



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

ANNEXES

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

ANNEXES

Table des matières

Annexe 1 : Ressources essentielles concernant l'ANJE et l'alimentation artificielle.	2
Annexe 2 : Directives de politique générale concernant l'alimentation artificielle et l'utilisation des SLM.	8
Annexe 3 : Considérations relatives à l'estimation des capacités des partenaires du HCR.	11
Annexe 4 : Informations utiles à la définition d'un scénario de la situation alimentaire des nourrissons.	13
Annexe 5 : Informations utiles à l'évaluation rapide de la situation alimentaire des nourrissons.	18
Annexe 6 : Indicateurs relatifs à l'ANJE pour l'évaluation au niveau de la communauté.	21
Annexe 7 : Guide de calcul d'un indicateur pour les nourrissons non allaités au sein à l'aide des données du module de l'Enquête standardisée élargie (SENS) du HCR consacré à l'ANJE.	25
Annexe 8 : Système d'évaluation individuelle de l'ANJE et d'orientation.	26
Annexe 9 : Ressources pour l'accompagnement des nourrissons alimentés artificiellement.	32
Annexe 10 : Modification du lait animal en vue de son utilisation temporaire en tant que SLM lorsqu'aucune préparation pour nourrissons n'est disponible.	38
Annexe 11 : Considérations pour le choix d'un SLM.	41
Annexe 12 : Calcul de la quantité de SLM nécessaire pour une communauté.	44
Annexe 13 : Quelques considérations sur le stockage et le contrôle des distributions de SLM.	47
Annexe 14 : Soutien à l'alimentation de l'enfant non allaité au sein âgé de 6 à 24 mois.	49
Annexe 15 : Questions fréquemment posées sur le VIH/sida et l'alimentation des nourrissons.	53
Annexe 16 : Exemple de note d'information sur la situation en ce qui concerne le VIH/sida et l'alimentation des nourrissons.	60

ANNEXE 1 : RESSOURCES ESSENTIELLES CONCERNANT L'ANJE ET L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE

Ressources mentionnées par section des procédures opérationnelles standard (POS) :

Section des POS	Pour des informations sur :	Ressource	Référence
Gestion globale de l'alimentation artificielle dans les milieux de réfugiés	Directives de politique générale	Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence – Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs de programmes, version 2, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2007.	http://files.ennonline.net/attachments/121/ops-guidance-french-sept-07.pdf Additif en anglais (2010) à l'adresse : http://files.ennonline.net/attachments/1001/ops-guidance-2-1-english-010307-with-addendum.pdf
		Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981) et les résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé, OMS.	http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf et www.who.int/fr/
		Politique de l'UNHCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés. Genève, HCR, 2006.	http://www.unhcr.fr/4ad2f86ee.html
		Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2003) et Planning guide for national implementation (2007), OMS/UNICEF.	Stratégie: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/fr/ Guide de planification (en anglais) : http://www.who.int/nutrition/topics/global_strategy/en/index.html
		Guide de programmation – Alimentation du nourrisson et du jeune enfant, UNICEF, 2012.	http://www.unicef.org/nutrition/files/Guide_de_programmation_en_ANJE_2012_final.pdf
	Orientation du personnel	Module 1. Infant Feeding in Emergencies for Emergency Relief Staff, version 2.1 - E-learning & orientation package, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2010.	Apprentissage en ligne (en anglais) : http://lessons.ennonline.net Matériel pour l'orientation (en anglais) : http://www.ennonline.net/iycfeorientationpackage
Évaluation communautaire des besoins en alimentation artificielle	Enquêtes détaillées sur l'ANJE	Enquête nutritionnelle standardisée élargie du HCR. Module 3 : Alimentation du nourrisson et du jeune enfant, version 2, HCR, 2013.	http://www.sens.unhcr.org/page.asp?content_id=33639
	Collecte des données ANJE	Infant and Young Child Feeding Practices – Collecting and Using Data: A Step-by-Step Guide, CARE USA, 2010.	(en anglais) http://nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/4/2013/12/final-iycf-guide-iycf-practices_eng.pdf
	Estimation de l'âge	Talking about Child Age : A Briefing, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2012.	(en anglais) http://www.ennonline.net/iycfandchildage
Évaluation individuelle des besoins en alimentation artificielle	Évaluation simple et rapide	Module 2 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, Manuel de formation, Section 3, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2007.	http://files.ennonline.net/attachments/145/module-2-v1-1-core-manual-french.pdf
	Évaluation complète	Module 2 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, Manuel de formation, Section 3, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2007.	http://files.ennonline.net/attachments/145/module-2-v1-1-core-manual-french.pdf

Section des POS	Pour des informations sur :	Ressource	Référence
Services de soutien individuel à l'alimentation artificielle	Services de soutien à l'allaitement maternel	Module 2 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, Manuel de formation, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2007.	http://files.enonline.net/attachments/145/module-2-v1-1-core-manual-french.pdf
		Paquet de counseling communautaire pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), UNICEF, 2013.	http://www.unicef.org/nutrition/index_58362.html
	Relactation	Module 2 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, Chapitres complémentaires : Section 6, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2007.	http://files.enonline.net/attachments/146/module-2-v1-1-additional-french.pdf
		La relactation : connaissances acquises et recommandations, OMS, 1998.	http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_chs_cah_98_14/fr/
	Nourrices	Module 1 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, section 4.4, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2001.	(en anglais) http://files.enonline.net/attachments/150/module1-manual-refer-ops-gv2-1.pdf
	Minimisation des risques de l'alimentation artificielle dans les situations d'urgence	Module 1. Infant Feeding in Emergencies for Emergency Relief Staff, version 2.1 - Apprentissage en ligne, voir la leçon 3.4, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2010.	(en anglais) http://lessons.enonline.net
	Préoccupations courantes concernant l'allaitement maternel dans les situations d'urgence	Module 1. Infant Feeding in Emergencies for Emergency Relief Staff, version 2.1 - Apprentissage en ligne, Voir la leçon 2.2, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2010.	(en anglais) http://lessons.enonline.net
	Soutien aux personnes s'occupant des bébés nourris artificiellement	Module 2 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, Chapitres complémentaires, section 9B, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2007.	http://files.enonline.net/attachments/146/module-2-v1-1-additional-french.pdf
	Alimentation liquide	Module 2 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, Chapitres complémentaires, section 9C, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2007.	http://files.enonline.net/attachments/146/module-2-v1-1-additional-french.pdf
Dangers liés à l'utilisation d'une préparation pour nourrissons	Politique de l'UNHCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés. Genève, HCR, 2006, Section 4, HCR, 2006.	http://www.unhcr.fr/4ad2f86ee.html	
Type de SLM	Normes du Codex pour les préparations destinées aux nourrissons	Norme Nourrissons Codex 72-1981. Norme pour les préparations destinées aux nourrissons et les préparations données à des fins médicales spéciales aux nourrissons, Codex Alimentarius, 1981.	http://www.codexalimentarius.org/download/standards/288/CXS_072f.pdf
Distribution des SLM	Procédures d'atténuation des dangers de l'alimentation artificielle	Module 1 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, section 4.6 du Manuel principal, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2001.	(en anglais) http://files.enonline.net/attachments/150/module1-manual-refer-ops-gv2-1.pdf

Section des POS	Pour des informations sur :	Ressource	Référence
Bébés de plus de 6 mois	Alimentation des bébés de 6 à 24 mois	Principes directeurs pour l'alimentation des enfants de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein, OMS, 2005.	http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241593431/fr/
	Soutien à l'ANJE au sein de la PCMA	Formation « Intégration du soutien à l'ANJE au sein de la PCMA », Groupe de travail sur l'ANJE-U et collaborateurs, 2009.	(en anglais) http://www.ennonline.net/integrationiycfintocmam
	Utilisation de produits nutritifs spéciaux	UNHCR Operational Guidance on the Use of Special Nutritional Products to Reduce Micronutrient Deficiencies and Malnutrition in Refugee Populations, compilé par l'ENN pour le HCR, version 1, 2011.	(en anglais) http://www.unhcr.org/pages/52176e236.html
Le VIH/sida et l'alimentation des nourrissons	Directives clés concernant le VIH/sida et l'alimentation des nourrissons	WHO Guidelines on HIV and Infant Feeding 2010: Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence, OMS, 2010.	(en anglais) http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/index.html
		WHO FAQs on Infant Feeding and HIV, OMS (en ligne).	(en anglais) http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/hivif_qa/en/index.html
		Directives sur l'alimentation des nourrissons et le VIH dans le contexte des populations réfugiées et déplacées, version 1.1, HCR, 2009.	http://www.unhcr.fr/4b9f9f315.html
		WHO Guidelines on HIV and Infant Feeding: an Updated Framework for Priority Action, OMS, 2012. (L'édition de 2003 est disponible en français sous le titre « HIV et alimentation de l'enfant : cadre pour actions prioritaires »)	(en anglais) http://www.unicef.org/nutrition/files/HIV_Inf_feeding_Framework_2012.pdf (et l'édition française de 2003 : http://www.who.int/nutrition/publications/hiv_infantfeed_framework_fr.pdf)
Gestion des dons et des interventions inappropriées	Communication	Protéger les nourrissons en cas d'urgence : information pour les médias, Groupe de travail sur l'ANJE-U.	http://www.ennonline.net/iycfmediaguide (disponible en anglais, français, allemand, arabe, espagnol et italien)
		Model Joint Statement on IFE, Groupe de travail sur l'ANJE-U.	(en anglais) http://www.ennonline.net/modelifejointstatement
		Messages clés pour le personnel de santé et pour les mères ayant des bébés et des jeunes enfants, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2010.	http://www.ennonline.net/ifekeymessagesmothers
		Ensuring Optimal Feeding of Infants and Children During Emergencies, OMS.	(en anglais) http://www.ennonline.net/iycfewho
	Gestion du lait et des produits laitiers dans les situations d'urgence	Module 1. Infant Feeding in Emergencies for Emergency Relief Staff, version 2.1 - Apprentissage en ligne, voir la leçon 3.6, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2010.	(en anglais) http://lessons.ennonline.net
	Prévention et gestion des dons de SLM dans les situations d'urgence	Module 1. Infant Feeding in Emergencies for Emergency Relief Staff, version 2.1 - Apprentissage en ligne, voir la leçon 3.5, Groupe de travail sur l'ANJE-U, 2010.	(en anglais) http://lessons.ennonline.net

LISTE COMPLÈTE DES RESSOURCES :

Ressources pour le personnel responsable de la nutrition, de la sécurité alimentaire et de la santé publique

En-net : En-net est un forum technique en ligne hébergé et modéré par l'ENN. Il comporte un forum dédié tout particulièrement à l'ANJE et peut servir à poster des questions à ce sujet et à en discuter. Consultez le site www.en-net.org.uk

Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (« IFE Core Group ») (2010), Module 1. Infant Feeding in Emergencies for Emergency Relief Staff.

Orientation Package. Ce paquet comprend des cours en ligne qui peuvent servir à l'autoapprentissage. Ces cours ne doivent pas être suivis en une seule fois, mais retenez où vous vous êtes arrêté(e) afin de pouvoir revenir à cet endroit et poursuivre votre formation. Ils sont disponibles (en anglais) à l'adresse <http://lessons.enonline.net>. Le paquet comprend également des présentations PowerPoint et des manuels téléchargeables disponibles (en anglais) à l'adresse <http://www.enonline.net/ressources/iycfeorientationpackage>.

Politiques et stratégies

1. **ICDC/IBFAN (2006), Making Sense of the Code: Training Materials. Penang: ICDC/IBFAN.** Contact : ICDC, email : ibfanpg@tm.net.my ou IBFAN-GIFA, email : info@gifa.org
2. **Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (« IFE Core Group ») (2007), Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence – Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs de programmes, version 2.1 Oxford, IFE, et additif de 2010**
Disponible en 13 langues à l'adresse <http://www.enonline.net/operationalguidanceiycfv2.1>, et l'additif (2010) en anglais à l'adresse <http://files.enonline.net/attachments/1001/ops-guidance-2-1-english-010307-with-addendum.pdf>. Des exemplaires imprimés peuvent être obtenus en français et en anglais auprès de l'ENN, email: office@enonline.net
3. **Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (« IFE Core Group ») (2007), Generic Infant and Young Child Feeding in Emergencies Policy. Oxford, IFE.** Disponible en anglais uniquement à l'adresse : <http://www.enonline.net/ifegenericpolicy>
4. **Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (« IFE Core Group ») (2008), Generic Infant and Young Child Feeding in Emergencies Joint Statement. Oxford, IFE.** Disponible en anglais uniquement à l'adresse : <http://www.enonline.net/modelifejointstatement>
5. **UNICEF (2005), Déclaration Innocenti de 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. New York, UNICEF.** Disponible en anglais, français, arabe, chinois, espagnol, italien et russe à l'adresse : <http://www.unicef-irc.org/publications/435>
6. **HCR (2006), Politique de l'UNHCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés. Genève, HCR.** Disponible à l'adresse: <http://www.unhcr.fr/4ad2f86ee.html>
7. **OMS (2004), Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies. Genève, OMS.** Disponible en anglais uniquement à l'adresse : <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/9241546069.pdf?ua=1>
8. **OMS (2003), OMS/UNICEF Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, 2003. Genève, OMS.** Disponible en anglais, français, allemand, arabe, chinois, espagnol, italien et russe à l'adresse : <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/fr/>
9. **OMS (2007), Planning guide for national implementation of the global strategy for infant and young child feeding. Genève, OMS.** Disponible en anglais uniquement à l'adresse: http://www.who.int/nutrition/topics/global_strategy/en/index.html
10. **OMS (1981), Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (Le Code). Genève, OMS.** Le Code complet et les résolutions pertinentes de l'AMS peuvent être téléchargés en format pdf de www.ibfan.org et http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf

- 11. OMS (2008) The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes Frequently Asked Questions. OMS, Genève.** Disponible en anglais uniquement à l'adresse: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241594292/en/index.html

Plaidoyer

- 1. IBFAN-Wemos (2001), Infant Feeding in Emergencies. Do You Know that Your Generous Donations of Breastmilk Substitutes Could Do More Harm than Good? 2^e éd. Panang, IBFAN.** Disponible en anglais uniquement à l'adresse: www.ibfan.org
- 2. IBFAN (2002), Protecting Infant Health. A Health Workers' Guide to the International Code of Marketing of Breastfeeding Substitutes, 10^e éd. Genève, IBFAN.** Contact : IBFAN-ICDC International Code Documentation Centre, Penang, Malaisie à l'adresse ibfanpg@tm.net.my ou IBFAN Europe c/o GIFA, Genève, Suisse à l'adresse info@gifa.org ou les Bureaux régionaux de l'IBFAN ou le Département de la santé et du développement de l'enfant et de l'adolescent, OMS, Genève, Suisse à l'adresse vallenasc@who.ch
- 3. ICDC (2009), Le Code et l'alimentation des nourrissons en cas d'urgence.** Disponible en anglais, français, arabe, espagnol, italien et portugais à l'adresse: http://www.worldbreastfeedingweek.net/wbw2009/images/icdc_%20focus_french.pdf
- 4. Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (« IFE Core Group ») (2007), Protecting Infants in Emergencies : the Role of the Public. Oxford, IFE.** Disponible en anglais uniquement à l'adresse: <http://www.enonline.net/protectinginfantspublic>
- 5. Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (« IFE Core Group ») (2007), Protéger les nourrissons en cas d'urgence : information pour les médias. Oxford, IFE.** Disponible en anglais, français, allemand, arabe, espagnol et italien à l'adresse: <http://www.enonline.net/iycfmediaguide>

Directives techniques et matériel pédagogique

Allaitement maternel

- 1. Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (« IFE Core Group ») (2010), Module 1. Infant Feeding in Emergencies for Emergency Relief Staff. Orientation Package.** Ce paquet comprend des cours en ligne en anglais (<http://lessons.enonline.net>) intégrés à la formation de l'UNICEF sur la nutrition dans les situations d'urgence, dont une évaluation (<http://www.unicef.org/nutrition/training/>), et une série de présentations PowerPoint. Il est disponible en anglais uniquement à l'adresse: <http://www.enonline.net/iycforientationpackage>
- 2. ENN, IBFAN, Terre des hommes, UNICEF, HCR, OMS, PAM (décembre 2007), Module 2 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence pour le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition dans les situations d'urgence. Quatre parties : Manuel principal – formation, pratique et références ; Chapitres complémentaires ; Annexes ; Supports pédagogiques. Version 1.1** Le Module 2 comporte cinq parties principales, qui peuvent être vues au cours d'une formation de groupe de 5 heures. Les chapitres complémentaires peuvent être étudiés ou enseignés séparément. S'ils sont inclus dans la formation avec la partie principale, la formation durera 1 jour ou 1,5 jour. Disponible en anglais, français, arabe et bahasa à l'adresse: <http://www.enonline.net/ifemodule2>
- 3. ENN/NNP/IFE Core Group/IASC (2009), Intégration du soutien à l'ANJE au sein de la PCMA – Guide de l'animateur.** Guide de l'animateur et documents destinés aux participants à l'orientation d'1,5 jour consacrée au conseil dans le contexte des programmes communautaires de gestion de la malnutrition aiguë sévère. Disponible en anglais et en français à l'adresse: <http://www.enonline.net/integrationiycfintocmam>
- 4. UNICEF (2011), Guide de programmation : alimentation du nourrisson et du jeune enfant.** Disponible en anglais et en français à l'adresse: http://www.unicef.org/nutrition/files/Guide_de_programmation_en_ANJE_2012_final.pdf ou par email : ijcn@unicef.org
- 5. UNICEF (2011), Paquet de counseling communautaire pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE).** Outils génériques pour la programmation et le renforcement des capacités en matière de conseil communautaire pour l'ANJE. Destiné à être utilisé dans divers contextes nationaux, ce paquet d'outils guide l'adaptation, la conception, la programmation et la mise en œuvre locales de services de conseil et de soutien

communautaires pour l'ANJE. Il contient des outils pédagogiques pour doter les travailleurs communautaires, à l'aide d'une approche d'apprentissage pour adultes interactive et expérimentale, de connaissances et compétences pertinentes quant aux pratiques recommandées en matière d'allaitement maternel et d'alimentation complémentaire pour les enfants de 0 à 24 mois ; pour renforcer leurs compétences en conseil, résolution de problèmes, négociation et communication ; et pour les préparer à utiliser efficacement les outils et de conseil et les aide-mémoire utiles. À ce jour, une trentaine de pays ont au moins entamé l'adaptation de ce matériel à leur contexte local, renforçant ainsi leurs capacités et déployant un conseil communautaire et une communication pour l'ANJE à l'aide de ce paquet. Le matériel adapté est déjà disponible pour les Philippines, le Népal, l'Inde, Madagascar, le Nigéria et le Kenya (Daadab). Disponible en anglais et en français à l'adresse: http://www.unicef.org/nutrition/index_58362.html. Pour obtenir davantage d'informations concernant ce paquet ainsi que les prévisions liées à son déploiement et à sa mise en œuvre, veuillez contacter France Begin à l'adresse : fbegin@unicef.org ou écrire à iycn@unicef.org

