

Semaine mondiale de l'allaitement maternel 2012

Comprendre le passé – Planifier l'avenir

Célébration du 10e anniversaire de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (OMS/UNICEF)

Introduction

Le 10^e anniversaire de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant fournit une occasion d'évaluer les progrès réalisés en vue de sa mise en œuvre par les États membres de l'OMS en Amérique latine. Il fournit également une occasion d'examiner les pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation complémentaire dans les pays. Cette note de politique, qui analyse les effets des politiques et des programmes sur les pratiques d'allaitement, montre que la mise en œuvre de la Stratégie mondiale est associée à des tendances positives dans l'allaitement exclusif au cours des 10 à 20 dernières années. **Les résultats sont clairs: l'investissement dans la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement par la mise en œuvre de la Stratégie mondiale peut entraîner une augmentation de la pratique de l'allaitement exclusif!**

Adoptée en 2002 par l'Assemblée mondiale de la Santé et par le Conseil d'administration de l'UNICEF, la Stratégie mondiale reconnaît que « *la malnutrition a été responsable, directement ou indirectement, de 60 % des 10,9 millions de décès annuels d'enfants de moins de cinq ans. Bien plus des deux tiers de ces décès, souvent associés à des pratiques d'alimentation inappropriées, surviennent dans la première année de vie. Pas plus de 35 % des nourrissons dans le monde bénéficient d'un allaitement maternel exclusif pendant les quatre premiers mois, l'alimentation complémentaire commence fréquemment trop tôt ou trop tard et les aliments sont souvent inadéquats du point de vue nutritionnel et peu sûrs. Les enfants malnutris qui survivent sont plus souvent malades et subissent toute leur vie les conséquences d'un développement perturbé. L'incidence croissante de l'excès de poids et de l'obésité chez l'enfant est une autre source de graves préoccupations. Parce qu'ils constituent un risque majeur pour le développement socio-économique, les pratiques d'alimentation inappropriées figurent parmi les obstacles les plus graves qui empêchent ce groupe d'âge d'atteindre et de maintenir un état de santé satisfaisant* »⁽¹⁾

Pour aborder ces problèmes, la Stratégie mondiale fixe neuf objectifs opérationnels liés tant à l'allaitement qu'à l'alimentation complémentaire. Les quatre premiers objectifs réaffirment l'importance des objectifs opérationnels de la Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel¹:

- Désigner un coordonnateur national à l'allaitement maternel et créer un comité national multisectoriel de l'allaitement maternel.
- Faire en sorte que chaque établissement assurant les prestations de maternité respecte pleinement les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel ».
- Prendre des mesures pour mettre en œuvre intégralement les principes et l'objectif de tous les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé (Code).
- Promulguer des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur(s) enfant(s).

Les cinq autres objectifs traitent d'une façon plus générale de l'allaitement maternel, de l'alimentation complémentaire et de l'alimentation dans des conditions difficiles telles que dans les situations d'urgence ou dans le contexte du VIH/SIDA.

- Élaborer, mettre en œuvre, contrôler et évaluer une politique globale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
- Veiller à ce que la santé et d'autres secteurs pertinents promeuvent et appuient l'allaitement exclusif pendant six mois et l'allaitement continu jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà.
- Promouvoir une alimentation complémentaire opportune, saine et appropriée avec l'allaitement continu.

¹ Réunis à Florence, Italie, en juillet 1990, les décideurs gouvernementaux de plus de 30 pays ont adopté la Déclaration Innocenti. En 1991, la 44^e Assemblée mondiale de la santé s'est félicitée de la Déclaration dont « s'inspirent la politique et l'action de santé internationales » et a demandé au Directeur général de surveiller les progrès réalisés en vue de la réalisation de ses objectifs (résolution WHA44.33).

- Fournir des conseils sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans des conditions exceptionnellement difficiles.
- Envisager une nouvelle législation et d'autres mesures pour donner effet aux principes et au but du Code.

