

SAISIR LE MOMENT

La mise au sein précoce : le meilleur départ
dans la vie pour chaque nouveau-né



Organisation
mondiale de la Santé

unicef



© Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Juillet 2018

La reproduction de toute partie de cette publication est sujette à autorisation.
Celle-ci est gratuite pour les organisations éducatives ou à but non lucratif.

Veuillez contacter :

UNICEF

Section de la nutrition, Division des programmes, et

Section données et analyses, Division des données, de la recherche et des politiques

3 United Nations Plaza

New York, NY 10017, États-Unis

nutrition@unicef.org

Contact l'Organisation mondiale de la Santé : nutrition@who.int

ISBN : 978-92-806-4979-6

Citation suggérée :

UNICEF, OMS. *Saisir le moment – La mise au sein précoce : le meilleur point de départ pour chaque nouveau-né*. New York, UNICEF, 2018.

Notes sur les cartes dans cette publication : Les cartes sont stylisées et ne sont pas à l'échelle. Elles ne reflètent aucune prise de position de l'UNICEF sur le statut juridique des pays ou territoires représentés ni sur la délimitation de leurs frontières. La ligne pointillée représente approximativement la ligne de démarcation dans la région Jammu-et-Cachemire convenue entre l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif de la région Jammu-et-Cachemire n'a pas encore été convenu entre les parties. En outre, la frontière définitive entre le Soudan et le Soudan du Sud n'a pas encore été déterminée, non plus que le statut définitif de la région d'Abyei.

Crédits photo: sur la couverture : ©UNICEF/UNI114722/Pirozzi ; page 6 : ©UNICEF/UNI95002/Pirozzi ; page 12 : ©UNICEF/UNI11851/Pirozzi ; page 15 : ©UNICEF/UNI164740/Noorani ; page 19 : ©UNICEF/UN0156444/Voronin ; page 20 : ©UNICEF/UNI94993/Pirozzi ; page 23 : ©UNICEF/UN0159224/Naftalin ; page 26 : ©UNICEF/UNI180267/Viet Hung ; page 29 : ©UNICEF/UNI38775/Pirozzi

SAISIR LE MOMENT

La mise au sein précoce : le meilleur départ
dans la vie pour chaque nouveau-né

Remerciements

Le présent rapport a été établi par la Section de la nutrition (Division des programmes), la Section données et analyses (Division des données, de la recherche et des politiques) et la Division des communications du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), en collaboration avec le Département Nutrition pour la santé et le développement et le Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Équipe du rapport

UNICEF, Division des programmes : Maaïke Arts, France Bégin, Willibald Zeck, Carole Leach-Lemens et Victor M. Aguayo.

UNICEF, Division des données, de la recherche et des politiques : Vrinda Mehra, Julia Krasevec, Liliana Carvajal-Aguirre, Tyler A. Porth, Chika Hayashi et Mark Hereward.

OMS : Laurence Grummer-Strawn, Nigel Rollins et Francesco Branca.

Équipe des communications

UNICEF : Julia D'Aloisio (révision), Yasmine Hage et Xinyi Ge (vérification des faits), Nona Reuter (conception), Irum Taqi, Guy Taylor et Shushan Mebrahtu (plaidoyer), Kurtis Cooper et Sabrina Sidhu (médias).

L'UNICEF tient à exprimer sa reconnaissance pour leur soutien à la Fondation Bill & Melinda Gates, au Fonds des États-Unis pour l'UNICEF et au Gouvernement des Pays-Bas.

L'UNICEF et l'OMS souhaitent remercier tout particulièrement leurs partenaires du Collectif mondial pour l'allaitement maternel (Global Breastfeeding Collective) pour leurs efforts de plaidoyer en faveur de l'allaitement maternel.

Liste des abréviations

AMS	Assemblée mondiale de la Santé
EDS	Enquête démographique et de santé
IHAB	Initiative Hôpitaux amis des bébés
MICS	Enquête en grappes à indicateurs multiples
OMS	Organisation mondiale de la Santé
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Table des matières

Un bon départ	7
Pourquoi la mise au sein précoce est-elle importante ?	8
La mise au sein précoce en chiffres	10
Ce que révèlent les données mondiales et régionales	10
Le début de l'allaitement dans les pays à revenu élevé	12
Les obstacles et les occasions manquées	13
Les accoucheurs qualifiés	13
Les accouchements en établissement de santé	14
Les accouchements par césarienne	16
Les autres aliments ou liquides	18
Ouvrir la voie à l'allaitement maternel	21
Les enseignements tirés de l'expérience des pays	24
Que reste-t-il à faire ?	27
Annexes	29
Annexe 1. Pays où la prévalence de la mise au sein précoce a le plus changé entre 2005 et 2017	30
Annexe 2. Vue d'ensemble des taux de mise au sein précoce, par pays	31
Annexe 3. Remarques sur les données	39
Références	41



Un bon départ

Peu importe l'endroit où un nouveau-né voit le jour, le désir de lui donner le meilleur départ possible dans la vie est universel. Les premières heures et les premiers jours après la naissance sont l'une des périodes les plus risquées pour la vie d'un enfant, mais une mise au sein précoce lui procure une solide ligne de défense.

Que l'accouchement ait lieu dans une case d'un village rural ou dans un hôpital de grande ville, commencer à allaiter le nouveau-né pendant l'heure qui suit sa naissance lui offre les meilleures chances de survivre, de grandir et de développer pleinement son potentiel. En raison de ces avantages, la mise au sein précoce constitue une mesure clé des soins essentiels prodigués au nouveau-né selon le plan d'action *Chaque nouveau-né*¹.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) recommandent que les enfants commencent à être allaités pendant l'heure qui suit la naissance et qu'ils soient nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de vie – qu'ils n'absorbent aucun autre aliment ou liquide, pas même de l'eau. À partir de l'âge de 6 mois, les enfants devraient commencer à consommer des aliments complémentaires sûrs et adéquats, tout en continuant d'être allaités au sein jusqu'à l'âge de 2 ans, voire plus^{2,3}.

La mise au sein précoce – le fait de mettre le nouveau-né au sein pendant la première heure de vie – est essentielle pour la survie du nouveau-né et pour l'établissement de l'allaitement à long terme. Lorsque l'allaitement est retardé après la naissance, les conséquences peuvent mettre la vie du nourrisson en danger, et plus on le laisse attendre, plus le risque est grand.

L'amélioration des pratiques d'allaitement pourrait sauver tous les ans la vie de plus de 800 000 enfants âgés de moins de 5 ans, dont la plupart sont âgés de moins de 6 mois. Outre la survie, on dispose de plus en plus d'éléments de preuves indiquant que l'allaitement stimule le développement cérébral chez l'enfant et lui assure une protection contre le surpoids et l'obésité. La mère tire également de l'allaitement d'importants avantages pour sa santé, dont un plus faible risque de cancer du sein, de cancer de l'ovaire et de diabète de type 2⁴. La protection salvatrice de l'allaitement est particulièrement importante dans des situations de crise humanitaire où l'accès à une eau salubre, à des installations sanitaires adéquates et à des services de base est souvent limité.

Le présent rapport dresse le tableau de la situation mondiale en ce qui a trait à la mise au sein précoce et décrit les tendances observées dans ce domaine au cours des 10 dernières années. Se fondant sur une analyse des taux de mise au sein précoce chez les bébés mis au monde par des accoucheurs qualifiés, il décrit les principales conclusions tirées et examine les facteurs qui favorisent ou entravent l'instauration précoce de l'allaitement. Il indique les principales leçons tirées des pays où les taux de mise au sein précoce se sont améliorés ou détériorés et se conclut par une série de recommandations en matière de politiques et de programmes.

Pourquoi la mise au sein précoce est-elle importante ?

Au chapitre de l'allaitement, le facteur temps est déterminant. Les nouveau-nés qui sont mis au sein de leur mère pendant leur première heure de vie sont plus susceptibles de survivre, tandis que ceux qu'on laisse attendre sont exposés à des conséquences potentiellement mortelles. En effet, plus un nouveau-né doit attendre avant ce premier contact crucial avec sa mère, plus son risque de décès est grand.

Selon une récente méta-analyse de cinq études menées dans quatre pays, portant sur plus de 130 000 nouveau-nés nourris au sein, ceux qui ont commencé à être allaités entre 2 et 23 heures après leur naissance présentaient un risque de décès de 33 % supérieur à celui des nourrissons mis au sein pendant l'heure ayant suivi leur naissance. Chez les nouveau-nés mis au sein 24 heures ou plus après leur naissance, le risque était plus de deux fois plus élevé (*voir la figure 1*)⁵. L'effet protecteur de la mise au sein précoce se manifestait indépendamment du fait que les enfants aient été exclusivement nourris au sein ou non.

Les enfants qui ne sont pas mis au sein dans l'heure qui suit la naissance sont également exposés à un risque plus élevé d'infections courantes. Dans une étude portant sur plus de 4000 enfants en Tanzanie, le démarrage tardif de l'allaitement était associé à un risque accru de toux et à un risque de difficultés respiratoires au cours des six premiers mois de vie de près de 50 % supérieur, comparativement aux nouveau-nés dont l'allaitement était intervenu pendant la première heure suivant leur naissance⁶.

Lorsqu'ils naissent, les bébés sont prêts à être nourris au sein. Le réflexe inné de succion permet au nouveau-né de téter, d'avaler et de se nourrir immédiatement après la naissance. La mise au sein d'un nouveau-né nécessite un contact peau à peau et cette proximité entre la mère et le bébé dans les moments qui suivent l'accouchement

procure des avantages à court terme aussi bien qu'à long terme. Le contact immédiat peau à peau contribue à régulariser la température corporelle du nouveau-né et permet à son organisme d'être peuplé de bactéries bénéfiques provenant de l'épiderme de la mère. Ces « bonnes » bactéries assurent une protection contre les maladies infectieuses et contribuent au renforcement du système immunitaire du bébé⁷.

La tétée déclenche chez la mère la libération de prolactine, une importante hormone qui stimule la production de lait et aide à assurer un approvisionnement alimentaire continu au nouveau-né⁸. Le lait maternel ingéré par les nouveau-nés pendant les quelques premiers jours de vie – appelé colostrum – est extrêmement riche en éléments nutritifs et en anticorps et fait office de premier « vaccin » pour l'enfant, lui procurant un bouclier de protection vital contre les maladies et la mort.

Il a été démontré que le contact peau à peau aussitôt après la naissance et jusqu'à la fin du premier allaitement prolonge la durée de l'allaitement, accroît la probabilité que le bébé soit allaité pendant ses premiers mois de vie, et pourrait également contribuer à une expansion de la pratique de l'allaitement exclusif⁹.

Le début de l'allaitement pendant l'heure qui suit l'accouchement n'est pas une mince affaire : on ne saurait attendre de la mère qu'elle y parvienne seule. La mère a besoin d'un soutien adéquat et d'être guidée sur la façon de positionner et de nourrir son nouveau-né. Les soins appropriés au nouveau-né et à la mère dans les moments qui suivent la naissance jouent un rôle décisif non seulement pour que l'allaitement débute, mais aussi qu'il se poursuive avec succès. Bien qu'une faible proportion de femmes ne puisse pas allaiter pour des raisons médicales, la plupart des mères ont simplement besoin du bon soutien au bon moment pour faire en sorte que l'allaitement prenne rapidement un bon départ.



