagnes de diffusion ;
- à lancer une «Initiative amie des bébés» agréé par l'Initiative «hôpitaux amis des bébés» (9) et à mettre en place des groupes d'appui aux mères assurant des visites à domicile et des activités de conseil et de soutien aux femmes allaitantes dans les villages ;
- à suivre une stratégie de communication comportant des messages sur l'allaitement maternel diffusés dans les émissions populaires à la radio et à la télévision, ainsi que des campagnes de sensibilisation au niveau national avec des responsables de haut niveau (17).

ENCADRÉ 4: HAUSSE DES TAUX D'ALLAITEMENT EXCLUSIF AU MALAWI

Entre 1992 et 2010, le taux moyen d'allaitement exclusif chez les nourrissons de moins de 6 mois est passé de 3% à 71% au Malawi, ce qui correspond à une augmentation annuelle de l'ordre de 4%. Les progrès accomplis dans ce domaine ont été attribués:

- à une orientation bien marquée en faveur du nourrisson et du jeune enfant à tous les niveaux du gouvernement;
- à des politiques et des lignes directrices bien articulées, à des services intégrés au niveau communautaire et à un appui à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant par des voies multiples;
- à une sensibilisation nationale et une campagne d'éducation de masse intensive pour mieux faire connaître les avantages de l'allaitement exclusif et accroître le soutien dont il bénéficie;
- à la mise en œuvre de l'Initiative « hôpitaux amis des bébés » (9) et aux liens avec les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (17).

MESURES VISANT À PROMOUVOIR L'ALLAITEMENT EXCLUSIF

Les recommandations ci-après fondées sur des données factuelles devraient être mises en œuvre à grande échelle pour progresser en vue de la cible mondiale de l'allaitement exclusif au sein en 2025 (6).

1. Mettre en place une capacité d'appui à l'allaitement exclusif dans les hôpitaux et établissements de soins permettant de relancer, d'élargir et d'institutionnaliser l'Initiative «hôpitaux amis des bébés» dans le système de santé.

- Pour être durablement efficace, il faut institutionnaliser l'Initiative «hôpitaux amis des bébés» dans le système de santé afin que les hôpitaux soient certifiés et la certification renouvelée et que des investissements continuent d'être consentis en faveur de la formation, du suivi et de l'encadrement du personnel de santé.

- Une efficacité durable suppose un suivi pour définir les progrès accomplis et déterminer le nombre et la proportion des naissances en milieu hospitalier qui ont eu lieu dans des hôpitaux «amis des bébés» et d'autres établissements de soins.

- Il faut intégrer la promotion et le soutien de l'allaitement tout au long des soins maternels et infantiles, surtout pendant la période prénatale et le postpartum.

2. Fournir des stratégies communautaires appuyant l'allaitement exclusif, notamment en menant des campagnes de communication adaptées au contexte local.

- Assurer des liens étroits entre les stratégies basées dans les établissements et dans la communauté. L'influence des programmes d'allaitement exclusif basés dans les établissements comme l'Initiative «hôpitaux amis des bébés» (9) pourrait diminuer après que les femmes reviennent chez elles et il faut alors un soutien communautaire.

- Apporter un appui familial et communautaire constant par les dirigeants communautaires et divers autres moyens de communication.

- Dans les pays à faible proportion de naissances en établissement, l'appui communautaire peut être apporté par des visites à domicile ou par des groupes de soutien.

- Les moyens de communication et les messages devraient être adaptés au contexte, sur la base du niveau d'alphabétisation, de l'utilisation des différents médias et de l'accès aux médias et des contacts des publics cibles avec le personnel soignant. Les messages visant à modifier les comportements devraient tenir compte des obstacles spécifiques à l'allaitement exclusif ainsi que des facteurs motivants de chaque pays, au niveau national ou infranational.