Alimentation artificielle

1. **ENN/Gribble, K. (2007), Why Infant Formula Causes Deaths Due to Diarrhoea in Emergencies. Londres, ENN.** Explique les causes de la diarrhée, comment l'allaitement maternel évite la diarrhée et comment les préparations pour nourrissons rendent les bébés vulnérables à la diarrhée, ainsi que les risques encourus lors des situations d'urgence. Disponible en anglais uniquement à l'adresse: <http://www.enonline.net/infantformuladiarrhoea>
2. **UNICEF (mai-juin 1999), Cup Feeding Information. BFHI News. New York, UNICEF.** Contact : pubdoc@unicef.org
3. **OMS, en collaboration avec la FAO (2006), La préparation, la conservation et la manipulation sans risques des préparations en poudre pour nourrissons. Lignes directrices. Genève, OMS.** Disponible en anglais, français, arabe, chinois, espagnol et russe à l'adresse: <http://www.who.int/foodsafety/publications/powdered-infant-formula/en/>
4. **OMS (2009), Acceptable Medical Reasons for Use of Breastmilk Substitutes. Genève, OMS.** Disponible en anglais, espagnol et portugais à l'adresse : http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/WHO_FCH_CAH_09.01/en/index.html
5. **Infant Formula Label - Generic.** Disponible en anglais uniquement à l'adresse : <http://www.enonline.net/infantformulagenericlabel>

Le VIH/sida et l'alimentation des nourrissons

1. **OMS (2010), Guidelines on HIV and Infant Feeding 2010. Principles and Recommendations for Infant Feeding in the Context of HIV and a Summary of Evidence.** Disponible en anglais uniquement à l'adresse: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241599535/en/index.html

Suivi et évaluation

1. **Care USA (2010) Infant and Young Child Feeding practices, Collecting and Using Data, a Step by Step Guide.** Disponible en anglais uniquement à l'adresse: <http://www.enonline.net/iycfdataguide>
2. **IASC (2007), Initial Rapid Assessment (IRA) Draft. Genève, IASC.** Disponible en anglais uniquement à l'adresse: <http://nutritioncluster.net/resources/mira-manual-2012/>
3. **OMS, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI (2008), Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices.** Disponible en anglais uniquement à l'adresse: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241599757/en/index.html>
4. **OMS/Linkages (2003), Infant and Young Child Feeding. A Tool for Assessing National Practices, Policies and Programmes. Genève, OMS.** Disponible en anglais uniquement à l'adresse: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562544/en/>
5. **HCR (2013 version 2), Directives de l'Enquête nutritionnelle standardisée élargie pour les populations de réfugiés. Genève, HCR.** Disponible à l'adresse: <http://www.sens.unhcr.org>

ANNEXE 2 : DIRECTIVES DE POLITIQUE GÉNÉRALE CONCERNANT L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE ET L'UTILISATION DES SLM

1. Le Code

Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a été adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé (AMS, l'organe directeur de l'Organisation mondiale de la santé) dans sa résolution 34.22 de 1981. La résolution 1981 et les résolutions ultérieures pertinentes de l'AMS sont collectivement appelées « le Code ». Toutes les dispositions du Code s'appliquent dans les situations d'urgence, et certaines parties du Code sont spécifiques à celles-ci.

Le Code a pour but de protéger les mères/personnes qui s'occupent aussi bien des bébés et des jeunes enfants nourris au sein que de ceux qui ne le sont pas des influences commerciales susceptibles de peser sur leurs choix d'alimentation pour leur nourrisson. Le Code définit les responsabilités de l'industrie des aliments pour nourrissons, des agents sanitaires, des gouvernements et des organisations en ce qui concerne la commercialisation des SLM, des biberons et des tétines. Le Code n'interdit pas l'utilisation de préparations pour nourrissons ou de biberons, mais il contrôle la manière dont ils sont produits, emballés, promus et fournis.

L'adoption du Code et l'adhésion à celui-ci sont une *exigence minimale*. Tous les États membres sont appelés à soutenir la mise en œuvre de l'ensemble des dispositions du Code (AMS 34.22). Toutes les dispositions du Code sont applicables dans toutes les situations d'urgence du monde. En 1994, le Code a énoncé les conditions auxquelles devaient répondre les dons de SLM dans les situations d'urgence. Les cas de non-respect du Code s'appellent des *violations*. Les auteurs de violations du Code sont habituellement des entreprises qui fabriquent des SLM.

Résolution de l'AMS 47.5 : le Code et les dons

D'après cette résolution, il ne doit y avoir « aucune distribution gratuite ou subventionnée de substituts du lait maternel ou d'autres produits visés par le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (...) à quelque niveau que ce soit du système de soins de santé. »

Le système de soins de santé est défini par le Code comme l'ensemble des institutions ou organisations gouvernementales, non gouvernementales ou privées participant directement ou indirectement aux soins de santé des mères, des nourrissons et des femmes enceintes, ainsi que les crèches et les institutions d'accueil des enfants. Il comprend également les agents sanitaires exerçant en pratique privée. Il n'englobe pas les pharmacies ou autres points de vente.

Disponible sur : <http://www.ibfan.org/English/resource/who/fullcode.html> (en anglais)

2. Directives opérationnelles pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (ANJE-U), version 2.1 (2007) et additif (2010)

Les Directives opérationnelles sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (2007) constituent un document de politique clé élaboré par le Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence pour orienter les responsables de programmes et les dirigeants en la matière. Les Directives opérationnelles comprennent le Code (et sont entérinées dans la résolution de l'AMS 23.23 de 2012) et des directives supplémentaires applicables aux situations d'urgence. Elles reposent sur des directives techniques, des données empiriques et l'expérience des situations d'urgence passées. Les Directives opérationnelles intègrent les principales dispositions du Code et s'appuient sur celles-ci, afin de répondre aux défis particuliers que posent les situations d'urgence pour la mise en œuvre du Code.

La section 6 des Directives opérationnelles traite de la réduction des risques de l'alimentation artificielle dans le contexte des situations d'urgence.

Les Directives opérationnelles sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (2007) stipulent ceci au sujet des **dons de SLM** :

Dans les situations d'urgence, les dons de substituts de lait maternel ne sont pas opportuns et ceux-ci peuvent mettre la vie des nourrissons en danger. Cette information doit être relayée aux bailleurs de fonds potentiels (y compris gouvernements et armée) et aux médias, pendant la phase de préparation de l'urgence et particulièrement pendant la phase aiguë de l'intervention d'urgence. (Directives opérationnelles sur l'ANJE-U, section 6.1.1)

Solliciter ou accepter des dons non sollicités de substituts de laits maternels doit être évité. Au lieu de cela, les interventions destinées à soutenir l'alimentation artificielle doivent être budgétisées afin de permettre l'achat des substituts au même titre que les autres besoins pour soutenir cette alimentation, tels que le combustible, l'équipement culinaire, l'eau potable et l'équipement sanitaire, la formation de personnel, l'emploi de personnel qualifié. (Directives opérationnelles sur l'ANJE-U, section 6.1.2)

Les Directives opérationnelles sont disponibles en 13 langues.

Disponibles sur : <http://www.enonline.net/operationalguidanceiycfv2.1>

3. Politique laitière du HCR

La Politique laitière du HCR, relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés, a été révisée en 2006. Elle vise à aider à la bonne utilisation des produits laitiers, comme le lait écrémé en poudre, le lait entier en poudre et le lait liquide UHT, les préparations pour nourrissons et les laits thérapeutiques, et à guider leur utilisation. Cette politique tient compte du fait que la distribution et l'utilisation sans discernement de ces produits dans les situations de réfugiés ont un impact négatif sur l'alimentation des nourrissons. Elle aborde les aspects pratiques de la gestion des produits laitiers par le HCR dans les situations de réfugiés en vue de minimiser les risques pour l'alimentation des nourrissons.

Disponible sur : <http://www.unhcr.fr/4ad2f86ee.html>

4. Directives de l'OMS concernant le VIH/sida et l'alimentation des nourrissons (2010) (en anglais uniquement : WHO Guidelines on HIV and Infant Feeding)

Ce document actualise les lignes directrices précédentes de l'OMS relatives au VIH/sida et à l'alimentation des nourrissons (révisées pour la dernière fois en 2006) sur la base des nouvelles données probantes. Les nouvelles directives de 2010 tiennent compte de l'impact important des traitements antirétroviraux (ARV) instaurés au cours de l'allaitement maternel sur la réduction de la transmission postnatale du VIH/sida de la mère à l'enfant, et elles recommandent que les autorités nationales de chaque pays décident de la pratique que les services de santé maternelle et infantile vont promouvoir et soutenir pour l'alimentation des nourrissons. Il s'agit là d'une modification par rapport aux recommandations précédentes, qui demandaient aux agents sanitaires d'informer individuellement toutes les mères séropositives quant aux différentes formes d'alimentation possibles, laissant les mères prendre elles-mêmes une décision.

Lorsque les autorités nationales encouragent l'allaitement maternel et les ARV, il est désormais recommandé aux mères séropositives d'allaiter leur enfant au moins jusqu'à l'âge de 12 mois. La recommandation de ne pas recourir à l'alimentation de remplacement à moins qu'elle ne soit « AFASD » (acceptable, faisable, financièrement abordable, sûre et durable) demeure, mais l'acronyme est remplacé par un langage et des termes plus courants. Il existe également des directives pour les mesures à prendre en l'absence d'ARV, sachant que les ARV ne seront pas immédiatement disponibles partout.

Disponibles sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/index.html

ANNEXE 3 : CONSIDÉRATIONS RELATIVES À L'ESTIMATION DES CAPACITÉS DES PARTENAIRES DU HCR

Les opérations du HCR sont tributaires de partenaires. Les partenaires en matière d'ANJE devront connaître le contexte particulier de l'ANJE, disposer des ressources humaines et opérationnelles utiles et être engagés dans un partenariat avec d'autres organismes afin de se charger avec succès des aspects spécifiques des activités relatives à l'ANJE dont ils sont responsables.

Le Tableau 2 ci-dessous est un exemple de liste de services liés à l'alimentation artificielle assortis des capacités organisationnelles nécessaires et des fonctions d'appui du HCR. Cette liste peut servir d'outil pour s'assurer que toutes les fonctions nécessaires sont bien accomplies par les partenaires.

Tableau 2 : Exemples de capacités requises des organismes pour les services de soutien à l'alimentation artificielle

Rôle (service)	Capacités requises	Organisation(s) partenaire(s) responsable(s)	Rôle du HCR
Fonctions au niveau de la population			
Évaluation de l'ANJE au niveau de la population	<i>Évaluation sanitaire et nutritionnelle (comprenant idéalement un spécialiste de l'ANJE lors de l'évaluation, ou au moins des capacités lors de la conception et de l'analyse de l'évaluation)</i>		Entreprendre un premier examen à son arrivée En collaboration avec le(s) partenaire(s), analyser les données et veiller à ce que des interventions appropriées soient mises en place pour répondre aux besoins
Achat de SLM	<i>Passation du marché</i>		Autoriser la passation du marché
Stockage des SLM et logistique	<i>Capacités de stockage, compétences en logistique et capacités logistiques</i>		Contrôler les conditions de stockage
Distribution ciblée des SLM	<i>Centre de santé/dispensaire, en nature ou par le biais d'un système de coupons</i>		Analyser les données en collaboration avec le(s) partenaire(s) ; contrôler la distribution
Mise sur pied de « tentes pour bébés » (ou d'un équivalent)	<i>Personnel logistique et sanitaire, et nutritionnistes</i>		Contrôler la mise en œuvre
Fonctions au niveau individuel			
Évaluation individuelle des nourrissons et des jeunes enfants en vue du soutien à l'ANJE	<i>Personnes qualifiées pour l'évaluation/examen sanitaire et nutritionnel</i>		Analyser les données en collaboration avec le(s) partenaire(s) ; contrôler
Conseil en allaitement maternel – élémentaire et qualifié	<i>Agents sanitaires/nutritionnistes, dont des conseillers qualifiés en allaitement maternel</i>		Contrôler
Soutien et conseils relatifs à l'alimentation complémentaire	<i>Agents sanitaires/nutritionnistes</i>		Contrôler
Suivi de la croissance et de la santé	<i>Agents sanitaires/nutritionnistes</i>		Contrôler
Conseil et suivi relatifs à l'alimentation artificielle	<i>Agents sanitaires/nutritionnistes communautaires</i>		Contrôler

Les opérations du HCR doivent tenter d'apprécier des informations telles que les suivantes quant aux partenaires potentiels qui pourraient jouer un rôle sur le plan de l'ANJE :

- Il apparaît que tous les cadres et membres du personnel connaissent les principales directives opérationnelles en matière d'ANJE-U
- L'organisme dispose des capacités opérationnelles requises pour remplir les fonctions convenues relatives à l'ANJE, par ex. les effectifs (possédant les compétences nécessaires et correctement formés), les capacités logistiques (par ex. des véhicules et un entrepôt), etc.
- L'organisme a établi de solides partenariats avec les parties prenantes utiles pour remplir les fonctions convenues en matière d'ANJE (par ex. avec d'autres ONG, des dispensaires de l'État, le Ministère de la santé, etc.)
- Son siège ou l'organisation dans son ensemble soutient l'ANJE.

Du matériel pédagogique et d'orientation est disponible, afin de contribuer au renforcement des capacités des ressources humaines. L'Annexe 2 fournit davantage d'informations à ce sujet.

ANNEXE 4 : INFORMATIONS UTILES À LA DÉFINITION D'UN SCÉNARIO DE LA SITUATION ALIMENTAIRE DES NOURRISSONS

La définition du scénario nécessite la collecte systématique et l'analyse d'informations secondaires. Cette analyse de données secondaires vise à déterminer l'étendue de la catastrophe, ainsi que le nombre de personnes touchées, et à établir les priorités humanitaires stratégiques.

L'analyse des données secondaires doit comprendre l'évaluation des pratiques dominantes en matière d'ANJE au sein de la population des réfugiés, avant la crise, durant les crises précédentes (le cas échéant), et durant la crise actuelle, si possible. Les informations secondaires antérieures à la crise revêtent une importance particulière, car elles aident à identifier les vulnérabilités et risques préexistants que la catastrophe a pu décupler. Ces informations doivent porter sur la population des réfugiés et sur leur nouveau lieu de résidence tels qu'ils étaient avant la crise. Les informations d'avant crise peuvent également servir de base pour évaluer l'impact de la catastrophe. Les enseignements tirés d'événements passés similaires (en matière de besoins prioritaires et d'interventions) sont également précieux. Les informations secondaires durant la crise comprennent toutes les informations directement liées à la catastrophe qui ne sont pas recueillies par l'évaluation réalisée au niveau de la communauté. Elles donnent une appréciation précise de la situation de crise présente, et contribuent à évaluer l'impact de la catastrophe lorsqu'on les compare avec les informations d'avant crise. Les données opérationnelles communes sont l'une des principales sources d'informations secondaires. D'autres sources sont citées dans le Tableau 3 ci-dessous. (*Extrait de la méthode d'évaluation rapide initiale groupée [MIRA] du Comité permanent interorganisations [IASC], mars 2012*).