Pour les nouveau-nés, chaque minute compte

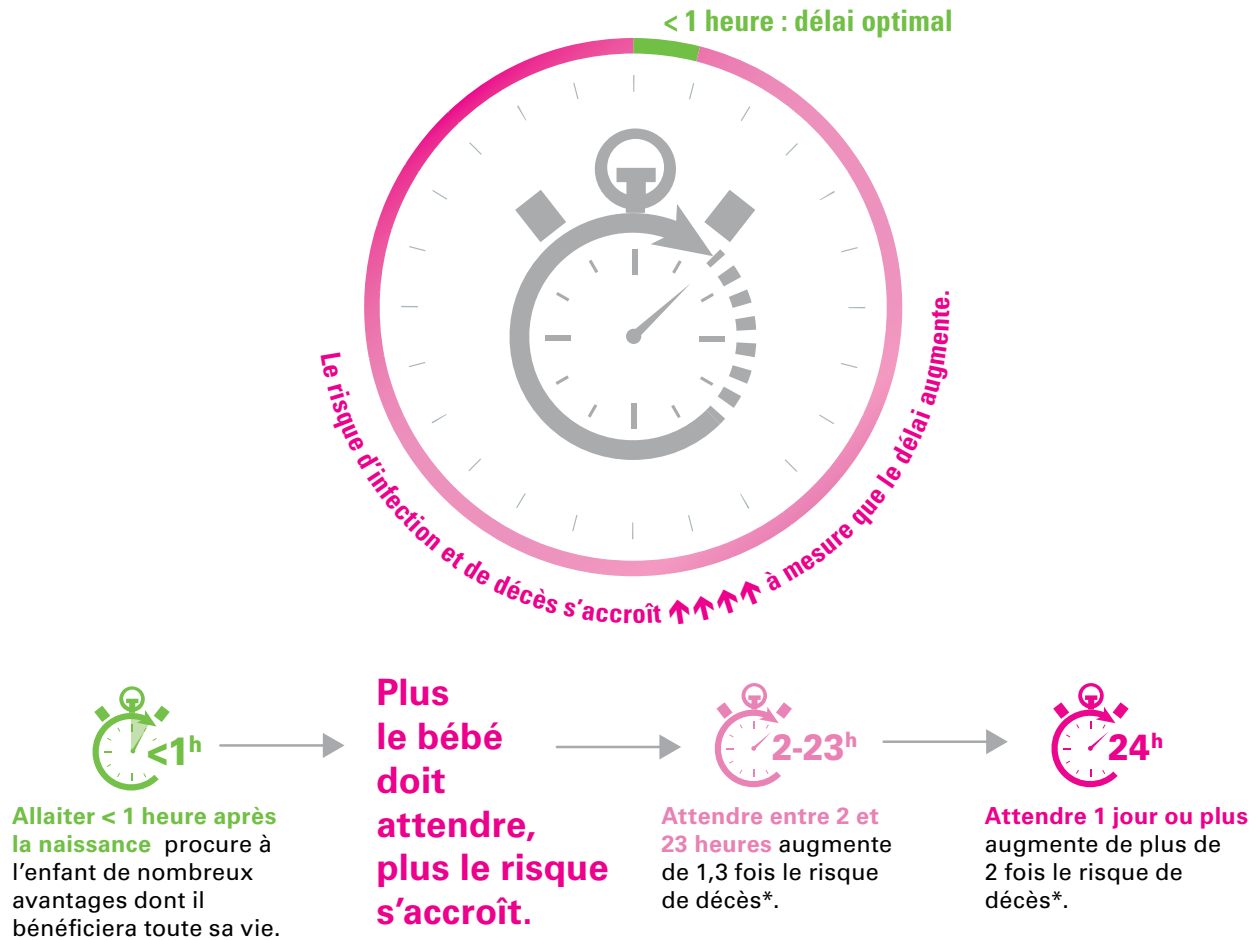


Figure 1. Représentation visuelle des données relatives à l'importance de mettre le bébé au sein dans l'heure qui suit sa naissance.

Source : Smith, Emily R., et al., « Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta analysis », *PLoS ONE*, vol. 12, n° 7, 25 juillet 2017.

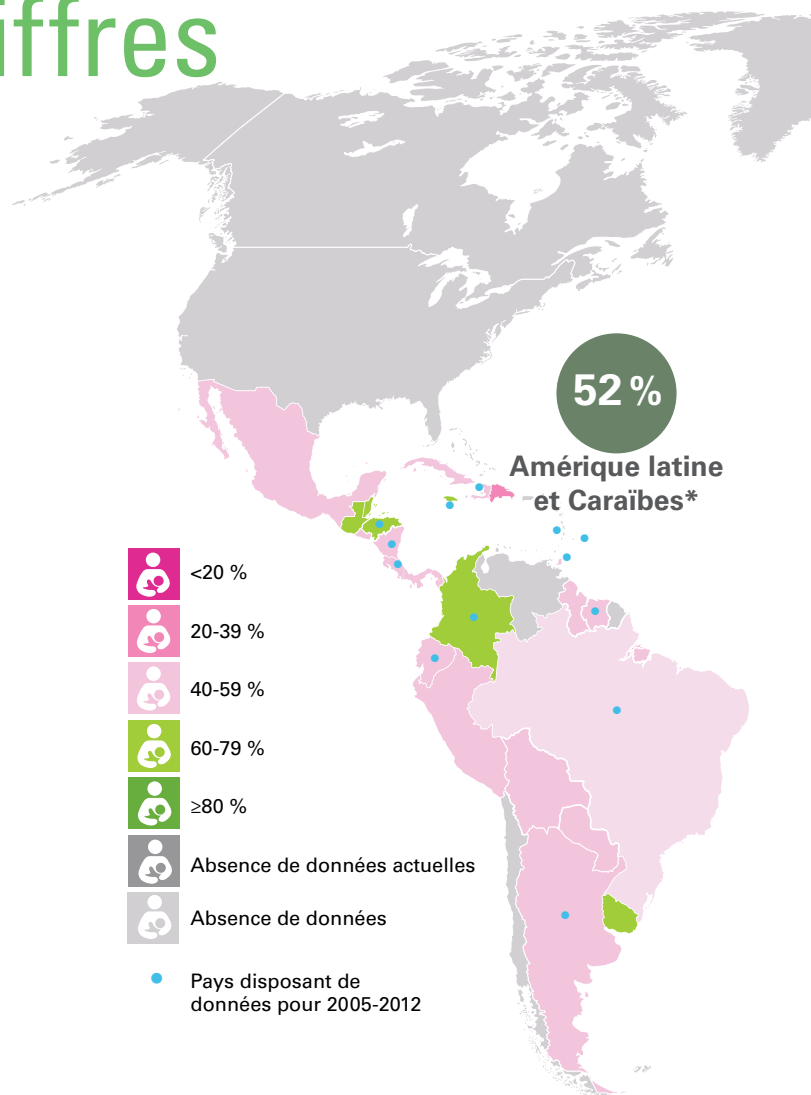
La mise au sein précoce en chiffres

Ce que révèlent les données mondiales et régionales

La plupart des nouveau-nés du monde doivent attendre trop longtemps avant d'être allaités. En 2017, on estimait à 78 millions le nombre de nouveau-nés ayant attendu plus d'une heure avant d'être mis au sein. Cela signifie qu'environ deux enfants sur cinq seulement (42 %), la plupart nés dans des pays à revenus faible et intermédiaire, étaient allaités pendant l'heure qui suit la naissance. Bien que cela représente une légère amélioration par rapport aux 37 % enregistrés en 2005, les progrès sont lents.

Les taux de mise au sein précoce varient énormément d'une région à l'autre : de 35 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord à 65 % en Afrique de l'Est et australe (voir la figure 2). On ne dispose d'aucune estimation pour les pays d'Amérique du Nord ou d'Europe de l'Ouest (voir l'encadré 1), ce qui met en évidence une absence préoccupante de données dans bon nombre de pays à revenu élevé.

Bien que les taux de mise au sein précoce varient considérablement d'une région à l'autre, on ne constate aucune différence notable dans ces taux, à l'échelle mondiale, en fonction du sexe de l'enfant, de la zone de résidence (rurale ou urbaine) ou de la richesse du ménage.



À l'échelle mondiale, seuls deux nouveau-nés sur cinq sont mis au sein dans l'heure qui suit la naissance.

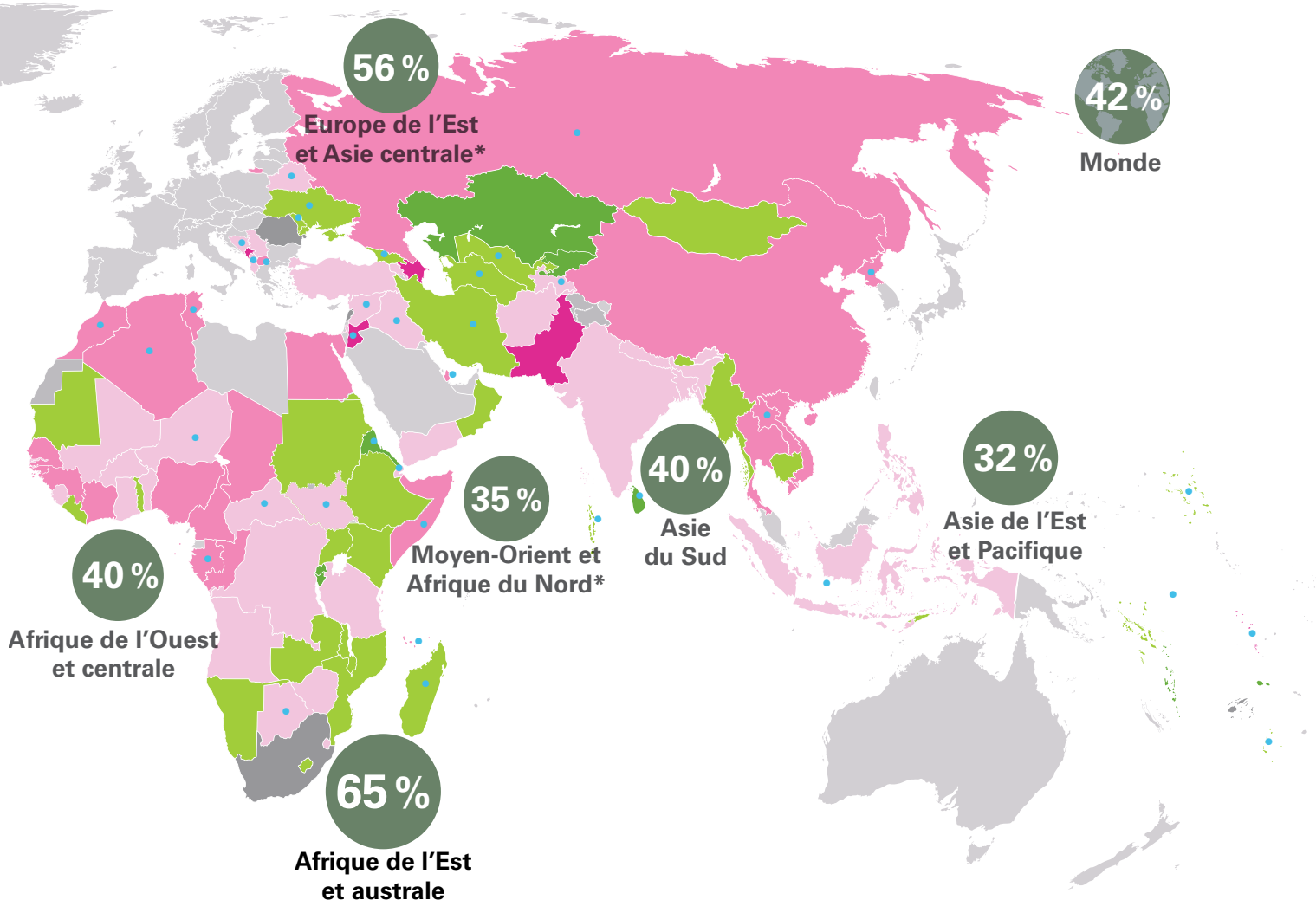


Figure 2. Pourcentage de nouveau-nés mis au sein pendant l'heure qui suit la naissance, par pays et par région, 2017.