Évaluation des progrès de mise en œuvre

Pour évaluer les progrès réalisés vers la mise en œuvre de la Stratégie mondiale, l'OMS a développé un outil d'évaluation des pratiques, politiques et programmes nationaux à l'appui de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2). Il permet d'aider les usagers à évaluer les points forts et les points faibles de politiques et de programmes pour protéger, promouvoir et appuyer des pratiques alimentaires optimales dans leur environnement local et de déterminer la où des améliorations peuvent être nécessaires pour répondre aux buts et objectifs de la Stratégie mondiale. Inspiré par cet outil, le réseau International Baby Food Action Network (IBFAN) d'Asie a élaboré l'Initiative mondiale de suivi des tendances de l'allaitement (WBTi) pour suivre, évaluer et surveiller les pratiques, politiques et programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le monde entier, en l'appui à l'allaitement et de l'alimentation complémentaire (3, 4). La WBTi est axée sur un ensemble de 15 indicateurs. Les dix premiers traitent de l'environnement alimentaire général du nourrisson et du jeune enfant, se concen-

trant dans une large mesure sur le milieu de l'allaitement. Les cinq autres ont trait aux pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant (boîte). Pour chaque indicateur, une liste de critères clés et un sous-ensemble de questions à examiner pour l'évaluation des progrès de mise en œuvre et pour l'attribution d'un score est définie. Le score maximal pour chaque indicateur est de 10 points, avec un score total possible de 150 points; 100 pour des indicateurs liés à l'environnement général pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et 50 pour des indicateurs liés aux pratiques d'allaitement et d'alimentation complémentaires.

À ce jour, la WBTi a été réalisée dans 12 pays d'Amérique latine: Argentine, Bolivie, Brésil, Colombie, Costa Rica, Équateur, Guatemala, Mexique, Nicaragua, Pérou, République dominicaine et Uruguay. (Pour la version complète des rapports, veuillez consulter www.ibfan-alc.org/WBTi/index.html) Les scores WBTi ajustés et basés sur les 10 indicateurs liés aux politiques et programmes varient entre 31 et 76 (Tableau 1. Pour ces 12 pays, les scores moyens les plus bas sont pour les indicateurs de l'alimentation et du VIH (3,6) et l'alimentation dans des situations d'urgence (1,6). Les trois scores moyens les plus élevés sont pour le Code (7,8), les politiques et programmes (6,3) et l'appui au système de santé (6,1) (Figure 1).

Sur le plan mondial, un total de 40 pays a réalisé une WBTi. Parmi ceux-ci, 25 ont également des données nationales

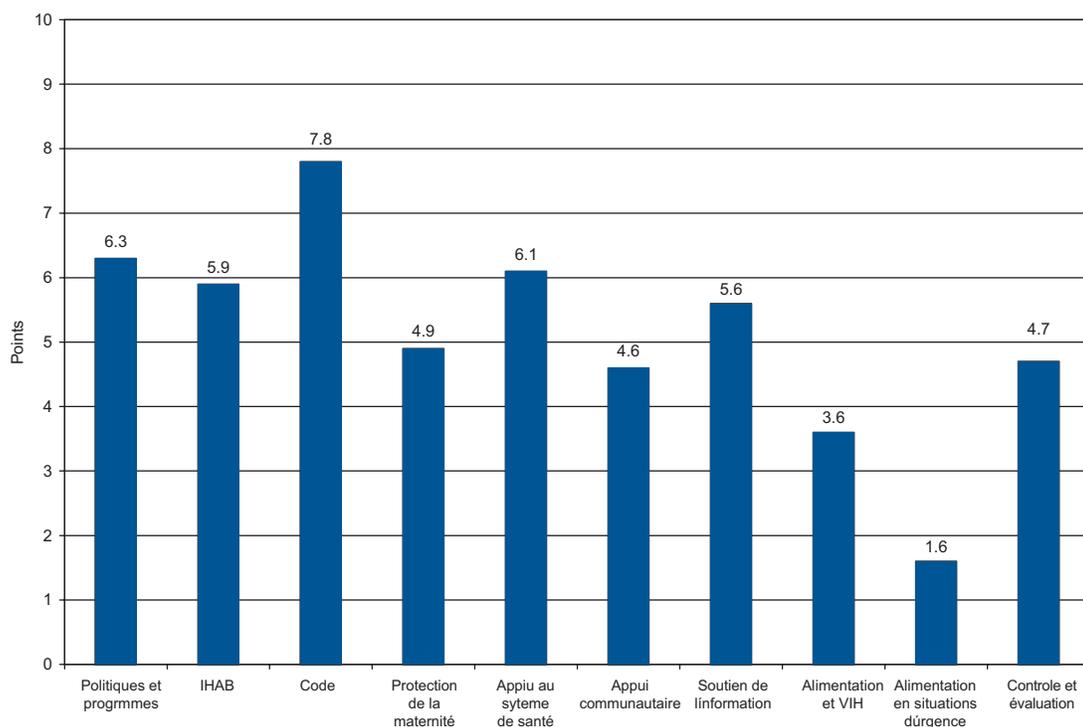
Boîte. Indicateurs de l'Initiative mondiale de suivi des tendances de l'allaitement (WBTi)