- Les conseils personnalisés donnés par d'autres femmes sont un bon moyen mais les conseils en groupe améliorent aussi les taux d'allaitement exclusif, et il semble particulièrement efficace d'associer les deux approches (18). L'appui peut être donné aux mères par des professionnels qualifiés ou par des non spécialistes et il est particulièrement efficace si des informations, des messages, un soutien pratique et des orientations uniformes sont apportés aussi bien par des établissements de soins que par des membres de la communauté.

3. Limiter de manière significative la commercialisation agressive et inappropriée des substituts du lait maternel en renforçant le suivi et l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé ainsi qu'en renforçant la réglementation à cet égard.

- Les pays sont vivement encouragés à adopter une législation ou une réglementation ou d'autres mesures d'exécution pour donner effet au Code, le suivre et l'appliquer et pour imposer des sanctions en cas de violations (14).

4. Donner aux femmes les moyens de pratiquer l'allaitement exclusif en prévoyant des congés maternité rémunérés obligatoires de 6 mois et des politiques encourageant l'allaitement sur le lieu de travail et en public.

- Les politiques sur le lieu de travail devraient encourager toutes les femmes actives aussi bien dans le secteur officiel que dans le secteur informel à continuer d'allaiter sur le lieu de travail (en prévoyant par exemple des soins aux enfants sur le lieu de travail, des pauses pour l'allaitement ou l'expression du lait et l'aménagement d'espaces confortables où les femmes puissent exprimer et stocker le lait maternel en toute sécurité).

5. Investir en faveur de la formation et du renforcement des capacités pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel.

- Outre la formation aux pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, il faudrait renforcer la formation aux compétences de règlement des problèmes et de conseil et les moyens d'assurer le suivi et le mentorat pour le personnel après la fin de la formation.

- Recognizing the different skill sets and information needs of different types of health-care providers will also make training more efficient and effective. Health-care providers also need to be trained on their responsibilities under the Code.

RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

OMS/UNICEF	<i>Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (9, 10)</i>
OMS	<i>Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (10)</i>
Alive and Thrive	<i>Expanding Viet Nam's maternity leave policy to six months: an investment today in a stronger healthier tomorrow (15)</i>
OMS Nutrition	Initiative «hôpitaux amis des bébés» (9)
UNICEF	<i>Breastfeeding on the worldwide agenda : findings from a landscape analysis on political commitment to protect, promote and support breastfeeding (7)</i>
CORE GROUP	Essential nutrition actions trilogy (http://www.coregroup.org/component/content/article/413 , consulté le 8 octobre 2014)
Food and Nutrition Bulletin	Designing large scale programs to improve infant and young child feeding in Asia and Africa : methods and lessons of Alive and Thrive Food Nutr Bull.2013;34(Suppl.2) (http://nsinf.publisher.ingentaconnect.com/content/nsinf/fnb/2013/00000034/a00203s2 , consulté le 9 octobre 2014)



Charles Pieters

OUTIL DE SUIVI DE LA NUTRITION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Pour aider les pays à fixer des cibles nationales en vue de la réalisation des objectifs mondiaux et suivre les progrès accomplis, le Département Nutrition pour la santé et le développement de l'OMS et ses partenaires ont élaboré un outil de suivi en ligne permettant d'envisager différents scénarios afin d'assurer le rythme de progrès nécessaire pour parvenir aux cibles en 2025. L'outil est accessible sur www.who.int/nutrition/trackingtool/en(19).

REMERCIEMENTS

L'OMS et l'UNICEF tiennent à remercier pour leurs contributions techniques les personnes ci-après (dans l'ordre alphabétique) : Dr France Begin, Dr Francesco Branca, Dr Carmen Casanovas, Dr Camilla Chaparro, Ms Sarah Ann Cumberland, Ms Kaia Engesven, Ms Oliva Lawe-Davis, Dr Chessa Lutter, M. Jason Montez, Dr Chizuru Nishida, Dr Juan Pablo Peña-Rosas et Dr Lisa M Rogers. L'OMS tient aussi à remercier le partenariat 1,000 Days pour son appui technique, et plus particulièrement Mme Rebecca Olson.