Source : Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2018. Pour des remarques supplémentaires sur les données, voir l'annexe 3.



ENCADRÉ 1

Le début de l'allaitement dans les pays à revenu élevé

La mise au sein précoce est bénéfique pour tous les nouveau-nés, peu importe l'endroit où ils vivent. Or, de nombreux pays à revenu élevé ne font pas le suivi de cet important indicateur de la nutrition des enfants.

À l'échelle mondiale, les taux de mise au sein précoce sont suivis par le biais des données d'enquêtes sur les ménages telles que les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS). Ces enquêtes à grande échelle évaluent ces taux en demandant aux mères d'enfants âgés de moins de 2 ans si leur enfant cadet a été allaité dans l'heure qui suivait sa naissance ou plus tard. De nombreux pays à revenu faible et intermédiaire mènent des enquêtes de ce genre auprès des ménages tous les quatre à cinq ans.

Dans bien des pays à revenu élevé, l'allaitement est suivi au moyen des registres hospitaliers et d'autres systèmes de données, mais les informations à ce sujet ne sont pas recueillies selon des indicateurs mondiaux standard (comme l'allaitement pendant la première heure de vie) et ne sont donc pas comparables à l'échelle internationale.

Bien qu'il ne soit pas possible de rendre compte des taux de mise au sein précoce dans la majorité des pays à revenu élevé, nous pouvons présenter des données sur le nombre d'enfants qui n'ont jamais été allaités au sein. Dans les pays à revenu élevé, 21 % des enfants ne sont jamais allaités, comparativement à 4 % seulement des enfants dans les pays à revenu faible et intermédiaire¹⁰. Ce large écart signifie que 2,6 millions d'enfants dans les pays à revenu élevé sont entièrement privés des avantages de l'allaitement maternel.

Les obstacles et les occasions manquées

Pourquoi ne laisse-t-on pas certains nouveau-nés se nourrir au sein pendant la première heure de vie et quels sont les obstacles à cet égard ? Dans certains cas, des pratiques désuètes dans des établissements de santé ont pour effet que les mères et les bébés sont séparés aussitôt après la naissance et que le soutien et les conseils sur l'allaitement optimal sont limités. Dans d'autres cas, le manque de connaissances sur l'allaitement après une césarienne, ou des pratiques culturelles qui incitent à nourrir le nouveau-né avec d'autres aliments ou liquides, peuvent retarder le premier contact crucial du bébé avec sa mère¹¹.

Dans le contexte des programmes de santé publique et de nutrition, les occasions manquées sont les moments où les mères et les enfants ne font pas l'objet d'interventions vitales en dépit du fait qu'ils sont en contact avec un prestataire de soins de santé. Aujourd'hui, le nombre de naissances qui ont lieu dans des établissements de santé avec l'aide d'accoucheurs qualifiés est plus élevé que jamais auparavant. Pourtant, la plupart des nouveau-nés ne sont toujours pas allaités pendant l'heure qui suit la naissance. Ces faibles taux mondiaux de mise au sein précoce sont le reflet d'une immense occasion manquée à l'échelle planétaire.

Les accoucheurs qualifiés

La présence d'un soignant qualifié à la naissance est d'une importance capitale pour la survie et le bien-être de la mère et de l'enfant et elle constitue une mesure de la qualité des soins reçus. Les contacts de la mère avec des prestataires de soins de santé qualifiés pendant la grossesse et l'accouchement peuvent lui procurer le soutien dont elle a besoin pour appliquer les pratiques d'allaitement recommandées, dont la mise au sein une heure ou moins après la naissance.

À l'échelle mondiale, la proportion d'accouchements avec l'assistance d'un accoucheur qualifié est passée d'un peu plus de 60 % en 2000 à près de 80 % en 2016¹². En dépit de la possibilité qu'ont les accoucheurs qualifiés d'encourager une mise au sein précoce, cela ne se passe pas toujours ainsi dans la réalité. Un rapport publié en 2016 par l'UNICEF, intitulé *Dès la première heure de vie*, a montré que la présence d'un médecin, d'un infirmier ou d'une sage-femme ne favorisait pas un début rapide de l'allaitement dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. En Europe et en Asie centrale, par exemple, où les accouchements se déroulent presque tous avec le soutien de soignants qualifiés, seuls 65 % des nouveau-nés mis au monde par un prestataire de soins qualifié ont commencé à être nourris au sein pendant la première heure de leur vie. En Asie du Sud, le taux de mise au sein précoce en présence d'un soignant qualifié était beaucoup plus bas, à 34 %¹³.

Selon les constatations d'une étude des données les plus récentes (de 2010 à 2017) sur l'assistance à l'accouchement et le début rapide de l'allaitement dans 74 pays, les taux de mise au sein précoce étaient relativement comparables, que le nouveau-né ait été mis au monde avec l'aide d'un soignant qualifié ou non. Seuls 48 % des nouveau-nés mis au monde par un accoucheur qualifié et 44 % des nouveau-nés mis au monde par un accoucheur non qualifié ont été allaités pendant la première heure de vie.

Ces constats sont révélateurs d'occasions manquées. Les accoucheurs qualifiés ont un grand potentiel pour encourager les mères à allaiter aussitôt après la naissance, mais une meilleure formation et un meilleur soutien sont nécessaires pour les aider à saisir les occasions que représentent ces moments cruciaux.

Les taux de mise au sein précoce ne se sont significativement améliorés que dans le groupe de pays ayant enregistré une forte augmentation du nombre d'accouchements en établissement de santé.

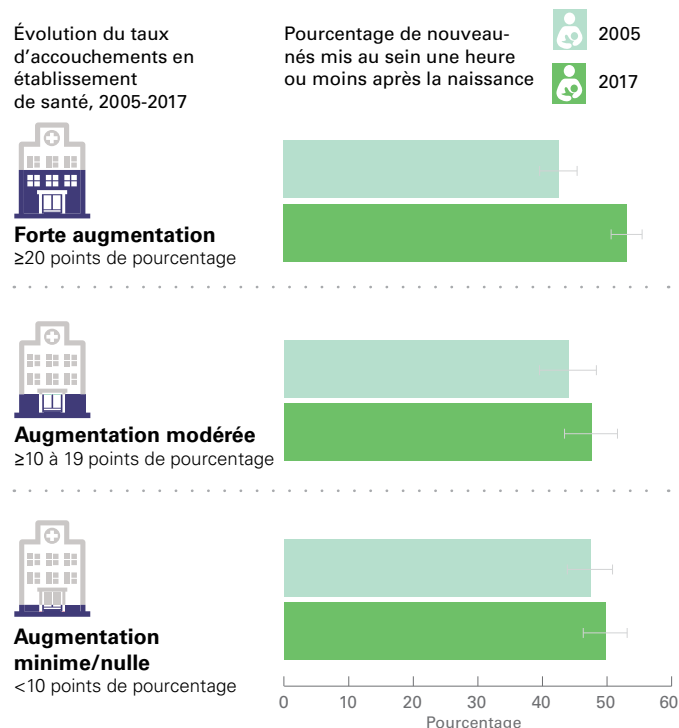


Figure 3. Tendances du pourcentage de nouveau-nés mis au sein une heure ou moins après la naissance, selon l'évolution du taux d'accouchements en établissement de santé, 2005 et 2017. Les traits horizontaux sur les barres représentent les intervalles de confiance.

Source : Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2018. Pour des remarques supplémentaires sur les données, voir l'annexe 3.

Les accouchements en établissement de santé

Au cours de la dernière décennie, le taux mondial d'accouchements dans des établissements de santé a progressé, si bien qu'à présent, les trois quarts de tous les accouchements (75 %) ont lieu dans de tels établissements. Ces accouchements s'opèrent dans des installations telles qu'une maternité ou un hôpital et se déroulent habituellement sous la surveillance d'un accoucheur qualifié, ce qui indique le respect d'une certaine norme en matière de soins. Toutefois, aider les mères à allaiter leur bébé n'est pas toujours une intervention courante après la naissance et l'augmentation des accouchements en établissement de santé ne s'est pas toujours traduite par des améliorations du taux de mise au sein précoce.

Dans un sous-ensemble de 58 pays pour lesquels on dispose de données sur les tendances relatives au lieu d'accouchement et au taux d'allaitement précoce, l'augmentation du nombre d'accouchements en établissement de santé (de 53 % en 2005 à 71 % en 2017) est plus forte que la hausse du taux de mise au sein précoce pour la même période (de 45 % à 51 %). Ces chiffres témoignent d'une occasion manquée de soutenir les mères et les nouveau-nés pour que l'allaitement débute immédiatement après la naissance.

La seule amélioration notable des taux de mise au sein précoce depuis 2005 est survenue dans le groupe de pays où les accouchements en établissement se sont accrus de plus de 20 points de pourcentage (voir la figure 3). La hausse du taux dans ce groupe est principalement imputable aux pays à faible revenu, qui ont enregistré une augmentation de 15 points de pourcentage, comparativement à une hausse de huit points de pourcentage dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.



Bien que cette augmentation soit importante, le taux de mise au sein précoce dans les pays où le nombre d'accouchements en établissement de santé est en hausse demeure malheureusement faible, seule la moitié des nouveau-nés étant allaités pendant la première heure de vie.

L'effet de la hausse du taux d'accouchements en établissement de santé sur le taux de mise au sein précoce dépend des politiques nationales et des politiques des établissements en ce qui a trait aux soins des mères et des nouveau-nés, ainsi que des compétences et de l'engagement des professionnels de la santé qui travaillent dans ces établissements. L'augmentation des accouchements en établissement peut améliorer le taux de mise au sein précoce lorsque les politiques nationales ou celles de l'établissement mettent l'accent sur le contact peau à peau immédiat et font en sorte que des membres qualifiés du personnel soient sur place pour dispenser un soutien. Cependant, l'accroissement des accouchements en établissement peut aussi avoir un effet négatif sur le taux de mise au sein précoce si les membres du personnel n'ont pas reçu la formation nécessaire et si les établissements continuent d'appliquer des politiques désuètes qui érigent des obstacles à l'allaitement, par exemple, la séparation du nouveau-né et de la mère sans cause médicale ou l'alimentation régulière des nouveau-nés avec des liquides ou des aliments¹⁴.