Tableau 3 : Sources d'informations avant et pendant la crise (adapté de la méthode d'évaluation rapide initiale groupée [MIRA] du Comité permanent interorganisations [IASC], version provisoire, mars 2012)

Informations d'avant crise	Informations pendant la crise
1. Programmes existants du HCR et autres programmes des Nations Unies	1. Programmes existants du HCR et autres programmes des Nations Unies
2. Institutions nationales (ministères, instituts de recherche, universités, etc.)	2. Institutions nationales (ministères, bureaux locaux de préparation aux situations d'urgences, etc.)
3. Grandes enquêtes (enquêtes démographiques et de santé [DHS], enquête en grappes à indicateurs multiples [MICS], recensements, etc.)	3. Rapports des médias
4. Institutions internationales de développement (comme la Banque mondiale)	4. Rapports d'évaluation des agences des Nations Unies, groupes nutrition/santé/sécurité alimentaire/WASH, et ONG internationales
5. Fiches d'information sectorielles	5. Rapports de situation (Bureau de la coordination des affaires humanitaires [OCHA], groupes, gouvernement)
6. Données opérationnelles communes	6. Profils humanitaires
7. Rapports d'enquêtes des Nations Unies et d'ONG locales et internationales	7. Données géospatiales d'UNISAT, de Google Earth, etc.
8. Jeux de données mondiaux des Nations Unies ou portails de pays	8. Imagerie par satellite d'UNISAT ou de fournisseurs privés
9. Données géospatiales	9. Médias sociaux
10. Bases de données en ligne (comme EM-DAT, Prevention Web)	10. Appels au financement
11. Appels éclairs et procédures d'appel global (CAP) antérieurs	
12. Profils épidémiologiques des pays publiés par l'OMS	
13. Rapports d'évaluation ALNAP, analyses après action	
14. DevInfo, indicateurs de développement de la Banque mondiale, objectifs du Millénaire pour le développement	

Lors de l'interprétation des données pour la définition du scénario, le personnel du HCR doit être particulièrement attentif à une série de « **signaux d'alarme** » concernant les pratiques alimentaires qui indiquent la présence d'un risque au sein d'une communauté. Le Tableau 4 donne des exemples de « signaux d'alarme » et de leurs répercussions opérationnelles.

Tableau 4 : Exemples de signaux d’alarme dans la population, sources d’informations et répercussions opérationnelles

Signal d’alarme	Source d’information	Répercussions opérationnelles
Il y a des antécédents de l’utilisation de l’alimentation artificielle au sein de la population	Données secondaires	Il se peut que certains nourrissons et enfants en bas âge ne soient pas allaités au sein. Il se peut que certains nourrissons et enfants en bas âge reçoivent une alimentation mixte. Il se peut que les personnes qui prennent soin des nourrissons souhaitent recevoir des fournitures pour les alimenter. L’accès à l’eau, à l’hygiène et à l’assainissement et à des services médicaux de qualité sera particulièrement important. L’évaluation de l’alimentation artificielle doit faire partie de toutes les évaluations rapides qui sont entreprises. Un plan clair et une communication forte envers la population, la communauté humanitaire et les prestataires de services seront nécessaires.
Il existe des rapports sur l’alimentation artificielle au sein de la population concernée	Une évaluation initiale rapide, les observations du personnel (y compris le personnel des dispensaires, celui des services communautaires, et les autres travailleurs de terrain)	Il est nécessaire d’identifier si ce sont des cas isolés, ou s’ils indiquent un besoin plus important. L’évaluation de l’alimentation artificielle doit faire partie de toutes les évaluations rapides qui sont entreprises. Les équipes de santé et de protection doivent être alertées. Dans pareils cas, il est nécessaire d’intervenir immédiatement et d’informer le personnel et les partenaires concernés du HCR.
Des rapports indiquent que des mères interrompent l’allaitement maternel	Une évaluation initiale rapide, les observations du personnel (y compris le personnel de terrain, celui des services communautaires, et les autres travailleurs de terrain)	Il est nécessaire d’identifier si ce sont des cas isolés, ou s’ils indiquent un besoin plus important. L’évaluation de l’alimentation artificielle doit faire partie de toutes les évaluations rapides qui sont entreprises. Les équipes de santé et de protection doivent être alertées. Dans pareils cas, il est nécessaire d’intervenir immédiatement et d’informer le personnel et les partenaires concernés du HCR.
Les personnes qui s’occupent des nourrissons demandent des SLM	Une évaluation initiale rapide, les observations du personnel (y compris le personnel de terrain, celui des services communautaires, et les autres travailleurs de terrain)	Il est nécessaire d’identifier si ce sont des cas isolés, ou s’ils indiquent un besoin plus important. L’évaluation de l’alimentation artificielle doit faire partie de toutes les évaluations rapides qui sont entreprises. Les équipes de santé et de protection doivent être alertées. Dans pareils cas, il est nécessaire d’intervenir immédiatement et d’informer le personnel et les partenaires concernés du HCR.
Des rapports mentionnent des nourrissons sans mère, ou non accompagnés	Évaluation initiale rapide de la démographie, type de catastrophe, et les rapports indiquant que les mères ont été plus que proportionnellement affectées par la crise ; les rapports des dispensaires, et les rapports sur le programme alimentaire.	Il est nécessaire d’identifier si ce sont des cas isolés, ou s’ils indiquent un besoin plus important. L’évaluation de l’alimentation artificielle doit faire partie de toutes les évaluations rapides qui sont entreprises. Les équipes de santé et de protection doivent être alertées. Dans ces cas, il est nécessaire de prendre des dispositions immédiates, y compris le renvoi vers une aide spécialisée, et d’informer le personnel et les partenaires concernés du HCR. Évaluation de la situation des mères, notamment pour savoir si elles ont été touchées plus que proportionnellement par une situation d’urgence ou par une épidémie.
Des enfants dénutris de moins de 6 mois sont présentés au dispensaire	Rapports des dispensaires et des programmes alimentaires	L’évaluation de l’alimentation artificielle doit faire partie de toutes les évaluations rapides qui sont entreprises. Les équipes de santé et de protection doivent être alertées. Dans ces cas, il est nécessaire de prendre des dispositions immédiates, y compris le renvoi vers une aide spécialisée, et d’informer le personnel et les partenaires concernés du HCR.

Signal d'alarme	Source d'information	Répercussions opérationnelles
Des cas individuels d'alimentation artificielle se présentent dans les dispensaires	Rapports des dispensaires	L'évaluation de l'alimentation artificielle doit faire partie de toutes les évaluations rapides qui sont entreprises. Les équipes de santé et de protection doivent être alertées. Dans ces cas, il est nécessaire de prendre des dispositions immédiates, y compris le renvoi vers une aide spécialisée, et d'informer le personnel et les partenaires concernés du HCR.
Il existe un historique de dons de SLM lors des situations d'urgence précédentes	Enseignements tirés, expérience de l'organisme, violations rapportées du Code	Agir pour empêcher les dons, être alerté de l'arrivée de dons, et préparer un plan pour gérer les dons qui arrivent (voir les sections 11 et 12).

Le Tableau 5 donne des exemples de types de scénarios pour l'ANJE que l'on peut rencontrer en présence de réfugiés.

Tableau 5 : Exemples de scénarios pour l'ANJE

Scénario	Exemple de groupe de population	Considérations	Échelle de préoccupation (1 = faible, 3 = élevée)
L'allaitement maternel est la norme dans la population. Des cas isolés se présentent dans les dispensaires pour demander une préparation pour nourrissons pour les orphelins.	Réfugiés soudanais au Soudan du Sud	Nécessité d'identifier la capacité à évaluer et à gérer les cas isolés.	1
L'allaitement maternel est pratiqué par la plupart des mères dans un premier temps. Toutefois, l'alimentation mixte est commune, et ancrée dans la pratique des soins. De nombreuses mères interrompent l'allaitement maternel quand le nourrisson atteint son premier anniversaire, ce qui coïncide souvent avec une deuxième grossesse.	Les réfugiés syriens au Liban	Risque d'une demande significative de préparations pour nourrissons de la part de la population. Un approvisionnement peut être souhaité pour les nourrissons de plus de 6 mois. Il sera particulièrement important de réagir face aux besoins en alimentation complémentaire. Une évaluation plus détaillée au niveau de la population ou de la communauté est nécessaire. Une position claire du HCR et une communication quant à ce qui sera fourni ou non en matière de préparations pour nourrissons et au groupe d'âge ciblé seront essentielles. Un soutien qualifié à l'allaitement maternel sera nécessaire.	3
L'alimentation artificielle est la norme pour une fraction significative de la population de nourrissons. Une fraction significative (par exemple plus de 5 %) de nourrissons ne sera probablement jamais allaitée au sein.	Liban	Une évaluation plus détaillée basée sur la population pour quantifier l'ampleur de l'aide nécessaire. Une intervention pour aider les nourrissons non allaités au sein sera requise. Si l'on suppose que les cas seront présentés spontanément dans les dispensaires, on risque de ne pas identifier tous ceux qui ont besoin de protection, et il peut également en résulter des présentations tardives, alors que les nourrissons sont déjà malades ou dénutris. Il peut être nécessaire de mettre en œuvre des programmes de recherche active des cas et de sensibilisation.	3
Les nourrissons ont reçu une alimentation de remplacement via un programme d'ETME (élimination de la transmission mère-enfant du VIH/sida).	Réfugiés somaliens au Kenya	Définir comment estimer le nombre d'enfants concernés par le programme d'ETME, afin de cibler l'aide à l'alimentation artificielle. Dans une situation d'urgence, évaluer les formes d'alimentation des nouveau-nés recommandées pour la population concernée (voir la section 6)	3

ANNEXE 5 : INFORMATIONS UTILES À L'ÉVALUATION RAPIDE DE LA SITUATION ALIMENTAIRE DES NOURRISSONS

Une évaluation rapide a généralement lieu au début d'une situation d'urgence afin de mesurer les indicateurs clés relatifs à divers sujets. Les indicateurs relatifs à l'ANJE doivent faire partie de ces évaluations. Le Tableau 6 présente des exemples d'indicateurs qui peuvent être inclus.

Tableau 6 : Indicateurs relatifs à l'alimentation artificielle qui peuvent être inclus dans les évaluations rapides

Titre de l'indicateur	Description de l'indicateur	Méthode
Allaitement au sein exclusif avant l'âge de 6 mois	Proportion de nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui bénéficient de l'allaitement au sein exclusif	Échantillonnage aléatoire (voir plus loin) et méthode adaptée (Annexe 7)
Alimentation au biberon	Proportion d'enfants de 0 à 23 mois qui sont nourris au biberon	Échantillonnage aléatoire (voir plus loin) et méthode adaptée (Annexe 7)
Non allaités au sein	Proportion de nourrissons de 0<12 mois et de 12<24 mois non allaités au sein	Échantillonnage aléatoire (voir plus loin) et méthode adaptée (Annexe 7)
Toute distribution non ciblée de préparation pour nourrissons, ou de lait en poudre ou liquide, à la population concernée	Distribution confirmée de préparation pour nourrissons, ou de lait en poudre ou liquide, à la population concernée	Échantillonnage aléatoire (voir plus loin) et méthode adaptée (Annexe 7)
Indicateur qualitatif supplémentaire	Description de l'indicateur	
Cas de difficultés maternelles à allaiter	Cas confirmés de difficultés maternelles à allaiter	Échantillonnage aléatoire (voir plus loin) et méthode adaptée (Annexe 7)
Cas de difficultés à répondre aux besoins en matière d'ANJE	Cas confirmés de difficultés à répondre aux besoins alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants	Échantillonnage aléatoire (voir plus loin) et méthode adaptée (Annexe 7)

Ces indicateurs correspondent aux questions relatives à l'ANJE recommandées par le Cluster nutrition global et sont compatibles avec la méthode d'évaluation rapide initiale groupée de l'OCHA (en sept. 2013). Une liste complète des indicateurs relatifs à l'ANJE tirés de la méthode d'évaluation rapide initiale groupée figure à l'Annexe 6.

Pour davantage d'informations sur le Groupe nutrition et les indicateurs de l'OCHA relatifs à l'ANJE, veuillez consulter : <https://ir.humanitarianresponse.info>

Le HCR et ses partenaires peuvent également profiter au maximum des occasions qui se présentent d'intégrer la collecte de données relatives à l'ANJE dans les autres évaluations et activités organisées (échantillonnage aléatoire). Par exemple :

a) Centres d'accueil

Lors des premiers stades d'une situation d'urgence, le centre d'accueil peut constituer un lieu important pour l'identification des nourrissons « à risque ». Néanmoins, le centre d'accueil peut aussi être particulièrement submergé lors d'une situation d'urgence, et le HCR doit collaborer étroitement avec ses partenaires qui peuvent disposer de capacités supplémentaires afin de poser également une ou des questions cruciales sur l'alimentation, par exemple avec ses partenaires qui vérifient le statut vaccinal des enfants.

Les buts des centres d'accueil seraient au minimum d'identifier les nourrissons de moins de 6 mois et de demander s'ils sont nourris au sein (voir le questionnaire de l'évaluation simple et rapide à l'Annexe 8, Tableau 8), et d'orienter les nourrissons dont la mère demande un SLM en vue d'investiguer sur leur alimentation et de leur apporter une aide. Si l'on dispose du temps nécessaire pour le faire, d'autres questions de l'évaluation simple et rapide peuvent être posées pour identifier les nourrissons allaités au sein qui ont besoin d'un soutien alimentaire. Les problèmes d'allaitement maternel détectés assez tôt pourront faire l'objet d'un soutien ciblé, réduisant ainsi les risques de demande de préparation pour nourrissons par la suite.

b) Opérations des autres organismes des Nations Unies et des ONG

Au cours de la phase suivant la phase précoce, ou au cours de situations d'urgence chroniques, le personnel du HCR doit chercher des occasions d'intégrer l'ANJE dans les évaluations prévues par les autres organismes des Nations Unies et les ONG. Par exemple, les questions de l'évaluation simple et rapide (toutes ou une partie) peuvent être ajoutées :

- Lors de la mesure du périmètre brachial
- À l'évaluation de la sécurité alimentaire des ménages par le PAM
- Dans les postes de vaccination/d'enregistrement des ONG partenaires
- Aux évaluations de la couverture des programmes

« Au Liban, pendant la crise syrienne, le périmètre brachial a été systématiquement mesuré. Quelle occasion manquée d'évaluer la situation des nourrissons au regard de l'allaitement maternel ! » HCR, juillet 2013

c) Opérations du HCR et programmes soutenus par celui-ci

Les nourrissons non allaités au sein et qui reçoivent une alimentation artificielle peuvent être identifiés à l'aide d'une évaluation simple et rapide (Annexe 8) :

Lors des programmes d'alimentation complémentaire ciblant les femmes enceintes et les mères allaitantes : Tandis que les programmes d'alimentation complémentaire ciblent les femmes « allaitantes », en fait, ils visent les mères des nourrissons puisqu'on vérifie rarement si les mères allaitent leur bébé. Il sera important de faire preuve de délicatesse et d'expliquer clairement les implications de la

détection des cas, par ex. en rassurant les mères et en expliquant clairement au personnel que les mères qui n'allaitent pas leur bébé au sein ne seront pas exclues du programme d'alimentation complémentaire.

Par les agents communautaires : Au cours des opérations du HCR, les agents de santé communautaires représentent un lien précieux avec la communauté et peuvent aider à détecter les nourrissons à risque et à les orienter.

Lorsque des cas se présentent dans les dispensaires : Les nourrissons présentés dans les dispensaires avec une demande de préparation pour nourrissons ou souffrant de malnutrition aiguë/malades doivent faire l'objet d'une évaluation individuelle complète des pratiques alimentaires. Ces cas doivent être signalés au HCR, et il conviendra d'enquêter plus avant dans le contexte/scénario afin de déterminer s'il s'agit de cas isolés ou d'un « signal d'alarme » indiquant des besoins accrus.

Occasions supplémentaires : les tentes « maman-bébé » et les espaces consacrés aux enfants ; le dépistage médical ; les centres de vaccination ; les visites des nutritionnistes communautaires pour la mesure du périmètre branchial ; la mesure du périmètre brachial ; au cours du suivi de la grossesse et du suivi postnatal ; par l'intermédiaire du personnel des programmes de services à la communauté et de protection ; par l'intermédiaire du personnel de soutien psychologique et social.



UNHCR/S. Baldwin/Mai 2013

ANNEXE 6 : INDICATEURS RELATIFS À L'ANJE POUR L'ÉVALUATION AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ

Ces indicateurs correspondent aux questions relatives à l'ANJE recommandées par le Cluster nutrition global et sont compatibles avec la méthode d'évaluation rapide initiale groupée de l'OCHA (en sept. 2013).

