



Pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants

Procédures opérationnelles standard pour la gestion des substituts du lait maternel pour les enfants de 0 à 23 mois dans les situations de réfugiés

Août 2015

Pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants

Procédures opérationnelles standard pour la gestion des substituts du lait maternel pour les enfants de 0 à 23 mois dans les situations de réfugiés

Ces procédures opérationnelles standard (POS) ont été élaborées par l'Emergency Nutrition Network (Chloe Angood et Marie McGrath) au nom du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), dans le cadre d'une convention de subvention conclue avec le HCR.

Nos remerciements vont aux nombreux membres du personnel du HCR qui ont contribué à l'élaboration de ces POS et à l'orientation de celles-ci, et tout particulièrement à Ellen Andresen, Caroline Wilkinson, Allison Oman, Ann Burton, Dorothy Gazarwa, Etel Fagbohoun, Nadine Njoya, Dina Jardaneh, Terry Theuri, Josiane Bizimana, Ina Bluemel et Mij Atchirund.

Nous remercions également les personnes qui nous ont fait part de leurs observations sur ces POS : Ali Maclaine, Save the Children UK ; David Clark, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ; Lida Lhotska, International Baby Food Action Network – Geneva Infant Feeding Association (IBFAN-GIFA) ; Zita Weise Prinzo et Nigel Rollins, Organisation mondiale de la santé (OMS) ; Leisel Talley et Oleg Bikukha, Centers for Disease Control and Prevention ; Carlos Grijalva Eternod, University College London ; Britta Schumacher, Programme alimentaire mondial (PAM) ; Sarah Style, indépendante ; Yara Sfeir, Action contre la Faim ; Karleen Gribble, indépendante. Merci à Carlos Grijalva Eternod qui a préparé la méthode de calcul d'un indicateur pour les enfants ne bénéficiant pas de l'allaitement maternel en se servant de l'Enquête standardisée élargie du HCR. Merci à Nicole Dulieu, bénévole de l'Emergency Nutrition Network (ENN), qui a établi la liste des ressources.

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES	4
DÉFINITIONS CLÉS.....	6
CONTEXTE.....	9
Les responsabilités du HCR quant à l'alimentation artificielle dans les milieux de réfugiés ..	9
Raison d'être et champ d'application de ces POS	10
CHAPITRE 1 : PRINCIPES DIRECTEURS DES DISPOSITIONS RELATIVES À L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE.....	12
Les principales dispositions du HCR quant à l'alimentation artificielle dans les situations de réfugiés.....	12
CHAPITRE 2 : GESTION GLOBALE DE L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE DANS LES MILIEUX DE RÉFUGIÉS	14
Préparation	14
Coordination.....	14
Capacité	15
CHAPITRE 3 : ÉVALUATION	16
Évaluation communautaire des besoins en alimentation artificielle	16
Évaluation individuelle des besoins en alimentation artificielle.....	18
CHAPITRE 4 : SERVICES DE SOUTIEN À L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE	19
Critères d'utilisation des substituts du lait maternel (SLM).....	19
Services de soutien individuel.....	20
CHAPITRE 5 : GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT EN SLM.....	22
Type de SLM	22
Matériel destiné à l'alimentation et autres articles non alimentaires	23
Procédures de passation des marchés	24
Distribution des SLM	25

CHAPITRE 6 : PRISE EN CONSIDÉRATION D'ÉLÉMENTS PARTICULIERS CONCERNANT LES NOURRISSONS.....	26
Les nourrissons de plus de 6 mois	26
Les communautés pastorales.....	27
Le VIH/sida et l'alimentation des nourrissons.....	27
Le décès maternel.....	30
CHAPITRE 7 : GESTION DES DONS ET DES INTERVENTIONS INAPPROPRIÉES	31
CHAPITRE 8 : ÉCHANGE D'EXPÉRIENCES ET ENSEIGNEMENTS.....	34
ÉTUDES DE CAS	35
Étude de cas no 1 : Évaluation de l'ANJE, et intervention constructive d'un spécialiste de la santé du HCR	36
Étude de cas no 2 : Des cas individuels attirent l'attention du HCR sur des lacunes fondamentales du système d'ANJE	37
Étude de cas no 3 : Scénarios pour l'alimentation artificielle dans les opérations du HCR.....	39
Étude de cas no 4 : Tentes pour bébés à Haïti	39
Étude de cas no 5 : Défis posés par l'alimentation artificielle dans de mauvaises conditions d'hygiène.....	41
Étude de cas no 6 : Le défi de la sécurité dans le suivi des nourrissons.....	41
Étude de cas no 7 : Suppression des biberons en Jordanie	42
Étude de cas no 8 : Mise en oeuvre du contrôle de la distribution de préparations pour nourrissons en Jordanie.....	42
Étude de cas no 9 : Satisfaction des besoins en lait des nourrissons de plus de 6 mois non nourris au sein dans une communauté pastorale de réfugiés au Burkina Faso	43
Étude de cas no 10 : Prévention des dons de SLM au Kenya et en Jordanie	44
Étude de cas no 11 : Utilisation des SLM offerts en Jordanie.....	44

ACRONYMES

AMS	Assemblée mondiale de la Santé
ANJE	Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants
ANJE-U	Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence
ARV	Médicament antirétroviral
PB	Périmètre brachial, circonférence du bras (à mi-chemin entre le coude et l'épaule)
EC	Évaluation complète
EDS	Enquêtes démographiques et sanitaires
ESR	Évaluation simple et rapide
ETME	Élimination de la transmission mère-enfant (du VIH/sida)
FEMA	Femmes enceintes et mères allaitantes
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MS	Ministère de la Santé
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PAC	Programme d'alimentation complémentaire
PAM	Programme alimentaire mondial
PAT	Programme d'alimentation thérapeutique
PCHCR	Personnes relevant de la compétence du HCR
PDPP	Personne déplacée dans son propre pays
PNPE	Préparation pour nourrissons prête à l'emploi
POS	Procédure opérationnelle standard
PPN	Préparation en poudre pour nourrissons
SENS	Enquête standardisée élargie
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SLM	Substitut du lait maternel
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine
WASH	Eau, assainissement et hygiène



DÉFINITIONS CLÉS

Allaitement au sein exclusif : le nourrisson ne reçoit que du lait maternel et aucun autre liquide ni solide, pas même de l'eau, à l'exception des gouttes ou sirops contenant des vitamines ou des sels minéraux de complément ou des médicaments.

Aliment complémentaire : tout aliment, qu'il soit produit de manière industrielle ou localement, utilisé comme complément au lait maternel ou à un SLM et qui devrait être introduit après l'âge de six mois.

Alimentation artificielle : l'utilisation d'un SLM tel qu'une préparation pour nourrissons afin de nourrir un nourrisson ou un enfant. Ce terme concerne *aussi bien* les nourrissons qui ne bénéficient pas de l'allaitement maternel *que* les nourrissons qui bénéficient d'une alimentation mixte.

Alimentation complémentaire : l'enfant reçoit un ou des aliments solides ou semi-solides adaptés à son âge, adéquats et sûrs en plus du lait maternel ou d'un SLM.

Alimentation de remplacement : terme utilisé pour l'alimentation des nourrissons non allaités au sein dans le contexte du VIH/sida. L'alimentation de remplacement consiste à offrir aux nourrissons qui ne reçoivent pas de lait maternel un régime alimentaire qui leur fournit les nutriments dont les nourrissons ont besoin jusqu'à l'âge auquel ils pourront consommer exclusivement les aliments familiaux. Au cours des 6 premiers mois, l'alimentation de remplacement doit consister en un SLM approprié, vraisemblablement une préparation pour nourrissons. Après 6 mois, la nécessité de donner un SLM et le type de SLM choisi dépendront des aliments complémentaires disponibles.

Alimentation mixte : l'alimentation du nourrisson qui comporte à la fois du lait maternel et un SLM.

Alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants : l'instauration précoce (dans l'heure suivant la naissance) de l'allaitement au sein exclusif, l'allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois, puis l'utilisation d'aliments complémentaires sûrs et appropriés sur le plan nutritionnel tandis que l'allaitement maternel se poursuit jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà.

Jeune enfant : un enfant âgé de 12 à <24 mois (parfois appelé enfant de 12 à 23 mois).

Lait animal modifié à domicile : un SLM destiné aux nourrissons jusqu'à l'âge de six mois, préparé à domicile à partir de lait animal frais ou transformé, convenablement dilué dans l'eau, auquel sont ajoutés du sucre et des micronutriments¹.

Lait thérapeutique : un terme couramment utilisé pour désigner un régime alimentaire à base de préparations destinées aux enfants souffrant de malnutrition aigüe sévère, par ex. le lait F75 et le

¹ Les préparations confectionnées à la maison doivent être fortifiées à l'aide de nombreux micronutriments. Les micronutriments suivants doivent être utilisés pour fortifier les préparations confectionnées à la maison ; la quantité indiquée est pour 150 ml : manganèse 7,5 µg ; fer 1,5 mg ; cuivre 100 µg ; zinc 205 µg ; iode 5,6 µg ; vit. A 300 UI ; vit. D 50 UI ; vit. E 1 UI ; vit. C 10 mg ; vit. B1 50 µg ; vit. B2 80 µg ; niacine 300 µg ; vit. B6 40 µg ; acide folique 5 µg ; acide pantothénique 400 µg ; vit. B12 0,2 µg ; vit. K 5 µg ; biotine 2 µg. Néanmoins, il arrive souvent qu'aucune formule appropriée ne soit disponible sur le terrain. En l'absence d'adjonction de micronutriments, les préparations confectionnées à domicile ne doivent être utilisées que pendant une courte période.

F100. Il ne s'agit pas de lait à proprement parler – le F100 ne contient que 42 % de produits laitiers et le F75 encore moins. Un lait thérapeutique peut être préformulé ou préparé à partir de lait écrémé en poudre, d'huile et de sucre, auxquels est ajouté un mélange de sels minéraux et de vitamines.

Matériel destiné à l'alimentation des nourrissons : les biberons, tétines, seringues et tasses pour bébé avec ou sans couvercle et/ou bec.

Nourrisson : un enfant âgé de 0 à <12 mois (parfois appelé enfant de 0 à 11 mois), soit avant la fin de son 12^e mois. On entend par **jeune nourrisson** un nourrisson de 0 à <6 mois (parfois appelé nourrisson de 0 à 5 mois), soit avant la fin de son 6^e mois. On entend par **très jeune nourrisson** un nourrisson de 0 à <2 mois (parfois appelé nourrisson de 0 à 1 mois), soit avant la fin de son 2^e mois.

Nourrisson non allaité au sein : le nourrisson ne reçoit pas de lait maternel.

Préparation pour nourrissons : un SLM formulé de manière industrielle dans le respect des normes applicables du Codex Alimentarius (élaborées par le Programme mixte FAO/OMS sur les normes alimentaires). Une préparation commerciale pour nourrissons est une préparation pour nourrissons destinée à être vendue, portant la marque d'un fabricant et qui peut être disponible sur les marchés locaux. Une préparation générique pour nourrissons ne porte pas de marque et n'est pas en vente libre ; il lui faut donc une chaîne d'approvisionnement distincte.

Produits laitiers : le lait entier, demi-écrémé ou écrémé en poudre ; le lait entier, demi-écrémé ou écrémé liquide ; les laits de soja ; le lait concentré ou condensé ; le lait fermenté et le yaourt.

Services de soutien à l'alimentation artificielle : ceux-ci comportent une évaluation et un soutien ciblé au niveau individuel, et notamment une évaluation et un soutien à l'allaitement maternel, la fourniture d'un SLM et de matériel, l'évaluation et la formation individuelles en vue de la préparation de l'aliment, ainsi que le suivi sanitaire et nutritionnel des nourrissons et des jeunes enfants.

Substitut du lait maternel (SLM) : tout liquide ou nourriture commercialisé(e) ou présenté(e) comme un SLM, qu'il/elle soit ou non adapté(e) à cet effet. Les préparations pour nourrissons (de marque ou sans marque) et, pour un usage temporaire, les laits animaux liquides modifiés et le lait concentré modifié, constituent des SLM appropriés. Le lait condensé, les laits thérapeutiques et les aliments complémentaires donnés au biberon commercialisés pour les enfants de deux ans et moins ainsi que les aliments complémentaires, les jus et les thés commercialisés pour les nourrissons de moins de 6 mois ne constituent pas des SLM appropriés.



C. Wilkinson/Novembre 2008

CONTEXTE

LES RESPONSABILITÉS DU HCR QUANT À L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE DANS LES MILIEUX DE RÉFUGIÉS

Conformément à la Convention relative au statut des réfugiés de 1951, le HCR est chargé de protéger et d'aider les adultes, enfants et nourrissons réfugiés². Bien que les personnes déplacées dans leur propre pays (PDPP) restent sous la protection officielle de leur gouvernement, le HCR joue aussi un rôle de premier plan en leur fournissant protection et assistance. Conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), les enfants réfugiés et les enfants qui ont été déplacés dans leur propre pays ont le droit de jouir de l'ensemble des droits énoncés dans la CDE, y compris les droits à la vie et au développement ainsi qu'à une nutrition et à des soins de santé satisfaisants³.

Conformément à l'Appel à l'action de 2005 de la Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement au sein⁴, à la Stratégie mondiale de l'UNICEF et de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2003)⁵ et aux Directives opérationnelles sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (ANJE-U) (2007)⁶, et pour respecter les dispositions et l'esprit du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM) et des résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé (collectivement désignés par l'appellation « le Code »)⁷, le HCR se doit de protéger, promouvoir et soutenir l'alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE) dans les situations de réfugiés.

Il appartient aussi au HCR de protéger les intérêts des nourrissons alimentés de manière artificielle, qui peuvent ou non être nourris au sein, et il est déterminé à le faire. Cette protection comporte deux volets : la minimalisation des risques liés à l'alimentation artificielle et l'optimisation de la nutrition, de la santé et du développement des enfants qui ne bénéficient pas de l'allaitement maternel dans les milieux de réfugiés.