Les accouchements par césarienne

À l'échelle mondiale, les accouchements par césarienne sont passés d'une moyenne de 13 % en 2005 à plus de 20 % en 2017. Toutes les régions ont connu une forte hausse des taux de césarienne, sauf l'Afrique subsaharienne, où ces taux sont demeurés relativement stables¹⁵.

L'accès à un accouchement par intervention chirurgicale, lorsqu'il est médicalement nécessaire, est un moyen vital d'assurer des mises au monde sans risque tant pour les bébés que pour les mères. Cependant, le taux croissant de césariennes de convenance à l'échelle

mondiale a eu des conséquences sur le taux de mise au sein précoce. Plusieurs études ont montré qu'une intervention chirurgicale peut réduire la probabilité d'un contact immédiat peau à peau et du début rapide de l'allaitement^{16,17,18}. Selon une étude, les femmes qui finissaient par accoucher par césarienne après l'échec du travail étaient plus susceptibles de commencer à allaiter pendant la première heure suivant la naissance que les femmes ayant accouché par nouvelle césarienne planifiée^{*,19}.

Une analyse des facteurs clés liés au taux de mise au sein précoce pour les bébés mis au monde par un accoucheur qualifié montre que le type d'accouchement peut avoir un effet considérable sur le moment où le nouveau-né commence à être allaité. Systématiquement, dans les 51 pays étudiés, le taux de mise au sein précoce des bébés nés par accouchement vaginal était plus de deux fois supérieur à celui des bébés nés par césarienne (*voir la figure 4*). Une différence statistiquement significative a été constatée dans tous les 51 pays étudiés, sauf quatre.

Ces constatations sont préoccupantes parce que le contact peau à peau immédiat et le début de l'allaitement sont particulièrement importants pour les bébés nés par césarienne. Le contact étroit entre la mère et le bébé protège le nouveau-né grâce aux « bonnes » bactéries du corps de la mère – étape d'une importance cruciale dans le développement de la santé intestinale et du système immunitaire du bébé²⁰. Lors d'un accouchement vaginal, ce processus se produit vraisemblablement dans la filière pelvigénitale. Des données indiquent que le contact épidermique immédiat ou rapide après une césarienne peut contribuer à accroître la mise au sein précoce et à réduire le temps écoulé avant le premier allaitement²¹.

Avec un soutien approprié, la plupart des bébés nés par césarienne peuvent être mis au sein dans la première heure après la naissance. Cependant, dans la pratique, les femmes qui accouchent par césarienne se heurtent

* On entend par « nouvelle césarienne » une césarienne chez une femme qui a déjà accouché auparavant par césarienne.

Dans presque tous les pays, le taux de mise au sein précoce est nettement plus bas chez les bébés nés par césarienne.



Figure 4. Pourcentage de nouveau-nés mis au sein une heure ou moins après la naissance, par type d'accouchement (vaginal ou par césarienne) et par pays, 2017.

Source : Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2018. Pour des remarques supplémentaires sur les données, voir l'annexe 3.

souvent à d'importantes difficultés en ce qui touche le premier allaitement, parmi lesquelles on compte la gestion des effets de l'anesthésie, le rétablissement de la chirurgie et l'obtention d'une aide pour tenir le bébé de façon sûre.

Les principales mesures pour faciliter le contact peau à peau et le début de l'allaitement immédiatement après la naissance comprennent l'adoption de politiques et d'un protocole appropriés par le centre ou l'unité de maternité, le perfectionnement des compétences du personnel et la mise à contribution du père pour assurer une aide à l'allaitement²².

Les autres aliments ou liquides

Le fait de donner aux nouveau-nés des aliments ou liquides dès les premiers jours de vie est courant dans bien des régions du monde et est souvent lié à des normes culturelles, à des pratiques familiales et à des politiques et procédures du système de santé qui ne reposent pas sur des preuves scientifiques. Ces pratiques et procédures varient d'un pays à l'autre et peuvent consister, entre autres, à jeter le colostrum, à demander à un membre âgé de la famille de donner au bébé un aliment ou un liquide spécifique, par exemple du miel,

Le taux de mise au sein précoce est près de deux fois plus élevé chez les nouveau-nés nourris exclusivement au lait maternel que chez ceux qui reçoivent un complément alimentaire à base de lait pendant les trois premiers jours de vie

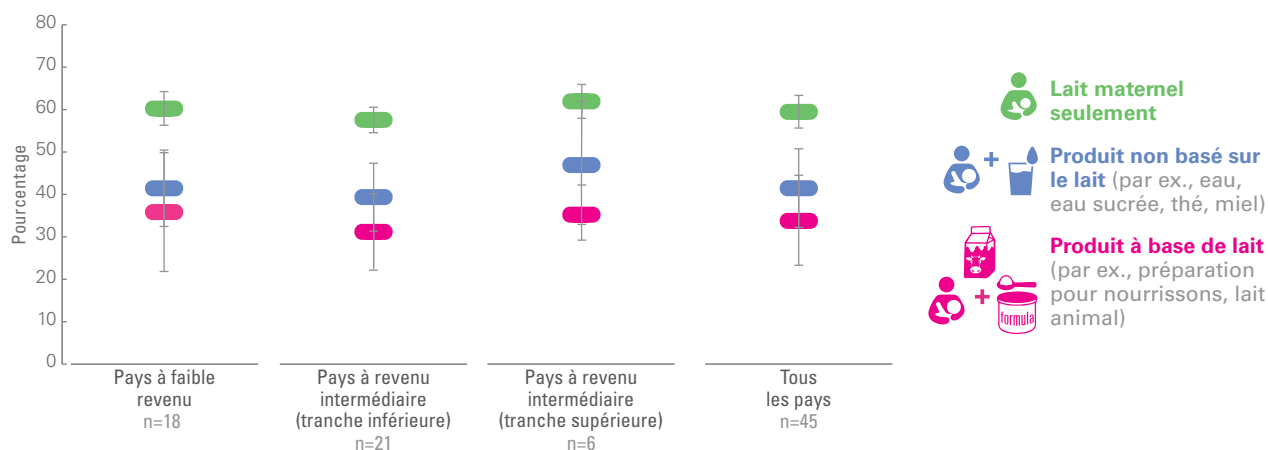


Figure 5. Pourcentage de nouveau-nés mis au sein dans l'heure qui suit la naissance, par type d'aliment reçu au cours des trois premiers jours de vie, et par groupe de pays en fonction du revenu, selon la classification de la Banque mondiale, 2017.

Source : Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2018. Pour des remarques supplémentaires sur les données, voir l'annexe 3.



ou à laisser un professionnel de santé accomplir la tâche habituelle de nourrir le bébé avec un liquide spécifique comme de l'eau sucrée ou une préparation pour nourrissons. Ces pratiques peuvent retarder l'important premier contact du nouveau-né avec sa mère^{23,24,25}.

La figure 5 montre que, parmi les nouveau-nés qui ont reçu des liquides à base de lait au cours des trois premiers jours suivant la naissance, près de deux bébés sur trois ont dû attendre une heure ou plus avant d'être mis au sein pour la première fois. Cette constatation est basée sur une analyse de 51 pays à l'égard desquels on disposait de données sur la première mise au

sein et sur l'ingestion de liquides et d'aliments autres que le lait maternel. Inversement, près de 60 % des nouveau-nés ayant été exclusivement nourris au lait maternel pendant les premiers jours de vie ont été mis au sein pendant la première heure après la naissance. Les taux de mise au sein précoce étaient légèrement supérieurs chez les nouveau-nés ayant reçu des aliments à base d'eau par rapport à ceux ayant reçu d'autres aliments ou liquides, mais ils demeuraient notablement inférieurs à ceux des nouveau-nés ayant reçu uniquement du lait maternel.



Ouvrir la voie à l'allaitement maternel

Il est nécessaire de mieux institutionnaliser la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement dans les établissements de maternité, particulièrement pendant les premiers jours de vie.

Un examen systématique de l'initiative Hôpitaux amis des bébés, ou IHAB, dans 19 pays a montré que l'adhésion aux *Dix étapes pour un allaitement réussi* énoncées par l'IHAB peut accroître le taux d'allaitement maternel, y compris la mise au sein précoce (*voir encadré 2*). Le fait d'éviter de donner au nouveau-né des liquides ou des aliments autres que le lait maternel (étape n° 6) a joué un rôle déterminant dans les résultats fructueux en matière d'allaitement. Cela peut être attribuable aux effets adverses des aliments autres que le lait maternel sur la réussite de l'allaitement, ou encore au fait que cette étape nécessite l'application de mesures antérieures, notamment la mise en place d'une politique en faveur de l'allaitement et de la mise au sein du nouveau-né pendant la première heure de vie²⁶.

Il peut être difficile d'apprendre à allaiter, en particulier pendant les premiers moments qui suivent la naissance. Toutefois, la mise en place de politiques et de programmes appropriés et la présence de soignants qualifiés permettent la constitution d'un solide réseau de soutien pour

les mères. En 2015, une étude systématique se doublant d'une méta-analyse a cerné les facteurs liés aux politiques et programmes qui accroissent les chances d'adoption de pratiques d'allaitement optimales, dont la mise au sein dans l'heure qui suit la naissance²⁷. Les chercheurs ont constaté qu'une combinaison d'interventions avait le plus grand impact sur la mise au sein précoce et entraînait une forte augmentation (85 %) des taux. Ces interventions concernaient l'environnement à la maison et le milieu familial (le soutien par les pairs, les services de conseil individuels, les consultations à domicile ou par téléphone et le soutien à domicile offert par le père ou un grand-parent) ainsi que les systèmes et services de santé (dont l'IHAB). L'accès à des soins prénatals, dans le cadre desquels les mères reçoivent des conseils sur le premier allaitement, a également un effet positif sur la mise au sein précoce^{28,29,30,31}. Plus la mère reçoit de visites prénatales et de soins prénatals professionnels, plus il est probable qu'elle commencera à allaiter son bébé dans l'heure qui suit la naissance.

ENCADRÉ 2 :

L'initiative Hôpitaux amis des bébés

L'initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB), lancée en 1991 et actualisée en 2018, assure une protection, une promotion et un soutien adéquats de l'allaitement dans les établissements qui offrent des soins aux mères et aux nouveau-nés. Les *Dix étapes pour un allaitement réussi* de l'IHAB jouent un rôle déterminant dans la généralisation

de la mise au sein précoce et le soutien de pratiques d'allaitement optimales. Les directives actualisées de l'IHAB soulignent l'importance d'intégrer les dix étapes à d'autres initiatives pour améliorer la qualité des soins périnataux et elles encouragent les pays à assurer une couverture universelle et durable des interventions en matière d'allaitement.