Pour davantage d'informations sur le Groupe nutrition et les indicateurs de l'OCHA relatifs à l'ANJE, veuillez consulter : <https://ir.humanitarianresponse.info>

Tableau 7 : Liste complète des indicateurs de la méthode d'évaluation rapide initiale groupée portant sur l'ANJE

Titre de l'indicateur de 2013	Description de l'indicateur de 2013	Phase appropriée	Source / méthode	Directives générales
Instauration précoce de l'allaitement maternel	Proportion d'enfants de 0 à 23 mois qui ont été mis au sein dans l'heure suivant la naissance	Préparatoire ; Phases I, II, III et IV	Préparatoire, Phases III et IV : enquête représentative portant sur l'ANJE Phases I et II : recourir à des entretiens avec des informateurs clés et à un échantillonnage aléatoire pour indiquer une ALERTE	Indicateur fondamental de l'OMS pour l'ANJE. Pour la phase préparatoire, l'indicateur fondamental de l'OMS doit servir de référence, pour lequel le dénominateur est l'ensemble des enfants nés au cours des 24 derniers mois (proportion d'enfants nés au cours des 24 derniers mois qui ont été mis au sein dans l'heure suivant la naissance). Pour les phases III et IV, un indicateur <i>adapté</i> doit être utilisé pour lequel la même méthodologie est utilisée mais le dénominateur est l'ensemble des nourrissons nés depuis le début de la situation d'urgence. (Proportion d'enfants nés depuis le début de la situation d'urgence qui ont été mis au sein dans l'heure suivant la naissance). Pour les phases I et II, le dénominateur utilisé doit être l'ensemble des nourrissons nés depuis le début de la situation d'urgence. Au cours de ces phases, un échantillonnage aléatoire sera nécessaire, par ex. dans les installations offrant des services obstétriques/une aide aux nouveau-né (voir Annexe 6)
Allaitement au sein exclusif avant l'âge de 6 mois	Proportion de nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui bénéficient de l'allaitement au sein exclusif	Préparatoire ; Phases I, II, III et IV	Préparatoire, Phases III et IV : enquête représentative portant sur l'ANJE Phases I et II : recourir à des entretiens avec des informateurs clés et à un échantillonnage aléatoire pour indiquer une ALERTE	Indicateur fondamental de l'OMS pour l'ANJE. Pour la phase préparatoire et les phases III et IV, l'indicateur fondamental de l'OMS doit être mesuré. Au cours des phases I et II, il n'est pas possible d'estimer exactement le taux d'allaitement au sein exclusif dans la population. Les données de référence et l'ANJE 14 (non allaités au sein) seront des informations capitales au cours des phases I et II

Titre de l'indicateur de 2013	Description de l'indicateur de 2013	Phase appropriée	Source / méthode	Directives générales
Allaitement maternel poursuivi à un an et à 2 ans	Proportion d'enfants âgés de 12 à 15 mois et de 0 à 23 mois qui reçoivent du lait maternel	Préparatoire ; Phases III et IV	Enquête représentative portant sur l'ANJE	L'indicateur fondamental de l'OMS pour l'ANJE mentionne l'allaitement maternel poursuivi à l'âge d'un an. Dans les situations d'urgence, il est important de suivre également le taux d'allaitement maternel poursuivi à l'âge de 2 ans (indicateur facultatif de l'OMS pour l'ANJE) car les enfants âgés d'un à deux ans courent aussi un risque élevé de morbidité et de mortalité accrues s'ils ne sont pas allaités au sein dans ce contexte
Enfants qui ont bénéficié de l'allaitement maternel	Proportion d'enfants nés au cours des 24 derniers mois qui ont au moins un peu bénéficié de l'allaitement maternel	Préparatoire, Phases I, II, III et IV	Préparatoire, Phases III et IV : enquête représentative portant sur l'ANJE Phases I et II : recourir à des entretiens avec des informateurs clés et à un échantillonnage aléatoire pour indiquer une ALERTE	Indicateur fondamental de l'OMS pour l'ANJE. Pour la phase préparatoire, l'indicateur fondamental de l'OMS doit servir de référence, pour lequel le dénominateur est l'ensemble des enfants nés au cours des 24 derniers mois. Pour les mesures des phases I à IV, un indicateur adapté doit être utilisé, pour lequel la même méthodologie est utilisée mais le dénominateur est l'ensemble des nourrissons nés depuis le début de la situation d'urgence. Au cours des phases I et II, un échantillonnage aléatoire sera nécessaire, par ex. greffé à un échantillonnage pour la santé de la procréation, à la mesure anthropométrique ou à une évaluation de la sécurité alimentaire
Allaitement au sein prédominant avant l'âge de 6 mois	Proportion de nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui sont essentiellement nourris au sein	Préparatoire ; Phases III et IV	Enquête représentative portant sur l'ANJE	Indicateur facultatif de l'OMS portant sur l'ANJE
Alimentation au biberon	Proportion d'enfants de 0 à 23 mois qui sont nourris au biberon	Préparatoire ; Phases I, II, III et IV	Préparatoire, Phases III et IV : enquête représentative portant sur l'ANJE. Phases I et II : recourir à des entretiens avec des informateurs clés et à un échantillonnage aléatoire pour indiquer une ALERTE	Indicateur facultatif de l'OMS portant sur l'ANJE. Cet indicateur concerne l'utilisation de biberons, qui représentent un risque ; il ne s'agit pas d'un indicateur de l'utilisation de préparation pour nourrissons ou de SLM, puisqu'il inclut <i>tout aliment</i> donné au biberon, y compris le lait maternel, l'eau, les aliments semi-solides, etc.)
Diversité alimentaire minimale	Proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui reçoivent des aliments appartenant à 4 groupes alimentaires ou plus	Préparatoire ; Phases III et IV	Enquête représentative portant sur l'ANJE	Cet indicateur est adapté à partir de l'indicateur fondamental de l'OMS portant sur l'ANJE pour les enfants de 6 à 23 mois

Titre de l'indicateur de 2013	Description de l'indicateur de 2013	Phase appropriée	Source / méthode	Directives générales
Fréquence minimale des repas	Proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous le nombre minimum de fois ou plus.	Préparatoire ; Phases III et IV	Enquête représentative portant sur l'ANJE	Indicateur fondamental de l'OMS pour l'ANJE
Régime acceptable minimum	Proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui bénéficient d'un régime alimentaire acceptable minimum (en dehors du lait maternel)	Préparatoire ; Phases III et IV	Enquête représentative portant sur l'ANJE	Indicateur fondamental de l'OMS pour l'ANJE
Introduction des aliments solides, semi-solides ou mous	Proportion d'enfants de 6 à 8 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous la veille	Préparatoire ; Phases III et IV	Enquête représentative portant sur l'ANJE	Indicateur fondamental de l'OMS pour l'ANJE. Directives nécessaires concernant la taille de l'échantillon
Non allaités au sein	Proportion de nourrissons de 0<12 mois et de 12<24 mois non allaités au sein	Préparatoire ; Phases I,II,III, IV	Préparatoire, phases III et IV : Indicateur tiré des données recueillies dans les pays à revenu intermédiaire/ enquête démographique et sanitaire. Les phases I et II recourront à des entretiens avec des informateurs clés et à un échantillonnage aléatoire pour indiquer une ALERTE	Il ne s'agit pas d'un indicateur standard. Néanmoins, il est possible de calculer cet indicateur à l'aide des données recueillies pour produire les indicateurs fondamentaux de l'OMS portant sur l'ANJE. Préparatoire, phases III et IV : calculer cet indicateur en se basant sur les données normalisées recueillies. Au cours des phases I et II, une indication de la proportion de nourrissons non allaités au sein doit être estimée sur la base des entretiens avec les informateurs clés et d'un échantillonnage aléatoire
Toute distribution de préparation pour nourrissons, ou de lait en poudre ou liquide, à la population concernée	Distribution confirmée de préparation pour nourrissons, ou de lait en poudre ou liquide, à la population concernée	Phases I, II, III et IV.	Entretiens avec les informateurs clés (dont la logistique et tout organisme participant à la distribution, ainsi que le personnel sanitaire, les nutritionnistes et les personnes qui s'occupent des nourrissons). Rapports de distribution. Observations	Il s'agit d'un signal d'alarme indiquant des problèmes. Toute distribution généralisée de ces produits au sein de la population concernée est un sujet de préoccupation, car il risque d'y avoir un effet d'entraînement pour les nourrissons et les jeunes enfants

Titre de l'indicateur de 2013	Description de l'indicateur de 2013	Phase appropriée	Source / méthode	Directives générales
Toute distribution inappropriée de préparation pour nourrissons, ou de lait en poudre ou liquide, aux enfants de 0 à moins de 2 ans	Distribution confirmée de préparation pour nourrissons, ou de lait en poudre ou liquide, aux enfants de 0 à moins de 2 ans	Phases I, II, III et IV.	Entretiens avec les informateurs clés (dont la logistique et tout organisme participant à la distribution, ainsi que le personnel sanitaire, les nutritionnistes et les personnes qui s'occupent des nourrissons). Rapports de distribution. Observations	Il s'agit d'un signal d'alarme indiquant des problèmes. La distribution inappropriée est une distribution qui ne se conforme pas aux Directives opérationnelles sur l'ANJE-U car elle ne respecte pas les critères d'évaluation des besoins, du soutien qualifié disponible, de la continuité garantie de l'approvisionnement, du suivi individuel, de la disponibilité d'installations de stockage et de préparation, d'étiquetage adapté, et de suivi visant à éviter un effet d'entraînement auprès des nourrissons allaités au sein
Cas de difficultés maternelles à allaiter	Cas confirmés de difficultés maternelles à allaiter	Phases I, II, III et IV	Entretiens avec les informateurs clés (dont les mères d'enfants de moins de 2 ans, les personnes qui s'occupent des nourrissons, les agents sanitaires, le personnel de protection)	Il s'agit d'un signal d'alarme indiquant des problèmes. Il convient de recouper les difficultés d'allaitement avec les autres informations pertinentes et d'approfondir l'investigation
Cas de difficultés à répondre aux besoins en matière d'ANJE	Cas confirmés de difficultés à répondre aux besoins alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants	Phases I, II, III et IV	Entretiens avec les informateurs clés (dont les mères d'enfants de moins de 2 ans, les personnes qui s'occupent des nourrissons, les agents sanitaires, le personnel de protection)	Il s'agit d'un signal d'alarme indiquant des problèmes concernant l'alimentation complémentaire et l'alimentation artificielle au sein de la population et la nécessité de mettre en place un soutien (par ex. des installations de cuisson). Les questions doivent être ouvertes, et il faut interroger les personnes qui s'occupent des enfants quant à d'éventuelles difficultés. Ce signal d'alarme doit être recoupé avec les informations provenant de la sécurité alimentaire, du secteur WASH, etc.
Adéquation des aliments disponibles et des conditions pour l'alimentation complémentaire	Adéquation des aliments disponibles et des conditions pour nourrir les enfants de moins de 2 ans au sein de la population	Phases I, II, III et IV	Analyse du panier alimentaire/de l'aide alimentaire apportée	Il s'agit d'un signal d'alarme concernant les problèmes relatifs à l'alimentation complémentaire de la population. Analyse par un spécialiste et jugement éclairé de l'adéquation et du caractère approprié des aliments disponibles et des installations destinées à la préparation des aliments pour l'alimentation complémentaire

ANNEXE 7 : GUIDE DE CALCUL D'UN INDICATEUR POUR LES NOURRISSONS NON ALLAITÉS AU SEIN À L'AIDE DES DONNÉES DU MODULE DE L'ENQUÊTE STANDARDISÉE ÉLARGIE (SENS) DU HCR CONSACRÉ À L'ANJE

Le HCR recommande d'inclure le module de l'Enquête standardisée élargie (SENS) consacré à l'ANJE (Module 3) dans les enquêtes nutritionnelles menées auprès des réfugiés. Cette annexe complète les instructions de SENS relatives au calcul des indicateurs pour l'ANJE. Les noms et codes variables font référence à la codification standard des directives de l'Enquête SENS. Pour plus d'informations, veuillez consulter : <http://www.sens.unhcr.org/>

Situation au regard de l'allaitement maternel	Proportion d'enfants de 0 à 23 mois qui ont reçu du lait maternel la veille	<p>Nombre d'enfants de 0 à 23,99 mois qui ont reçu du lait maternel au cours des dernières 24 heures (IF6=1 / YESTBF=1)</p> <p><u>Divisé par</u></p> <p>Nombre d'enfants de 0 à 23,99 mois</p> <p>Exclure de l'analyse les enfants pour lesquels la réponse est 8 (« Ne sait pas ») ou des informations manquent pour IF6 (YESTBF=8, YESTBF=(.)).</p>
	Proportion d'enfants de 0 à 23 mois <u>qui n'ont pas reçu de lait maternel</u> la veille	<p>Nombre d'enfants de 0 à 23,99 mois qui n'ont pas reçu de lait maternel au cours des dernières 24 heures (IF6=2 / YESTBF=2)</p> <p><u>Divisé par</u></p> <p>Nombre d'enfants de 0 à 23,99 mois</p> <p>Exclure de l'analyse les enfants pour lesquels la réponse est 8 (« Ne sait pas ») ou des informations manquent pour IF6 (YESTBF=8, YESTBF=(.)).</p>
	Proportion (<i>ventilée</i>) d'enfants de 0 à 11 mois qui ont reçu du lait maternel la veille	<p>Nombre d'enfants de 0 à 11,99 mois qui ont reçu du lait maternel au cours des dernières 24 heures (IF6=1 / YESTBF=1)</p> <p><u>Divisé par</u></p> <p>Nombre d'enfants de 0 à 11,99 mois</p> <p>Exclure de l'analyse les enfants pour lesquels la réponse est 8 (« Ne sait pas ») ou des informations manquent pour IF6 (YESTBF=8, YESTBF=(.)).</p>
	Proportion (<i>ventilée</i>) d'enfants de 0 à 11 mois <u>qui n'ont pas reçu de lait maternel</u> la veille	<p>Nombre d'enfants de 0 à 11,99 mois qui n'ont pas reçu de lait maternel au cours des dernières 24 heures (IF6=2 / YESTBF=2)</p> <p><u>Divisé par</u></p> <p>Nombre d'enfants de 0 à 11,99 mois</p> <p>Exclure de l'analyse les enfants pour lesquels la réponse est 8 (« Ne sait pas ») ou des informations manquent pour IF6 (YESTBF=8, YESTBF=(.)).</p>

ANNEXE 8 : SYSTÈME D'ÉVALUATION INDIVIDUELLE DE L'ANJE ET D'ORIENTATION

La Figure 1 décrit le système recommandé pour l'évaluation individuelle de l'ANJE et pour leur orientation. Le diagramme démarre au point où un nourrisson se présente à un programme, par exemple lorsqu'un nourrisson arrive pour la première fois dans un centre d'accueil ou à tout moment où une « évaluation simple et rapide » a lieu.

Ce système comporte deux phases : l'évaluation simple et rapide (ESR) et l'évaluation complète (EC). Cette Annexe donne des informations utiles au cours des deux phases de l'évaluation individuelle et des informations synthétiques sur les services de soutien à l'ANJE que doivent assurer le HCR et ses partenaires, et elle montre (à la Figure 1) les relations entre tous ces services.

a) Évaluation simple et rapide

Le Tableau 8 propose une liste de questions relatives à l'ANJE qui peuvent être posées lors de l'ESR, généralement réalisée par un membre du personnel qui n'est ni nutritionniste ni agent sanitaire au point de contact initial avec le nourrisson et sa mère (ou la personne qui s'occupe de lui).

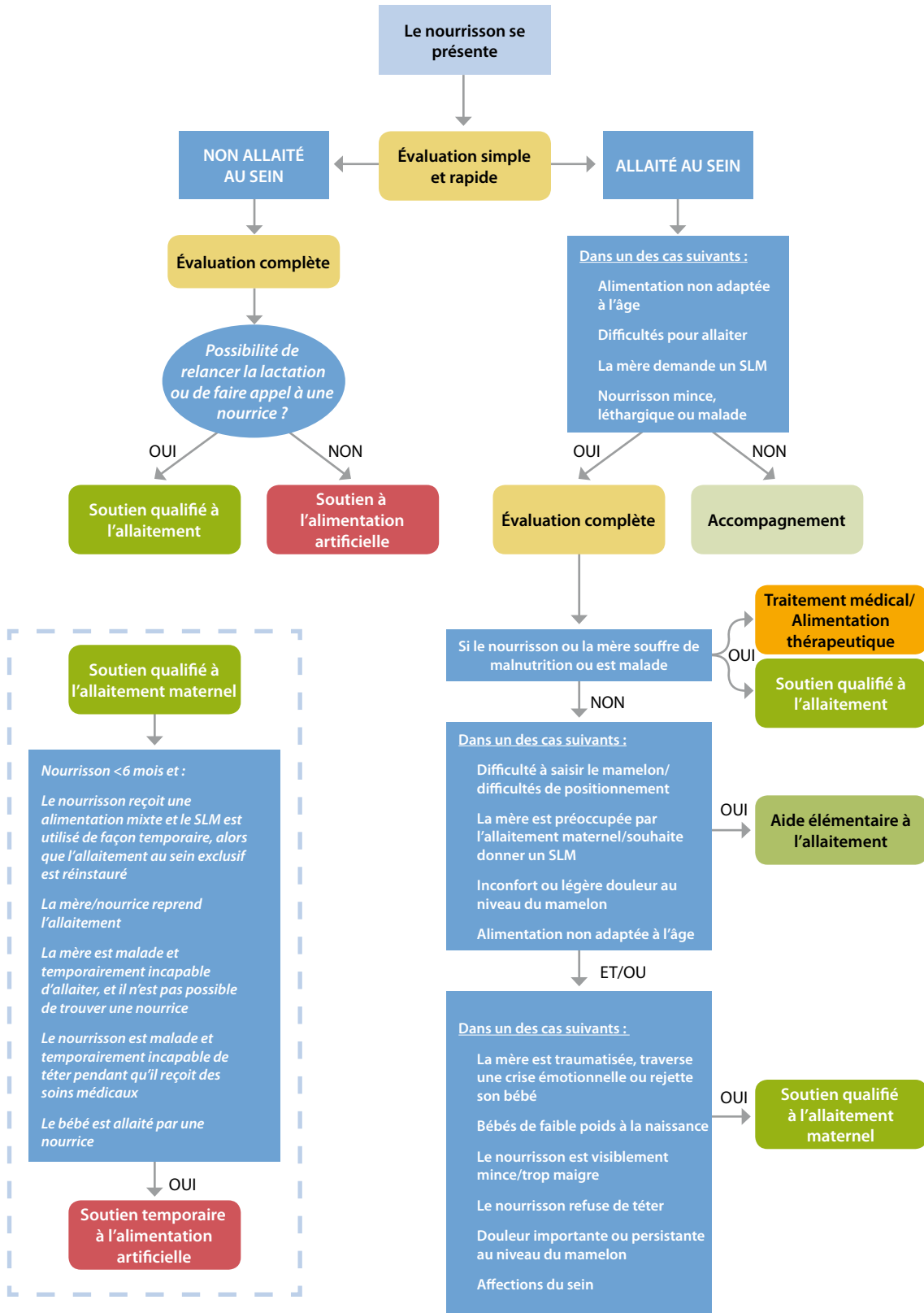
Tableau 8 : Évaluation simple et rapide (ESR) des questions portant sur l'ANJE

N°	Question	Noter	Action
1*	La mère accompagne-t-elle le nourrisson ?	Oui/Non	Si non mais elle est disponible, localisez la mère. S'il n'a pas de mère ou si sa mère est indisponible, orientez le nourrisson pour investiguer plus avant sur sa situation.
Alimentation adaptée à l'âge			
2*	Date de naissance du nourrisson ? Ou Quel âge [NOM] a-t-il/elle eu à son dernier anniversaire ? Et combien de mois se sont-ils écoulés depuis que [NOM] a atteint cet âge ?	Date de naissance : OU Âge en mois :	
3*	Le nourrissez-vous au sein, ou une autre personne le fait-elle ?	Oui/Non	Si non, orientez-le pour une évaluation complète (EC)
4	Le bébé reçoit-il autre chose à boire ou à manger ?	Oui/Non	Si <6 mois et oui, ou si >6 mois et non, orientez-le pour une EC
Facilité de l'allaitement maternel			
4	Le bébé arrive-t-il à téter ?	Oui/Non	Si non, orientez-le pour une EC
5	Éprouvez-vous d'autres difficultés à allaiter ?	Oui/Non	Si oui, orientez le nourrisson pour une EC
Observez l'état de santé du bébé			
6	Le bébé semble-t-il très mince ?	Oui/Non	Si oui, orientez le nourrisson pour une EC
7	Le bébé est-il léthargique, peut-être malade ?	Oui/Non	Si oui, orientez le nourrisson pour une EC

*Questions minimales à poser pour identifier les nourrissons non allaités au sein âgés de moins de 6 mois.