Les risques de malnutrition, de maladie et de mortalité sont significatifs et accrus pour les enfants de moins de deux ans qui ne bénéficient pas de l'allaitement maternel et pour les nourrissons de moins de six mois qui ne sont pas nourris exclusivement au sein, et ce plus encore dans le cas des réfugiés. Les présentes procédures opérationnelles standard (POS) ont été élaborées dans le but de contribuer à concrétiser l'engagement politique. Elles respectent le Code international et les résolutions⁸ concernées de l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS), les Directives opérationnelles

2 « Convention relative au statut des réfugiés », Genève, le 28 juillet 1951.

3 « Convention relative aux droits de l'enfant », New York, le 20 novembre 1989.

4 « Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement au sein 2005 », Florence, Italie, le 22 novembre 2004.

5 OMS et UNICEF (2003) Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève, OMS.

6 Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence – Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs de programmes, v. 2.1, février 2007. Entériné dans la résolution de l'AMS 63.23.

7 OMS (1981) Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève.

8 Résolution 63.23 de l'Assemblée mondiale de la Santé, le 21 mai 2010.

sur l'ANJE-U (2007), la Politique laitière du HCR (2006)⁹ et les Directives de l'OMS relatives au VIH/sida et à l'alimentation de l'enfant (2010)¹⁰.

RAISON D'ÊTRE ET CHAMP D'APPLICATION DE CES POS

Le HCR est actif dans des contextes dans lesquels il peut être nécessaire d'apporter une aide à l'alimentation artificielle afin de protéger les nourrissons et les enfants en bas âge. Toute alimentation artificielle comporte des risques aussi bien pour les nourrissons bénéficiant de l'allaitement maternel que pour les nourrissons non allaités au sein, et ces risques sont accrus dans les situations d'urgence. La programmation de l'alimentation artificielle se heurte, quant à elle, à des difficultés économiques et logistiques importantes. Le HCR doit concevoir et offrir des programmes de services de soutien à l'alimentation artificielle dans toutes les situations où il y a des réfugiés.

Les présentes POS concernant l'alimentation artificielle doivent s'inscrire dans le cadre élargi de l'ANJE au sein des programmes destinés aux réfugiés. Elles supposent la présence d'autres interventions directes en faveur de l'allaitement maternel, de l'alimentation complémentaire et de la nutrition maternelle, et d'interventions en rapport avec la nutrition, par exemple dans les domaines de la santé, de la sécurité alimentaire, des moyens de subsistance, de l'hébergement, de l'eau, l'hygiène et l'assainissement, et du bien-être animal, et elles reposeront sur ces interventions.

Ces POS prodiguent au personnel du HCR et de ses partenaires des conseils pour la gestion de l'alimentation artificielle en présence de réfugiés¹¹ afin de protéger à la fois les enfants bénéficiant de l'allaitement maternel et les enfants non allaités au sein. Les situations d'urgence, les situations où une charge importante s'assortit de maigres ressources, et les communautés pastorales y sont expressément abordées. Le contexte de l'urgence est envisagé de manière spécifique du fait de la vulnérabilité particulière des personnes qui vivent dans des conditions instables et dans une grande promiscuité. Néanmoins, il s'agit aussi d'un sujet de préoccupation lors de situations de réfugiés prolongées.

Les populations visées sont les enfants de moins de 2 ans (0 – <24 mois) et leurs mères/les personnes qui s'occupent d'eux, et en particulier les nourrissons de 0 à moins de 6 mois. Comme les communautés pastorales représentent une part importante des réfugiés sous la protection du HCR, la gestion du lait pour les nourrissons de plus de 6 mois au sein de ces populations est abordée séparément. Les présentes procédures opérationnelles standard n'abordent pas la gestion des laits thérapeutiques destinés au traitement de la malnutrition aiguë sévère.

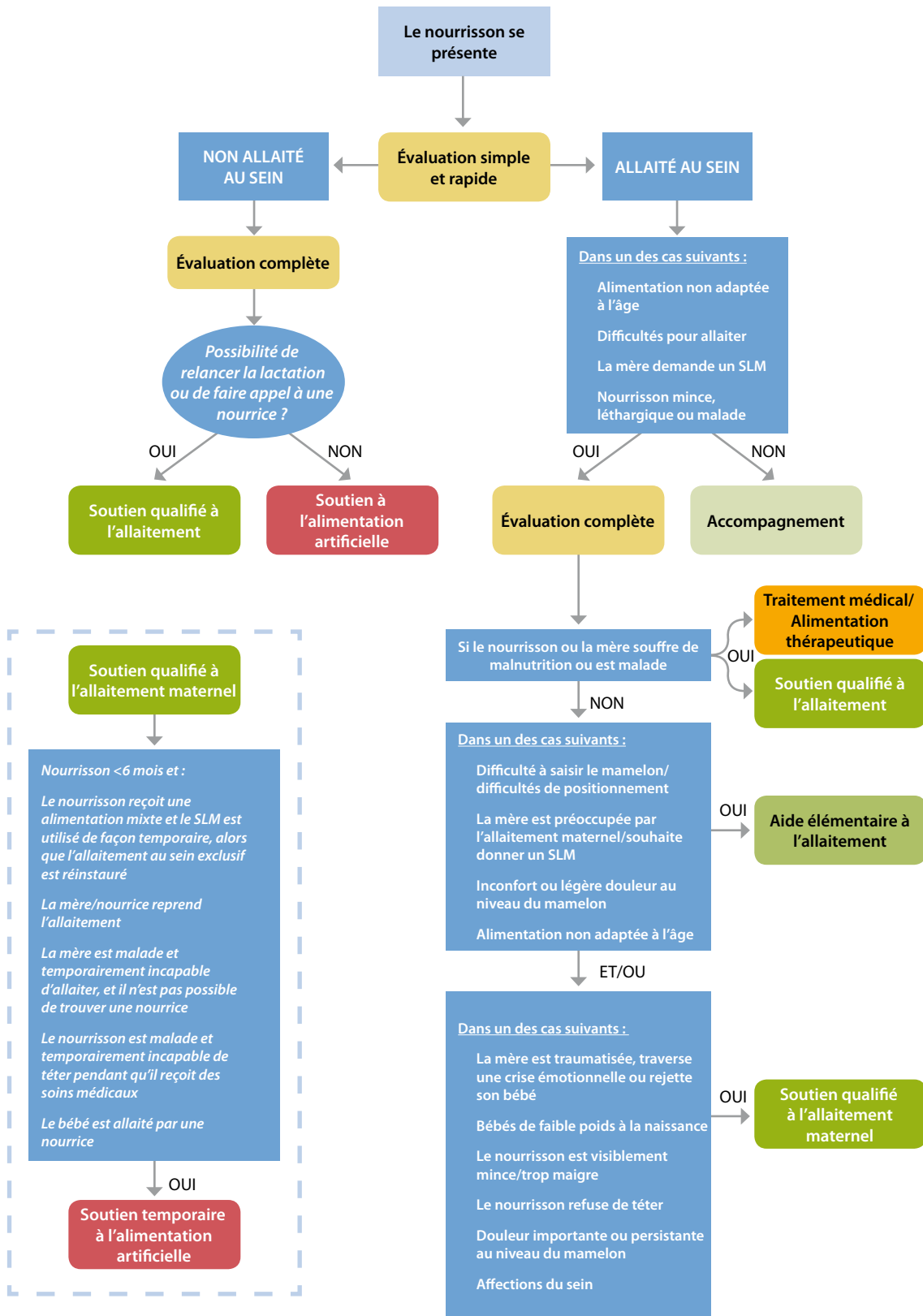
Elles comprennent des recommandations essentielles (présentées dans ce document), des annexes et des études de cas. Les annexes entrent plus en détail afin d'orienter la programmation. Les études de cas ont été recueillies parmi les programmes de pays du HCR. Elles ont orienté le champ d'application et le contenu de ces POS. L'Annexe 1 présente des ressources supplémentaires.

9 Politique de l'UNHCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés, première édition en 1989, et édition révisée en 2006.

10 WHO Guidelines on HIV and Infant Feeding (2010) : principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence.

11 Les populations déplacées au sein de leur propre pays, vis-à-vis desquelles le HCR doit jouer un rôle de protection et d'assistance prépondérant, sont également visées.

Figure 1 : Diagramme illustrant la procédure d'évaluation individuelle d'un nourrisson



CHAPITRE 1 : PRINCIPES DIRECTEURS DES DISPOSITIONS RELATIVES À L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE

LES PRINCIPALES DISPOSITIONS DU HCR QUANT À L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE DANS LES SITUATIONS DE RÉFUGIÉS

Le HCR tentera de favoriser et d'instaurer des pratiques propices à l'ANJE optimale dans toutes ses opérations.

Le HCR tentera d'adhérer au principe de « ne faire aucun mal » dans ses pratiques relatives à l'ANJE. La hiérarchie des actions à mettre en œuvre est la suivante : tout d'abord soutenir l'allaitement par la mère et la relactation dans la mesure du possible ; la deuxième solution consiste à chercher une nourrice ; et en dernier recours, on donnera des SLM pour nourrir le bébé.

Les SLM ne seront utilisés dans les populations de réfugiés qu'en dernier recours et uniquement si les conditions suivantes sont remplies :

- Les nourrissons qui prennent des SLM n'ont pas atteint l'âge de 6 mois.
- Le SLM utilisé est une préparation pour nourrissons conforme au Codex et qui respecte les dispositions du Code. La préférence est accordée à une préparation générique, suivie par une préparation pour nourrissons commerciale (de marque). Les laits animaux modifiés peuvent constituer une solution « bouche-trou ».
- La fourniture de SLM cible les nourrissons de 0 à <6 mois qui en ont besoin d'après une évaluation individuelle sérieuse.

Le HCR ne contribuera pas à fournir de SLM aux nourrissons de plus de 6 mois ; les éventuelles exceptions à cette règle nécessiteront l'approbation du groupe technique du siège du HCR ou du groupe technique régional pour la nutrition et la sécurité alimentaire. Pour les nourrissons de plus de 6 mois, le programme doit mettre l'accent sur le soutien à l'alimentation complémentaire, dont les SLM sont exclus.

Le HCR planifiera des mesures relatives à l'alimentation artificielle pour chaque situation comportant des réfugiés afin de garantir une réponse appropriée, proportionnelle et rapide aux besoins en la matière. Le niveau de la planification, des ressources et des capacités nécessaires dépendra du contexte.

Le HCR plaidera en faveur de l'évaluation, du soutien ciblé et de la surveillance des nourrissons qui ne sont pas allaités au sein et/ou qui reçoivent une alimentation artificielle dans les milieux de réfugiés, et il rendra possibles ces activités.

Le HCR fournira les SLM et appuiera la gestion d'une alimentation artificielle appropriée en collaboration avec ses partenaires, dans le respect des dispositions des présentes POS.

Le HCR s'emploiera à prévenir et limiter les risques d'une mauvaise utilisation des SLM. Il s'emploiera ainsi à prévenir les dons de SLM, à gérer les dons qui arrivent et à intervenir en cas de distribution non ciblée, inappropriée, de SLM auprès des réfugiés.

Le HCR s'emploiera à répondre aux besoins des mères qui allaitent leur nourrisson et de celles qui ne le font pas, et à protéger leur bien-être à toutes, tant dans l'intérêt des femmes que de leurs enfants. Il leur permettra ainsi d'accéder à une nourriture suffisante, aux services de santé et à un soutien familial, de sorte que les mères puissent s'occuper de leurs bébés et que leurs propres droits à la nourriture, à l'hébergement et à la santé soient protégés.

Le HCR protégera en priorité les nourrissons qui ont perdu leur mère, conscient des risques particuliers que ceux-ci courent.

Le HCR tente de respecter et de permettre les pratiques culturelles et une saine nutrition qui consistent à consommer du lait tout en protégeant l'allaitement maternel et en permettant sa consommation sans danger. Les communautés pastorales constituent une grande part des opérations du HCR au profit des réfugiés et font l'objet d'une attention particulière.

Le HCR exposera clairement sa position à l'intention de son personnel et de ses partenaires sur l'ANJE dans les situations de réfugiés où le VIH/sida représente une véritable préoccupation. Le HCR assurera la mise en place des services de soutien nécessaires aux nourrissons allaités et non allaités au sein dans les contextes où la prévalence du VIH/sida est élevée.

Le HCR documentera et partagera les enseignements tirés des programmes d'alimentation artificielle afin d'orienter l'élaboration des grandes directives de politique générale et les pratiques en la matière.

CHAPITRE 2 : GESTION GLOBALE DE L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE DANS LES MILIEUX DE RÉFUGIÉS

PRÉPARATION

Les Spécialistes de la santé publique et de la nutrition ou de la sécurité alimentaire auprès du HCR doivent préparer les mesures relatives à l'alimentation artificielle. Il leur faudra tout particulièrement évaluer le fardeau que peuvent représenter les soins dans un contexte donné ; déterminer les ressources nécessaires au soutien et aux interventions (dans les situations d'urgence), ainsi que le type de SLM à utiliser et les modalités d'approvisionnement ; déterminer et contribuer à renforcer les capacités d'évaluation et de soutien qualifiés ; élaborer des systèmes de suivi normalisés pour l'approvisionnement en SLM (aux niveaux national et mondial) ; et réduire les risques (par exemple en appuyant la mise en œuvre du Code et de pratiques favorables à une ANJE optimale). Les opérations du HCR doivent suivre les recommandations des présentes POS pour orienter les mesures de préparation.