1. Coordination, politique et programme à l'échelle nationale
2. Initiative Hôpitaux amis des bébés (conditions pour le succès de l'allaitement maternel)
3. Mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
4. Protection de la maternité
5. Système de santé et de soins nutritionnels (à l'appui de l'allaitement maternel et de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant)
6. Appui à la mère et approche communautaire – appui communautaire pour la femme enceinte et la mère allaitante
7. Soutien de l'information
8. Alimentation du nourrisson et le VIH
9. Alimentation du nourrisson dans les situations d'urgence
10. Mécanismes de contrôle et systèmes d'évaluation
11. Pourcentage des bébés allaités dans l'heure qui suit leur naissance
12. Pourcentage des bébés de moins de 6 mois allaités exclusivement au sein au cours des dernières 24 heures
13. Durée moyenne d'allaitement au sein (Les bébés sont allaités au sein pour une durée moyenne de combien d'heures)
14. Pourcentage de bébés de moins de 6 mois allaités au sein qui reçoivent d'autres aliments ou boissons dans des bouteilles
15. Pourcentage de bébés de 6 mois à 9 mois allaités au sein qui reçoivent des aliments complémentaires

Tableau 1. Indicateurs de politiques et de programmes de l'Initiative mondiale de suivi des tendances de l'allaitement (WBTi)

Pays	Indicateur										Score ajusté (1-10)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Politiques et programmes	BFHI	Code	Protection de la maternité	Appui au système de santé	Appui communautaire	Soutien à l'information	Alimentation et VIH	Alimentation en situations d'urgence	Surveillance et évaluation	
Argentine	4	6,5	8	4	7,5	4	8	2	3	4	51,0
Bolivie	10	4	8	3	6	6	4	1,5	0	9	51,5
Brésil	9	2,5	10	7,5	5	1	8	5	0	5	53,0
Colombie	5,5	5,5	7	4	9,5	5	8	3,5	0	2	50,0
Costa Rica	10	7,5	10	9	6,5	9	9	4	4	7	76,0
Équateur	5	6,5	7	6	5	4	5	3	2	4	47,5
Guatemala	7	5	8	3	4	3	6	2,5	1	6	45,5
Mexique	2	5	7	3,5	5	4	1	3,5	0	0	31,0
Nicaragua	9	8,8	7	7	9	8	8	5,5	7	6	75,0
Pérou	5	6	8	4,5	4,5	2	2	3,5	2	5	42,5
République dominicaine	3	6,5	10	2,5	5	3	3	2,5	0	2	37,5
Uruguay	6,5	7,5	4	5	6	6	5	6,5	0	6	52,5

Figure 1. Points pour chaque indicateur de l'Initiative mondiale de suivi des tendances de l'allaitement (WBTi) pour 12 pays latino-américains, 2008-2010



représentatives sur les tendances en matière d'allaitement exclusif et de durée d'allaitement sur une période de 10 à 20 mois, y compris huit pays d'Afrique, sept en Asie, neuf en Amérique latine (Bolivie, Brésil, Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique, Nicaragua, Pérou et République dominicaine), et un dans le Moyen-Orient.

Évaluation des changements intervenus en matière de pratiques d'allaitement à l'échelle mondiale

Les données de ces 25 pays montrent que même si la durée de l'allaitement lors de la première enquête explique dans une large mesure la durée de l'allaitement lors de la dernière enquête (Figure 2), il y a quelques exceptions notables. Une d'entre elles est au Brésil, où la durée moyenne de l'allaitement a augmenté de 5,2 mois en 1986 à 14 mois en 2006. Au cours de cette même période, l'allaitement exclusif a augmenté de 2,5 % à 38,6 %. Cette remarquable augmentation coïncide

Figure 2. Corrélation entre la durée de l'allaitement (mois) à la première et à la deuxième enquête