Le personnel qui réalise une Évaluation simple et rapide devra recevoir une formation élémentaire en ANJE et savoir où orienter les nourrissons en vue de leur évaluation complète (d'après le premier niveau du diagramme d'évaluation de la Figure 1). Consulter l'Annexe 1 pour le matériel de formation adéquat.

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



b) Évaluation complète

S'il y a lieu, la mère (ou la personne qui s'occupe du bébé) et le nourrisson peuvent être orientés en vue d'une évaluation complète (EC), qui est une évaluation plus longue réalisée par un agent sanitaire ou nutritionniste qualifié. L'évaluation complète vise à déterminer :

- Si l'utilisation d'un SLM est vraiment indiquée ou non (et notamment s'il est possible de relancer la lactation ou de faire appel à une nourrice).
- Si elle est vraiment indiquée, si l'utilisation d'un SLM sera vraisemblablement temporaire ou se fera à long terme (jusqu'à ce que le bébé ait dépassé l'âge de six mois), et le meilleur système pour aider, gérer et suivre le cas.
- Lorsqu'il y a lieu de donner un SLM, observer les ressources dont dispose le ménage pour soutenir l'utilisation du SLM et observer la personne qui s'occupe du nourrisson lorsqu'elle prépare l'aliment artificiel afin de détecter les éventuels problèmes.
- S'il convient de ne pas donner de SLM, où envoyer le nourrisson pour qu'il reçoive une aide à l'alimentation appropriée.
- S'il est nécessaire de poursuivre l'enquête au niveau communautaire : s'agit-il d'un cas isolé ou de l'indication d'un plus vaste problème ?

Lorsqu'un approvisionnement en SLM est demandé dans le contexte du VIH/sida, il importe d'enquêter :

- Ce nourrisson reçoit-il déjà une alimentation de remplacement ?
- Ce bébé a-t-il une nourrice ou est-ce qu'une nourrice est disponible (par ex. un membre de la famille) ?
- Le nourrisson a-t-il accès à des ARV ?
- S'agit-il d'une intervention appropriée pour un nouveau-né ? (Voir la section VIH/sida des POP)

Les Tableaux 9 et 10 sont des listes de contrôle que les agents sanitaires et nutritionnistes peuvent utiliser pour réaliser une évaluation complète d'un nourrisson alimenté artificiellement, laquelle comprendra des observations au sein du foyer et l'observation d'un repas artificiel. Ces listes proviennent du Module 2 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, version 1.1, 2007, Section 9B, Évaluation complète, étape 3 du Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (IFE Core Group). Voir le Module 2 pour une description complète.

Tableau 9 : Quelles sont les ressources disponibles au sein du ménage ?

Substitut du lait maternel	
Le substitut du lait maternel (ou les ingrédients et la recette fournie) est adapté à l'âge	
La quantité utilisée depuis la dernière distribution est appropriée	
La quantité restante suffit jusqu'à la prochaine distribution	
La personne qui s'occupe du bébé n'éprouve aucune difficulté à obtenir la préparation ou les autres ingrédients en quantités suffisantes ; leur approvisionnement est assuré au moins jusqu'aux 6 mois du bébé	
La date de péremption est clairement indiquée, et elle n'est pas dépassée	
Les instructions sont notées dans la langue de l'utilisateur	
La personne qui prépare l'aliment ou un autre membre du ménage sait lire les instructions figurant sur l'étiquette	
Conservation	
Bonne conservation/des récipients hermétiquement fermés sont utilisés pour conserver les ingrédients	
Les préparations à base de lait ne sont préparées à l'avance que s'il est possible de les réfrigérer	
Toute eau de boisson bouillie à l'avance est conservée dans un récipient spécial (propre et muni d'un couvercle).	
Installations pour la préparation	
La quantité de combustible disponible est suffisante pour faire bouillir l'eau (et pour faire bouillir le biberon et la tétine à chaque repas, si la famille en utilise)	
La quantité d'eau de boisson disponible est suffisante pour préparer plusieurs repas par jours (au moins un litre)	
Des quantités suffisantes d'eau et de savon sont disponibles pour laver les ustensiles et se laver les mains	
Une surface propre est disponible pour y déposer les ustensiles (et un linge propre pour les couvrir)	
Des moyens adaptés pour mesurer les quantités de lait et d'eau (s'il s'agit d'un biberon, le dessus est coupé).	
Du temps supplémentaire pour la personne qui s'occupe du nourrisson	
Le temps nécessaire à la préparation de 6 à 8 repas frais par jour, en l'absence de possibilité de réfrigération.	

Tableau 10 : Comment les repas sont-ils gérés ?

Préparation	
La personne qui s'occupe de l'enfant se lave les mains	
La tasse est couverte (ou le biberon et la tétine, le cas échéant) et rangée dans un endroit propre	
La personne fait bouillir le biberon et la tétine (le cas échéant) juste avant de nourrir le bébé	
Le biberon et la tétine (le cas échéant) ont été trempés dans de l'eau de Javel, et sont maintenant rincés à l'eau salubre bouillie	
L'eau utilisée pour la préparation est portée à ébullition, à gros bouillons	
La personne mesure correctement les proportions de lait et d'eau.	
Technique utilisée pour nourrir le bébé	
Le bébé est nourri à la tasse et boit tout le lait ou presque	
Le bébé est nourri au biberon	
Le bébé est nourri d'une autre manière	
Interaction et fin de la tétée	
Le bébé est tenu tout au long de la tétée	
La personne qui s'occupe du bébé interagit avec lui avec amour au cours de la tétée	
Le bébé met fin à la tétée	
Le restant de lait n'est pas conservé pour que le bébé le boive plus tard (il peut être bu par la mère ou par un aîné).	
Adéquation des repas	
Le nombre de repas donnés chaque jour est adapté à l'âge ou au poids du bébé	
La quantité donnée lors de chaque repas est adaptée	
Alimentation adaptée à l'âge	
Avant l'âge de six mois, seul du lait est donné	
Après 6 mois, du lait et des aliments complémentaires sont donnés	

À la fin de l'évaluation complète, l'agent sanitaire, nutritionniste ou communautaire qui a effectué la première visite félicite la personne qui s'occupe de l'enfant pour tout ce qu'elle fait bien.

En outre, il :

- encourage les efforts de cette personne, et ne la critique pas
- discute des difficultés éventuelles et l'aide à réfléchir à des moyens de les surmonter. Il doit notamment faire face aux difficultés éventuelles qu'il éprouve à s'assurer que le lait fourni ne sert qu'au nourrisson
- réexplique les besoins exacts de ce nourrisson, le nombre de repas quotidiens, la quantité à donner lors de chaque repas et les risques encourus si le bébé ne reçoit pas la bonne quantité ;
- montre à la personne qui s'occupe du bébé comment nettoyer (et au besoin stériliser) les ustensiles et comment préparer et donner les repas de manière plus sûre
- tente de gagner la confiance des autres membres de la famille ou des voisins, et les encourage à aider la personne qui s'occupe du nourrisson
- organise le suivi ultérieur du nourrisson, aussi bien au dispensaire qu'à domicile, avec une réévaluation à l'aide de l'évaluation complète au besoin.

c) Services de soutien à l'ANJE

Le HCR et ses partenaires devront veiller à ce que les services de soutien à l'ANJE soient mis en place, de sorte que les agents sanitaires puissent orienter les couples mère-enfant (ou personne qui s'occupe du nourrisson-nourrisson) à la suite de l'ESR individuelle ou de l'évaluation complète. Le Tableau 11 décrit les différents services de soutien à l'ANJE qui seront nécessaires dans la plupart des situations où il y a des réfugiés. Lors de situations d'urgence nécessitant un soutien à l'alimentation artificielle à grande échelle, comme après le séisme à Haïti, des « tentes pour bébés » ou « coins bébés » permettent parfois d'offrir des services de soutien à la fois à l'allaitement maternel et à l'alimentation artificielle (voir l'étude de cas no 4). La Figure 1 décrit l'intégration de ces services avec l'évaluation simple et rapide et l'évaluation complète.

Tableau 11 : Les services nécessaires de soutien à l'ANJE

Intervention	Qui	Quand	But
Accompagnement	Un agent sanitaire ou nutritionniste	Fait suite à l'évaluation simple et rapide pour ceux qui n'ont pas besoin d'une assistance particulière pour alimenter leur nourrisson.	Aider les mères à poursuivre l'allaitement maternel en leur proposant une nutrition adaptée, des services utiles à la maternité, des services de santé appropriés, ainsi qu'une aide et un soutien social permanents.
Aide élémentaire à l'allaitement maternel	Un agent sanitaire ou nutritionniste, ou un pair qualifié	Fait suite à l'évaluation complète pour les femmes qui ont besoin d'un soutien élémentaire à l'allaitement maternel	Offrir un soutien de base à l'allaitement maternel afin d'assurer une tétée efficace, donner confiance à la mère et aider son lait à couler, augmenter sa production laitière et encourager une alimentation adaptée à l'âge du bébé.
Soutien qualifié à l'allaitement maternel	Les agents sanitaires et nutritionnistes qui ont suivi une formation complémentaire en allaitement maternel.	Fait suite à l'évaluation complète pour les femmes qui ont besoin d'un soutien à l'allaitement maternel plus poussé	Aider les femmes à surmonter des problèmes particuliers liés à l'allaitement maternel afin de relancer un allaitement maternel efficace et/ou de relancer la lactation.
Soins médicaux/ alimentation thérapeutique	Le personnel médical/les agents sanitaires et nutritionnistes	Font/fait suite à l'évaluation complète pour les femmes et les nourrissons qui souffrent de malnutrition ou de maladie	Rétablir l'état de santé et l'équilibre nutritionnel.
Formes d'alimentation artificielle possibles	Les agents sanitaires et nutritionnistes	Font suite à l'évaluation complète pour les femmes qui n'allaitent pas et ne souhaitent pas relancer la lactation, ou pour les femmes indiquées pour le soutien qualifié à l'allaitement maternel.	Lorsqu'il n'est pas possible de nourrir le bébé avec le lait de sa mère (temporairement ou non), proposer d'autres solutions pour qu'il reçoive du lait maternel (nourrice ou lait maternel offert) ou, si ce n'est pas possible, fournir la forme la plus appropriée de SLM si les conditions sont remplies.

ANNEXE 9 : RESSOURCES POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES NOURRISSONS ALIMENTÉS ARTIFICIELLEMENT

Les nutritionnistes et agents sanitaires devront assurer auprès des personnes en charge de bébés recevant une alimentation artificielle un accompagnement initial et un suivi régulier. La présente annexe se compose d'une liste de contrôle des points à aborder lors de l'accompagnement initial, une liste de contrôle des points à vérifier lors des visites de suivi, de directives en ce qui concerne le volume et la fréquence de l'alimentation par SLM pour les nourrissons de 0 à 6 mois, ainsi que de directives concernant la préparation sûre des SLM et l'alimentation à la tasse. Les nutritionnistes et agents sanitaires peuvent utiliser ces ressources pour accompagner les personnes s'occupant des nourrissons.

a) Accompagnement initial

Avant d'administrer tout SLM, les points du tableau 12 doivent être abordés avec la personne qui s'occupe du nourrisson. Certains de ces points nécessiteront une visite à domicile. Lorsqu'une liste de contrôle est utilisée, elle doit être archivée à des fins de suivi.

Tableau 12 : Liste de contrôle des points à aborder lors de l'accompagnement initial

Éléments à aborder lors de l'accompagnement initial	Élément contrôlé
Observer les ressources dont dispose la famille pour soutenir l'alimentation artificielle (Évaluation complète, Annexe 8)	
Observer la manière dont la personne qui s'occupe du nourrisson gère l'alimentation artificielle (Évaluation complète, Annexe 8)	
Identifier tout problème résultant de ces observations et décider avec la personne qui s'occupe du nourrisson de la solution pour y remédier	
Présenter le SLM qui sera donné, et expliquer quand et où se le procurer	
Présenter les avantages de l'alimentation à la tasse et comment procéder (Annexe 9)	
Informar des risques potentiels liés à l'utilisation de SLM	

b) Suivi

Les nutritionnistes et agents sanitaires doivent organiser des visites régulières de suivi pour chaque nourrisson alimenté artificiellement. Les éléments du Tableau 13 doivent être contrôlés lors de chaque visite. La liste de contrôle doit être archivée à des fins de suivi.

Tableau 13 : Liste de contrôle des points à vérifier lors des visites de suivi

Éléments à vérifier et à discuter lors des visites de suivi	Élément vérifié
Vérifier et consigner l'état (morbidité et mortalité) et le poids (à reporter sur un graphique de croissance) du nourrisson	
Observer la préparation de l'alimentation : vérifier le respect des conditions d'hygiène et de sécurité	
Observer l'alimentation du nourrisson : vérifier que celle-ci se déroule en toute sécurité	
Identifier les difficultés auxquelles la personne qui s'occupe du nourrisson peut être confrontée et discuter des solutions pratiques à mettre en place, et/ou chercher un soutien complémentaire ad hoc	
Détecter les signes d'une éventuelle utilisation inappropriée du SLM (concentration trop élevée, dilution trop élevée, préparation hétérogène, utilisation de compléments alimentaires pour les nourrissons de moins de 6 mois, etc.)	

c) Volume et fréquence de l'alimentation

Lorsqu'un nourrisson doit être alimenté de manière artificielle, les nutritionnistes et agents sanitaires doivent offrir à la personne qui s'occupe du nourrisson un accompagnement portant sur la manière dont l'alimentation doit être préparée et donnée. Ils doivent notamment veiller à ce que la personne donne au nourrisson le volume correct de SLM à la fréquence appropriée. Le Tableau 14 présente le volume et la fréquence de l'alimentation des nourrissons en fonction des différentes tranches d'âge. Le respect des consignes d'utilisation mentionnées sur l'emballage du produit garantit une confection adéquate de l'alimentation.

Tableau 14 : Quantité de préparation et besoins du nourrisson par jour

(Extrait du Module 2 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (ANJE-U), Annexe 5)

Âge du nourrisson (mois)	Poids (kg)	Quantité de préparation par jour	Nombre de prises alimentaires par jour	Volume de chaque prise alimentaire
0 à 1	3	450 ml	8	60 ml
1 à 2	4	600 ml	7	90 ml
2 à 3	5	750 ml	6	120 ml
3 à 4	5	750 ml	6	120 ml
4 à 5	6	900 ml	6	150 ml
5 à 6	6	900 ml	6	150 ml

Les modes d'alimentation et les volumes variant d'un bébé à l'autre, la plage du « normal » couvre une multitude de possibilités.

En moyenne, un nouveau-né boit une quantité de 60 à 90 ml de préparation toutes les trois ou quatre heures. Vers l'âge de 1 mois, le nourrisson boit des rations de 120 ml toutes les quatre heures. À l'âge de 6 mois, les rations du nourrisson varient entre 180 et 240 ml, et sont données 4 à 5 fois sur une période de 24 heures (il arrive souvent au nourrisson, à ce stade, de « sauter » une prise alimentaire la nuit). La table ci-dessus fournit les quantités relatives à 6 prises alimentaires par jour (7 à 8 prises alimentaires durant les deux premiers mois).

À titre informatif, le volume des rations d'un nourrisson âgé de 1 mois varie entre 120 et 150 ml, et augmente de 30 ml par ration chaque mois pour atteindre un volume maximal de 210 à 240 ml au 6e mois. Il est déconseillé pour le nourrisson de boire plus de 960 ml de préparation pour nourrissons sur une période de 24 heures.

Globalement, la proportion de la préparation pour nourrissons est de 75 ml par tranche de 453 g du poids du nourrisson.

Source : « Caring for Your Baby and Young Child, Birth to Age 5 », American Academy of Paediatrics, 2009.

d) Préparation sûre du SLM

Les informations suivantes sont également adaptées du Module 2 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, Groupe de travail sur l'ANJE-U (2007), Chapitres complémentaires, section 9B.