Lorsque l'alimentation artificielle est envisagée ou gérée par des opérations du HCR, un coordonnateur doit être désigné au sein du bureau de pays du HCR. Il s'agira vraisemblablement du Spécialiste de la nutrition et de la sécurité alimentaire ou du Spécialiste de la santé publique auprès du HCR. Au besoin, un organisme partenaire et un coordonnateur expérimentés doivent être désignés pour épauler les aspects techniques du rôle de gestionnaire du HCR lors d'une opération en particulier.

Le plan de préparation doit être un bref document qui indique qui est responsable de quoi ainsi que les sources auprès desquelles se procurer les SLM, et qui énonce les conditions auxquelles doit répondre l'alimentation artificielle.

COORDINATION

Toutes les parties concernées doivent bien connaître les grandes directives de politique générale internationales et de l'organisme, et en particulier les Directives opérationnelles sur l'ANJE-U, la Politique laitière du HCR et le Code. Les grandes directives clés de politique générale sont énumérées à l'Annexe 1 et synthétisées à l'Annexe 2.

Il convient également de recenser et d'évaluer les directives de politique générale utiles aux niveaux national et infranational, et d'appuyer la mise en œuvre et, en cas de nécessité, l'élaboration de directives de politique générale pertinentes. Le HCR et ses partenaires doivent plaider auprès des décideurs politiques nationaux pour qu'ils respectent les Directives opérationnelles sur l'ANJE-U et le Code, qui constituent les grandes politiques de référence entérinées par les résolutions de l'AMS.

Toutes les parties doivent œuvrer pour la coordination et la bonne gestion des activités relatives à l'alimentation artificielle au sein de la population de réfugiés. Ces efforts doivent être menés par les

systèmes de coordination existants en matière d'ANJE ou en étroite collaboration avec ceux-ci, et être liés aux mécanismes de coordination et aux programmes portant sur la santé, la protection, ainsi que l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Des ministères nationaux, d'autres organismes des Nations Unies (tout particulièrement l'UNICEF), des ONG, l'approche sectorielle de l'aide humanitaire, des donateurs et des groupes d'experts doivent y participer.

CAPACITÉ

Le HCR a un rôle à jouer dans la sélection des services nécessaires et des partenaires les mieux placés pour les assurer. Une évaluation des capacités des organismes aidera à choisir les meilleurs partenaires pour assurer les services relatifs à l'alimentation artificielle lors d'une opération de réfugiés. Le personnel du HCR doit demander la preuve des capacités de chaque organisme lorsqu'il évalue les partenaires qui pourront jouer un rôle dans l'ANJE.

Un mandat clair doit être rédigé pour les partenaires, de sorte que les attentes en matière de prestation de services soient claires, et que le suivi des activités et des résultats garantisse la satisfaction de ces attentes. Les principaux facteurs à prendre en considération lors de l'évaluation des capacités des partenaires sont indiqués à l'Annexe 3.



UNHCR/S. Phelps/Décembre 2013

CHAPITRE 3 : ÉVALUATION

ÉVALUATION COMMUNAUTAIRE DES BESOINS EN ALIMENTATION ARTIFICIELLE

Une évaluation rapide et appropriée de l'alimentation artificielle **au sein de la communauté** doit avoir lieu dans toutes les situations où il y a des réfugiés. Le personnel nutritionnel ou de santé publique doit s'allier à d'autres secteurs (comme la santé, la protection, la sécurité alimentaire) et collaborer avec les autres organismes concernés, tels que l'UNICEF, l'OMS et des ONG expérimentées, les autorités concernées, les instances techniques et les donateurs à l'échelon national, et demander de l'aide au siège du HCR ou aux groupes techniques régionaux pour la nutrition et la sécurité alimentaire au besoin.

Le personnel nutritionnel ou de santé publique doit être vigilant face aux pratiques à risque en matière d'ANJE. Le HCR doit évaluer et revoir périodiquement la situation opérationnelle en matière d'alimentation artificielle au niveau de la communauté. Le type d'évaluation dépendra du contexte et peut comprendre la **définition d'un scénario** (à l'aide d'informations contextuelles, de données programmatiques), une **évaluation rapide** (évaluation initiale rapide, évaluation opportuniste) et des **enquêtes** plus **détaillées**. En résumé :

Il existe un certain nombre de « **signaux d'alarme** » quant aux pratiques alimentaires d'une communauté qui indiquent la prise de risques. Par exemple : l'utilisation passée de l'alimentation artificielle par une population, des dons de SLM lors de situations d'urgence précédentes, des rapports faisant état du recours à l'alimentation artificielle par une population ou de l'arrêt de l'allaitement maternel par des mères, l'accueil de nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition ou de nourrissons alimentés artificiellement dans les dispensaires. *Les études de cas n° 1 et 2 sont des exemples de réactions de membres du personnel du HCR à des « signaux d'alarme » indiquant des problèmes en matière d'ANJE.*



La **définition du scénario** doit se faire lors de chaque opération afin de déterminer s'il y a des nourrissons et de jeunes enfants qui ont besoin d'une alimentation artificielle et donc de la protection du HCR. Voici les différents scénarios communautaires possibles : l'allaitement maternel est la norme et l'alimentation artificielle est rare ; l'alimentation mixte est courante ; l'alimentation artificielle est la norme et l'allaitement maternel n'est pas courant ; ou des sous-groupes de nourrissons reçoivent une alimentation artificielle (par ex. dans le cadre de l'élimination de la transmission mère-enfant (ETME) du VIH/sida). Les données secondaires, comme les récentes Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS), les données de l'Évaluation initiale rapide (EIR), les observations du personnel et les données des dispensaires et des programmes doivent faire partie des sources d'information servant à la définition du scénario. L'Annexe 4 présente des informations complémentaires quant à la définition du scénario. *L'étude de cas 3 fournit « des exemples de scénarios relatifs à l'alimentation artificielle dans différentes situations où il y a des réfugiés ».*

Dans les communautés où l'alimentation mixte est courante ou l'allaitement maternel n'est pas courant, on peut supposer qu'il y a des nourrissons et de jeunes enfants qui ont besoin d'une alimentation artificielle. Dans les scénarios dans lesquels l'allaitement maternel est courant, mais où il y a aussi des sous-groupes ou des individus qui ont besoin d'une alimentation artificielle, une évaluation individuelle et une assistance ciblée doivent être assurées pour ces individus.

Une évaluation rapide consiste à mesurer des indicateurs clés minimaux relatifs à des enjeux ciblés en matière d'ANJE, en réponse à des préoccupations ou des « signaux d'alarme ». L'ANJE doit faire partie des évaluations initiales (précoces) rapides réalisées dans les situations d'urgence et des enquêtes nutritionnelles régulières lors de situations prolongées. Il existe d'autres possibilités de recueillir des données relatives à l'ANJE, dans les centres d'accueil du HCR destinés aux réfugiés, dans les centres de vaccination et d'enregistrement des ONG, lors de la mesure du périmètre brachial (PB) des enfants, dans les centres de santé, dans le cadre des programmes d'alimentation complémentaire (PAC) ciblant les femmes enceintes et les mères allaitantes (FEMA)¹², du fait des agents sanitaires communautaires, dans les tentes « maman-bébé » et les espaces dédiés aux enfants, lors des évaluations de la sécurité alimentaire des ménages réalisées par le PAM, ainsi que par le biais de personnel allié, tel que le personnel de service communautaire et le personnel de soutien psychologique et social. L'Annexe 5 présente des informations complémentaires quant à la réalisation d'une évaluation rapide.

Dans la mesure du possible, des indicateurs et méthodes normalisés doivent servir à l'évaluation. Des indicateurs adaptés en matière d'ANJE sont nécessaires lors des évaluations rapides en raison des limites de l'échantillonnage et des capacités à ce niveau. Les indicateurs de l'ANJE recommandés pour les évaluations sont énumérés à l'Annexe 6.

Lorsque les évaluations rapides indiquent un risque en matière d'ANJE, des **enquêtes détaillées** devront déterminer plus clairement la situation et l'intervention, et en assurer le suivi. Le module de l'enquête standardisée élargie (SENS) du HCR consacré à l'ANJE doit faire partie des enquêtes prévues. L'Annexe 7 explique comment calculer, à l'aide des données de ce module, un indicateur pour les enfants ne bénéficiant pas de l'allaitement maternel. De plus, l'utilisation de méthodes qualitatives

12 En général, les programmes d'alimentation complémentaire qui s'adressent aux femmes enceintes et aux mères allaitantes ne confirment pas le statut de mère allaitante des mères inscrites ; ces mères peuvent en effet donner à leur enfant une alimentation mixte.

permet de répondre à des questions spécifiques au contexte en vue de mieux comprendre les problèmes relatifs à l'ANJE qui se posent au sein d'une certaine communauté.

ÉVALUATION INDIVIDUELLE DES BESOINS EN ALIMENTATION ARTIFICIELLE

Tous les programmes nutritionnels mis en place en présence de réfugiés doivent prévoir l'évaluation systématique des nourrissons qui pourraient avoir besoin d'un soutien à l'alimentation artificielle. Ces nourrissons peuvent être identifiés grâce à : leur recherche active au sein de la communauté ; leur présentation aux équipes communautaires telles que le personnel de protection, les agents sanitaires communautaires ou le personnel chargé des enquêtes ; la consultation d'un dispensaire par les mères/personnes qui s'occupent des nourrissons en raison de difficultés pour nourrir leur bébé ; la demande de SLM du fait des personnes qui s'occupent des nourrissons. Une évaluation sérieuse de ces cas doit être effectuée par un agent sanitaire ou nutritionniste qualifié. Lors de l'évaluation, il convient d'orienter les nourrissons vers des services appropriés. On trouvera à l'Annexe 8 des détails supplémentaires quant à l'évaluation individuelle et à l'orientation. Le système d'évaluation individuelle doit englober l'**Évaluation simple et rapide (ESR)** des nourrissons et leur **Évaluation complète (EC)**, synthétisées comme suit :

L'**Évaluation simple et rapide (ESR)** des couples mère-enfant (ou des couples personne qui s'occupe de l'enfant-enfant) n'est pas une tâche réservée aux spécialistes. Elle peut être réalisée par le personnel non nutritionniste (tel que les agents sanitaires, les travailleurs communautaires ou les responsables de la vaccination, ou dès le premier contact avec un membre du personnel approprié). L'ESR doit détecter tout risque imminent d'alimentation inadaptée. En cas de risque, la mère et le nourrisson doivent être orientés en vue de leur évaluation complète.

L'**Évaluation complète (EC)** du couple mère-enfant (ou du couple personne qui s'occupe de l'enfant-enfant) doit se faire dans un établissement de santé accessible à la population réfugiée et être réalisée par un agent sanitaire ou nutritionniste qualifié. Au cours de l'EC, il convient d'observer une tétée (ou un repas artificiel, selon que le nourrisson est allaité au sein ou non) et d'écouter la mère afin de comprendre ce qui la préoccupe et de trouver le type de soutien dont elle a besoin.



CHAPITRE 4 : SERVICES DE SOUTIEN À L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE

CRITÈRES D'UTILISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL (SLM)

En règle générale et comme expliqué plus haut, le HCR ne fournira de SLM qu'aux nourrissons de moins de 6 mois, en dernier recours et uniquement si les conditions essentielles sont remplies, ce que déterminera un agent sanitaire ou nutritionniste qualifié. Lorsque la mère rencontre des difficultés pour allaiter, l'intervention prioritaire consistera à lui offrir un soutien qualifié à l'allaitement maternel. Lorsqu'un nourrisson de moins de 6 mois reçoit une alimentation mixte, il conviendra surtout d'encourager la mère à reprendre l'allaitement au sein exclusif. La plupart des femmes peuvent relancer la lactation si elles sont motivées, bien informées et soutenues. Si la mère n'est pas présente ou si elle ne peut allaiter elle-même son bébé, le recours à une nourrice¹³ pour allaiter le nourrisson au sein constitue la deuxième solution par ordre de préférence. S'il y a lieu d'offrir une alimentation artificielle au nourrisson, celui-ci sera orienté vers un dispensaire spécialisé dans la santé maternelle et infantile.

Voici les groupes cibles et les conditions préalables à l'utilisation de SLM :

- Les nourrissons de 0 à moins de 6 mois qui ne sont pas nourris au sein et pour lesquels il n'est pas possible de relancer la lactation ou de faire appel à une nourrice. Il peut s'agir de nourrissons orphelins ou abandonnés, ou de nourrissons qui n'ont jamais bénéficié de l'allaitement maternel.
- Les nourrissons de 0 à moins de 6 mois qui reçoivent une alimentation mixte, au cours de la transition vers l'allaitement au sein exclusif. Dans ce cas, le SLM est utilisé à titre temporaire (pendant un maximum de 2 mois) pendant que la mère ou la nourrice relance la lactation ou rétablit l'allaitement au sein exclusif.
- Dans des situations exceptionnelles, lorsque la mère ou le nourrisson souffre d'une affection qui l'empêche d'allaiter/de se nourrir au sein pendant un certain temps et qu'il n'est pas possible de faire appel à une nourrice.¹⁴

Il ne sera envisagé d'aider à donner des SLM aux nourrissons de plus de 6 mois que dans des cas exceptionnels, par exemple lorsqu'un nourrisson de plus de 6 mois reçoit une alimentation de remplacement dans le contexte du VIH/sida ou d'une autre affection médicale. Une discussion préalable avec le siège du HCR ou avec le groupe technique régional pour la nutrition et la sécurité alimentaire devra avoir lieu.

13 Une nourrice est une femme qui nourrit au sein le bébé d'une autre femme.

14 Consulter la brochure de l'OMS (2009) « Acceptable medical reasons for the use of Breastmilk Substitutes » pour une définition plus précise des affections acceptables.