Dix étapes pour un allaitement réussi

(version actualisée, 2018)

Procédures de gestion d'importance majeure

- 1a. Respecter intégralement le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé (le Code).
- 1 b. Adopter une politique écrite relative à l'alimentation des nourrissons et la communiquer systématiquement au personnel et aux parents.
- 1c. Établir des systèmes permanents de surveillance et de gestion des données.
2. Veiller à ce que le personnel possède les connaissances, les compétences et les aptitudes nécessaires pour favoriser l'allaitement.

Pratiques cliniques clés

3. Discuter de l'importance de la gestion de l'allaitement avec la femme enceinte et les membres de sa famille.
4. Faciliter le contact peau à peau immédiat et ininterrompu et aider la mère à commencer à allaiter le nouveau-né le plus tôt possible après la naissance.
5. Aider la mère à entreprendre et poursuivre l'allaitement et à gérer les difficultés courantes.
6. N'offrir aucun aliment ni liquide autre que le lait maternel au nouveau-né allaité au sein, sauf indication médicale.
7. Permettre à la mère et à son nouveau-né de rester ensemble et de pratiquer la cohabitation 24 heures par jour.
8. Aider la mère à reconnaître les signaux du bébé indiquant qu'il a besoin d'être allaité et à y répondre.
9. Conseiller la mère sur les inconvénients des biberons, des tétines et des sucettes.
10. Coordonner la sortie de l'établissement de santé de sorte que les parents et le nourrisson aient accès en temps voulu à un soutien et à des soins continus.



Les enseignements tirés de l'expérience des pays

Le suivi de la performance des programmes d'allaitement à l'échelle des pays fournit des indications des réussites et des défis liés à l'augmentation du taux de mise au sein précoce. Les exemples donnés ci-dessous, tirés de l'expérience des bureaux de pays de l'UNICEF, offrent d'importants enseignements aux pays.

Au **Cambodge**, une hausse du taux de mise au sein précoce, de 6 % en 1998 à 63 % en 2014, semble avoir été le fruit de campagnes de sensibilisation et de promotion au sein des collectivités ainsi que d'investissements dans l'amélioration de la qualité des soins périnataux. Le pourcentage d'accouchements par des accoucheurs qualifiés est passé de 44 % en 2005 à 89 % en 2014 et les accouchements en établissement, de 22 % à 83 % au cours de la même période. Entre 2000 et 2010, l'utilisation d'aliments pendant les trois premiers jours après la naissance a considérablement chuté, passant de 93 % à 15 % dans les établissements publics, de 91 % en 2000 à 34 % en 2010 dans les établissements privés et de 94 % à 21 % dans le cas des accouchements à domicile³².

En **République dominicaine**, le taux de césariennes a presque doublé, passant de 31 % en 2002 à 58 % en 2014 et le taux de

mise au sein précoce a diminué, passant de 62 % à 38 %, au cours de la même période. Depuis 2014, le Ministère de la santé et ses partenaires ont apporté un soutien accru à l'initiative « De bons soins pour les mères et les nouveau-nés », qui intègre la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel dans le cadre d'interventions fondées sur des données probantes qui visent à réduire les décès évitables chez les mères et les nouveau-nés. La surveillance du respect des normes de l'IHAB et du Code présente des difficultés, particulièrement dans les établissements privés, où ont lieu environ 40 % des accouchements et où 86 % des accouchements se font par césarienne.

En **Égypte**, le taux de césariennes a plus que doublé entre 2005 et 2014, passant de 20 % à 52 %. Au cours de la même période, le taux de mise au sein précoce a décru, passant de 40 % à 27 %. Un soutien au début précoce de l'allaitement existe dans les établissements qui appliquent les critères de l'IHAB, où le personnel est formé et où les pratiques sont surveillées ; toutefois, de nombreux établissements ne sont pas amis des bébés et manquent de personnel qualifié et de systèmes de surveillance adéquats.

Au **Monténégro**, les pratiques standard après l'accouchement comprennent une période d'observation de deux heures pendant laquelle le nouveau-né n'est habituellement pas mis au sein. Le taux de césariennes est passé de 12 % en 2007³³ à 20 % en 2013³⁴ et le taux de mise au sein précoce a diminué de 25 % en 2005 à 14 % en 2013³⁵. Le gouvernement et ses partenaires s'emploient actuellement à renforcer les capacités des professionnels de la santé en mettant particulièrement l'accent sur l'allaitement maternel. La promotion de l'allaitement et des hôpitaux amis des bébés s'effectue aussi par l'intermédiaire des médias sociaux. Des plans sont en voie d'élaboration pour l'institution à brève échéance d'un programme national conforme aux normes de l'IHAB dans toutes les maternités du pays.

Au **Rwanda**, la proportion des accouchements assistés par des accoucheurs qualifiés a grimpé de 39 % en 2005 à 91 % en 2014 et presque toutes les naissances dans les établissements de santé sont survenues avec l'assistance d'un accoucheur qualifié. Simultanément, le pays a mené une campagne de communication intensive et soutenue sur les pratiques d'alimentation des nourrissons, portant entre autres sur la mise au sein précoce et sur l'adhésion aux critères de l'IHAB. Cela a entraîné une sensibilisation accrue à l'allaitement maternel chez les décideurs, les dirigeants et les collectivités, ainsi qu'une hausse des investissements dans le renforcement des capacités des agents de santé communautaires en matière de promotion de l'allaitement. Le Rwanda compte maintenant 45 000 agents de santé communautaires qui conseillent les mères sur les pratiques adéquates d'alimentation et les accouchements sans risque. Le taux de mise au sein précoce a également progressé, passant de 64 % en 2005 à 81 % en 2014. Entre 2010 et 2013, le taux de césariennes a presque

doublé, de 7 % à 15 %, mais cela n'a pas eu de répercussions sur la mise au sein précoce. Cette constatation met en évidence l'efficacité de l'institution d'un cadre de professionnels de santé bien formés pour favoriser un début précoce de l'allaitement.

En **Serbie**, le taux de mise au sein précoce a régulièrement diminué, passant de 17 % en 2005 à un peu moins de 8 % en 2010. À la suite de cette constatation, le gouvernement a pris des mesures pour améliorer la qualité des soins périnataux et le Ministère de la santé et ses partenaires ont renforcé leur appui à l'IHAB, ont engagé des discussions avec les néonatalogistes à propos de l'amélioration de l'IHAB, ont organisé des événements à l'intention des pédiatres et d'autres spécialistes et ont collaboré avec les groupes de soutien des mères. En 2014, le taux de mise au sein précoce était passé à 51 % dans le pays. En 2017, la Serbie avait intégré les critères de l'IHAB à ses normes d'accréditation des établissements hospitaliers, rendant ainsi le programme plus durable et plus facile à étendre à la couverture universelle.

Au **Viet Nam**, le taux de mise au sein précoce a diminué de 44 % en 2006 à 27 % en 2014, dans un contexte où presque tous les accouchements avaient lieu en établissement de santé (le taux a atteint 94 % en 2014, alors que le taux de césariennes est passé de 10 % en 2002 à 28 % en 2014). En réponse, le Ministère de la santé a approuvé en novembre 2016 des *Directives pour les soins essentiels à la mère et au nouveau-né durant et aussitôt après une césarienne*³⁶. Les directives mettent l'accent sur le contact peau à peau aussitôt après la naissance et l'aide à la mise au sein pendant la première heure de vie.



Que reste-t-il à faire ?

Assurer une mise au sein peu après la naissance à tous les nouveau-nés nécessite l'intervention d'une multiplicité d'acteurs dont, en particulier, les gouvernements, les établissements de santé et les agents de santé.

Trop de nouveau-nés ne sont pas mis au sein dans l'heure qui suit leur naissance. Bien que l'accès à des installations de maternité et à des accoucheurs qualifiés ait le potentiel d'accroître les chances de survie et de bien-être de l'enfant et de la mère, la qualité des soins prodigués est souvent inadéquate et des occasions manquées laissent beaucoup trop de nouveau-nés en attente du premier contact d'une importance cruciale avec leur mère.

L'introduction précoce d'aliments et de liquides dans le régime alimentaire, de même que les césariennes non indiquées, sont des pratiques inappropriées qui peuvent perturber ou inciter à négliger le soutien à la mise au sein précoce. Les politiques nationales et celles des établissements en faveur de l'allaitement maternel aussitôt après la naissance sont inadéquates et les capacités des accoucheurs qualifiés sont souvent insuffisantes.

Les recommandations pratiques ci-après, applicables dans des contextes de développement et des situations d'urgence humanitaire, se fondent sur le cadre d'interventions stratégiques établi par le Collectif mondial pour l'allaitement maternel en faveur de l'amélioration de l'allaitement³⁷ :

- 1) Accroître le financement** destiné à renforcer la protection, la promotion et le soutien des programmes d'allaitement, notamment pour des interventions ayant une incidence sur la mise au sein précoce.
- 2) Mettre en œuvre dans leur intégralité le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel** et les résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé, en prenant de solides mesures juridiques, appliquées et contrôlées de façon indépendante par des organisations exemptes de conflits d'intérêts. Cela comprend la surveillance de la conformité des professionnels de la santé et des établissements de santé.
- 3) Améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé** en instituant des politiques sur le contact immédiat peau à peau et la mise au sein précoce dans le cadre des politiques nationales sur les soins aux mères et aux nourrissons, et en donnant suite à d'autres recommandations fondées sur des données probantes, notamment celles qui sont formulées dans le document de l'OMS et de l'UNICEF intitulé *Dix étapes pour un allaitement réussi*^{38,39,40,41}. Le soutien à la mise au sein précoce devrait être reflété

dans toutes les politiques relatives aux soins des nouveau-nés et s'étendre à toutes les situations, y compris les accouchements par césarienne, les cas de faible poids à la naissance et les cas de prématurité. Les politiques nationales devraient décourager l'introduction d'aliments ou de liquides dans le régime alimentaire des nouveau-nés nourris au sein durant les premiers jours de vie, à moins que cela ne soit nécessaire pour des raisons médicales. Les gouvernements et les professionnels de la santé doivent unir leurs efforts pour réduire le nombre de césariennes superflues par une combinaison de politiques améliorées et de systèmes d'incitation judicieux.

Le soutien du contact peau à peau et de la mise au sein précoce devrait être intégré à toutes les activités de formation avant l'entrée en fonction des agents de santé, notamment les activités ciblant les médecins, infirmiers, sages-femmes et autres accoucheurs. Le renforcement des capacités en cours d'emploi afin de combler les lacunes sur le plan des connaissances et des compétences doit être soutenu en tant que de besoin.

4) Améliorer l'accès à des services de conseil qualifiés en matière d'allaitement

pour toutes les mères, peu importe l'endroit où elles accouchent. Les professionnels de santé devraient préparer et conseiller les femmes qui accoucheront par césarienne en ce qui a trait à la mise au sein.

5) Renforcer les liens entre les établissements de santé et les collectivités

et favoriser les réseaux communautaires qui protègent, promeuvent et soutiennent l'allaitement maternel. Encourager les mères et les familles à réclamer du soutien pour la mise au sein précoce auprès des accoucheurs au moyen de stratégies de communication

visant la modification des comportements. Mettre en place et soutenir des systèmes de responsabilité sociale dans le cadre desquels les mères et les familles pourront faire des commentaires sur la qualité des soins fournis et exiger des comptes des prestataires de soins.