Tableau 15 : 10 étapes pour garantir une préparation sûre du SLM

Étape	Description
Se laver les mains	<ul style="list-style-type: none"> Avant de préparer l'aliment de substitution, se laver les mains à l'eau et au savon.
Veiller à la propreté du matériel	<ul style="list-style-type: none"> Nettoyer précautionneusement les ustensiles. Les stériliser au besoin. Veiller à la propreté du plan de travail et de la table. Nettoyer le plan de travail et la table à l'aide d'un chiffon propre, si nécessaire.
Vérifier la date	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier la date de péremption sur la boîte de la préparation. Jeter le produit lorsque celui-ci est périmé.
Faire bouillir l'eau	<ul style="list-style-type: none"> Faire bouillir l'eau destinée à servir à la préparation de la ration alimentaire. Porter l'eau à ébullition. Verser le volume correct d'eau bouillante. La température de l'eau ne doit pas être inférieure à 70 ° C. L'eau doit donc être utilisée dans les 30 minutes suivant son ébullition. La manière la plus sûre de préparer une ration alimentaire consiste à faire bouillir l'eau, puis à la laisser refroidir jusqu'à une température de 70 ° C minimum. Si l'eau a été bouillie d'avance pour la préparation de rations nocturnes, par exemple, elle doit être conservée dans un récipient réservé à cet effet pour une durée de 24 heures maximum. Le récipient doit être propre et doté d'un couvercle. Verser le volume correct d'eau bouillie refroidie à l'aide d'un récipient gradué. Remarque : l'eau de piètre qualité peut être traitée par ébullition, chloration ou filtration. Pour désinfecter l'eau, procéder comme suit : porter l'eau à ébullition et y ajouter 3 à 5 gouttes de chlore par litre, ou retirer physiquement les agents pathogènes au moyen d'un filtre adéquat.
Mesurer la préparation	<ul style="list-style-type: none"> Mesurer le volume de préparation en poudre requis à l'aide de la mesurette fournie avec le produit. (Ne pas utiliser les mesurettes des produits d'autres marques). Araser la préparation en poudre avec le dos de la lame d'un couteau ou le manche d'une cuillère propre. Respecter scrupuleusement les consignes de mélange indiquées sur l'étiquette du produit. (En règle générale, on compte deux mesurettes de préparation en poudre par volume de 60 ml d'eau, mais une mesurette peut parfois suffire.)

Étape	Description
Mélanger	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La plupart des préparations en poudre vendues dans le commerce recommandent d'ajouter la poudre de lait dans le volume d'eau, mais il convient de vérifier les consignes de préparation qui sont propres au produit utilisé. ▪ Ajouter les mesurette de préparation en poudre dans le volume d'eau. En cas d'utilisation d'une tasse, mélanger la poudre à l'aide d'une cuillère. En cas d'utilisation d'un biberon, visser la tétine et mettre le capuchon en place, puis secouer pour diluer la poudre. Le volume de la préparation, une fois celle-ci mélangée conformément aux instructions spécifiées sur l'étiquette du produit, sera légèrement plus important que le volume d'eau initial.
Tester la température	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Passer la tasse sous l'eau froide pour abaisser la température de la préparation à la température de consommation appropriée ou placer la tasse dans un bain d'eau froide ou glacée. Pour éviter de contaminer la préparation, veiller à ce que le niveau d'eau froide ne dépasse pas la hauteur de la tasse. Sécher la surface extérieure de la tasse à l'aide d'un chiffon propre ou d'un papier absorbant. Verser une goutte de préparation sur le poignet. Si la température est confortable, c'est-à-dire à peine tiède, le bébé peut être nourri en toute sécurité. ▪ Les préparations de lait artificiel peuvent être consommées à température ambiante, sans chauffage. Lorsque la préparation est chauffée avant d'être donnée au bébé, mettre le biberon ou la tasse dans un bol d'eau chaude et tester la température avant de nourrir le bébé. La préparation ne doit pas être réchauffée pendant plus de 15 minutes.
Conserver la préparation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conserver la préparation au réfrigérateur jusqu'à l'heure du prochain repas du nourrisson (ne pas la conserver plus de 24 heures). ▪ Utiliser un récipient propre et stérilisé, composé d'un matériau de qualité alimentaire et doté d'un couvercle. La contenance du récipient ne doit pas excéder 1 litre. En cas d'utilisation d'un récipient de capacité supérieure, le temps de refroidissement de la préparation chauffée sera plus long et il existe un risque de prolifération de bactéries nuisibles. ▪ Ne jamais mettre un biberon chauffé dans le réfrigérateur. ▪ La température du réfrigérateur ne doit pas être supérieure à 5 ° C. ▪ En l'absence de réfrigérateur, la ration doit être fraîchement préparée juste avant d'être donnée au bébé.
Utiliser la préparation ou la jeter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si elle n'est pas réfrigérée, la préparation doit être donnée au bébé au plus tard dans l'heure qui suit sa confection. ▪ Les rations préparées avec de l'eau à une température inférieure à 70 ° C doivent être consommées immédiatement. ▪ Laisser le bébé boire à satiété. Il est important que le nourrisson reçoive un minimum de lait par jour ; à défaut, il pourrait souffrir de malnutrition. Voir le Tableau 14 pour connaître les volumes que doit boire un nourrisson par prise alimentaire et par période de 24 heures. ▪ Le lait qui n'est pas bu par le nourrisson peut être donné à un enfant plus âgé ou bu par la personne qui s'occupe du nourrisson. A défaut, il doit être jeté.
Ranger	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conserver les ustensiles dans un récipient destiné à cet effet, fermé au moyen d'un couvercle ou recouvert d'un chiffon propre, et posé sur une surface propre, en vue de leur prochaine utilisation dans trois ou quatre heures. ▪ En cas d'utilisation d'une solution pour les stériliser, les biberons, tétines et capuchons stérilisés doivent tremper dans la solution jusqu'à l'heure du prochain repas du nourrisson (minimum 1 heure).

Conseils concernant l'alimentation à la tasse

Source : Module 2 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, Groupe de travail sur l'ANJE-U, version 1.1, 2007. www.enonline.net/ife

Comment nourrir un bébé à la tasse

- Maintenir le bébé en position assise ou semi-couchée sur ses genoux.
- Poser la tasse de lait sur la lèvre inférieure du bébé. Incliner la tasse de sorte que le lait affleure aux lèvres du bébé. La tasse doit reposer légèrement sur la lèvre inférieure du bébé et les bords de la tasse doivent toucher les commissures de la lèvre supérieure du bébé.
- Le bébé sera ainsi stimulé, et ouvrira à la fois la bouche et les yeux. Un bébé ayant un faible poids de naissance commencera par laper le lait. Un bébé né à terme ou plus âgé tétera le lait ou le boira à petites gorgées, risquant d'en renverser un peu.
- Ne pas verser le lait dans la bouche du bébé. Maintenir la tasse sur la lèvre inférieure du bébé, en le laissant boire comme il veut.
- Lorsque le bébé est repu, il fermera la bouche et refusera de boire davantage. Un bébé qui n'a pas ingurgité une quantité suffisante est susceptible de boire plus lors de son prochain repas, ou de réclamer des repas à des intervalles plus rapprochés.
- Mesurer le volume ingurgité par le bébé sur une période de 24 heures plutôt que lors de chaque repas.

Adapté de OMS/UNICEF, 1993, Le Conseil en Allaitement : Cours de formation, Manuel des participants, p. 136 et Actualités de l'initiative Hôpitaux amis des bébés de l'UNICEF.

	<p>Le père peut également nourrir le bébé à la tasse.</p>
	<p>Lorsque le nourrisson doit être nourri en dehors du domicile, le lait peut facilement être transporté dans un récipient fermé hermétiquement. Veiller à utiliser un récipient à ouverture large, facile à laver.</p>
<p>L'utilisation de biberons et tétines est vivement déconseillée dans les situations d'urgence, en raison du risque élevé de contamination et des conditions difficiles de lavage.</p>	
	<p>L'alimentation à la tasse est souvent utilisée en milieu hospitalier pour nourrir les bébés prématurés qui ne sont pas encore prêts pour l'allaitement maternel. Souvent, ces nourrissons savent déglutir avant de savoir téter. Les nourrissons capables de prendre le sein peuvent ne pas avoir la force de téter suffisamment longtemps pour ingurgiter une quantité de lait optimale et peuvent aussi nécessiter d'un complément à la tasse.</p>
	<p>Comme tout nourrisson qui prend le sein, un bébé de 5 mois nourri à la tasse marquera plusieurs pauses et s'alimentera à son propre rythme.</p>
	<p>Incliner légèrement la tasse de sorte que le bébé puisse boire le lait à petites gorgées, à son propre rythme. Ne jamais verser le lait directement dans la bouche du bébé, ni le laisser couler.</p>
	<p>Les bébés en pleine santé, nés à terme, peuvent également être nourris à la tasse lorsque l'allaitement n'est pas possible, par exemple lorsque la mère est absente ou dans une situation susceptible de l'amener à refuser l'allaitement maternel (infection par le VIH, par exemple). Dans ce cas, le bébé peut être nourri avec le lait que sa maman aura tiré ou tout autre type de lait de remplacement.</p>
	
<p>L'alimentation à la tasse ne requiert aucun équipement spécifique : n'importe quelle tasse fera l'affaire, bien que les petites tasses transparentes soient souvent plus faciles à utiliser. Éviter les tasses à couvercle, à paille ou à bec, qui sont difficiles à laver et propices aux infections. Les tasses illustrées sur cette page incluent une tasse utilisée en milieu hospitalier, une tasse à café, 2 mugs avec anse et un « bondla » indien, sorte de récipient doté d'un bec ouvert traditionnellement utilisé pour nourrir les bébés.</p>	

ANNEXE 10 : MODIFICATION DU LAIT ANIMAL EN VUE DE SON UTILISATION TEMPORAIRE EN TANT QUE SLM LORSQU'AUCUNE PRÉPARATION POUR NOURRISSONS N'EST DISPONIBLE

Source : Module 2 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, Groupe de travail sur l'ANJE-U, version 1.1, 2007. www.ennonline.net/ife

Remarque importante : le lait modifié à domicile composé de lait animal frais ou de lait entier en poudre, ou encore de lait traité à ultra haute température (UHT), doit être réservé à une utilisation temporaire. Il doit s'agir d'une solution provisoire, et non d'un premier choix.

Tableau 16 : Comment modifier les laits d'origine animale en vue d'une utilisation temporaire en tant que SLM

Groupe de lait	Informations	Utilisation
Lait animal frais, liquide	<p>Le <i>lait entier de vache</i> est le lait le plus courant. Du lait de bufflonne, de chamelle ou de chèvre peut toutefois être disponible. Il peut être disponible en brique, en bouteille ou être directement traité dans un récipient. Il arrive que le lait frais disponible sur le marché ait déjà été dilué ou écrémé.</p> <p>Le <i>lait animal préparé à domicile</i> est confectionné à partir de lait frais ou de lait entier en poudre, dilué dans l'eau et auquel sont ajoutés du sucre et des micronutriments. Ces préparations contiennent la plupart des nutriments nécessaires, mais en proportion différente par rapport au lait maternel. Les protéines et matières grasses y sont présentes en moindre quantité, et les facteurs de protection y sont absents.</p> <p>Les <i>préparations confectionnées à domicile</i> sont utilisées lorsque le lait animal est largement disponible. Il n'existe toutefois aucune information concernant leurs effets sur la santé, ou les types de micronutriments qu'il serait recommandé d'y ajouter. De même, on ne sait pas si elles sont correctement administrées, adéquates sur le plan nutritionnel, appropriées et disponibles au niveau local. Ces préparations soulèvent également des préoccupations quant à la sécurité de leurs conditions de préparation, de conservation et d'administration, ainsi qu'aux effets liés à une modification incorrecte (« HIV and infant feeding, A guide for health care managers and supervisors », UNICEF/ONUSIDA/OMS/FNUP, 2003).</p>	<p>Peut être utilisé, sous réserve d'être porté à ébullition et d'être modifié conformément aux instructions ci-dessous (voir « Préparations confectionnées à domicile à partir de laits liquides »).</p> <p>Les préparations confectionnées à la maison doivent vraiment être fortifiées à l'aide de nombreux micronutriments. Néanmoins, il est possible que les préparations adéquates ne soient pas disponibles sur le terrain*. En l'absence d'adjonction de micronutriments, les préparations confectionnées à domicile ne doivent être utilisées que pendant une courte période.</p> <p>Le lait de brebis et de bufflonne est plus riche en matières grasses, et requiert dès lors d'autres modifications.</p>
	<p>Le <i>lait écrémé frais</i> est un lait dont on a retiré la graisse (crème) et qui présente en conséquence un faible niveau énergétique. Ce lait est également dépourvu de la plupart des vitamines A et D, qui sont contenues dans la graisse du lait.</p>	<p>À ne pas utiliser.</p>
	<p>Le lait <i>demi-écrémé</i> qui contient 2 % de matières grasses peut parfois être disponible. (Le lait entier frais contient normalement davantage de matières grasses, environ 3,5 à 4 %.)</p>	<p>À ne pas utiliser.</p>

Milk Group	Information	Use
Laits liquides en conserve	Le <i>lait évaporé</i> est un lait stérilisé, dont on a partiellement retiré l'eau et conservé hermétiquement dans une boîte de conserve. La teneur en matières grasses peut parfois être modifiée. Dilué dans l'eau, il présente une composition similaire au lait frais.	Le traitement que subit ce type de lait détruit la vitamine C et l'acide folique. Il peut être utilisé, sous réserve de l'adjonction de vitamines. À diluer et modifier conformément aux instructions (voir « Préparations confectionnées à domicile à partir de laits liquides »).
	Le <i>lait concentré</i> est un lait dont on a retiré partiellement l'eau, et dans lequel on a ajouté du sucre. Ce sucre ajouté favorise la lente prolifération des bactéries une fois la conserve ouverte. Il est également pauvre en matières grasses. L'équilibre matières grasses - sucre du lait concentré le rend très différent du lait évaporé.	À ne pas utiliser.
Lait en poudre	Le <i>lait entier en poudre</i> est un lait de vache entier déshydraté sous forme de poudre. Ce processus détruit une grande partie de la vitamine C et certaines vitamines B, mais permet de conserver les protéines, les matières grasses, les minéraux et une grande partie des vitamines A et D. Le lait entier peut être reconstitué avec de l'eau.	Peut être utilisé après avoir été reconstitué par l'ajout du volume d'eau approprié (conformément aux instructions spécifiées sur l'étiquette), puis modifié (voir « Préparations confectionnées à domicile à partir de laits liquides » ci-dessous).
	Le <i>lait écrémé en poudre</i> ne contient pas de matières grasses ni de vitamines liposolubles (A et D). La plupart des laits en poudre modifiés, comme les « crèmes » pour éclaircir le thé ou le café, ou divers laits compensés, ont subi un traitement destiné à retirer les matières grasses du lait et à les remplacer par des graisses végétales. Pour favoriser la dissolution, du sucre peut également être ajouté aux ingrédients.	À ne pas utiliser.
Préparation pour nourrissons	Les préparations pour nourrissons vendues en magasin sont confectionnées conformément aux normes du Codex Alimentarius**, elles respectent dès lors les prescriptions minimales en matière de composition nutritionnelle. Les marques de préparations pour nourrissons abondent sur le marché. Sur le plan nutritionnel, il s'agit du substitut le plus complet du lait maternel. Il contient par ailleurs les micronutriments appropriés. Néanmoins, la teneur en protéines et en matières grasses de ce substitut est inférieure à celle du lait maternel, il est moins facilement digéré et il ne contient pas de facteurs de protection.	Les préparations pour nourrissons disponibles sur le marché sont onéreuses, ce qui peut avoir un impact sur l'approvisionnement à long terme.
	Préparation générique. La composition nutritionnelle est identique à celle des préparations commerciales de marque. Seule la manière dont ces préparations sont commercialisées et distribuées varie. Leur étiquetage est également plus simple.***	Suivre les instructions mentionnées sur la boîte.

* 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.

** Pour plus d'informations sur les exigences du Codex Alimentarius, consultez la page www.codexalimentarius.net. Pour de plus amples informations sur l'utilisation sûre des préparations pour nourrissons, consultez les Directives pour la préparation, la manipulation et la conservation dans de bonnes conditions d'hygiène des préparations en poudre pour nourrissons à l'adresse http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines_fr.pdf.

*** Pour plus d'informations sur les sources de préparations génériques, contactez l'ENN à l'adresse office@enonline.net.

PRÉPARATIONS CONFECTIONNÉES À DOMICILE À PARTIR DE LAITS LIQUIDES

Encadré 1 : recette de la préparation confectionnée à domicile à partir de lait frais (ou de lait reconstitué équivalant à du lait frais)

Pour obtenir 150 ml de préparation à partir de lait frais (ou reconstitué) de vache, de chèvre ou de chamelle, mélangez :

- 100 ml de lait porté à ébullition,
- 50 ml d'eau portée à ébullition,
- 10 g de sucre (2 cuillères à café rases).

Pour obtenir 120 ml de préparation à partir de lait frais de brebis ou de bufflonne, mélangez :

- 60 ml de lait,
- 60 ml d'eau,
- 6 g de sucre (1 cuillère à café bombée).

Vous pouvez mesurer le lait et l'eau, les mélanger, puis porter ce mélange à ébullition. Ou vous pouvez porter le lait à ébullition et y ajouter le volume d'eau bouillie nécessaire.

Ajoutez ensuite le sucre et les micronutriments (voir plus haut). Mélangez, puis versez dans la tasse.