SERVICES DE SOUTIEN INDIVIDUEL

Des **services de soutien à l'allaitement maternel** adaptés doivent être accessibles et offerts aux nourrissons de moins de 6 mois et à leurs mères/aux personnes qui prennent soin d'eux. Il s'agit là d'une nécessité tant pour déterminer au niveau individuel si l'alimentation artificielle est indiquée (se référer à la page 18 au sujet des évaluations individuelles) que pour aider les nourrissons qui peuvent revenir à l'allaitement au sein exclusif. Une **aide élémentaire à l'allaitement maternel**, un **soutien qualifié à l'allaitement maternel** et l'**accompagnement** de la mère sont indispensables. On trouvera à l'Annexe 8 davantage de détails concernant ce soutien. *L'étude de cas n° 4 illustre l'utilisation de « tentes pour bébés » pour la prestation de services relatifs à l'ANJE à Haïti.*

En cas de besoin, des **services de soutien à l'alimentation artificielle** adaptés doivent être accessibles et offerts aux nourrissons de moins de 6 mois et à leurs mères/aux personnes qui prennent soin d'eux. Les services de soutien à l'alimentation artificielle englobent l'évaluation de la nutrition et de la santé ainsi que la gestion de l'approvisionnement (par ex. un approvisionnement adéquat en SLM et en matériel connexe, qui consiste notamment à assurer la disponibilité de carburant, d'eau, de tasses pour nourrir les bébés et de matériel permettant de préparer sans risque les SLM, ainsi que leur stockage dans de bonnes conditions). Le 5^e chapitre aborde l'approvisionnement en SLM et le matériel connexe. On trouvera à l'Annexe 9 des informations complémentaires concernant le soutien à apporter aux nourrissons qui reçoivent une alimentation artificielle. *L'étude de cas n° 5 illustre la difficulté qu'il y a à préparer cette nourriture sans risque dans un milieu insalubre.*

Lorsque les ressources et les capacités constituent des facteurs handicapants, le HCR peut être amené à établir des priorités entre les nourrissons ciblés par ses différents services. Parmi les nourrissons qui reçoivent une alimentation artificielle, certains sous-groupes courent des risques plus élevés. Les nourrissons qui ne sont pas nourris au sein, et surtout les plus jeunes (de 0 à 2 mois), constituent un groupe prioritaire. Il convient donc de les identifier et de leur apporter un soutien. En cas de besoin, les opérations de pays doivent demander des conseils techniques au siège du HCR ou au groupe technique régional pour la nutrition et la sécurité alimentaire. Voici quelques exemples de priorités à respecter :

- *Service de soutien à la relactation* : accorder la priorité aux nourrissons non allaités au sein âgés de 0 à 6 mois dont la mère ou la nourrice souhaite relancer la lactation ; s'il est nécessaire d'établir un ordre de priorité entre ceux-ci, cibler les nourrissons non allaités au sein âgés de 0 à moins de 2 mois dont la mère ou la nourrice souhaite relancer la lactation.
- *Service de soutien à la relance de l'allaitement au sein exclusif* : toujours accorder la priorité aux nourrissons âgés de 0 à moins de 2 mois (dont les nouveau-nés), l'accorder de préférence aux nourrissons de 0 à moins de 4 mois, et idéalement aux nourrissons âgés de 0 à moins de 6 mois.
- *Fourniture d'un SLM et services de soutien connexes* : accorder la priorité aux nourrissons de moins de 6 mois qui ne sont pas allaités au sein.

Lorsque les réfugiés vivent en milieu urbain et hors des camps, il peut être plus difficile de trouver les nourrissons qui reçoivent une alimentation artificielle, de leur apporter un soutien qualifié et de les suivre. Le HCR devra donc collaborer étroitement avec les ministères nationaux concernés et les prestataires de services actifs dans ces contextes, et innover pour protéger les nourrissons dans ces circonstances.

Comme expliqué, les SLM ne doivent être utilisés qu'à la suite d'une évaluation complète par un agent sanitaire ou nutritionniste qualifié. Lorsqu'il est indiqué de fournir un SLM à un nourrisson, l'agent sanitaire doit évaluer le type, la quantité et la source de SLM à utiliser et élaborer un plan de gestion et de suivi de la nutrition et de la santé du nourrisson. Il convient de commencer par une visite à domicile afin d'évaluer le milieu familial et d'encourager la préparation sans danger de l'aliment à la maison. L'Annexe 9 présente des informations relatives au calcul des besoins individuels en SLM.

Tous les nourrissons qui reçoivent un SLM doivent faire l'objet d'un suivi régulier de la part du personnel sanitaire ou d'un nutritionniste et bénéficier d'un soutien actif. Idéalement, un agent sanitaire précis doit être désigné pour aider la famille. Un suivi mensuel au moins doit avoir lieu, et la mère ou la personne qui s'occupe de l'enfant doit être encouragée à se présenter au dispensaire entre les visites prévues si le nourrisson ne se nourrit pas correctement ou n'est pas bien. Lorsque les visites à domicile ne sont pas possibles, il convient de bien mettre l'accent sur ce qu'il faut faire si le nourrisson n'est pas bien, sur des séances pratiques de préparation du SLM, et sur des « contrôles ponctuels » de la façon dont la préparation pour nourrissons est préparée, effectués au cours des visites de suivi au dispensaire. L'Annexe 9 comprend une liste de contrôle destinée à la consultation initiale et aux visites de suivi. *L'étude de cas n° 6 illustre les difficultés qu'il y a à assurer un suivi régulier dans un environnement peu sûr.*

Des systèmes d'orientation clairs doivent être mis en place, de l'évaluation de l'ANJE, et des services de soutien, aux services médicaux et/ou d'alimentation thérapeutique.

Les nourrissons qui reçoivent une alimentation artificielle doivent bénéficier d'un accès prioritaire à l'eau potable et de bonnes conditions d'hygiène pour se nourrir.

Des services de soutien à l'allaitement maternel et à l'alimentation complémentaire doivent être offerts aux enfants âgés de plus de 6 mois (se référer à la page 26 au sujet des nourrissons de plus de 6 mois). Un suivi permanent doit être organisé pour les nourrissons qui ne sont pas allaités au sein après l'âge de 6 mois. Une orientation entre les programmes et les organismes partenaires peut s'avérer nécessaire, auquel cas les responsabilités des partenaires et les modalités d'accès aux soins doivent être expliquées clairement à l'ensemble du personnel concerné et à toutes les mères/personnes s'occupant des enfants concernées.

CHAPITRE 5 : GESTION DE L'APPROVISIONNEMENT EN SLM

TYPE DE SLM

S'il y a lieu d'assurer un soutien à l'alimentation artificielle au cours d'une opération de secours aux réfugiés, le HCR doit veiller à ce que des quantités suffisantes d'un SLM approprié soient à la disposition des nourrissons placés sous la protection du HCR. S'il y a lieu, le HCR se fournira en SLM et en assurera l'approvisionnement au besoin (les procédures de passation des marchés sont décrites à la page 24).

Le type de SLM recommandé pour une utilisation chez les nourrissons de moins de 6 mois dans les milieux de réfugiés est une préparation pour nourrissons qui respecte la norme du Codex¹⁵ et qui se conforme au Code. Lorsqu'aucune préparation pour nourrissons n'est directement disponible, il peut être indispensable de modifier un lait animal en vue de son utilisation temporaire comme SLM. L'Annexe 10 explique en détail les types de SLM et les modifications nécessaires.

Le type de préparation pour nourrissons préféré pour un usage lors des opérations du HCR est une préparation pour nourrissons générique (sans marque). Les grandes questions à prendre en considération sont : la préparation est-elle disponible par l'intermédiaire d'une autre organisation (par ex. l'UNICEF), est-elle disponible dans la langue locale, quelle est l'urgence de l'approvisionnement (combien de temps faudra-t-il pour l'acheter), combien cela coûtera-t-il par rapport à un achat local d'une préparation de marque ? Lorsqu'il n'est pas possible de s'approvisionner en préparation pour nourrissons générique, la préférence va à l'achat local d'une préparation pour nourrissons commerciale (de marque), et ensuite à l'approvisionnement en préparation commerciale sur la scène internationale.

La préparation pour nourrissons peut se présenter sous deux formes : une préparation en poudre pour nourrissons (PPN) et une préparation pour nourrissons prête à l'emploi (PNPE). En règle générale, les opérations du HCR doivent utiliser des PPN. Les PNPE peuvent être utilisées dans des situations particulières à titre de mesure à court terme. On trouvera plus de détails à ce sujet à l'Annexe 11. En résumé :

- Une PPN est un produit non stérile qui doit être reconstitué avec de l'eau portée à une température de 70 degrés Celsius. Il s'agit de la forme préférée de préparation pour nourrissons dans le cadre des opérations du HCR en raison de son coût, de sa facilité de stockage, de la quantité de déchets produite et de la connaissance du produit par la plupart des populations. Des services de soutien individuel et la fourniture de matériel supplémentaire sont nécessaires.
- La PNPE est une préparation pour nourrissons liquide, qui est prête à l'emploi. Elle est stérile jusqu'à son ouverture. Elle peut se présenter sous la forme de boîtes ou de cartons de volumes variés (une dose ou le volume consommé en 24 heures). Elle coûte cher, son transport est

15 Norme Nourrissons Codex 72-1981. Norme pour les préparations destinées aux nourrissons et les préparations données à des fins médicales spéciales aux nourrissons. <http://www.codexalimentarius.org>

coûteux, elle nécessite de grandes capacités de stockage, il y a peu de chances qu'elle soit disponible dans les régions où il y a des réfugiés, et elle génère des quantités de déchets considérables. La PNPE peut être envisagée comme mesure à court terme dans des situations extrêmes où il est urgent d'offrir un soutien aux nourrissons non allaités au sein de moins de 6 mois, lorsque les conditions sanitaires et d'approvisionnement en eau sont extrêmement mauvaises et que les installations de cuisson sont extrêmement limitées, par exemple dans des camps de réfugiés ou des centres de transit inondés ou fortement surpeuplés.

Dans des circonstances exceptionnelles, lorsque les conditions domestiques ne permettent pas la préparation d'une PPN et qu'il n'est pas faisable d'utiliser une PNPE, à titre de mesure temporaire, les opérations du HCR doivent envisager la préparation centralisée d'une préparation pour nourrissons (« alimentation liquide ») à donner aux nourrissons non allaités au sein. L'endroit où cela a le plus de chances de se faire est un camp de réfugiés ; néanmoins, cela nécessite d'importantes ressources.

Les laits thérapeutiques ne constituent pas un SLM adapté. Ils ne doivent être utilisés que pour le traitement en milieu hospitalier de nourrissons et de jeunes enfants souffrant d'une malnutrition sévère, comme défini par les directives de l'OMS et en conformité avec celles-ci¹⁶. Tous les autres nourrissons et jeunes enfants vivant dans des milieux de réfugiés pour lesquels une alimentation artificielle est indiquée, y compris ceux qui ont souffert d'une malnutrition sévère et qui s'en sont remis (définis comme ayant atteint un z-score ≥ -2 pour leur taille et ne présentant aucun œdème depuis au moins 2 semaines, ou comme ayant atteint un PB ≥ 125 mm et ne présentant aucun œdème depuis au moins 2 semaines¹⁷) doivent bénéficier d'un soutien à l'alimentation artificielle tel que décrit dans les présentes POS.

MATÉRIEL DESTINÉ À L'ALIMENTATION ET AUTRES ARTICLES NON ALIMENTAIRES

Outre un approvisionnement durable en SLM et des ustensiles pour nourrir le nourrisson, les ménages qui préparent un SLM pour un nourrisson auront besoin d'une source d'eau potable et sûre, d'un endroit où le préparer, d'une source de chaleur suffisante (par ex. un combustible convenable et un endroit où faire bouillir l'eau) ainsi que de matériel de préparation (mesure) et de cuisson (ébullition). Au besoin, le HCR doit se procurer et fournir du combustible, de l'eau, des tasses pour nourrir les bébés et du matériel de préparation pour les familles vulnérables dans le contexte de l'alimentation artificielle. Des demandes officielles doivent être introduites et les procédures de passation des marchés habituelles du HCR doivent être suivies.

Le HCR doit promouvoir et appuyer l'alimentation à la tasse de tous les nourrissons qui reçoivent une alimentation artificielle, y compris ceux de 0 à <6 mois. On trouvera davantage d'informations concernant l'appui de l'alimentation à la tasse à l'Annexe 9. Les opérations du HCR doivent décourager activement l'utilisation de biberons et de tétines pour nourrir les nourrissons et les jeunes enfants, en raison du risque élevé de contamination et de la difficulté que présente leur

16 OMS (2003). Directives pour le traitement hospitalier des enfants sévèrement malnutris

17 OMS (2013). Guideline : updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children.

nettoyage. L'utilisation de dispositifs d'alimentation complémentaires pour les bébés et de tire-lait ne doit être envisagée que lorsqu'il est possible de les nettoyer correctement.

Au sein des populations de réfugiés pour lesquelles l'utilisation du biberon est courante, il peut être difficile d'appliquer immédiatement une politique « zéro biberon ». Dans ce cas, les opérations du HCR peuvent envisager la mise en place d'un programme d'échange des biberons (échanger des biberons neufs et propres contre les anciens, tout en offrant la possibilité d'échanger les anciens biberons contre des tasses), prodiguer des conseils individuels et fournir du matériel pour la stérilisation à domicile et pour le nettoyage des biberons ou l'alimentation à la tasse, le cas échéant. *L'étude de cas n° 7 décrit une expérience de suppression des biberons en Jordanie.*

PROCÉDURES DE PASSATION DES MARCHÉS

Les opérations du HCR peuvent directement acheter les fournitures, financer l'achat des fournitures par un organisme partenaire ou négocier une source d'approvisionnement auprès d'un autre, comme l'UNICEF, les ONG partenaires présélectionnées ou un ministère national. Dans certaines situations, il conviendrait peut-être que les personnes qui s'occupent du nourrisson achètent les fournitures directement financées par le biais d'un système de coupons ou avec paiement en espèces. Les opérations du HCR peuvent s'approvisionner directement en SLM au niveau local ou international. L'Annexe 12 fournit un guide de calcul pour l'approvisionnement en SLM au niveau communautaire.