APPUI FINANCIER

L'OMS remercie l'Initiative pour les micronutriments et la Fondation Bill & Melinda Gates pour le soutien financier apporté aux travaux.

CITATION SUGGÉRÉE

Cibles mondiales de nutrition 2025 : note d'orientation sur l'allaitement au sein [Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (WHO/NMH/NHD/14.7). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Gates/Nathalie Bertrams

RÉFÉRENCES

1. Résolution WHA65.6 Plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant. Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, Genève 21-26 mai 2012: 11-12 (http://www.who.int/nutrition/topics/WHA65.6_resolution_fr.pdf, consulté le 6 octobre 2014).
2. Organisation mondiale de la Santé. Cibles mondiales de nutrition 2025. Pour améliorer la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant (http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/fr/, consulté le 6 octobre 2014).
3. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS; Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003;362:65–71.
4. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79198/1/9789241505307_eng.pdf, consulté le 7 octobre 2014).
5. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2013;382:427–51. doi:10.1016/S0140-6736(13)60937-X.
6. Organisation mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales 2013 (www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/, consulté le 7 octobre 2014).
7. Breastfeeding on the worldwide agenda: findings from a landscape analysis on political commitment to protect, promote and support breastfeeding. New York: UNICEF; 2013 (http://www.unicef.org/eapro/breastfeeding_on_worldwide_agenda.pdf, consulté le 7 octobre 2014).
8. Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/, consulté le 7 octobre 2014).
9. World Health Organization. Nutrition. Baby-friendly Hospital Initiative (<http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>, consulté le 7 octobre 2014).
10. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981 (http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf, consulté le 6 octobre 2014).
11. OMS/UNICEF Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242562211.pdf>, consulté le 7 octobre 2014).
12. Lutter CK, Morrow AL. Protection, promotion and support and global trends in breastfeeding. *Adv Nutr*. 2013;4:213–19. doi:10.3945/an.112.00311.
13. Organisation mondiale de la Santé et UNICEF. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité. Déclaration conjointe de l'OMS et du FISE. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1989 (http://whqlibdoc.who.int/publications/1989/9242561304_fre.pdf, consulté le 7 octobre 2014).
14. Bhandari N, Kabir A, Salam M. Mainstreaming nutrition into maternal and child health programmes: scaling up of exclusive breastfeeding. *Matern Child Nutr*. 2008;4(Suppl. 1):5–23. doi:10.1111/j.1740-8709.2007.00126.x.
15. Alive and Thrive. Expanding Viet Nam's maternity leave policy to six months: an investment today in a stronger, healthier tomorrow. Washington DC: Alive and Thrive; 2012 (http://www.aliveandthrive.org/sites/default/files/Policy%20Brief%20on%20Maternity%20Leave%20April%202012_0.pdf, consulté le 8 octobre 2014).
16. Improving exclusive breastfeeding practices by using communication for development in infant and young child feeding programmes. New York: United Nations Children's Fund; 2010 (<http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/C4D-in-EBF-manual-UNICEF-2010.pdf>, consulté le 8 octobre 2014).
17. Haroon S, Das JK, Salam RA, Imdad A, Bhutta ZA. Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health* 2013;13(Suppl. 3):S20. doi:10.1186/1471-2458-13-S3-S20.
18. World Health Organization. Global targets tracking tool (<http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en>, consulté le 6 octobre 2014)

© Organisation mondiale de la Santé 2017

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Pour plus de renseignements, s'adresser au:

**Département Nutrition pour la santé et le développement
Organisation mondiale de la Santé**

Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27, Suisse
Télécopie : +41 22 791 4156

Email: Courriel: nutrition@who.int
www.who.int/nutrition



**Organisation
mondiale de la Santé**