ANNEXE 11 : CONSIDÉRATIONS POUR LE CHOIX D'UN SLM

Les SLM possibles pour des nourrissons de moins de 6 mois sont soit des préparations pour nourrissons, soit du lait animal préparé et modifié au domicile (dilué avec de l'eau, et dans lequel on rajoute du sucre et des suppléments de micronutriments). En pratique, la modification du lait animal et l'accès aux micronutriments fortifiants présentent des difficultés importantes dans les milieux de réfugiés. Dès lors, le substitut du lait maternel recommandé pour les nourrissons de moins de 6 mois dans les milieux de réfugiés est la préparation pour nourrissons. 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 fournit des indications à ce sujet.

Cette annexe donne des conseils sur les critères de sélection d'une préparation pour nourrissons adéquate, ainsi que sur le choix entre une préparation en poudre et une préparation prête à l'emploi, et sur le choix de fournisseurs locaux ou internationaux.

a) Critères de choix d'une préparation pour nourrissons adaptée

Une préparation pour nourrissons adaptée doit être conforme au Codex et satisfaire aux exigences du Code international (voir les sources conseillées à l'Annexe 1). Les critères spécifiques sont recensés dans le Tableau 17.

Tableau 17 : Critères de choix d'une préparation pour nourrissons adaptée

Critères	Check
Fabriquée et emballée selon les normes du Codex Alimentarius CODEX STAN 72-1981 : http://www.codexalimentarius.org/standards/list-standards/fr/?no_cache=1	
Convient aux nourrissons de moins de 6 mois (les laits de « deuxième âge » et les laits étiquetés comme convenant aux nourrissons de plus de 6 mois ne conviennent pas)	
Les étiquettes doivent être rédigées dans une langue comprise par la population de réfugiés	
Les étiquettes doivent respecter les exigences spécifiques du Code international en matière d'étiquetage :	
<ul style="list-style-type: none">Les étiquettes doivent mentionner la supériorité de l'allaitement maternel	
<ul style="list-style-type: none">Les étiquettes doivent mentionner le fait que les produits ne doivent être utilisés que sur avis d'un agent sanitaire	
<ul style="list-style-type: none">Les étiquettes doivent indiquer les risques pour la santé liés à l'utilisation d'une préparation pour nourrissons	
<ul style="list-style-type: none">Aucune image de nourrisson ou autre représentation idéalisant l'emploi de la préparation pour nourrissons ne doit figurer sur l'emballage	
Les préparations pour nourrissons génériques (sans marque) ont la préférence, mais à défaut, l'utilisation d'une préparation pour nourrissons commerciale est acceptable.	
La durée de conservation doit être d'au moins 6 mois à partir de la date de réception du produit.	

b) Préparation en poudre pour nourrissons (PPN) ou préparation pour nourrissons prête à l'emploi (PNPE)

Pour se transformer en boisson convenant aux nourrissons, les **préparations en poudre** (PPN) doivent être diluées avec de l'eau. Ce type de préparation est le plus courant. Les préparations en poudre pour nourrissons ne sont pas stériles et doivent donc être reconstituées avec de l'eau bouillie et encore chaude (refroidie à la température de 70 degrés Celsius environ). Pour effectuer la reconstitution, il est impératif d'utiliser la mesurette fournie avec le récipient.

Considérations importantes pour l'utilisation des PPN :

- Les PPN sont moins chères que les PNPE
- Les PPN prennent moins de place que les PNPE, et sont donc plus faciles à transporter et à stocker
- Les PPN ont davantage de chances d'être disponibles localement
- Les PPN doivent faire l'objet d'un mélange à domicile
- Les PPN nécessitent une installation permettant de faire bouillir de l'eau pour le nettoyage et la préparation
- Les PPN sont probablement des produits plus familiers

Les **préparations pour nourrissons prêtes à l'emploi** (PNPE) sont des préparations liquides déjà reconstituées et prêtes à l'emploi. Elles sont fournies dans des briques en carton ou des canettes de différentes contenances. Les opérations du HCR doivent considérer l'utilisation des PNPE comme une mesure temporaire à ne prendre que dans des situations extrêmes dans lesquelles les conditions sanitaires et l'accès à l'eau sont très difficiles, ou si les installations qui permettent de faire bouillir de l'eau sont rares, et en présence de nourrissons de moins de 6 mois non nourris au sein. Considérations importantes pour l'utilisation des PNPE :

- Les PNPE sont significativement plus chères que les préparations en poudre pour nourrissons.
- Les PNPE n'offrent pas une garantie absolue de sécurité. Une préparation hygiénique du matériel alimentaire est nécessaire. Les récipients ouverts forment un milieu propice au développement des bactéries. En fonction de la contenance des briques disponibles, il peut y avoir un gaspillage important du contenu.
- Les PNPE prennent énormément de place. Elles entraînent des contraintes de transport et de stockage, ainsi que des coûts importants, et posent des soucis en matière d'élimination des déchets.
- Les PNPE peuvent être des produits peu familiers pour une communauté. Une éducation solide à leur utilisation est nécessaire.
- La fourniture de PNPE peut nécessiter un approvisionnement international long (et coûteux).
- S'il s'avère que les PNPE sont nécessaires en situation d'extrême urgence, il peut être utile de créer un stock préventif qui sera prêt à être distribué sans retard durant la situation d'urgence.

c) Recours à des fournisseurs locaux ou internationaux

Par rapport à un approvisionnement international, une fourniture locale peut s'avérer moins coûteuse et plus rapide d'accès, et a plus de chances d'être étiquetée dans la langue des utilisateurs. Par contre, les fournitures locales présentent l'inconvénient de porter une marque. Le recours à des fournitures locales est limité s'il n'y a pas de produits adéquats sur le marché, ou lorsque la chaîne d'approvisionnement a été interrompue. Ces éléments sont résumés dans le Tableau 18.

Tableau 18 : Synthèse des critères de choix entre approvisionnement local et international

Source	Critères	Rôle du HCR
Source de produit générique (internationale ou accessible par l'intermédiaire d'un autre organisme)	C'est l'option préférée	Évalue la faisabilité de l'approvisionnement en préparation générique
Fournisseurs locaux (au sein du pays) de préparation pour nourrissons de marque	L'achat de SLM est possible localement, ou directement auprès du fournisseur Le SLM est conforme au Codex et au Code Le SLM local est étiqueté dans la langue des utilisateurs La source locale est adéquate et durable (le marché peut suivre l'augmentation de la demande)	Participe à l'évaluation de l'adéquation de la source locale
Fournisseurs internationaux de préparation pour nourrissons de marque	L'approvisionnement local de SLM n'est pas possible L'approvisionnement local de SLM n'est pas disponible dans la langue désirée Les approvisionnements locaux ne correspondent pas aux besoins Un fournisseur international est disponible Les ressources nécessaires pour recourir à un approvisionnement international sont disponibles	Participe à l'évaluation du besoin en approvisionnement international Sollicite l'approbation du siège ou du groupe technique régional du HCR Soumet la demande en approvisionnement au HCR Budapest

ANNEXE 12 : CALCUL DE LA QUANTITÉ DE SLM NÉCESSAIRE POUR UNE COMMUNAUTÉ

L'estimation des besoins en approvisionnement dépend de nombreux facteurs contextuels. Entre autres :

- Le nombre de nourrissons de moins de 6 mois dans la population cible. L'échelle de l'opération influence les calculs. L'estimation pour un ou deux nourrissons est différente de celle pour des centaines de nourrissons.
- Le nombre de nourrissons qui *ne sont pas nourris au sein*.
- Le nombre de nourrissons qui reçoivent une *alimentation mixte*.
- Le taux attendu de réussite de conversion de l'alimentation mixte des nourrissons vers l'allaitement au sein exclusif. Ce taux dépendra d'un certain nombre de facteurs tels que les ressources disponibles pour apporter une aide qualifiée et la volonté des mères de passer à l'allaitement maternel exclusif.
- La durée et l'évolution du programme (par exemple un plan pour réduire à zéro le nombre d'admissions après 6 mois) dépendent du fait que tous les nouveau-nés soient nourris exclusivement au sein, ce qui, à son tour, est influencé par la disponibilité de l'aide qualifiée et par la volonté des mères.

Les informations de l'Annexe 9, c) peuvent servir à étayer les besoins en fourniture au niveau individuel. Ci-dessous, quelques chiffres utiles pour évaluer les besoins quantitatifs à l'échelle d'une communauté :

Préparation en poudre pour nourrissons (PPN)

Le besoin moyen en préparation en poudre pour les nourrissons nourris exclusivement de PPN est de 3,5 kg par mois et par nourrisson de moins de six mois, soit 21 kg pour six mois.

Pour permettre la transition vers l'alimentation complémentaire, une quantité supplémentaire de l'ordre de 1,8 kg (soit une quantité correspondant à deux semaines) doit être prévue pour les nourrissons qui atteignent 6 mois.

La préparation en poudre pour nourrissons est généralement conditionnée dans des boîtes dont la contenance va de 350 à 450 g.

Par exemple, la quantité de préparation en poudre nécessaire pour un nourrisson est de 13 boîtes de 400 g par semaine, soit 53 boîtes par mois.

Préparation pour nourrissons prête à l'emploi (PNPE)

Le besoin moyen en préparation pour nourrissons liquide pour les nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement de PNPE est de 725 ml par jour (de 450 à 900 ml, de 0 à 6 mois).

Le besoin moyen en préparation pour nourrissons prête à l'emploi est de 5 litres par semaine et par nourrisson.

La préparation liquide peut être conditionnée en briques en carton correspondant à un seul repas (soit 200 ml), ou à une journée de 24 heures (soit 1 litre). Un gaspillage important est à prévoir si seules de grandes briques sont disponibles et s'il n'est pas possible de les réfrigérer. Ce facteur est à prendre en compte dans le calcul des quantités nécessaires.

L'utilisation d'une préparation pour nourrissons prête à l'emploi a des conséquences importantes en matière de transport et de stockage (capacité et coûts). Ces conséquences doivent être prises en compte dans la planification, et sont l'une des raisons pour lesquelles il ne peut s'agir que d'une option temporaire à court terme.

À titre d'exemple, la quantité nécessaire de PNPE est d'environ 26 briques de 200 ml par semaine.

Quelques considérations pour la planification du programme

Confirmez le critère d'âge pour la participation au programme : nourrissons âgés de moins de 6 mois.

Choisissez la durée du programme, en tenant compte du fait que tous les nourrissons admis doivent être suivis au minimum jusqu'à leurs 6 mois.

Déterminez dans quelle mesure il est possible de s'approvisionner localement, et quelle est la durabilité de ces sources d'approvisionnement, ainsi que leur délai de livraison.

Prenez en compte les besoins en approvisionnement pour les nourrissons qui atteignent 6 mois et qui doivent passer à l'alimentation complémentaire sans préparation pour nourrissons. Une petite quantité intermédiaire peut s'avérer nécessaire.

Recueillez des données sur le nombre estimé de personnes au sein de la population totale qui doivent être couvertes par le programme d'alimentation artificielle :

- Rassemblez des données sur le nombre estimé de nourrissons âgés de moins de 6 mois dans la population cible. Les sources d'information peuvent être des données démographiques provenant d'études ou d'évaluations récentes, la présentation de cas au dispensaire, ou un examen dans les centres d'accueil. *On remarquera que les données provenant des dispensaires peuvent surestimer le nombre de nourrissons nourris artificiellement (car ces derniers ont tendance à être plus souvent malades), et doivent contribuer à l'évaluation sans être considérées comme représentatives de la population totale des nourrissons âgés de moins de 6 mois.*
- Rassemblez des données sur la proportion estimée des nourrissons qui ne sont pas nourris au sein. Pour établir une estimation, vous pouvez utiliser des données antérieures à la situation d'urgence ou provenant d'évaluations rapides et/ou des dispensaires (moyennant les limitations décrites plus haut).
- Rassemblez des données sur le nombre estimé de nourrissons recevant une alimentation mixte. Pour établir une estimation, vous pouvez utiliser des données antérieures à la situation d'urgence ou provenant d'évaluations rapides et/ou des dispensaires (moyennant les limitations décrites plus haut).
- Estimez le nombre de nourrissons séparés ou qui ont perdu leur mère (ce qui est d'autant

plus pertinent en cas de catastrophe aiguë). Notez que ces nourrissons ne nécessiteront pas tous une alimentation artificielle (par exemple, le recours à des nourrices peut être possible et constitue l'alternative la plus sûre).

- Rassemblez des données sur les taux de natalité et de mortalité maternelle antérieurs à la situation d'urgence. La mortalité maternelle n'indique pas nécessairement le besoin en alimentation artificielle (par exemple, le recours à des nourrices peut être possible et constitue l'alternative la plus sûre).

Figure 2 : Exemple de modèle de calcul du nombre estimé de bénéficiaires d'un programme d'alimentation artificielle

Catégorie de nourrisson	Nombre de nourrissons
Population cible totale x % des moins de 6 mois	Nombre de nourrissons de moins de 6 mois dans la population cible
Nombre de nourrissons de moins de 6 mois dans la population cible x % de ceux qui étaient nourris artificiellement avant la situation d'urgence	Nombre de nourrissons de moins de 6 mois ayant besoin de SLM au début du programme (groupe A)
Nombre de nourrissons de moins de 6 mois séparés ou orphelins, pour lesquels l'allaitement maternel n'est pas disponible	Nombre de nourrissons de moins de 6 mois ayant besoin de SLM au début du programme (groupe B)
Nombre de nourrissons dans la population cible x % de nourrissons recevant une alimentation mixte	Nombre d'enfants ayant besoin d'une aide alimentaire artificielle durant 2 mois*, jusqu'au rétablissement complet de l'allaitement maternel (groupe C)
Nombre de naissances attendues par mois x % de mortalité maternelle x % de cas où l'allaitement maternel n'est pas envisageable	Nombre de nouveaux orphelins par mois (groupe D)
Nombre de nouveau-nés que la mère ne commence pas à allaiter	Nombre de nouveaux cas d'alimentation artificielle par mois (groupe E)**
Total du groupe cible au début du programme	A+B+C
Total du groupe cible pendant le programme	A+B+C+D (mensuel)+E (variable)

* La durée de l'aide aux nourrissons recevant une alimentation mixte dépend de l'aide qualifiée et des ressources disponibles pour faciliter cette transition, ainsi que de la volonté des mères d'y parvenir.

** Le groupe E est important à prendre en compte dans les situations où l'allaitement maternel n'est pas pratiqué régulièrement, et où la préparation pour nourrissons est largement acceptée et utilisée par la population. À court terme, la réalité peut signifier que les mères continuent à opter pour l'alimentation artificielle dans ce genre de situation.

ANNEXE 13 : QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE STOCKAGE ET LE CONTRÔLE DES DISTRIBUTIONS DE SLM

a) Stockage du SLM en lieu sûr

Mettez toujours le SLM en lieu sûr. Verrouillez toujours le lieu de stockage et assurez-vous de la présence d'un système sécurisé de gestion des clés. Le SLM peut être stocké au point de distribution (par ex. au dispensaire, avec les médicaments) ou dans un lieu distinct et sécurisé. Dans les cas où la demande en SLM est forte et les réserves faibles, il peut y avoir un risque supplémentaire de fuites. Dans ces cas-là, pensez à stocker le SLM dans un lieu hautement sécurisé, par ex. dans des installations militaires (voir l'étude de cas no 8).

Les installations de stockage doivent être propres et exemptes de parasites et de contamination provenant de produits chimiques ou d'autres résidus. Idéalement, la température de stockage ne doit pas être trop élevée. La méthode « premier entré - premier sorti » doit être d'application, c'est-à-dire que le stock acheté en premier doit être utilisé en premier afin d'éviter le dépassement des dates de péremption. Il y a lieu de tenir des registres clairs afin de contrôler les abus et les fuites. Le lieu de stockage doit toujours être verrouillé.

Mettez en place un système pour la gestion des stocks et l'élimination des déchets (par ex. les boîtes ou paquets vides) et des produits périmés. Les boîtes peuvent être utilisées dans les ménages. Mécanismes possibles pour la gestion des déchets indésirables :

- Leur ramassage auprès des ménages, par ex. lors des visites de routine
- Leur dépôt en un lieu central
- Le retour des déchets lors de chaque distribution

Ils peuvent dès lors être incinérés ou enfouis.

b) Contrôle de la distribution du SLM

Quelques exemples d'étapes de contrôle :

- *Contrôle des ordonnances* : À qui sont-elles destinées ? Sur quelle base ? (veillez au respect de critères adéquats)
- *Contrôle de la réception du SLM* : La validité de l'ordonnance et l'identité de la mère et du nourrisson ont-elles été vérifiées avant de remettre le SLM ? Un accusé de réception a-t-il été émis ? Voir l'étude de cas n° 8.
- *Contrôle de la distribution* : Qui a reçu le SLM ? En quelle quantité ? Quand ? Qui l'a donné ? (Confrontez ces informations aux ordonnances et aux stocks afin de vous assurer de l'absence de fuite.)
- *Contrôle de la propagation* : Surveillez les marchés pour voir s'il y a apparition de la préparation pour nourrissons choisie pour la distribution, contrôlez si les prix de la préparation pour nourrissons évoluent sur les marchés locaux, et surveillez l'élimination des déchets.

Dans certains cas où la demande de SLM est forte, des contrôles supplémentaires peuvent être nécessaires pour prévenir les fuites et assurer la sécurité du personnel. L'étude de cas n° 8 illustre une telle situation. L'emballage peut également être marqué ou modifié pour limiter les risques de revente du SLM sur le marché.



UNHCR/L. Isla/Juin 2013

ANNEXE 14 : SOUTIEN À L'ALIMENTATION DE L'ENFANT NON ALLAITÉ AU SEIN ÂGÉ DE 6 À 24 MOIS

Source: Principes directeurs pour l'alimentation des enfants de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein. OMS, 2005.