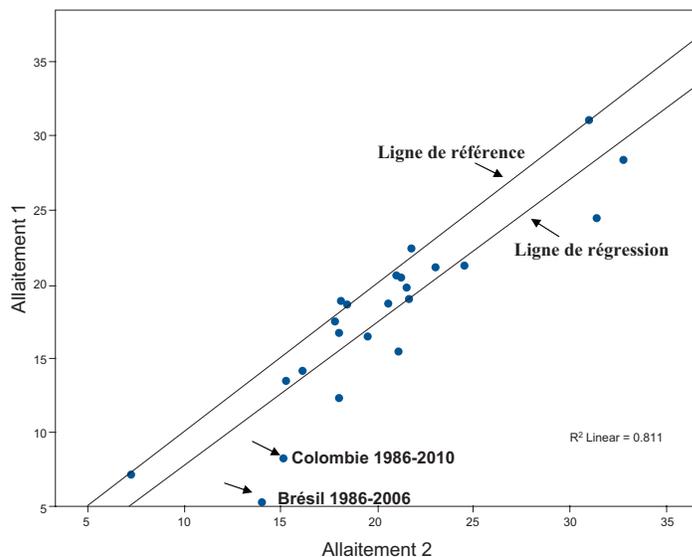
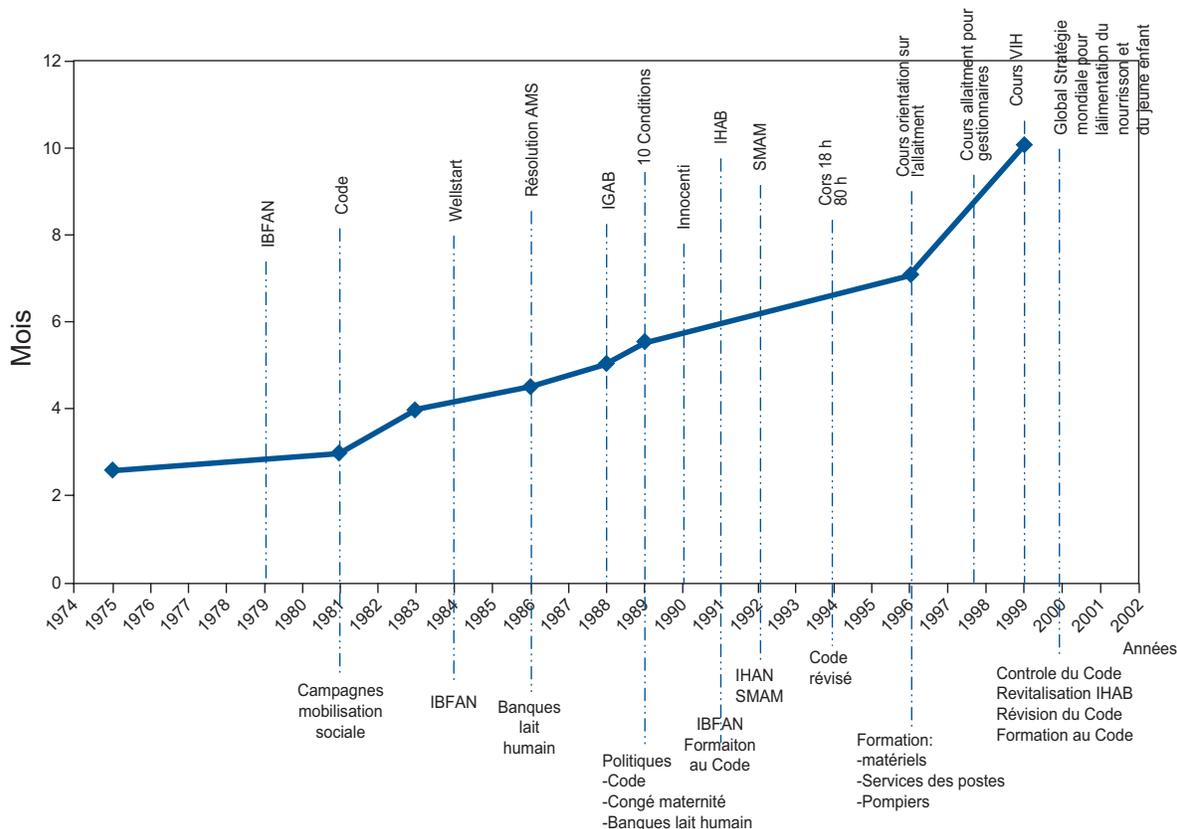


Figure 3. Durée moyenne de l'allaitement (mois) et activités d'allaitement mondiales et nationales: Brésil 1974-2002



³ Traduit vers l'anglais par Rea MF. Un aperçu de l'allaitement au Brésil et comment le pays a atteint une durée d'allaitement de 10 mois. Cad Saúde Pública. 2003;19 Suppl 1:S37-45.

avec de nouvelles politiques et programmes qui ont été mis en place au cours de la période avec la (Figure 3). Un autre pays qui se distingue est la Colombie, où la durée de l'allaitement a augmenté de 8,5 mois à 14,9 mois entre 1986 et 2010, et l'allaitement exclusif a augmenté de 15,4% à 46,8%.