Le bureau de pays du HCR doit **avertir** le siège du HCR ou les groupes techniques régionaux pour la nutrition et la sécurité alimentaire de tous les **achats locaux de SLM** et de l'approvisionnement indirect en SLM (par ex. par le biais d'organismes partenaires ou par le financement de l'approvisionnement). Le siège du HCR ou le groupe technique régional pour la nutrition et la sécurité alimentaire peut demander davantage d'explications aux opérations de pays en réponse à cette notification.

Le bureau de pays du HCR doit **demander l'approbation** au siège du HCR ou aux groupes techniques régionaux pour la nutrition et la sécurité alimentaire pour **tout achat international de SLM**. Pour tout approvisionnement international en SLM, il y a lieu d'introduire une demande de commande adéquate (via le Service des achats, de la gestion et des contrats du siège du HCR).

Lorsque les fournitures sont achetées directement à un fournisseur local ou international, les opérations du HCR doivent donner la préférence aux entreprises qui ne violent pas le Code.

Dans le cadre des programmes pour les réfugiés, le HCR ne doit utiliser que des SLM achetés. Les stocks de SLM offerts ne doivent être ni recherchés ni utilisés par les programmes du HCR (se référer à la section Gestion des dons, page 31).

Le HCR et ses partenaires doivent planifier les achats de sorte que des quantités suffisantes de SLM soient achetées et que le SLM puisse être fourni aussi longtemps que les nourrissons en auront besoin (jusqu'aux alentours de l'âge de 6 mois). Un approvisionnement « tampon » de 2 à 4 semaines peut s'avérer nécessaire pour permettre la transition vers une alimentation sans SLM. Les besoins en

approvisionnement doivent être calculés pour l'ensemble de la communauté, et les stocks achetés en fonction de ces besoins.

Lorsque le HCR ou ses partenaires fournissent une préparation pour nourrissons, les ressources liées au stockage et à la logistique doivent être prises en compte dans les budgets, et les directives pour un stockage sans risque doivent être suivies. Les considérations relatives au stockage des SLM figurent à l'Annexe 13.

Dans certains contextes, des systèmes de coupons ou avec paiement en espèces peuvent être utilisés pour permettre l'achat de SLM par les personnes qui s'occupent des nourrissons ciblés. Une évaluation de l'offre sur le marché et de sa durabilité sera alors nécessaire. Cette solution peut convenir en dehors des camps, lorsque la population cible est dispersée et que la préparation pour nourrissons est largement disponible.

Pour les achats d'articles non alimentaires, consulter la page 23 consacrée au matériel destiné à l'alimentation et aux autres articles non alimentaires.

DISTRIBUTION DES SLM

Lorsqu'un SLM tel qu'une préparation pour nourrissons est mis à disposition dans un contexte de réfugiés, il existe un risque de « propagation » dans la communauté. De solides mécanismes de distribution du SLM doivent être mis en place et un suivi doit avoir lieu après la distribution afin d'éviter sa propagation dans la communauté. Les rapports des partenaires doivent comprendre des détails concernant le ciblage, le suivi des constatations et les mesures correctives prises lorsque des problèmes sont identifiés. Le siège du HCR ou le groupe technique régional pour la nutrition et la sécurité alimentaire doit être averti de tout cas connu de propagation des SLM au sein d'une communauté au cours des opérations. *L'étude de cas n° 8 décrit l'expérience du ciblage du SLM en vue d'éviter sa « propagation » en Jordanie.*

Les SLM doivent être fournis à titre individuel aux nourrissons ciblés, par exemple sur prescription comme un « produit médical » pour de brèves périodes dans le cadre du système de soins de santé ou dans son contexte (par ex. via une pharmacie). Les stocks de SLM ne doivent jamais être distribués de manière non ciblée ni dans des colis d'aide humanitaire générale.

Leur distribution doit être suivie de près afin de garantir que les bons nourrissons reçoivent et utilisent la bonne quantité de SLM, sur la base d'une évaluation des besoins correcte. Tous les nourrissons qui reçoivent un SLM doivent faire l'objet d'un suivi régulier (voir à ce sujet les services de soutien individuel à la page 20).

Les SLM doivent être distribués discrètement, hors de la vue des mères qui allaitent, et aucune promotion des SLM ne doit être faite sur les lieux de leur distribution, et aucun matériel montrant un SLM ou l'alimentation au biberon ne doit être visible dans le cadre des opérations de secours aux réfugiés.

La reconstitution et la consommation sur place (« alimentation liquide ») peuvent être une solution dans des circonstances exceptionnelles (voir les types de SLM page 22).

CHAPITRE 6 : PRISE EN CONSIDÉRATION D'ÉLÉMENTS PARTICULIERS CONCERNANT LES NOURRISSONS

LES NOURRISSONS DE PLUS DE 6 MOIS

En général, et comme expliqué plus haut, le HCR ne fournira pas de préparation pour nourrissons aux bébés de plus de 6 mois. Le soutien apporté par le HCR mettra l'accent, pour les nourrissons âgés de plus de 6 mois, sur une alimentation complémentaire sans risque et appropriée comprenant le soutien à l'allaitement maternel pour les nourrissons allaités au sein, et l'accès à une grande variété d'aliments complémentaires adaptés et nutritifs pour tous les nourrissons et les jeunes enfants ; l'accès aux installations, au matériel et à l'assainissement pour une préparation sans risque ; un environnement domestique hygiénique ; et s'il y a lieu, et conformément aux directives opérationnelles du HCR¹⁸, à des compléments de micronutriments ciblés. On trouvera à l'Annexe 14 un résumé des recommandations pour l'alimentation des enfants non allaités au sein âgés de 6 à moins de 24 mois.

Le soutien à l'alimentation complémentaire peut comprendre la fourniture directe d'aliments nutritifs spécialisés tels que des aliments composés enrichis (SuperCereal+ étant le choix le plus adapté aux enfants de 6 à 23 mois) ou des suppléments nutritifs à base de lipides (également appelés aliments complémentaires prêts à l'emploi), des systèmes avec paiement en espèces ou de coupons à échanger contre des aliments spécifiques, l'utilisation de poudres de micronutriments ou de suppléments nutritifs, ou un soutien aux potagers domestiques et aux interventions visant l'agriculture/l'élevage.

Le HCR joue un rôle crucial en plaidant pour l'accès des nourrissons et des jeunes enfants âgés de plus de 6 mois à des aliments complémentaires sûrs et adaptés, et en le leur offrant. Le personnel du HCR doit coordonner ses efforts et communiquer avec les autres organismes des Nations Unies, les ONG et les partenaires gouvernementaux qui fournissent de la nourriture, des apports en nature (par ex. des systèmes de coupons ou avec paiement en espèces) et des services sanitaires et nutritionnels afin de promouvoir une approche multisectorielle.

Pour les nourrissons non allaités au sein de plus de 6 mois, les opérations de pays du HCR doivent garder à l'esprit les éléments suivants :

- Il est clair pour le personnel et les personnes qui s'occupent des nourrissons que la préparation pour nourrissons ne sera plus fournie après l'âge de 6 mois. Un approvisionnement « tampon » de 2 à 4 semaines peut s'avérer nécessaire pour permettre la **transition** vers une alimentation sans SLM. Il faut y songer dès la phase de planification avec le partenaire, et une procédure claire doit être mise en place pour la transition.

18 UNHCR Operational Guidance on the use of special nutritional products to reduce micronutrient deficiencies and malnutrition in refugee populations. HCR 2011

- Un suivi permanent doit être organisé pour les nourrissons qui ne sont pas allaités au sein après l'âge de 6 mois. Une orientation entre les programmes peut s'avérer nécessaire, auquel cas les modalités d'accès aux soins doivent être expliquées clairement à l'ensemble du personnel concerné.

LES COMMUNAUTÉS PASTORALES

L'utilisation du lait et des produits laitiers lors des opérations du HCR est régie par la Politique laitière du HCR.¹⁹ Le HCR ne distribue pas systématiquement de lait ni de produits laitiers. Les produits laitiers ne doivent être utilisés que sous une surveillance stricte et dans un environnement contrôlé, par exemple dans le cadre de l'alimentation sur place ou mélangés au préalable à des rations alimentaires. En cas de besoin, les opérations de pays doivent demander des conseils techniques au siège du HCR ou au groupe technique régional pour la nutrition et la sécurité alimentaire.

Dans certains contextes où il y a des réfugiés, comme dans les **communautés pastorales**, le lait représente une source de nutrition importante pour les nourrissons et les jeunes enfants de plus de six mois. Dans ces contextes-là, il peut être approprié de fournir un lait convenable (tel qu'un lait animal) et des produits laitiers (comme du yaourt) aux bébés de plus de 6 mois, dans le cadre d'une alimentation complémentaire. Dans ces cas, les produits laitiers ne seront distribués que sous une surveillance stricte et dans un environnement contrôlé, comme lors de l'alimentation sur place. L'Annexe 14 comprend une liste des laits adaptés et non adaptés aux bébés de plus de 6 mois. Lors de la consommation « sur place », en présence des personnes qui s'occupent de nourrissons âgés de moins de 6 mois, le lait liquide doit être destiné plutôt aux mères des nourrissons allaités qu'aux nourrissons. Les rations prémélangées qui contiennent du lait conviennent à tous les nourrissons de plus de 6 mois. *L'étude de cas n° 9 montre un exemple de programme laitier destiné à répondre aux besoins d'une communauté pastorale réfugiée au Burkina Faso.*

LE VIH/SIDA ET L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS

La coordination entre la lutte contre le VIH/sida et l'alimentation des nourrissons

Les recommandations actuelles de l'OMS concernant le VIH/sida et l'alimentation des nourrissons (2010) sont le reflet d'une approche de l'alimentation des nourrissons en lien avec la santé publique. L'OMS (2010) recommande que les autorités nationales ou infranationales décident de la meilleure solution pour les mères séropositives : pratiquer l'allaitement maternel et recevoir un traitement antirétroviral, ou éviter l'allaitement maternel et fournir une alimentation de remplacement (une alimentation artificielle dans le contexte du VIH/sida). Les nourrissons allaités doivent être exclusivement allaités au sein jusqu'à l'âge de six mois, il faut ensuite leur servir des aliments complémentaires, tout en continuant de les allaiter jusqu'à l'âge de 12 mois. **Dans les situations**

¹⁹ Politique de l'UNHCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés, première édition en 1989, et édition révisée en 2006.

où il est peu probable que le traitement antirétroviral soit disponible, comme dans les situations d'urgence aiguë, les directives de l'OMS recommandent l'allaitement des nourrissons qui sont exposés au VIH afin d'augmenter leurs chances de survie. Il convient de conseiller les mères d'allaiter exclusivement leurs nourrissons jusqu'à l'âge de six mois et de continuer l'allaitement ci-après sauf si les conditions environnementales et sociales sont sûres et favorables à l'alimentation de remplacement.

L'approche de cette directive est similaire à celle d'autres interventions sanitaires. Ceci signifie que les autorités sanitaires nationales ou infranationales doivent promouvoir et soutenir une seule pratique en matière d'alimentation des nourrissons, qui est la norme. Dans les situations où il y a des réfugiés, le HCR peut être l'autorité qui désigne et soutient la pratique d'alimentation habituelle pour un contexte donné. Le HCR n'est obligé de soutenir que la pratique qui a été désignée comme pratique de choix pour un contexte donné. On trouvera des recommandations essentielles et les réponses aux questions fréquemment posées quant au VIH/sida et à l'alimentation des nourrissons aux Annexes 1 et 15, respectivement. Les applications importantes des recommandations de l'OMS (2010) aux opérations du HCR sont indiquées ci-dessous.

Les pratiques liées à l'ANJE dans le contexte du VIH/sida doivent se conformer aux dernières recommandations (2010) de l'OMS et aux directives nationales ou infranationales pertinentes (lorsqu'il en existe). Le HCR doit collaborer avec les autorités concernées et l'OMS pour soutenir l'application des recommandations existantes et/ou soutenir leur actualisation/développement en vue de répondre aux nouvelles circonstances, par ex. à une situation d'urgence ou à un mouvement de population.

Le HCR doit désigner et soutenir la pratique (allaitement maternel ou alimentation de remplacement) qui donnera les meilleures chances de survie aux enfants dans un contexte donné. Sa position doit être orientée par la consultation de l'OMS, de l'UNICEF, du Ministère de la Santé et de ses partenaires, et elle doit être communiquée clairement au personnel du programme. L'opération de pays du HCR doit se concerter avec les groupes techniques concernés du HCR afin d'obtenir leur soutien.

La décision du HCR quant à la solution la plus sûre pour alimenter les nourrissons dans le contexte du VIH/sida doit reposer sur les risques relatifs dans un contexte donné. Les risques de transmission du VIH/sida doivent être comparés aux risques de mourir d'autres maladies, comme la diarrhée ou une infection respiratoire. Parmi les facteurs à prendre en considération, citons les causes d'infection au sein d'une population donnée ; les conditions socio-économiques ; les services de santé disponibles pour prendre en charge les enfants malades ; et la prévalence du VIH/sida. Dans les situations d'urgence et celles où il y a des réfugiés, il est fort probable que pour optimiser les chances de survie sans séropositivité du nourrisson/de l'enfant, les risques rencontrés fassent pencher la balance en faveur de l'allaitement au sein par la mère ou par une nourrice, même si le statut VIH de celle-ci est inconnu, et même en l'absence d'ARV. Ce sujet est davantage développé à l'Annexe 15.