6) Élaborer des systèmes de surveillance qui permettront d'assurer le suivi de l'évolution des politiques, des programmes et du financement

axés sur l'amélioration du taux de mise au sein précoce. À cette fin, il faudra assurer la disponibilité de données à l'échelon des pays sur la mise au sein précoce et sur les facteurs habilitants tels que le nombre d'établissements de maternité mettant en application les critères des *Dix étapes pour un allaitement réussi*. Les établissements devraient surveiller leurs propres pratiques à cet égard dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité.

Soutenir l'amélioration du taux de mise au sein précoce est une intervention salvatrice qui a le pouvoir de protéger les nouveau-nés au stade où ils sont le plus vulnérables. Lorsque la mère et le nouveau-né prennent un bon départ grâce à la mise au sein précoce, l'allaitement est plus susceptible de se poursuivre, ouvrant ainsi la voie à une relation d'allaitement fructueuse tout au long des premières années cruciales de la vie d'un enfant.

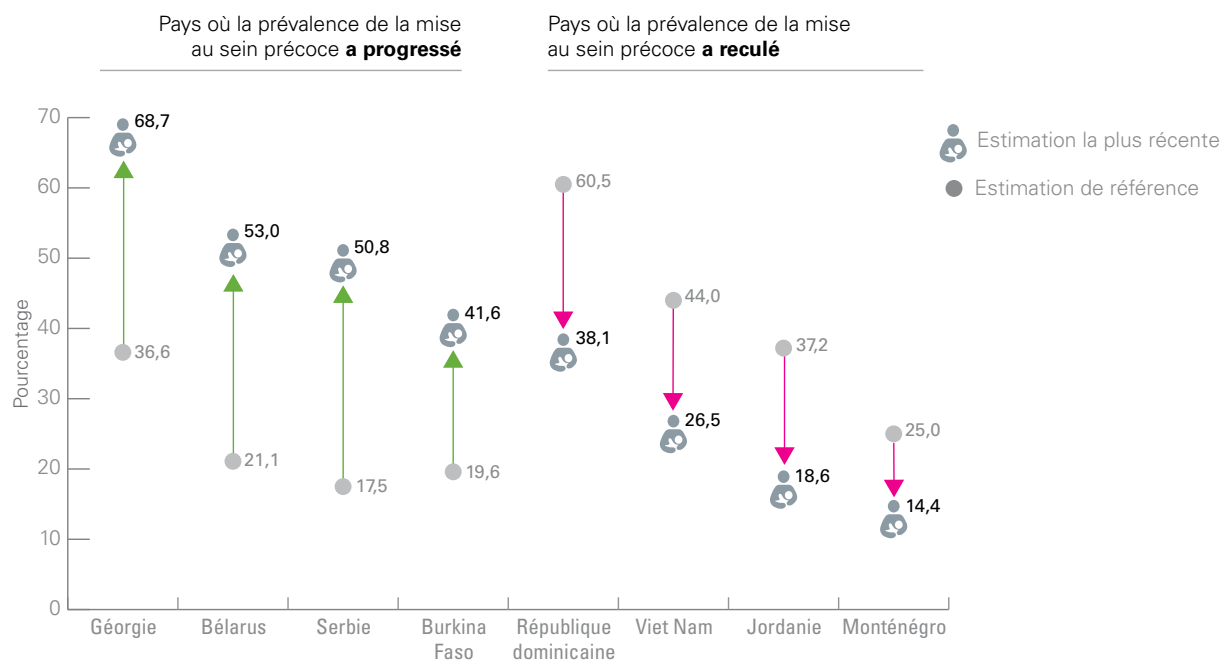
Les gouvernements, les décideurs et les prestataires de soins de santé doivent, ensemble, en faire beaucoup plus afin de protéger, de promouvoir et de soutenir la mise au sein précoce. En renforçant les capacités des agents de santé, en adoptant des politiques de protection et en faisant des mères et des nouveau-nés une priorité, nous pouvons saisir le moment et donner à chaque nouveau-né le meilleur départ possible dans la vie.

Annexes



ANNEXE 1.

Pays où la prévalence de la mise au sein précoce a le plus changé entre 2005 et 2017



Tendances (en pourcentage) de la mise au sein une heure ou moins après la naissance, par pays, vers 2005 et vers 2017.

Source : Bases de données mondiales de l'UNICEF, 2018. Pour des remarques supplémentaires sur les données, voir l'annexe 3.

ANNEXE 2.

Vue d'ensemble des taux de mise au sein précoce, par pays

Pays et territoires	Estimation la plus récente ⁱ			Estimation de référence pour la tendance ⁱⁱ		Catégorie de tendances ⁱⁱⁱ
	Année	Mise au sein précoce (%)	Rang ^{iv}	Année	Mise au sein précoce (%)	
Afghanistan	2015	40,9	57			
Afrique du Sud	2003	61,1				
Albanie	2008	43,4				
Algérie	2012	35,7		2006	49,5	▼
<i>Allemagne</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Andorre</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Angola	2015	48,3	50	2007	54,9	▬
<i>Anguilla</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Antigua-et-Barbuda</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Arabie saoudite</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Argentine	2011	52,7				
Arménie	2015	40,9	58	2005	32,2	▲
<i>Australie</i>	<i>A.d.d.*</i>					

i L'estimation la plus récente est la dernière estimation effectuée depuis 2000 qui est disponible dans la base de données mondiale de l'UNICEF. Les totaux régionaux et les rangs sont uniquement basés sur les pays pour lesquels une estimation récente est disponible (2013-2018). Les tendances sont présentées si un niveau de référence entre 2003 et 2008 était disponible en plus d'une estimation récente (2012-2018).

ii Une estimation de référence est présentée si l'estimation la plus récente a été effectuée pendant la période 2012-2018 et si un niveau de référence était également disponible pour la période 2003-2008 ; données non renseignées dans les autres cas.

iii Les tendances sont présentées pour un sous-ensemble de 77 pays pour lesquels une estimation récente (2012-2018) et un niveau de référence (2003-2008) sont disponibles.

iv Classement basé sur un sous-ensemble de 76 pays pour lesquels des données récentes sont disponibles (2013-2018).

*A.d.d. = absence de données

Légende pour les catégories :

▲ **Augmentation** : hausse de ≥ 8 points de pourcentage

▬ **Changement minime/nul** : changement de < 8 points de pourcentage

▼ **Diminution** : baisse de ≥ 8 points de pourcentage

Pays et territoires	Estimation la plus récente ⁱ			Estimation de référence pour la tendance ⁱⁱ		Catégorie de tendances ⁱⁱ
	Année	Mise au sein précoce (%)	Rang ^{iv}	Année	Mise au sein précoce (%)	
<i>Autriche</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Azerbaïdjan	2013	19,7	74	2006	30,7	▲
<i>Bahamas</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Bahreïn</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Bangladesh	2014	50,8	43	2006	35,6	▲
Barbade	2012	40,3				
<i>Bélarus</i>	<i>2012</i>	53,0		2005	21,1	▲
<i>Belgique</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Belize	2015	68,3	20	2006	50,4	▲
Bénin	2014	46,6	53	2006	54,1	▬
Bhoutan	2015	77,9	9			
Bolivie (État plurinational de)	2016	55,0	33	2008	62,8	▬
Bosnie-Herzégovine	2011	42,3				
Botswana	2007	40,0				
<i>Brésil</i>	<i>2006</i>	42,9				
<i>Brunéi Darussalam</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Bulgarie</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Burkina Faso	2014	41,6	55	2006	19,6	▲
Burundi	2016	85,0	3			
Cabo Verde	2005	72,7				
Cambodge	2014	62,6	26	2005	35,5	▲
<i>Cameroun</i>	<i>2014</i>	31,2	67	2006	19,6	▲
<i>Canada</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Chili</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Chine	2013	26,4	71	2008	41,0	▼
<i>Chypre</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Colombie	2009	63,4				
Comores	2012	33,7				

Pays et territoires	Estimation la plus récente ⁱ			Estimation de référence pour la tendance ⁱⁱ		Catégorie de tendances ⁱⁱ
	Année	Mise au sein précoce (%)	Rang ^{iv}	Année	Mise au sein précoce (%)	
Congo	2014	25,3	72	2005	34,4	▼
Costa Rica	2011	59,6				
Côte d'Ivoire	2016	36,6	63	2006	24,9	▲
<i>Croatie</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Cuba	2014	47,9	51	2006	70,2	▼
<i>Danemark</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Djibouti	2012	52,0				
<i>Dominique</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Égypte	2014	27,1	69	2005	40,1	▼
El Salvador	2014	42,0	54	2008	32,8	▲
<i>Émirats arabes unis</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Équateur	2012	54,6				
Érythrée	2010	93,1				
<i>Espagne</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Estonie</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Eswatini	2014	48,3	49	2006	59,1	▼
État de Palestine	2014	40,8	59	2006	64,6	▼
<i>États-Unis</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Éthiopie	2016	73,3	14	2005	66,2	▬
Ex-République yougoslave de Macédoine	2011	21,0				
Fédération de Russie	2011	25,0				
Fidji	2004	57,3				
<i>Finlande</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>France</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Gabon	2012	32,3				
Gambie	2013	51,5	40	2005	47,7	▬
Géorgie	2012	68,7		2005	36,6	▲
Ghana	2014	55,6	32	2006	35,2	▲

Pays et territoires	Estimation la plus récente ⁱ			Estimation de référence pour la tendance ⁱⁱ		Catégorie de tendances ⁱⁱ
	Année	Mise au sein précoce (%)	Rang ^{iv}	Année	Mise au sein précoce (%)	
Grèce	A.d.d.*					
Grenade	A.d.d.*					
Guatemala	2014	63,1	25	2008	55,5	—
Guinée	2016	33,9	64	2005	37,9	—
Guinée équatoriale	A.d.d.*					
Guinée-Bissau	2014	33,7	65	2006	22,6	▲
Guyana	2014	49,2	48	2006	43,1	—
Haïti	2012	46,7		2005	42,9	—
Honduras	2011	63,8				
Hongrie	A.d.d.*					
Îles Cook	A.d.d.*					
Îles Marshall	2007	72,5				
Îles Salomon	2015	78,9	8	2006	75,0	—
Îles Turques-et-Caïques	A.d.d.*					
Îles Vierges britanniques	A.d.d.*					
Inde	2015	41,5	56	2005	23,1	▲
Indonésie	2012	49,3		2007	40,2	▲
Iran (République islamique d')	2010	68,7				
Iraq	2011	42,8				
Irlande	A.d.d.*					
Islande	A.d.d.*					
Israël	A.d.d.*					
Italie	A.d.d.*					
Jamaïque	2011	64,7				
Japon	A.d.d.*					
Jordanie	2012	18,6		2007	37,2	▼
Kazakhstan	2015	83,3	4	2006	64,2	▲
Kenya	2014	62,2	27	2003	49,6	▲