Les progrès réalisés dans les pratiques d'allaitement au Brésil et en Colombie contrastent notablement avec plusieurs pays en Amérique latine où, au cours d'une période similaire, peu de progrès ont été réalisés (Figure 4). En République dominicaine, l'allaitement exclusif a augmenté de seulement 0,7 points de pourcentage, de 7% à 7,8%, sur une période de 16 ans. Au cours de la même période, la durée de l'allaitement a connu un déclin, passant de 9,3 mois à 7,1 mois. Au Mexique, la durée de l'allaitement a seulement connu une augmentation de 9,5 mois à 10,4 mois de 1987-1988 à 2006. Quoiqu'il en soit, les gains substantiels observés dans de nombreux autres pays sont impressionnants étant donné l'accroissement constaté dans l'urbanisation, l'éducation des femmes et l'emploi, qui sont traditionnellement associés à une diminution de l'allaitement (5).

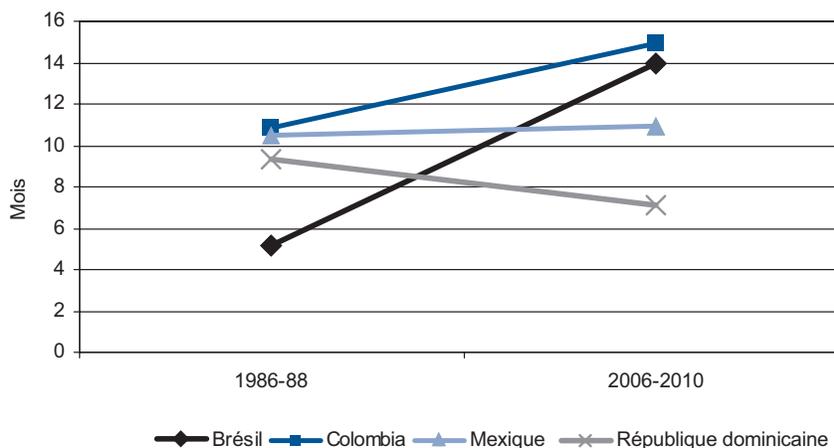
Contrairement à la forte corrélation entre l'initiation et la longue durée de l'allaitement exclusif, il n'y a qu'une faible corrélation (0,09) entre l'initiation et la longue durée l'allaitement exclusif initial (Figure 5). Ceci laisse entendre qu'entre la première et la dernière enquête, des changements sont survenus dans les facteurs culturels et sociaux et/ou dans les politiques et programmes qui ont entraîné des changements dans les pratiques d'allaitement exclusif. Une explication possible est que les politiques et programmes ont mis l'accent sur l'allaitement exclusif, ce que les responsables de la santé priorisent dans les

efforts de promotion, en raison de ses effets très importants sur la morbidité et la mortalité infantile (6).

Évaluation de la relation entre la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et les changements qui se manifestent à l'échelle mondiale dans les pratiques d'allaitement