Le HCR doit adopter une position claire quant à l'ANJE dans les milieux de réfugiés où la prévalence du VIH/sida est élevée²⁰ ou lorsque les personnes qui s'occupent des enfants ou le personnel s'inquiètent des risques d'infection par le VIH/sida, et/ou lorsque l'alimentation de remplacement est pratiquée. Le personnel du HCR et ses partenaires doivent bien comprendre cette position. Une brève note d'information doit être préparée, qui présente clairement la situation concernant le VIH/sida et l'alimentation des nourrissons ainsi que la position du HCR. Elle doit être approuvée par le responsable régional de la santé de la procréation et du VIH/sida pour le HCR et par la section Santé publique du siège. L'Annexe 16 donne un exemple de note d'information sur la situation en ce qui concerne le VIH/sida et l'alimentation des nourrissons.

Considérations individuelles relatives au VIH/sida et à l'alimentation des nourrissons

La mère est séronégative ou son statut VIH est inconnu : Le HCR doit offrir un soutien à l'ANJE optimale identique à celui qui est offert à la population générale. Même dans les contextes où le VIH/sida est prévalent, cette recommandation est de mise ; la majorité des femmes ne seront pas séropositives et l'allaitement maternel a le plus de chances de permettre la survie de l'enfant. Il ne peut être envisagé de recommander un aliment de remplacement que si le statut VIH de la mère est connu.

La mère est séropositive (l'enfant est séronégatif ou de statut inconnu) et a besoin de conseils pour choisir l'alimentation du nourrisson : La mère doit être conseillée et encouragée à adopter la solution d'alimentation qui a été désignée comme la meilleure pour favoriser la survie de son enfant (lire à ce sujet la page 27 au sujet de la coordination entre la lutte contre le VIH/sida et l'alimentation des nourrissons). Dans les milieux de réfugiés, le plus probable est que la mère sera encouragée à allaiter son bébé, car c'est ce qui donnera le plus de chances de survie à l'enfant, même en l'absence d'ARV.

La mère est séropositive (l'enfant est séronégatif ou de statut inconnu) et allaite son bébé : Les directives actuelles (2010) de l'OMS recommandent l'allaitement au sein exclusif pendant 6 mois et l'introduction d'aliments complémentaires à 6 mois, tout en continuant à allaiter jusqu'à l'âge de 12 mois. À 12 mois, la faisabilité et la sûreté de l'arrêt de l'allaitement maternel doivent être évaluées. L'allaitement maternel ne doit cesser que si les conditions environnementales et sociales sont sans risque pour l'alimentation de remplacement et si elles y sont favorables ; sinon, il convient d'encourager la mère à poursuivre l'allaitement maternel jusqu'à ce que ces conditions soient remplies. Il convient que les opérations notent ceci :

- La décision de recommander ou non l'allaitement maternel pendant une période prolongée avant d'envisager de l'arrêter, par ex. d'allaiter l'enfant au sein jusqu'à ses 15 ou 18 mois, doit être prise conformément aux recommandations de l'OMS (2010).
- La possibilité de voir la population se déplacer (par ex., rentrer dans son pays d'origine) et la possibilité de suivre la santé de l'enfant sont des facteurs à prendre en considération lors de l'évaluation de la durabilité de l'approvisionnement et des ressources associées.

20 On rencontre une prévalence « élevée » lorsque la prévalence du VIH/sida est constamment supérieure à 5 % au sein d'une population définie au moins, mais inférieure à un pour cent des femmes enceintes dans les zones urbaines (épidémie concentrée), ou que la prévalence est constamment supérieure à 1 % des femmes enceintes à l'échelle du pays. Dans la plupart des pays d'Asie, d'Afrique du Nord, du Moyen-Orient et d'Amérique latine, la prévalence serait considérée comme soit faible (la prévalence du VIH/sida n'y dépasse pas constamment les 5 % dans une sous-population déterminée) soit concentrée. L'Afrique subsaharienne, par contre, connaît une épidémie généralisée. Source : ONUSIDA/OMS

La mère est séropositive (le nourrisson de moins de 6 mois est séronégatif ou de statut inconnu) et donne à l'enfant une alimentation mixte : la mère doit être encouragée à instaurer l'allaitement au sein exclusif et il faut lui assurer l'accès aux ARV, conformément aux protocoles nationaux applicables.

La mère est séropositive (l'enfant est séronégatif ou de statut inconnu) et donne à son bébé une alimentation de remplacement : lorsqu'un nourrisson de moins de 6 mois reçoit déjà une alimentation de remplacement et n'est pas nourri au sein, il convient d'apporter le soutien nécessaire à l'alimentation artificielle (voir le chapitre 4). Lorsqu'un nourrisson est âgé de plus de 6 mois et qu'une alimentation de remplacement a été instaurée, il convient de demander conseil au groupe technique du HCR à titre exceptionnel.

La mère est séropositive et l'enfant est séropositif : si une mère et son bébé sont séropositifs, le soutien à l'allaitement maternel exclusif et continu est la solution qui donne les meilleures chances de survie à l'enfant. Les enfants séropositifs souffrant de malnutrition ont besoin de la même gestion nutritionnelle et médicale que les enfants non-séropositifs souffrant de malnutrition, mais ils ont tendance à souffrir d'infections plus graves.

LE DÉCÈS MATERNEL

Lorsqu'un nourrisson a perdu sa mère, une **nourrice**²¹ constitue la meilleure solution pour le nourrir. La nourrice doit bénéficier du même soutien à l'allaitement maternel que les mères allaitantes.

Lorsque l'on s'inquiète au sujet du VIH/sida, la nourrice doit subir un dépistage du VIH/sida et recevoir un traitement antirétroviral s'il y a lieu. Dans les situations où le dépistage du VIH/sida et les conseils en la matière sont disponibles et liés aux services de soins et de traitement, mais où les femmes enceintes y ont la priorité sur les autres groupes particuliers, la même priorité doit être accordée aux nourrices, du point de vue de l'élimination de la transmission mère-enfant. Lorsque le statut VIH d'une nourrice est inconnu et que le dépistage du VIH/sida n'est pas disponible, les risques relatifs doivent être comparés dans le cas de la nourrice comme ils l'auraient été dans le cas d'une mère (voir la page 29). Un nourrisson allaité par une nourrice dont le statut VIH est inconnu court peu de risques de transmission du VIH/sida, surtout dans les milieux à faible prévalence. Des mesures peuvent être prises pour minimiser les risques, telles que l'élaboration d'un outil de dépistage pour les nourrices potentielles basé sur les comportements à risque et les symptômes du VIH/sida.

L'étude de cas n° 2 décrit en détail quelques aspects relatifs aux programmes de lutte contre le VIH/sida, dont les nourrices, dans le cadre d'un programme au Soudan.

21 La nourrice allaite le bébé d'une autre femme ; cette solution peut être envisagée dans les communautés qui acceptent cette pratique. Les nourrices potentielles sont : une grand-mère ou un autre membre féminin de la famille, une femme qui a récemment perdu son propre bébé, ou une femme qui allaite son propre bébé. La relactation est possible même plusieurs années après que la nourrice a allaité ses propres enfants, et même après la ménopause. On trouvera davantage d'informations à ce sujet dans le Module 2 sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence, à la Section 5.7.

CHAPITRE 7 : GESTION DES DONS ET DES INTERVENTIONS INAPPROPRIÉES

Le HCR n'accepte pas les dons de SLM, de biberons et de tétines, ni de nourriture commerciale pour bébés, destinés à ses opérations de secours aux réfugiés. L'expérience des SLM qui ont fait l'objet de dons dans des situations où il y avait des réfugiés a montré que ceux-ci ne se conformaient généralement pas au Code (tout particulièrement au regard de la langue), et qu'ils étaient inadaptés (des formulations différentes selon la tranche d'âge), de piètre qualité (proches de la date de péremption), mal proportionnés par rapport aux besoins (trop peu ou trop) et imprévisibles.

La collaboration et la coordination avec l'autorité sanitaire et nutritionnelle désignée pour la coordination limiteront les risques de recevoir des dons non sollicités qui finiraient par circuler dans les milieux de réfugiés. *L'étude de cas no 10 décrit l'expérience de l'interdiction des dons de SLM au Kenya et en Jordanie.*

La distribution de SLM *donnés* dans toute partie du système de soins de santé, y compris en cas d'urgence, constitue une violation du Code. Les SLM *achetés* peuvent être distribués au sein du système de soins de santé. Les sections concernées du Code sont indiquées à l'Annexe 2.

La position du HCR quant aux dons doit être clairement communiquée, tout particulièrement aux premiers stades d'une situation d'urgence, dans les contextes dans lesquels des dons ont été reçus par le passé ou l'on pense qu'ils pourraient arriver. La communication doit :

- Affirmer que les dons de SLM, d'aliments complémentaires commerciaux et de biberons et tétines ne sont pas nécessaires et exposent les nourrissons et les jeunes enfants à des risques de maladies et à un risque de mortalité.
- Décrire les besoins réels de la communauté en SLM et ce qui se fait dans le cadre des opérations du HCR afin de répondre à ces besoins.
- Comprendre des informations quant à la personne à qui il faut signaler les propositions de dons, et sur ce qu'il faut faire des dons qui arrivent.

Les informations doivent cibler les parties prenantes essentielles, qui dépendront du contexte, par exemple le gouvernement, la direction des camps de réfugiés, l'armée et les gouvernements donateurs. Les opérations du HCR doivent être vigilantes face aux dons qui arrivent de sources moins traditionnelles (par ex. de l'armée ou de donateurs privés) ou d'organismes qui ne travaillent pas dans le cadre du système de coordination principal.

Il arrive qu'il ne soit pas possible d'empêcher l'arrivée de dons ; ceux-ci peuvent servir des objectifs politiques plutôt que la nutrition des enfants. Dans une situation d'urgence, les dons arrivent parfois à l'improviste. Les opérations du HCR doivent disposer d'un plan pour gérer toutes les marchandises qui arrivent.

Des étapes de **préparation** relatives au traitement des dons qui pourraient arriver doivent être instaurées. Par exemple :

- Déterminer où les dons de SLM, le matériel alimentaire, etc. pourraient être conservés en toute sécurité s'il en arrivait (par ex. stockage au HCR, par un autre organisme de l'ONU, ou par une ONG technique)
- Conseiller aux autres organismes des Nations Unies, aux ONG, aux autres secteurs (WASH, distribution alimentaire, protection) de s'attendre à l'arrivée de dons et leur indiquer qui contacter dans ce cas
- Prévenir la logistique/l'administration aux frontières/les services de manutention du fret/l'aéroport de l'arrivée de dons de SLM et de matériel alimentaire, etc., et leur indiquer qui contacter lorsqu'il en arrive

Lorsque des stocks de SLM offerts arrivent, des mesures immédiates doivent être prises pour les gérer. Voici quelques exemples de telles mesures :

- Organiser une réunion avec les partenaires sanitaires et nutritionnels et avec le gouvernement hôte pour prévoir ce que l'on fera des stocks (voir plus loin)
- Enlever ou organiser l'enlèvement de la marchandise, idéalement de son point d'entrée à la zone de la situation d'urgence, dès son arrivée
- Enregistrer la source, le produit, la quantité et les dates de péremption
- Stocker dans un lieu centralisé et sûr afin qu'il n'y ait pas de fuites
- Placer les stocks sous le contrôle d'un organe désigné
- Revoir les stratégies de prévention des dons et essayer de déterminer s'il aurait été possible d'éviter ces dons. Documenter les enseignements tirés.

Voici des exemples d'utilisation pour les dons de SLM qui ne sont pas périmés :

- Renvoyer les dons de SLM au donateur (à ses frais) ; dans la pratique, ceci s'est avéré difficile (donateur inconnu, coût trop élevé)
- Mélanger le SLM à la source avec des aliments complémentaires composés destinés aux nourrissons de plus de 6 mois (ne pas donner le lait en poudre aux familles pour qu'elles le mélangent à domicile)
- Mélanger le SLM avec des aliments composés destinés aux personnes âgées ou à d'autres groupes cibles vulnérables, comme les personnes hospitalisées (ne pas donner le lait en poudre aux familles pour qu'elles le mélangent à domicile)
- Utiliser le SLM comme ingrédient dans la fabrication du pain lorsque le pain fait partie de la distribution généralisée
- Utiliser le SLM comme aliment pour animaux (en concertation avec les organisations qui s'occupent de la santé et du bien-être des animaux).

L'étude de cas n° 11 décrit une utilisation qui a été faite du SLM donné en Jordanie.

Si aucune utilisation sans risque ne peut être trouvée pour les produits donnés ou si ceux-ci sont périmés, ils doivent être enterrés ou brûlés. Les biberons, tétines et sucettes doivent également être détruits sauf dans des cas exceptionnels, par ex. lorsqu'un programme d'échange de biberons

est mis en place (consulter la page 23 consacrée au matériel destiné à l'alimentation et aux autres articles non alimentaires).

Comme expliqué plus haut, dans le cadre des programmes pour les réfugiés, le HCR ne doit utiliser que des SLM achetés. La demande du HCR à l'échelle nationale d'utiliser des SLM reçus pour répondre à des besoins déterminés d'un programme indique un problème de planification ou un problème au niveau des procédures officielles de passation des marchés. Le groupe technique du siège du HCR doit en être averti et enquêter sur toute indication ou toute utilisation de dons par les opérations de pays.

Des mesures doivent être prises pour minimiser l'impact de toute mauvaise utilisation des SLM, qu'ils soient donnés ou achetés. Parmi les signaux d'alarme attirant l'attention sur une mauvaise utilisation des SLM, citons la présentation au dispensaire de nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition sévère et/ou atteints de diarrhée, l'inclusion de préparation pour nourrissons dans la ration alimentaire générale, ou l'inclusion de préparation pour nourrissons dans les colis d'aide humanitaire.