Pays et territoires	Estimation la plus récente ⁱ			Estimation de référence pour la tendance ⁱⁱ		Catégorie de tendances ⁱⁱ
	Année	Mise au sein précoce (%)	Rang ^{iv}	Année	Mise au sein précoce (%)	
Kirghizistan	2014	82,5	5	2005	64,7	▲
<i>Kiribati</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Koweït</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Lesotho	2014	65,3	24	2004	56,8	▲
<i>Lettonie</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Liban	2004	41,3				
Libéria	2013	61,2	29	2006	66,2	▬
<i>Libye</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Liechtenstein</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Lituanie</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Luxembourg</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Madagascar	2012	65,8		2003	60,6	▬
<i>Malaisie</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Malawi	2015	76,2	11	2006	58,3	▲
Maldives	2009	60,5				
Mali	2015	53,2	37	2006	44,4	▲
<i>Malte</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Maroc	2010	26,8				
<i>Maurice</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Mauritanie	2015	61,8	28	2007	44,3	▲
Mexique	2015	51,0	42			
<i>Micronésie (États fédérés de)</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Monaco</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Mongolie	2013	71,1	16	2005	77,5	▬
Monténégro	2013	14,4	76	2005	25,0	
<i>Montserrat</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Mozambique	2013	69,0	18	2003	63,8	▬
Myanmar	2015	66,8	21			

Pays et territoires	Estimation la plus récente ⁱ			Estimation de référence pour la tendance ⁱⁱ		Catégorie de tendances ⁱⁱ
	Année	Mise au sein précoce (%)	Rang ^{iv}	Année	Mise au sein précoce (%)	
Namibie	2013	71,2	15	2006	67,3	—
Nauru	2007	76,4				
Népal	2016	54,9	34	2006	35,5	▲
Nicaragua	2011	54,4				
Niger	2012	52,9		2006	46,6	—
Nigéria	2016	32,8	66	2007	29,9	—
Nioué	A.d.d.*					
Norvège	A.d.d.*					
Nouvelle-Zélande	A.d.d.*					
Oman	2014	71,1	17			
Ouganda	2016	66,1	22	2006	41,8	▲
Ouzbékistan	2006	67,1				
Pakistan	2013	18,0	75	2006	25,9	—
Palaos	A.d.d.*					
Panama	2013	47,0	52			
Papouasie-Nouvelle-Guinée	A.d.d.*					
Paraguay	2016	49,5	47	2008	47,1	—
Pays-Bas	A.d.d.*					
Pérou	2016	54,8	35	2003	47,4	—
Philippines	2013	49,7	46	2003	46,0	—
Pologne	A.d.d.*					
Portugal	A.d.d.*					
Qatar	2012	33,5				
République arabe syrienne	2009	45,5				
République centrafricaine	2010	43,5				
République de Corée	A.d.d.*					
République de Moldova	2012	60,9		2005	66,6	—
République démocratique du Congo	2013	51,9	39	2007	48,0	—

Pays et territoires

	Estimation la plus récente ⁱ			Estimation de référence pour la tendance ⁱⁱ		Catégorie de tendances ⁱⁱ
	Année	Mise au sein précoce (%)	Rang ^{iv}	Année	Mise au sein précoce (%)	
République démocratique populaire lao	2011	39,1				
République dominicaine	2014	38,1	62	2007	60,5	▼
République populaire démocratique de Corée	2012	28,1				
République-Unie de Tanzanie	2015	51,3	41	2004	57,6	▬
Roumanie	2004	57,7				
<i>Royaume-Uni</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Rwanda	2014	80,5	7	2005	63,9	▲
<i>Saint-Kitts-et-Nevis</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Saint-Marin</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Saint-Siège</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Saint-Vincent-et-les Grenadines</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Sainte-Lucie</i>	2012	49,6				
Samoa	2014	81,4	6			
Sao Tomé-et-Principe	2014	38,3	61	2006	35,3	▬
Sénégal	2016	29,4	68	2005	22,6	▬
Serbie	2014	50,8	44	2005	17,5	▲
<i>Seychelles</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Sierra Leone	2013	53,8	36	2005	33,1	▲
<i>Singapour</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Slovaquie</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Slovénie</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Somalie	2009	23,4				
Soudan	2014	68,7	19			
Soudan du Sud	2010	50,5				
Sri Lanka	2016	90,3	1	2006	79,9	▲
<i>Suède</i>	<i>A.d.d.*</i>					
<i>Suisse</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Suriname	2010	44,7				

Pays et territoires	Estimation la plus récente ⁱ			Estimation de référence pour la tendance ⁱⁱ		Catégorie de tendances ⁱⁱ
	Année	Mise au sein précoce (%)	Rang ^{iv}	Année	Mise au sein précoce (%)	
Tadjikistan	2012	49,6		2005	60,9	▼
Tchad	2014	23,0	73	2004	32,4	
<i>Tchéquie</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Thaïlande	2015	39,9	60	2005	49,6	▼
<i>Timor-Leste</i>	<i>2016</i>	<i>75,2</i>	<i>12</i>	2003	46,9	▲
Togo	2013	60,6	30	2006	35,8	▲
<i>Tokelau</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Tonga	2012	79,1				
Trinité-et-Tobago	2006	41,2				
Tunisie	2011	39,9				
Turkménistan	2015	73,4	13	2006	59,8	▲
Turquie	2013	49,9	45	2003	52,3	▬
Tuvalu	2007	15,0				
Ukraine	2012	65,7		2005	35,9	▲
Uruguay	2013	76,5	10			
Vanuatu	2013	85,4	2	2007	71,9	▲
<i>Venezuela (République bolivarienne du)</i>	<i>A.d.d.*</i>					
Viet Nam	2013	26,5	70	2006	44,0	▼
Yémen	2013	52,7	38	2006	29,6	▲
Zambie	2013	65,8	23	2007	55,6	▲
Zimbabwe	2015	57,6	31	2005	68,2	▼

ANNEXE 3.

Remarques sur les données

A. Commentaires généraux

A.1 Définition de l'indicateur de mise au sein précoce

Numérateur : enfants nés au cours des 24 derniers mois qui ont été mis au sein pendant la première heure suivant la naissance.

Dénominateur : enfants nés au cours des 24 derniers mois.

A.2 Base de données mondiale de l'UNICEF sur la mise au sein précoce (utilisée dans le présent rapport)

L'UNICEF fait rapport des données sur la mise au sein précoce des enfants nés au cours des deux dernières années dans plus de 132 pays, dont la plupart sont des pays à revenu faible ou intermédiaire. Les sources viables de données de la base de données mondiale de l'organisation comprennent des enquêtes sur les ménages représentatives à l'échelle nationale telles que les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS), les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les enquêtes nutritionnelles nationales ainsi que des estimations fondées sur les systèmes de surveillance. Les données présentées dans le rapport reflètent généralement les informations disponibles en mai 2018. Pour des renseignements plus détaillés sur la méthodologie et les sources de données, veuillez consulter <data.unicef.org/nutrition/iycf> (en anglais).

Le siège de l'UNICEF à New York recueille, examine et établit sous forme définitive les estimations du taux de mise au sein précoce faites à l'échelle nationale, en collaborant étroitement avec les bureaux de pays. La base de données mondiale comprend des données recueillies selon les indicateurs standard de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, tels qu'ils sont définis dans la publication de 2008 de l'OMS et de l'UNICEF intitulée *Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Tout écart par rapport à la définition d'un indicateur – par exemple, une estimation du taux de mise au sein précoce prenant en compte seulement les enfants ayant déjà été allaités plutôt que le total des naissances – est signalé par une note dans la base de données mondiale. Dans tous les cas où l'on dispose de microdonnées dans le cadre d'une enquête, on réanalyse les données pour les harmoniser avec la définition de l'indicateur standard.

A.3 Estimations mondiales et régionales pondérées selon la population

Toutes les estimations pondérées en fonction de la population régionale et mondiale ont été établies à partir des ensembles de données interpolées sur les populations annuelles selon l'âge compilés par la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies (2017), à savoir : *World Population Prospects : The 2017 Revision*.

Les moyennes pondérées en fonction de la population pour toute région donnée ont été établies comme suit : a) la multiplication des estimations concernant la mise au sein précoce, pour chaque pays disposant de données, par le nombre de naissances dans ce pays ; b) l'addition de tous les produits spécifiques à un pays ; c) la division de la somme des produits par la population totale de naissances dans tous les pays disposant de données.

La couverture de population, c'est-à-dire la proportion de la population pour laquelle on disposait d'estimations dans la base de données mondiale de l'UNICEF, a été calculée en divisant la population de naissances dans les pays disposant de données par la population totale de naissances dans chaque région respective. Le critère utilisé pour la couverture de population minimum est de 50 %.

B. Notes sur les figures individuelles

Figure 2. Pourcentage de nouveau-nés mis au sein dans l'heure qui suit la naissance, par pays et par région, 2017.

Les totaux régionaux et mondiaux se fondent sur un sous-ensemble de 76 pays dans la base de données mondiale de l'UNICEF pour lesquels on disposait de données récentes entre 2013 et 2018, et représentant 72 % de l'ensemble des naissances à l'échelle mondiale. Les totaux régionaux sont pondérés en fonction de la population et présentés uniquement lorsque le critère de la couverture de population de 50 % est atteint ou dépassé. *Pour assurer une couverture de population adéquate, la région de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale n'inclut pas la Fédération de Russie, la région de l'Amérique latine et des Caraïbes n'inclut pas le Brésil et la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord n'inclut pas la République islamique d'Iran ni l'Iraq.

Les points bleus (•) indiquent les pays pour lesquels on disposait de données plus anciennes entre 2005 et 2012 ; les données de ces pays ne sont pas incluses dans les totaux régionaux. Les pays en gris foncé comportent des estimations remontant à 2004 ou avant et sont donc représentés comme n'ayant aucune donnée actuelle ; ils ne sont pas inclus dans les totaux régionaux.

Ces cartes sont stylisées et ne sont pas à l'échelle. Elles ne reflètent aucune prise de position de l'UNICEF sur le statut juridique des pays ou territoires représentés ni sur la délimitation de leurs frontières. La ligne pointillée représente approximativement la ligne de démarcation dans la région Jammu-et-Cachemire convenue entre l'Inde et le Pakistan. Le statut définitif de la région Jammu-et-Cachemire n'a pas encore été convenu entre les parties. En outre, la frontière définitive entre le Soudan et le Soudan du Sud n'a pas encore été déterminée, non plus que le statut définitif de la région d'Abyei.

Figure 3. Tendances du pourcentage de nouveau-nés mis au sein une heure ou moins après la naissance, selon l'évolution du taux d'accouchements en établissement de santé, 2005 et 2017.

L'analyse des tendances se fonde sur un sous-ensemble de 58 pays pour lesquels on disposait d'estimations récentes de la mise au sein précoce et des accouchements en établissement entre 2012 et 2018 ainsi que des estimations entre 2003 et 2008 pouvant servir de niveaux de référence. Les analyses des tendances constituent des moyennes non pondérées qui représentaient 71 % du total mondial des naissances vers 2017 (2012-2018) et 70 % du total mondial des naissances vers 2005 (2003-2008).