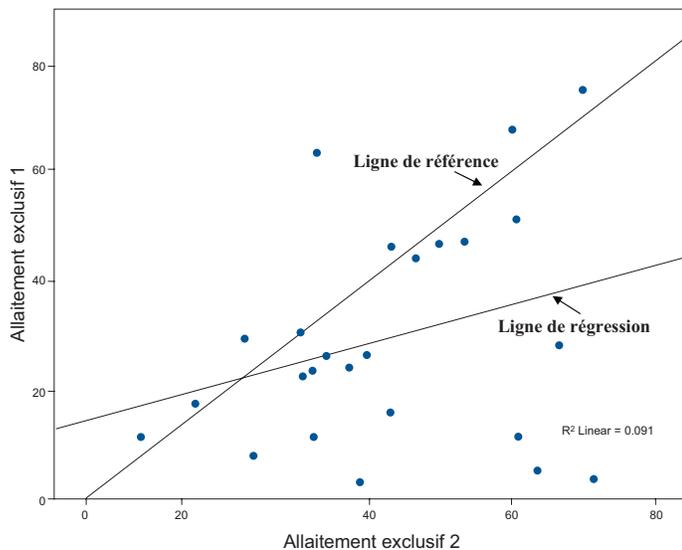
L'analyse de régression à l'aide d'un score WBT*i* ajusté, qui résume les huit premiers indicateurs, montre que l'allaitement exclusif actuel est associé dans une large mesure à l'allaitement exclusif initial. Il est également associé dans une large mesure au score WBT*i* ajusté qui utilise une valeur *t* unilatérale, mais non à d'autres facteurs couramment associés à l'allaitement exclusif, notamment le lieu de résidence, l'emploi maternel, l'éducation maternelle ou la parité des prix du revenu national brut par tête (Tableau 2) (7). L'analyse montre que pour chaque changement de 10 points dans un score WBT*i*, il y aurait lieu de s'attendre à une augmentation de 6 % de l'allaitement exclusif. Il est important de noter que parce qu'il s'agit de données d'observation, l'analyse ne reflète qu'une association entre des tendances dans l'allaitement exclusif et l'environnement de l'allaitement, tel que mesuré par la WBT*i*. De même, les données relatives tant aux tendances de l'allaitement exclusif qu'à la WBT*i* ne sont disponibles que pour un nombre limité de pays, même si elles se répartissent de façon plus ou moins égale à travers l'Afrique, l'Asie et l'Amérique latine. Malgré tout, en dépit du fait que les études de cas de nombreux pays ont été publiées, cette analyse est la première évaluation quantitative de la relation entre les politiques et programmes à l'appui de l'allaitement maternel et

Figure 4. Changements dans la durée de l'allaitement (mois) entre le Brésil, la Colombie, le Mexique et la République dominicaine



² Les huit premiers indicateurs WBT*i* ont été utilisés, parce que la mise en œuvre des deux derniers, alimentation du nourrisson et le VIH et alimentation du nourrisson en situations d'urgence, n'ont pas contribué aux changements prévus dans l'allaitement exclusif.

Figure 5. Corrélation entre la durée de l'allaitement exclusif (%) à la première et à la deuxième enquête



les changements dans les pratiques d'allaitement. Renforcée par des études de cas (8), elle suggère que l'association entre la promotion de l'allaitement maternel et des pratiques d'allaitement améliorées peut être causale.

Les facteurs relatifs aux politiques et programmes de promotion réussie de l'allaitement maternel sont bien documentés. Ils incluent la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, l'initiative Hôpitaux amis des bébés, la formation et l'éducation, la promotion et l'appui communautaires, la législation en matière de maternité et l'appui en milieu de travail, la communication et l'appui à l'alimentation infantile dans des conditions difficiles, ainsi que la promotion et la défense des droits (8).

Pratiques actuelles d'allaitement maternel et d'alimentation complémentaire

En dépit d'améliorations notables dans les pratiques d'allaitement maternel dans de nombreux pays d'Amérique latine et des Caraïbes, un énorme fossé sépare encore les pratiques actuelles des recommandations d'allaitement acceptées (Tableau 3). Bien qu'une initiation précoce puisse prévenir environ un cinquième des morts néonatales (9) dans seulement huit des 14 pays avec des données, 50% ou plus des nouveau-nés sont mis au sein dans l'heure qui suit leur naissance. Alors que l'OMS recommande six mois d'allaitement exclusif, ce n'est que dans cinq pays sur 19 que ceci s'applique à plus de la moitié des nourrissons. Peu de pays suivent de près

l'alimentation au biberon, et parmi ceux qui le font, chez plusieurs d'entre eux on constate que la majorité des enfants de moins de 2 ans ont reçu un biberon le jour précédent.

En général, l'alimentation complémentaire reçoit beaucoup moins d'attention que l'allaitement. Quoique seulement cinq pays dans la région (Bolivie, Colombie, Haïti, Honduras, Pérou et République dominicaine) ont des données sur les nouveaux indicateurs OMS/UNICEF pour l'évaluation des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, ils montrent un grand fossé entre les pratiques recommandées et les pratiques réelles (10, 11) (Figure 6). Même si la plupart des enfants ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous entre l'âge de 6,0 et 8,9 mois, 18 % en moyenne n'en ont pas bénéficié. La diversité diététique minimale, définie comme la proportion d'enfants âgés de 6,0 à 24 mois qui ont reçu des aliments de quatre groupes alimentaires ou plus au cours de la journée précédente, variait de 28 % en Haïti à 81 % au Pérou. La fréquence minimale des repas, définie comme deux repas ou plus pour les enfants âgés de 6,0 à 8,9 mois qui sont allaités au sein, et trois repas ou plus pour les enfants âgés de 9,0 à 23,9 mois qui sont allaités au sein, ou quatre repas ou plus pour les enfants âgés de 6,0 à 23,9 mois qui ne sont pas allaités au sein, variait de 46 % en Haïti à 78 % au Pérou. Enfin, le régime alimentaire minimal acceptable pour les enfants allaités au sein, défini comme la proportion d'enfants âgés de 6,0 à 23,9 mois qui bénéficiaient au moins de la diversité diététique minimale et de