Le personnel du HCR doit documenter les violations du Code et les signaler immédiatement à l'OMS au niveau national ou régional. Pour les coordonnées du point de contact sur le terrain, contacter le siège de l'OMS à l'adresse cah@who.int et nutrition@who.int. Les violations peuvent également être signalées au Centre international de documentation du Code (ICDC) en Malaisie, à l'adresse ibfanpg@tm.net.my, ou à la Fondation LACMAT en Argentine, fundacion@lacmat.org.ar, ou encore à la Coalition italienne pour le contrôle du respect du Code (ICMC) à Milan, icmc@ibfanitalia.ie. On trouvera un formulaire d'enquête pour signaler les violations du code sur le site <http://ibfan.org/code-watch-form>.



CHAPITRE 8 : ÉCHANGE D'EXPÉRIENCES ET ENSEIGNEMENTS

Le HCR encourage le personnel à utiliser le forum en-net (www.en-net.org.uk) pour chercher le soutien de ses pairs et de spécialistes afin de surmonter les difficultés rencontrées par les programmes et de l'aider à répondre aux autres questions liées aux programmes. Un domaine thématique y est consacré à l'ANJE-U.

Le HCR encourage les opérations régionales et de pays à documenter et partager leur expérience programmatique liée à l'application de ces procédures. Nous avons tout particulièrement besoin d'exemples de contextes programmatiques urbains. Les commentaires sur l'application des présentes POS doivent être transmis au siège du HCR ou au groupe technique régional pour la nutrition et la sécurité alimentaire.

Il est recommandé que l'ensemble du personnel du HCR suive jusqu'au bout le Module 1 consacré à l'orientation en matière d'ANJE-U de la formation en ligne proposée par le Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence à l'adresse <http://lessons.enonline.net/>.

ÉTUDES DE CAS

- Étude de cas no 1 : Évaluation de l'ANJE, et intervention constructive d'un spécialiste de la santé du HCR
- Étude de cas no 2 : Des cas individuels attirent l'attention du HCR sur des lacunes fondamentales du système d'ANJE
- Étude de cas no 3 : Scénarios d'alimentation artificielle dans les opérations du HCR
- Étude de cas no 4 : Tentes pour bébés à Haïti
- Étude de cas no 5 : Défis posés par l'alimentation artificielle dans de mauvaises conditions d'hygiène
- Étude de cas no 6 : Le défi de la sécurité dans le suivi des nourrissons
- Étude de cas no 7 : Suppression des biberons en Jordanie
- Étude de cas no 8 : Mise en œuvre du contrôle de la distribution de préparations pour nourrissons en Jordanie
- Étude de cas no 9 : Satisfaction des besoins en lait des nourrissons de plus de 6 mois non nourris au sein dans une communauté pastorale de réfugiés au Burkina Faso
- Étude de cas no 10 : Prévention des dons de SLM au Kenya et en Jordanie
- Étude de cas no 11 : Utilisation des SLM offerts en Jordanie

ÉTUDE DE CAS N° 1 : ÉVALUATION DE L'ANJE, ET INTERVENTION CONSTRUCTIVE D'UN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ DU HCR

Cette étude de cas illustre le rôle que le personnel du HCR peut jouer dans l'identification des problèmes liés à l'ANJE, et dans la coordination d'une intervention.

Évaluation

Le week-end dernier, j'ai mené une évaluation rapide à l'hôpital général, après avoir été informé qu'un grand nombre d'enfants réfugiés qui y avaient été admis présentaient des signes et des symptômes de malnutrition.

Nous y avons vu deux enfants de plus de 6 mois dont le poids, la circonférence du bras et les observations cliniques démontraient qu'ils souffraient de malnutrition sévère, ainsi que quatre nourrissons de moins de 6 mois qui présentaient les signes et les symptômes d'un retard de croissance. Par exemple, un jeune garçon né le 23 mai 2013 avec un poids de 4 kg ne pesait plus que 3,7 kg le 3 août 2013. Ces nourrissons qui souffraient de diarrhée et de vomissements à leur admission ont reçu un traitement contre la déshydratation par injection intraveineuse de fluides, alors que nous savons que ce type d'intervention est dangereux dans le cas d'enfants sévèrement dénutris.

L'utilisation et la promotion de SLM étaient courantes dans l'hôpital. Plusieurs réfugiées ont déclaré que les docteurs leur avaient conseillé d'arrêter l'allaitement maternel, sous prétexte que ce n'était pas une pratique sûre, ou qu'elles n'avaient pas suffisamment de lait. Nous avons rencontré trois réfugiées qui n'avaient pas allaité du tout. La plupart des nouveau-nés sont séparés de leur mère à la naissance et l'utilisation de SLM commençait dès leur arrivée dans le département des soins néonataux intensifs.

Il nous apparut clairement que nous étions face à un problème de santé publique émergent résultant en une combinaison d'un mauvais diagnostic, de l'utilisation d'un traitement inadéquat de la malnutrition sévère, de pratiques inadéquates d'alimentation des nourrissons, et de l'utilisation sans discernement des SLM.

Action immédiate

Pour faire en sorte que les cas de malnutrition sévère soient gérés correctement, nous avons informé chaque partenaire que les nourrissons et les enfants sévèrement dénutris devaient être transférés vers un autre établissement hospitalier afin d'y être soignés, et ce, avec effet immédiat. Dans cet autre établissement, le pédiatre avait été formé par une ONG locale solide, et des stocks de F75, F100 et d'ATPE (d'aliments thérapeutiques prêts à l'emploi) étaient disponibles. Nous avons également convenu que les enfants sévèrement dénutris seraient soignés sans coût à charge des parents, et que le HCR serait informé de chaque nouveau cas.

Nous avons immédiatement mandaté une ONG afin de lancer une évaluation rapide communautaire dans les communautés de réfugiés au sein desquelles de la malnutrition sévère avait été déclarée ou était suspectée, et nous avons obtenu les résultats en cinq jours. Cette évaluation incluait un bilan des pratiques en matière d'ANJE.

J'ai également immédiatement présenté mes découvertes faites à l'hôpital général au Directeur général du Ministère de la santé publique, ainsi qu'à tous les partenaires principaux.

Actions dans les jours et semaines qui ont suivi

En accord avec le Ministère de la santé publique et avec les principaux partenaires, nous avons convenu des actions suivantes :

Une ONG formerait un noyau de praticiens de première ligne (un pédiatre et des infirmières) à reconnaître les cas de malnutrition sévère.

Le HCR enverrait un consultant au Ministère de la santé publique pour une période de 6 mois, afin de suivre et de conseiller l'hôpital général et d'autres hôpitaux sur l'utilisation des SLM. Nous envisageons toutes les options, y compris celle consistant à annuler les contrats du HCR ou des partenaires avec les hôpitaux qui refuseraient d'adapter leur politique d'utilisation des SLM.

L'UNICEF apporterait sa collaboration sous la forme de promotion active de l'allaitement maternel et des bonnes pratiques en matière d'ANJE au sein de la communauté, et de la pratique de la réhydratation orale dans les hôpitaux et au sein de la communauté.

L'UNICEF réaliserait une enquête nutritionnelle en septembre 2013, qui inclurait une évaluation de l'ANJE.

L'OMS et le Ministère de la santé publique adapteraient le système d'alerte rapide et examineraient les raisons pour lesquelles les décès par déshydratation déclarés à l'hôpital général n'avaient pas été pris en compte et examinés par le réseau d'alerte et d'intervention rapide (EWARN).

L'UNICEF et le ministère de la Santé publique feraient en sorte que tous les enfants réfugiés reçoivent un carnet de santé pour enfant (tous les enfants réfugiés identifiés n'en disposaient pas), et l'UNICEF apporterait son aide au suivi national de la croissance infantile, et l'intensifierait.

Source : Spécialiste de la santé du HCR, Liban (2013)

ÉTUDE DE CAS N° 2 : DES CAS INDIVIDUELS ATTIRENT L'ATTENTION DU HCR SUR DES LACUNES FONDAMENTALES DU SYSTÈME D'ANJE

Cette étude de cas illustre comment des cas individuels présentant des problèmes de nutrition peuvent attirer l'attention du HCR sur des lacunes fondamentales du système d'ANJE.

J'ai été averti du cas individuel d'un nourrisson âgé de 5 mois dont la mère est décédée d'une hépatite E dix jours auparavant, au sein d'une communauté de réfugiés au Soudan du Sud. La grand-mère du nourrisson demandait de l'aide pour le nourrir. Cette population pratique généralement l'allaitement maternel. Le recours à une nourrice avait été conseillé comme option prioritaire, mais aucune nourrice n'avait pu être trouvée. Il y avait une réticence à propos du recours à des nourrices, car le dépistage du VIH n'était pas disponible. Ce cas individuel a attiré mon attention, ainsi que

celle de mes collègues, sur un problème d'alimentation des nourrissons dans la communauté, lié à la morbidité et à la mortalité maternelles. Il y avait dans cette communauté un certain nombre de décès maternels causés par l'hépatite qui avaient des implications pour la nutrition des nourrissons, les soins qui leur sont nécessaires ainsi que leur survie. Nous savions que nous devions approfondir notre enquête pour connaître l'ampleur du problème.

Nous avons également réalisé que nous ne disposions pas sur place d'un système suffisamment performant d'assistance aux nourrissons qui ne sont pas allaités au sein. Une ONG médicale s'occupait sur le terrain des questions de santé, et une autre ONG s'occupait des questions de protection des enfants au sein de la communauté, mais aucune d'entre elles n'était équipée pour évaluer l'état des nourrissons présentant des problèmes complexes de nutrition. Aucun système adéquat ni standardisé n'était en place pour encadrer l'alimentation artificielle dans les camps du comté de Maban. Nous avons immédiatement entamé des discussions avec nos ONG partenaires, et nous avons convenu d'un ensemble de rôles et de responsabilités pour combler les lacunes dans cette matière. Dans ce cas précis, nous avons estimé que la meilleure solution était que l'ONG médicale supervise l'examen, la prescription et la gestion des cas individuels, et que l'ONG communautaire contribue à identifier les cas au sein de la communauté et à en assurer le suivi. Il fut difficile de se mettre d'accord sur qui devait fournir la préparation pour nourrissons. Dans notre cas, nous avons décidé que l'ONG communautaire fournirait la préparation à l'agence médicale, avec un financement du HCR. Un document d'orientation a été rédigé en ce sens.

À la suite d'un cas similaire dans le camp de Doro, où la mère d'un nourrisson de 4 mois était décédée des suites d'une hépatite E et où aucune nourrice n'avait pu être trouvée, le HCR a organisé une nouvelle réunion avec toutes les ONG partenaires. Les rôles et les responsabilités ont été établis de commun accord afin de gérer l'alimentation artificielle, et le projet de document d'orientation a été finalisé et diffusé. Le HCR supervise désormais la gestion de l'alimentation artificielle dans les deux camps, et les rôles et responsabilités des ONG partenaires sont clairement établis. Un stock tampon de lait artificiel est prévu afin de couvrir les besoins pour les cas similaires qui pourraient encore se produire.

Dans pareille situation, la meilleure option pour la survie de l'enfant reste de lui trouver une nourrice, par exemple une proche parente. Le risque de transmission du VIH est faible. Il ne s'élève qu'à 0,79 % par mois d'allaitement, en l'absence de médicaments antirétroviraux. L'annexe 15 contient davantage d'informations relatives au contexte du VIH, y compris dans le cas du recours à une nourrice.

Source : Spécialiste des services communautaires du HCR, Soudan du Sud (2013)

ÉTUDE DE CAS N° 3 : SCÉNARIOS POUR L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE DANS LES OPÉRATIONS DU HCR

Cette étude de cas donne des exemples de différents scénarios qu'on peut trouver pour l'alimentation artificielle dans les opérations du HCR.

Scénario 1 : Réfugiés somaliens du camp de réfugiés de Dadaab au Kenya

La prévalence de l'allaitement maternel est élevée dans cette population, même si le taux d'allaitement au sein exclusif est faible. Un programme est déployé pour ANJE, et comprend des groupes de soutien de mères. Ces dernières sont conscientes de l'importance de l'allaitement maternel. L'utilisation de SLM et de biberons est faible. Sur 30 000 réfugiés, seuls 19 enfants sont nourris avec un SLM.

Scénario 2 : Camp de réfugiés syriens en Irak

La prévalence de l'alimentation mixte et de l'alimentation artificielle est élevée dans cette population. Une enquête nutritionnelle récente (2013) parmi la population des réfugiés a montré que 46 % des nourrissons de moins de deux ans étaient nourris au moyen de préparations pour nourrissons. L'utilisation de biberons est fréquente. Le nombre réel de nourrissons recevant des SLM dans ce camp de 15 000 personnes n'est pas encore connu.

Scénario 3 : Camp de réfugiés soudanais au Soudan du Sud

La prévalence de l'allaitement maternel est élevée au sein de cette population. Un programme pour l'ANJE y est déployé et l'allaitement maternel est bien accepté par la communauté. L'utilisation de SLM et de biberons est faible. La prévalence du VIH y est élevée, mais l'accès au dépistage est faible, ce qui cause des craintes de transmission de la mère à l'enfant par le biais de l'allaitement maternel.

ÉTUDE DE CAS N° 4 : TENTES POUR BÉBÉS À HAÏTI

Cette étude de cas décrit la mise sur pied et la gestion de tentes pour bébés dans une situation d'urgence.

Il est apparu clairement que l'alimentation des nourrissons devait être facilitée par la création d'espaces où les mères peuvent recevoir des conseils pré- et postnataux et allaiter leurs nourrissons en toute sécurité, et où les nourrissons qui ne peuvent pas être allaités au sein (par exemple, les orphelins ou les nourrissons séparés de leur mère) peuvent recevoir des préparations pour nourrissons prêtes à l'emploi. Cette évidence a conduit à la mise sur pied du programme des tentes pour bébés.