Il y a 37 pays dont le taux d'accouchements en établissement entre dans la catégorie « augmentation minime/nulle ». Depuis 2005, le taux d'accouchements en établissement dans ce groupe de pays a changé de moins de 10 points de pourcentage (fourchette de -0,2 à 9,8 points). Seize pays entrent dans la catégorie « augmentation modérée », dont le taux d'accouchements en établissement a augmenté de 10 points de pourcentage ou plus, mais de moins de 20 points de pourcentage (fourchette de 10,1 à 19,6 points) entre 2005 et 2017. Pour la même période, 23 pays dont le taux a augmenté de plus de 20 points de pourcentage (fourchette de 20,2 à 62,5 points) entrent dans la catégorie « forte augmentation ». Les pays qui affichaient un taux d'accouchements en établissement supérieur à 95 % vers l'année de référence 2005 ne sont pas inclus dans l'analyse.

Figure 4. Pourcentage de nouveau-nés mis au sein dans l'heure qui suit la naissance, par type d'accouchement (vaginal ou par césarienne) et par pays, 2017.

L'analyse se fonde sur des enquêtes démographiques et de santé (EDS) pour un sous-ensemble de 51 pays à l'égard desquels on disposait de données sur le type d'accouchement (vaginal ou par césarienne) entre 2010 et 2017 ; ce groupe de pays représentait 73 % du total mondial des naissances, à l'exclusion du Brésil, de la Chine et de la Fédération de Russie. Les taux de mise au sein précoce selon le type d'accouchement sont évalués pour un sous-ensemble de nouveau-nés mis au monde par des accoucheurs qualifiés.

Figure 5. Pourcentage de nouveau-nés mis au sein une heure ou moins après la naissance, par type d'aliment reçu au cours des trois premiers jours de vie, et par groupe de pays en fonction du revenu, selon la classification de la Banque mondiale, 2017.

L'analyse se fonde sur des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) pour un sous-ensemble de 45 pays à l'égard desquels on disposait de données sur le type d'alimentation pendant les trois premiers jours de vie du nouveau-né entre 2010 et 2017 ; ce groupe de pays représentait 72 % du total mondial des naissances, à l'exclusion du Brésil, de la Chine et de la Fédération de Russie. Le graphique présente des moyennes non pondérées en raison de la faible couverture de population dans les pays à revenu intermédiaire (tranche supérieure). Les groupes de pays en fonction du revenu respectent la classification de la Banque mondiale selon le revenu pour l'exercice financier 2018.

Les taux de mise au sein précoce selon le type d'aliments se fondent sur le groupe de nouveau-nés qui ont déjà été allaités et qui ont été mis au monde avec l'assistance de soignants qualifiés. Aucune donnée sur les liquides consommés pendant les trois premiers jours de vie n'était disponible pour les nourrissons n'ayant jamais été allaités.

Annexe 1. Pays où la prévalence de la mise au sein précoce a le plus changé entre 2005 et 2017.

Les tendances à l'échelle nationale sont évaluées pour un sous-ensemble de 77 pays dans la base de données mondiale de l'UNICEF pour lesquels on disposait d'une estimation récente de la mise au sein précoce entre 2012 et 2018 ainsi que d'une estimation entre 2003 et 2008 pouvant servir de niveau de référence ; ce groupe de pays représentait 74 % du total mondial des naissances vers 2017 et 73 % du total mondial vers 2005. La figure présente les quatre pays qui ont enregistré le plus fort pourcentage d'augmentation et les quatre pays qui ont enregistré le plus fort pourcentage de diminution entre 2005 et 2017.

Références

- 1 Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Every Newborn: An action plan to end preventable deaths*, OMS, Genève, 2014. Résumé analytique en français : *Chaque nouveau-né – Résumé d'orientation*, http://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Every-Newborn_Action_Plan-EXECUTIVE_SUMMARY-FRENCH_updated_July2014.pdf.
- 2 Organisation mondiale de la Santé, *Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternal and newborn services*, OMS, Genève, 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-eng.pdf?ua=1>, consulté en juillet 2018.
- 3 Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, OMS, Genève, 2003, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/global/fr/, consulté le 7 mars 2018.
- 4 Victora, Cesar G., et al., The Lancet Breastfeeding Series Group, « Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect », *The Lancet*, vol. 387, 2016, p. 475–490.
- 5 Smith, Emily R., et al., « Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis », *PLoS ONE*, vol. 12, n° 7, 25 juillet 2017.
- 6 Smith, Emily R., et al., « Delayed Breastfeeding Initiation Is Associated with Infant Morbidity », *Journal of Pediatrics*, vol. 191, 2017, p. 57-62.
- 7 Rollins, Nigel C., et al., The Lancet Breastfeeding Series Group, « Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? », *The Lancet*, vol. 387, 2016, p. 491–504.
- 8 Victora, Cesar G., et al., The Lancet Breastfeeding Series Group, « Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect », *The Lancet*, vol. 387, 2016, p. 475–490.
- 9 Moore, Elizabeth R., et al., « Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review) », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 11, art. n° CD003519, 2016.
- 10 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Breastfeeding, a mother's gift for every child*, UNICEF, New York, 2018.
- 11 McKenna, K.M., et R.T. Shankar, « The practice of prelacteal feeding to newborns among Hindu and Muslim families », *J Midwifery Womens Health*, 2009, vol. 54(1), p. 78-81.
- 12 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *Maternal and Newborn Health, Delivery Care*, <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/#>, consulté le 13 juillet 2018.
- 13 Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *From the first hour of life*, UNICEF, New York, 2016. Résumé analytique en français : *Dès la première heure de vie – Principaux constats*, <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/10/French-UNICEF-From-the-first-hour-key-findings2016-web-fnl1.pdf>.
- 14 Organisation mondiale de la Santé, *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé*, OMS, Genève, 2016, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254673/9789242511215-fre.pdf;jsessionid=F7700F20D6A12C8D90538BCA91F0E7BB?sequence=1>, consulté le 17 juillet 2018.
- 15 Boatin, A.A., et al., « Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle income countries », *British Medical Journal*, *BMJ* 2018;360:k55.
- 16 Sharma, Indu K., et Abbey Byrne, « Early initiation of breastfeeding: a systematic literature review of factors and barriers in South Asia », *International Breastfeeding Journal*, vol. 11, n° 17, 2016.
- 17 Rowe-Murray, Heather, et J.R. Fisher, « Baby Friendly Hospital Practices: Cesarean section is a Persistent Barrier to Early Initiation of Breastfeeding », *Birth*, vol. 21, n° 2, 2002, p.124–131.
- 18 Alzaheb, Riyadh A., « A review of the factors associated with the timely initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding in the Middle East », *Clinical Medical Insights in Pediatrics*, décembre 2017.
- 19 Regan, Jodi, Amy Thompson et Emily DeFranco, « The Influence of Mode of Delivery on Breastfeeding Initiation in Women with a Prior Cesarean Delivery: A Population-Based Study », *Breastfeeding Medicine*, vol. 8, n° 2, avril 2013, p.181–186.
- 20 Victora, Cesar G., et al., The Lancet Breastfeeding Series Group, « Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect », *The Lancet*, vol. 387, 2016, p. 475–490.
- 21 Stevens, Jeni, et al., « Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature », *Maternal and Child Nutrition*, vol. 10, avril 2014, p. 456–473.
- 22 Stevens, Jeni, et al., « Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature », *Maternal and Child Nutrition*, vol. 10, avril 2014, p. 456–473.
- 23 Sharma, Indu K., et Abbey Byrne, « Early initiation of breastfeeding: a systematic literature review of factors and barriers in South Asia », *International Breastfeeding Journal*, vol. 11, n° 17, 2016.

- 24 Patel, Archana, Anita Banerjee et Amol Kaletwad, « Factors Associated with Prolactal Feeding and Timely Initiation of Breastfeeding in Hospital-Delivered Infants in India », *Journal of Human Lactation*, vol. 29, n° 4, novembre 2013, p. 572–578.
- 25 Alzaheb, Riyadh A., « A review of the factors associated with the timely initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding in the Middle East », *Clinical Medical Insights in Pediatrics*, décembre 2017.
- 26 Pérez-Escamilla, Rafael, Josefa L. Martinez et Sofia Segura-Pérez, « Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review », *Maternal Child Nutrition*, vol. 12, n° 3, juillet 2016, p. 402–417.
- 27 Sinha, Bireshwa, et al., « Interventions to improve breastfeeding outcomes: systematic review and meta analysis », *Acta Paediatrica*, vol. 104, n° 467, décembre 2015, p. 114–134.
- 28 Mihrshahi, S., I. Kabir, S.K. Roy et al., « Determinants of infant and young child feeding practices in Bangladesh: secondary data analysis of Demographic and Health Survey 2004 », *Food Nutr Bull.*, 2010, vol. 31(2), p. 295–313.
- 29 Sandor, M., et K. Dalal, « Influencing factors on time of breastfeeding initiation among a national representative sample of women in India », *Health*, 2013, vol. 5, n° 12, p. 2169–2180.
- 30 Ogunlesi, T.A., « Maternal socio-demographic factors influencing the initiation and exclusivity of breastfeeding in a Nigerian semi-urban setting », *Matern Child Health J.*, 2010, vol. 14(3), p. 459–465.
- 31 Bbaale, E., « Determinants of early initiation, exclusiveness and duration of breastfeeding in Uganda », *J Health Popul Nutr.*, 2014, vol. 32(2), p. 249-260.
- 32 Prak, Sophonneary, et al., « Breastfeeding trends in Cambodia, and the increased use of breastmilk substitutes – why is it a danger? », *Nutrients*, vol. 6, n° 7, juillet 2014, p. 2920-2930.
- 33 Gibbons L., et al., *The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage*. Organisation mondiale de la Santé, 2010.
- 34 Toutes les données relatives au lieu d'accouchement et au type d'assistance lors de l'accouchement dans cette section proviennent de la base de données de l'UNICEF : <<http://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/>>
- 35 Toutes les données relatives aux taux d'allaitement dans cette section proviennent de la base de données de l'UNICEF : <<http://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding>>
- 36 Ministère de la santé du Viet Nam, décision n° 6734/QD-BYT, 2016.
- 37 Fondé sur l'appel à l'action du Collectif mondial pour l'allaitement maternel codirigé par l'OMS et l'UNICEF : <https://www.unicef.org/nutrition/files/GBC-Call-to-action-flyer-21.pdf>.
- 38 Organisation mondiale de la Santé, *Guideline : protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternal and newborn services*, OMS, Genève, 2017, <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-eng.pdf?ua=1>>, consulté en juillet 2018.
- 39 Organisation mondiale de la Santé, *Implementation guidance – Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative*, OMS, Genève, 2018.
- 40 Organisation mondiale de la Santé, Quality, Equity, Dignity – A network for improving quality of care for maternal, newborn and child health, *Quality of care*, <http://www.qualityofcarenetwork.org/network-improve-qoc>, consulté le 17 juillet 2018.
- 41 Organisation mondiale de la Santé, *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*, OMS, Genève, 2018. Résumé analytique en français : *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement – Résumé*, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?ua=1>.



Organisation
mondiale de la Santé

unicef



9 789280 649796