Tableau 2. Prédicteurs de l'allaitement exclusif actuel par allaitement exclusif initial

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Signification
	B	Erreur standard	Beta		
(Constant)	-15.035	31.173		-.430	.673
Allaitement exclusif initial (%)	.615	.260	.725	2.366	.029
WBTi ajusté (1-8)	.973	.525	.595	1.853	.080*
Résidence (milieu urbain, rural)	0.15	.321	.019	.048	.962
Emploi maternel rémunéré (oui, non)	-.335	.196	-.454	-1.713	.104
Éducation maternelle (% avec niveau secondaire)	-.034	.205	.038	-.168	.869
Parité des prix du revenu national brut par tête (\$)	.002	.002	-.444	.973	.344

Variable dépendante: Allaitement exclusif actuel; R carré = 0,34; R carré ajusté 0,12
*Test t unilatéral <0,05

Tableau 3. Pratiques d'allaitement et d'alimentation complémentaire en Amérique latine et dans les Caraïbes

Pays	Indicateur				
	1	2	3	4	5
	Initiation précoce (%)	Allaitement exclusif < 6 mois (%)	Durée de l'allaitement (mois)	Allaitement au biberon < 23 mois (%)	Alimentation complémentaire 6-8 mois (%) ¹
Argentine, 2010	S/O ²	55	S/O	S/O	S/O
Bolivie, 2008	63.8	60.4	18.8	35.3	75.4 (2003)
Brésil, 2006	42.9	38.6	14.0	58.3	S/O
Chili, 2008-10	S/O	43.5	S/O	S/O	S/O
Colombie, 2010	56.6	42.8	14.9	40.4	S/O
Costa Rica, 2006-08	S/O	53.1	14.0	86.4	S/O
Cuba, 2006	70.2	26.4	S/O	S/O	S/O
República Dominicana, 2007	26.4	39.6	14.7	S/O	S/O
Équateur, 2004	32.8	31.4	18.7	20.6	S/O
El Salvador, 2008	55.5	49.6	21.0	38.5	S/O
Guatemala, 2008-09	63.9	33.2	19.1	S/O	S/O
Guyana, 2009	44.3	40.7	18.8	20.3	87.4
Haïti, 2005-06	78.6	29.7	19.2	48.6 (E)	84.0
Honduras, 2005-06	S/O	22.3	10.4	S/O	S/O
Mexique, 2006	54.0	30.6 (E)	18.4	S/O	S/O
Nicaragua, 2006-07	S/O	27.5	6.3	S/O	S/O
Panama, 2009	47.1	24.4	11.0	S/O	NA
Paraguay, 2008	51.3	68.3	21.7	42.4	81.4 (2004-06)
Pérou, 2010	65.2	7.7 (E) ³	7.1	84.9 (E)	81.1
Uruguay, 2006-07	60.0	57.1	7.1	S/O	S/O
Venezuela, 2006-08	S/O	27.9	7.5	62.3	S/O

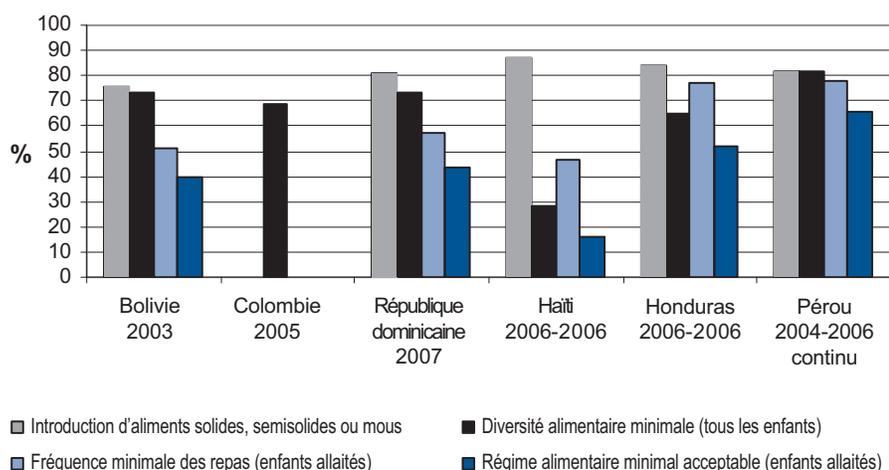
¹ La définition du nouvel indicateur pour l'alimentation complémentaire par l'OMS et ses partenaires (10) diffère de celle qui est utilisée par les rapports WBTi et n'est disponible que pour les pays qui y sont mentionnés.