Le but de ce programme était de promouvoir et de pérenniser les pratiques optimales d'alimentation des nourrissons, tout en réduisant les risques pour la santé liés à l'utilisation non régulée de préparations pour nourrissons. Les tentes pour bébés sont des espaces décontractés, conviviaux et

stimulants dans lesquels les mères peuvent allaiter confortablement et recevoir l'aide d'un conseiller formé et de leurs paires. Les tentes étaient spacieuses, lumineuses, propres, attirantes, et là où l'électricité était disponible, équipées de ventilateurs. De l'eau potable y était mise à disposition, ainsi que des matelas et des nattes pour s'asseoir et se détendre. Les tentes étaient fréquemment décorées avec des ballons et des affiches, et des chansons d'enfants parlant de l'alimentation des enfants étaient jouées dans certaines d'entre elles, dans les intervalles entre les activités.

Les tentes fonctionnaient 6 ou 7 jours par semaine, comme prescrit par les directives nationales rédigées par le Ministère de la santé et par les partenaires du groupe sectoriel pour la nutrition d'Haïti. Les activités comprenaient : l'enregistrement et l'évaluation de l'état nutritionnel et de l'alimentation des nouvelles paires mère-nourrisson et des femmes enceintes ; des conseils de nutrition personnalisés pour les femmes enceintes ou allaitantes ; des conseils sur les préparations pour nourrissons pour les personnes s'occupant de nourrissons non nourris au sein ; le suivi de la croissance des nourrissons ; et des séances collectives de formation sur la santé et la nutrition, sur l'éducation des enfants et sur la relation entre l'enfant et la personne qui s'en occupe. Les enfants souffrant de malnutrition aiguë étaient transférés vers le programme nutritionnel gouvernemental ou non gouvernemental le plus proche, selon le cas ; ceux qui souffraient d'un état médical grave, comme une déshydratation ou une pneumonie, étaient transférés vers le centre de soin le plus proche.

L'équipe d'une tente pour bébés était composée d'un travailleur social, d'un garde et d'une infirmière responsable. L'infirmière avait la responsabilité globale de la tente, réalisait elle-même tous les bilans nutritionnels et de santé, et vérifiait que tous les rapports étaient établis et complets. Des tentes fournissant un soutien psychologique disposaient d'un psychologue dans leur équipe. Une personne supervisait au quotidien quatre tentes pour bébés.

Des femmes accompagnées de leurs enfants allaient et venaient tout au long de la journée. Tous les matins, et parfois au début de l'après-midi, des membres de l'équipe nutritionnelle animaient des activités de sensibilisation et de participation communautaire dans les camps, à l'aide de mégaphones. Ils effectuaient également des visites à domicile, des fois assistés par le psychologue. Les visites à domicile étaient effectuées pour : encourager les mères ou les personnes qui prennent soin des bébés qui n'y venaient plus à revenir aux tentes ; conseiller les mères qui éprouvaient des difficultés à allaiter ; vérifier si les personnes chargées de nourrissons qui ne pouvaient pas être nourris au sein utilisaient les préparations pour nourrissons prêtes à l'emploi ; et comprendre pourquoi certains nourrissons perdaient du poids.

Source : Ayoya, A. M. et al (2013) Protecting and improving breastfeeding practices during a major emergency: lessons learnt from the baby tents in Haiti. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé 2013 : 91 : 612-617. Disponible sur <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-113936.pdf>

ÉTUDE DE CAS N° 5 : DÉFIS POSÉS PAR L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE DANS DE MAUVAISES CONDITIONS D'HYGIÈNE

Cette étude de cas met en évidence les difficultés pratiques de la préparation sûre des SLM dans les situations de réfugiés, et indique la manière de les surmonter.

Les conditions dans lesquelles les SLM sont préparés ne sont pas idéales pour de nombreuses familles de réfugiés syriens en Jordanie. Dans les caravanes, ou à l'intérieur des tentes, le manque d'hygiène est fréquent. En réponse à cette situation, nous encourageons les personnes qui s'occupent des nourrissons à utiliser les cuisines municipales pour préparer les aliments pour nourrissons. Certaines le font, d'autres non. En outre, des sages-femmes forment régulièrement les personnes qui prennent soin des bébés à la préparation sûre des aliments. Les nourrissons qui sont nourris avec des SLM font l'objet d'un suivi régulier. En cas de problèmes de santé ou de poids, nous nous en servons comme un signal d'alarme indiquant la possibilité de problèmes plus vastes.

Source : Spécialiste de la santé du HCR, Jordanie (2013)

ÉTUDE DE CAS N° 6 : LE DÉFI DE LA SÉCURITÉ DANS LE SUIVI DES NOURRISSONS

Cette étude de cas souligne les défis en matière de sécurité auxquels le personnel du HCR sur le terrain doit parfois faire face pour assurer le suivi des nourrissons.

Un certain degré d'insécurité règne à Dadaab en ce moment, ce qui limite parfois les déplacements du personnel. Se déplacer et rendre des visites à domicile n'est pas toujours sûr pour nos équipes. Cette situation complique la tâche du suivi des nourrissons qui sont nourris avec des SLM. Les consignes que nous donnons à notre personnel sont de suivre les enfants hebdomadairement à la clinique quand ils vont bien, et de continuer à conseiller et à encourager les personnes qui en prennent soin à poursuivre dans le respect des bonnes pratiques. Ce n'est que si la vitesse de croissance de l'enfant est réduite, ou s'il ne va pas bien, que nous insistons sur les visites à domicile, et uniquement si on peut les faire en sécurité.

Ce n'est pas ce que les directives recommandent, mais nous devons nous adapter à la situation et faire de notre mieux dans ces circonstances.

Source : Spécialiste de la santé du HCR, Dadaab, Kenya (2013)

ÉTUDE DE CAS N° 7 : SUPPRESSION DES BIBERONS EN JORDANIE

Cette étude de cas décrit une initiative qui a réussi à réduire l'utilisation des biberons en Jordanie.

En Jordanie, l'utilisation des biberons est très répandue. Nos agences partenaires ont acheté des tasses et instauré la suppression des biberons. Les mères qui rendent un biberon reçoivent une tasse en échange. Pour que ça fonctionne, nous avons travaillé dur pour empêcher les offres de biberons gratuits. À l'origine, l'un des hôpitaux militaires distribuait aux nouveau-nés des paquets contenant des biberons et des préparations pour nourrissons. Après beaucoup de travail, ils ont arrêté cette pratique. Les mères sont également sensibilisées à l'importance d'utiliser des tasses plutôt que des biberons. Progressivement, de plus en plus de femmes se sont converties à l'usage des tasses.

Source : Spécialiste de la santé du HCR, Jordanie (2013)

ÉTUDE DE CAS N° 8 : MISE EN ŒUVRE DU CONTRÔLE DE LA DISTRIBUTION DE PRÉPARATIONS POUR NOURRISSONS EN JORDANIE

Cette étude de cas illustre le genre de défis auxquels le personnel peut être confronté dans le cadre de la programmation de l'alimentation artificielle dans les situations de réfugiés, et donne des exemples de moyens de contrôle qui peuvent être mis en place pour empêcher la « propagation » des préparations pour nourrissons.

Au début de la crise, la demande de préparations pour nourrissons de la population des réfugiés syriens était énorme. À cette époque, la prescription et la distribution de préparations pour nourrissons n'étaient pas correctement contrôlées. Comme les préparations pour nourrissons étaient très recherchées, plusieurs incidents de sécurité se sont produits à cause d'elles. Le personnel en charge de la prescription de préparations pour nourrissons a été attaqué. L'équipe qui transportait les SLM a été assaillie et le lait dérobé. Nous avons dû mettre en place des contrôles rapprochés pour empêcher que ce genre d'événement se reproduise.

Les sages-femmes des dispensaires publics examinent les enfants et prescrivent des préparations pour nourrissons uniquement si des critères précis sont respectés. Toutefois, aujourd'hui, la distribution physique des préparations pour nourrissons prescrites se fait dans l'un des hôpitaux militaires du camp. Cette façon de procéder facilite grandement la sécurisation de la distribution. Nous tenons également à jour une base de données des mères qui reçoivent du lait. Nous identifions les mères par leur carte de rationnement, et nous marquons les doigts du bébé avec de l'encre afin d'éviter que d'autres bébés soient présentés à leur place. Avant que ces précautions ne soient prises, des mères empruntaient des bébés pour tenter de se faire admettre dans le programme afin de pouvoir revendre le lait sur le marché. Ces contrôles ont mis fin à ces pratiques.

Source : Spécialiste de la santé du HCR, Jordanie (2013)

ÉTUDE DE CAS N° 9 : SATISFACTION DES BESOINS EN LAIT DES NOURRISSONS DE PLUS DE 6 MOIS NON NOURRIS AU SEIN DANS UNE COMMUNAUTÉ PASTORALE DE RÉFUGIÉS AU BURKINA FASO

Cette étude de cas donne un exemple de méthode alternative pour fournir du lait aux nourrissons qui ne sont pas nourris au sein dans une communauté pastorale.

La population malienne vivant dans les camps de réfugiés du Burkina Faso se compose principalement d'éleveurs ou d'agro-éleveurs. Le bétail reste une ressource importante pour les transactions socioéconomiques et pour la satisfaction des besoins en nourriture. Les principales espèces concernées sont les chameaux, les bovins, les moutons et les chèvres. Le lait constitue 68 pour cent de la consommation calorique de ces communautés du nord-est du Mali. Les réfugiés reçoivent une aide alimentaire sous la forme de rations complètes (composées de céréales, de légumes secs, d'huile, de mélange maïs-soja et de sel). Toutefois, les réfugiés ont fréquemment exprimé le besoin d'inclure davantage de nourriture correspondant aux préférences culturelles dans le panier, et en particulier, d'y mettre du lait.

Afin d'améliorer le régime alimentaire des enfants réfugiés maliens au Burkina Faso et de lutter contre la malnutrition, le HCR prévoit la mise en œuvre d'un projet pilote consistant à servir aux enfants du lait prêt à boire dans une « cantine laitière », pour une consommation immédiate dans des espaces conviviaux pour les enfants au sein du camp. Les objectifs sont de s'assurer de la consommation adéquate de lait par les enfants âgés de 6 à 36 mois dans un environnement sous contrôle et sûr, et d'améliorer la connaissance des mères et des personnes qui s'occupent des enfants en matière d'ANJE, et en matière de pratiques d'hygiène.

La cantine laitière serait ouverte de trois à cinq jours par semaine (en fonction du nombre d'enfants visés et de la capacité en nutritionnistes/travailleurs de la santé). Le lait serait du lait de vache ou de chèvre acheté aux propriétaires de bétail du pays hôte ou appartenant à la population des réfugiés. La plupart de ces propriétaires de bétail sont inclus dans des programmes pour renforcer les moyens de subsistance ; ainsi, la cantine laitière soutiendrait aussi bien l'économie locale que les réfugiés. Dans le cadre de ce projet pilote, les nourrissons de plus de 6 mois qui ne sont pas nourris au sein recevront du lait afin de contribuer à leur alimentation complémentaire, ce qui permettra d'éviter les pratiques à risques associées à la reconstitution des préparations pour nourrissons.

Source : Groupe technique du siège du HCR

ÉTUDE DE CAS N° 10 : PRÉVENTION DES DONS DE SLM AU KENYA ET EN JORDANIE

Ces études de cas donnent des exemples de la manière dont le personnel du HCR peut rassembler des partenaires et coordonner une intervention pour aider à empêcher et à gérer les dons de SLM dans les situations de réfugiés. Les deux exemples démontrent également l'intérêt de mettre en œuvre une politique bénéficiant du soutien des autorités nationales.

Dans le camp de réfugiés de Dadaab, le gouvernement avait reçu des dons et avait commencé à les distribuer dans les camps. Notre équipe du HCR l'a stoppé et lui a expliqué les dangers d'une telle pratique. Au don suivant, le gouvernement a lui-même interrompu la distribution. Cela s'est produit à Dollo Ado, en Éthiopie, alors que j'y travaillais dans le cadre de l'aide d'urgence en 2011. Au Kenya, une politique a été mise en œuvre à l'échelon national, et les praticiens la connaissent très bien. Des séances ont également été organisées pour les professionnels de la santé par les représentants du gouvernement à Dadaab.

Source : Spécialiste de l'alimentation et de la nutrition du HCR, Dadaab, Kenya, réfugiés somaliens

En Jordanie et dans la région, les populations ne sont pas conscientes de l'importance de l'allaitement maternel. De nombreuses organisations ont offert des SLM dès le début de la situation d'urgence, et les ONG chargées de la gestion du camp les réceptionnaient et les distribuaient par l'intermédiaire des dispensaires, des hôpitaux, ou parfois par d'autres canaux de distribution. Nous avons dû réunir l'ensemble des partenaires du camp et le Ministère de la santé pour leur faire comprendre les dangers des dons de SLM, et pour introduire une stratégie en matière d'ANJE, et de SLM. Le Ministère de la santé dispose désormais de sa propre déclaration précisant qu'il n'acceptera plus les dons de SLM. Les hôpitaux militaires ont également rejoint le mouvement. Tout cela a demandé beaucoup de travail, mais désormais, nous avons un accord pour que les dons de SLM ne soient plus acceptés à l'avenir.

Source : Spécialiste de la santé du HCR, Jordanie

ÉTUDE DE CAS N° 11 : UTILISATION DES SLM OFFERTS EN JORDANIE

Cette étude de cas reflète l'ampleur des dons et la difficulté de les maîtriser.

Trouver un moyen pour utiliser les dons non sollicités de préparation pour nourrissons en Jordanie s'est avéré très difficile. En tout, 60 000 boîtes de préparation pour nourrissons de marque ont été reçues, et nous ne pouvions pas trouver le moyen de les utiliser. En fin de compte, les préparations offertes ont été utilisées comme composante du programme de prescription de lait dans le camp. Nous avons procédé ainsi parce qu'aucun autre usage sûr n'a pu être trouvé, malgré une large consultation. Le nom de la marque a été masqué par du ruban adhésif, et la préparation n'était distribuée que sur prescription d'une sage-femme.

Source : Spécialiste de la santé du HCR, Jordanie (2013)