² Non disponible.

³ Estimé.

Source de données autres que celles relatives à l'alimentation complémentaire: OPS. Situation actuelle et tendance de l'allaitement maternel en Amérique latine et dans les Caraïbes: Implications politiques et programmatiques. En préparation. 2012

Figure 6. Pratiques d'alimentation complémentaire dans divers pays d'Amérique latine et des Caraïbes, 2003-2007



la fréquence minimale des repas la journée précédente, variait de seulement 16 % en Haïti à 66 % au Pérou.

En ce qui a trait à l'alimentation complémentaire, le Pérou avait les meilleurs indicateurs, alors qu'Haïti avait les indicateurs les plus mauvais. Quoiqu'il en soit, étant donné l'importance de l'alimentation complémentaire entre l'âge de 6,0 et de 24 mois pour une croissance saine et la prévention de la dénutrition, le peu de pays avec cette information montrent un fossé entre les pratiques réelles et idéales. Le fait que peu de pays dans la région aient de l'information sur l'alimentation complémentaire complique encore plus la possibilité d'élaborer des politiques et programmes appropriés.

Conclusion

Bien que les pays d'Amérique latine aient fait des progrès remarquables dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale au cours des 10 dernières années, il y a encore plus à faire pour assurer que tous les nourrissons et les jeunes enfants bénéficient des meilleures conditions possibles d'allaitement maternel et d'alimentation complémentaire. **La campagne de cette année de la Semaine mondiale de l'allaitement, dont le slogan est « Comprendre le passé – Planifier l'avenir » célèbre le 10e anniversaire de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. C'est là l'occasion parfaite de réactiver les efforts en vue d'une mise en œuvre complète de toutes les cibles opérationnelles de la Stratégie** afin que tous les nourrissons et jeunes enfants bénéficient d'un allaitement optimal et des pratiques d'alimentation complémentaire adéquate.

Remerciements

Cette note de politique a été rédigée par Dr.Chessa Lutter, Conseillère principale, Alimentation et nutrition, Organisation panaméricaine de la santé, à l'occasion de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel 2012. Elle est également disponible en français, en portugais et en espagnol. Cette note et d'autres matériels sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont disponibles sur le site www.paho.org/alimentacioninfantil.

© Organisation Panaméricaine de la Santé, 2012. Tous droits réservés

Références

1. WHO. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: World Health Organization; 2003.
2. WHO. Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes. Geneva: WHO; 2003.
3. Gupta R, Holla R, Dadhich JP, Suri S, Trejos M, Chanetsa J. The status of policy and programmes on infant and young child feeding in 40 countries. *Health Policy and Planning* 2012;doi:10.1093/heapol/czs061:1-20.
4. International Baby Food Action Network (IBFAN), Asia. World Breastfeeding Trends Initiative (WBTI). India: IBFAN; 2011.
5. Chaparro CM, Lutter CK. Increases in breastfeeding duration observed in Latin America and the Caribbean and the role of maternal, demographic and healthcare characteristics. *Food Nutr Bull.* 2010;31:S117-27.
6. 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.
7. Lutter CK, Morrow AL. Global trends in breastfeeding and implications for policy and programs. In preparation. 2012.
8. WHO, UNICEF, Academy for Educational Development, USAID, Africa's Health in 2010. Learning from large-scale community-based programmes to improve breastfeeding practices. Geneva: WHO; 2008.
9. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics.* 2006;117:380-6.
10. WHO and partners. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1 Definitions. Geneva: World Health Organization; 2008.
11. WHO and partners. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 3: Country profiles. Geneva: World Health Organization; 2010.

Pour plus d'informations, veuillez contacter:

Projet santé au cours du cycle de vie
Organisation Panaméricaine de la santé
525 23e Rue,
à Washington D.C. 20037
Site Web: www.paho.org
Téléphone: (202) 974-3871
lutterch@paho.org