Selon les recommandations actuelles des Nations Unies, les nourrissons doivent recevoir un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie, puis recevoir des aliments de complément tout en poursuivant l'allaitement maternel durant les deux premières années ou plus. Cependant, certains nourrissons ne peuvent pas bénéficier des avantages de l'allaitement maternel au cours des premiers mois de vie, ou voient l'allaitement maternel arrêté avant d'avoir terminé la période recommandée de 2 ans ou plus. Un groupe d'enfants nécessite une attention toute particulière. Ce sont les enfants nés de mères connues pour être séropositives pour le VIH. Pour réduire le risque de transmission, il est recommandé que lorsqu'une alimentation de remplacement est acceptable, faisable, financièrement abordable, sûre et durable, les mères infectées par le VIH évitent tout allaitement au sein de leur nourrisson¹. Les nourrissons dont la mère est décédée ou ne les allaite pas pour l'une ou l'autre raison nécessitent eux aussi une attention particulière. Ce sont juste deux exemples ; il se peut que des nourrissons et jeunes enfants de 6 à 24 mois ne soient pas allaités pour d'autres raisons.

a) Quantité d'aliments nécessaire

Directive : S'assurer que les besoins en énergie sont couverts. Ces besoins représentent environ 600 kcal par jour de 6 à 8 mois, 700 kcal par jour de 9 à 11 mois, et 900 kcal par jour de 12 à 23 mois.

b) Consistance des aliments

Directive : Au fur et à mesure que le nourrisson grandit, augmenter progressivement la consistance et la variété des aliments en les adaptant à ses besoins et à ses capacités. À partir de six mois, les nourrissons peuvent manger des aliments en purée, écrasés ou semi-solides. À partir de huit mois la plupart des nourrissons peuvent également manger « à la main » (collations que les enfants peuvent manger seuls). À l'âge de 12 mois, la plupart des enfants peuvent manger les mêmes types d'aliments que ceux consommés par le reste de la famille (en gardant à l'esprit le besoin d'aliments riches en nutriments ; voir le point d) ci-dessous). Éviter les aliments pouvant provoquer un étouffement (c'est-à-dire ceux ayant une forme et/ou une consistance pouvant les amener à se loger dans la trachée, tels que les noix, raisins, carottes crues). Pour être donnés à de jeunes enfants, ces aliments doivent être écrasés ou servis sous la forme de purée ou de jus.

c) Fréquence des repas et densité en énergie

Directive : En général, un nourrisson en bonne santé doit prendre quatre ou cinq repas par jour, plus une ou deux collations (par exemple un fruit, du pain ou un chapatti avec de la pâte à base de

¹ D'après la Déclaration de consensus de 2006 de la Consultation technique de l'OMS sur le VIH et l'alimentation des nourrissons, « l'allaitement exclusif est recommandé aux mères infectées par le VIH pendant les six premiers mois, à moins qu'il n'existe un allaitement artificiel à la fois acceptable, faisable, financièrement abordable, durable et sûr pour elles et pour leurs enfants durant cette période ».

noix). Le nombre approprié de fois où l'enfant doit recevoir de la nourriture dépend de la densité énergétique des aliments locaux consommés à chaque fois. Des repas plus fréquents peuvent être nécessaires si leur densité en énergie ou la quantité de nourriture consommée à chaque repas sont limitées.

d) Teneur en nutriments des aliments

Directive : Donner des aliments variés pour s'assurer que les besoins en nutriments sont satisfaits.

- Manger chaque jour ou aussi souvent que possible viande, volaille, poisson ou œufs, car ils sont riches en nutriments clés comme le zinc et le fer. Les produits laitiers sont riches en calcium et en plusieurs autres micronutriments. Les régimes ne contenant aucun aliment d'origine animale (viande, volaille, poisson ou œufs, et produits laitiers) ne peuvent pas satisfaire les besoins en nutriments à cet âge à moins d'utiliser des produits enrichis ou des suppléments en micronutriments.
- La quantité de lait nécessaire est de 200 à 400 ml/j quand par ailleurs des aliments d'origine animale sont régulièrement consommés en quantité suffisante. Sinon, elle doit être augmentée à 300 à 500 ml/j. Les sources appropriées de lait sont le lait entier d'origine animale (vache, chèvre, bufflonne, brebis, chamelle), le lait traité à Ultra Haute Température (UHT), le lait évaporé reconstitué (mais pas le lait condensé), le lait fermenté ou le yaourt, le lait maternel bu au sein et le lait maternel exprimé (traité par la chaleur si la mère est séropositive pour le VIH).
- Pour garantir un apport en protéines de qualité quand le lait et les autres aliments d'origine animale ne sont pas consommés en quantité suffisante, l'enfant doit manger chaque jour à la fois des céréales et des légumineuses, si possible au cours du même repas.
- Les produits laitiers sont la meilleure source de calcium. Si ceux-ci ne sont pas consommés en quantité suffisante, ils peuvent être remplacés par d'autres aliments relativement riches en calcium, par exemple des petits poissons avec leurs arêtes (séchés ou frais, les arêtes broyées ou préparés de telle façon qu'ils puissent être consommés sans danger) ou des tortillas de maïs traité à l'eau de chaux. Le soja, les choux, les carottes, les courges, les papayes, les légumes à feuilles vert foncé, les goyaves et les citrouilles sont aussi de bonnes sources de calcium.
- La ration quotidienne doit comporter des aliments riches en vitamine A (ex. : fruits et légumes de couleur foncée, huile de palme rouge, huile ou aliments enrichis en vitamine A) ; des aliments riches en vitamine C (par exemple de nombreux fruits et légumes, les pommes de terre) consommés au cours des repas afin d'améliorer l'absorption du fer ; des aliments riches en vitamines B, y compris en riboflavine (ex. : foie, œufs, produits laitiers, légumes verts à feuilles, soja), en vitamine B6 (ex. : viande, volaille, poisson, bananes, légumes verts à feuilles, pommes de terre et autres tubercules, arachide) et en folate (légumineuses, légumes verts à feuilles, jus d'orange).
- Donner un régime contenant des quantités adéquates de matière grasse. Quand l'enfant ne consomme pas régulièrement des aliments d'origine animale, 10 à 20 g supplémentaires de matière grasse ou d'huile sont nécessaires, sauf si des aliments riches en graisse sont consommés (tels que des aliments ou des pâtes fabriqués à partir d'arachides, d'autres noix et de graines). Quand il consomme des aliments d'origine animale, on peut avoir besoin de

donner jusqu'à 5 g supplémentaires de matière grasse ou d'huile.

- Éviter de donner des liquides ayant une faible valeur nutritive, comme le thé, le café et les boissons sucrées telles que les sodas. Limiter la quantité de jus de fruits offerte, afin d'éviter le remplacement des aliments plus riches en nutriments.

e) Utilisation de suppléments en vitamines et minéraux ou de produits enrichis

Directive : Quand cela est nécessaire, utiliser des aliments enrichis ou des suppléments en vitamines et minéraux (de préférence mélangés avec de la nourriture ou donnés au moment des repas) et qui contiennent du fer (8 à 10 mg/j de 6 à 12 mois, 5 à 7 mg/j de 12 à 24 mois). Au cas où des aliments d'origine animale ne sont pas consommés en quantité adéquate, ces aliments enrichis ou ces suppléments doivent aussi contenir d'autres micronutriments, notamment du zinc, du calcium et de la vitamine B12. Dans les pays où les déficits en vitamine A sont fréquents et où les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont supérieurs à 50 pour 1000, il est recommandé que les enfants de 6 à 24 mois reçoivent une forte dose de vitamine A (100 000 UI une seule fois pour les enfants de 6 à 12 mois et 200 000 UI deux fois par an pour les enfants de 12 à 23 mois).

f) Besoins en liquides

Directive : Dans un climat tempéré, les nourrissons et les jeunes enfants qui ne sont pas allaités au sein ont besoin de 400 à 600 ml/j de liquide supplémentaire (en plus des 200 à 700 ml/J estimés venant du lait et des autres aliments), et de 800 à 1200 ml/J dans un climat chaud. De l'eau pure et propre (bouillie si nécessaire) doit être donnée plusieurs fois par jour pour être sûr d'étancher la soif du nourrisson.

g) Préparation et conservation saines des aliments

Directive : Respecter de bonnes règles d'hygiène et une manipulation correcte des aliments a) en s'assurant que les personnes s'occupant des enfants et les enfants se lavent les mains avant la préparation et avant la consommation des aliments ; b) en conservant les aliments de façon sûre et en les servant immédiatement après la préparation ; c) en utilisant des ustensiles propres pour préparer et servir les aliments ; d) en utilisant des tasses et des bols propres pour nourrir les enfants ; et e) en évitant l'utilisation de biberons qui sont difficiles à garder propres (pour plus de détails, voir OMS, Complementary Feeding: Family foods for breastfed children, 2000 et Five Keys to Safer Food).

h) Être attentif à l'enfant pendant les repas

Directive : Prêter attention à l'enfant pendant la prise des repas, en appliquant les principes d'attention psychosociale. Plus spécifiquement : a) nourrir les nourrissons directement et aider les enfants plus âgés lorsqu'ils s'alimentent eux-mêmes, en étant sensible à leur faim et à leurs signaux de satiété ; b) alimenter lentement et patiemment, et encourager les enfants à manger, mais sans les forcer ; c) si un enfant refuse de nombreux types d'aliments, essayer différentes combinaisons d'aliments, de goûts, de textures et de méthodes pour l'encourager ; d) réduire les distractions au cours des repas, en particulier si l'enfant est aisément déconcentré ; e) se rappeler que les repas sont

des périodes d'apprentissage et d'affection – parler aux enfants au cours des repas, avec un contact visuel.

i) Alimentation pendant et après la maladie

Directive : Pendant une maladie, augmenter l'apport d'eau et encourager l'enfant à manger ses aliments préférés tendres, variés et appétissants. Après la maladie, alimenter plus fréquemment que d'habitude et encourager l'enfant à manger davantage.

j) Sources de produits laitiers adaptées et non adaptées aux bébés de plus de 6 mois

Encadré 2 : Sources de produits laitiers adaptées et non adaptées aux bébés de plus de 6 mois, autres que le lait maternel

Si le nourrisson ne reçoit pas de lait maternel, outre des aliments complémentaires riches en nutriments (comprenant des aliments d'origine animale et des aliments riches en micronutriments), il doit recevoir un lait adapté. Il s'agit des laits suivants :

- Le lait entier d'origine animale, notamment le lait de chèvre, de bufflonne, de vache, de brebis, de chamelle, et le lait traité à Ultra Haute Température (UHT)
- Le lait concentré non sucré (reconstitué)
- Le lait fermenté ou le yaourt (préparé dans le respect des règles d'hygiène)
- Une préparation pour nourrissons peut être utilisée mais n'est pas nécessaire

Les laits suivants ne constituent pas des sources de nutriments adaptées pour les bébés de plus de 6 mois :

- Le lait concentré
- Le lait écrémé et le lait semi-écrémé (le lait semi-écrémé peut être acceptable après 12 mois)
- La crème à café
- Le lait de soja non enrichi (à moins qu'il ne s'agisse d'une préparation pour nourrissons à base de soja)

D'après les recommandations actuelles de l'OMS, la quantité de lait nécessaire à un bébé de plus de 6 mois qui ne reçoit pas de lait maternel est comprise entre 200 et 400 ml/j quand par ailleurs des aliments d'origine animale sont régulièrement consommés en quantité suffisante. Sinon, elle est comprise entre 300 et 500 ml/j. Les nourrissons non allaités au sein âgés de plus de six mois ont également besoin de boire d'autres liquides.

ANNEXE 15 : QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES SUR LE VIH/SIDA ET L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS

Quelle est l'approche des lignes directrices de l'OMS (2010) concernant l'alimentation des nourrissons dans le contexte du VIH/sida ?

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'approche de cette directive est similaire à celle d'autres interventions sanitaires.

Ce document actualise les lignes directrices précédentes de l'OMS relatives au VIH/sida et à l'alimentation des nourrissons (révisées pour la dernière fois en 2006) sur la base des nouvelles données probantes. Les nouvelles directives de 2010 tiennent compte de l'impact important des traitements antirétroviraux (ARV) instaurés au cours de l'allaitement maternel sur la réduction de la transmission postnatale du VIH/sida de la mère à l'enfant, et elles recommandent que les autorités nationales de chaque pays décident de la pratique que les Services de santé maternelle et infantile vont promouvoir et soutenir pour l'alimentation des nourrissons. Il s'agit là d'une modification par rapport aux recommandations précédentes, qui demandaient aux agents sanitaires d'informer individuellement toutes les mères séropositives quant aux différentes formes d'alimentation possibles, laissant les mères prendre elles-mêmes une décision.

Les lignes directrices de l'OMS (2010) recommandent que les autorités sanitaires nationales ou infranationales promeuvent et soutiennent une seule pratique en matière d'alimentation des nourrissons, qui est la norme. Il s'agit d'une approche directrice de l'alimentation, par laquelle les autorités nationales se sont penchées sur l'option alimentaire qui devrait donner les meilleures chances de survie à l'enfant dans un contexte donné. En pratique, cela signifie que les autorités nationales ou infranationales décident désormais de la meilleure solution pour les mères séropositives : l'allaitement maternel et l'administration d'un traitement antirétroviral à la mère et/ou au nourrisson, ou éviter l'allaitement maternel et soutenir une alimentation de remplacement. Lorsque les autorités nationales encouragent l'allaitement maternel et les ARV, il est recommandé aux mères séropositives d'allaiter exclusivement leurs enfants pendant les six premiers mois, d'introduire comme il convient les aliments de complément ensuite et de poursuivre l'allaitement au moins jusqu'à l'âge de 12 mois.

Les lignes directrices de l'OMS (2010) affirment que même quand le traitement antirétroviral n'est pas (immédiatement) disponible, l'allaitement maternel peut quand même améliorer les chances de survie des enfants nés de mères séropositives. Il convient de conseiller ces dernières 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. **Lorsqu'il est peu probable que le traitement antirétroviral soit disponible, comme dans les situations d'urgence aiguë, l'allaitement des enfants exposés au VIH est également conseillé pour améliorer leurs chances de survie.**

D'après les lignes directrices de l'OMS (2010), les autorités doivent transmettre des informations concernant les autres possibilités d'alimentation. Toutefois, les autorités ne sont obligées de

soutenir que la pratique qui a été désignée comme pratique de choix pour leur contexte. Ceci signifie que si la norme retenue est l'allaitement maternel exclusif accompagné d'un traitement ARV, les autorités nationales doivent informer les mères et les personnes qui s'occupent des nourrissons au sujet de l'alimentation de remplacement, mais qu'elles ne sont pas obligées de leur offrir un approvisionnement et un soutien en la matière si ces personnes choisissent cette option.

Il est possible et nécessaire d'orienter le choix d'alimentation au niveau national ou infranational grâce à la base de données probantes qui a été mise sur pied depuis la publication des lignes directrices de l'OMS en 2007.

Comment le HCR et ses partenaires doivent-ils décider d'une politique pour l'alimentation des nourrissons dans le contexte du VIH ?

Les opérations de pays du HCR doivent apprécier de façon critique les directives de politique générale tout en notant que :

- Si une autorité ou un protocole national recommande l'allaitement maternel accompagné d'un traitement ARV, il faut mettre en œuvre cette recommandation dans le contexte des réfugiés ; il s'agit de l'option qui a le plus de chances de favoriser la survie de l'enfant dans les contextes opérationnels du HCR.
- Si les recommandations existantes préconisent l'alimentation de remplacement, celle-ci présentera probablement des risques pour la survie de l'enfant dans les contextes typiques des opérations du HCR. Le HCR doit plaider pour une réévaluation de cette recommandation, et l'appuyer.
- S'il n'existe pas de recommandations quant au VIH/sida et à l'alimentation des nourrissons, le HCR doit appuyer l'adoption d'une recommandation alimentaire pour ce contexte spécifique.

Pourquoi les lignes directrices de 2010 recommandent-elles désormais l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 12 mois avant d'envisager son arrêt ?

Lorsque les autorités nationales encouragent l'allaitement maternel et les ARV, il est désormais recommandé aux mères séropositives d'allaiter exclusivement leurs enfants pendant les six premiers mois, d'introduire comme il convient les aliments de complément ensuite et de poursuivre l'allaitement au moins jusqu'à l'âge de 12 mois. L'allaitement maternel par les mères séropositives jusqu'à ce que leur enfant ait atteint l'âge de 12 mois tire parti du plus grand avantage de l'allaitement maternel pour améliorer les chances de survie de leur enfant tout en réduisant les risques de transmission du VIH.

Ces recommandations ont été rendues possibles par les données probantes de grande qualité concernant l'efficacité des ARV. Les ARV réduisent très fortement les risques de transmission du VIH par l'allaitement maternel. Les ARV apportent une protection contre la transmission du VIH même si l'allaitement maternel n'est pas exclusif.

Les recommandations de l'OMS (2010) ont été adoptées en tenant compte du fait que dans les pays où la maladie est très répandue, l'absence d'allaitement maternel pose de plus grands risques pour la survie de l'enfant que le risque de transmission du VIH.

Quel est le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel exclusif?

Le risque de transmission du VIH par le biais du lait maternel est faible (environ 0,79 % par mois d'allaitement exclusif), et il est encore diminué lorsque les mères reçoivent un traitement antirétroviral (ARV). Les risques liés à l'alimentation de remplacement sont très élevés dans les milieux à faibles ressources et dans les situations d'urgence. L'alimentation de remplacement prive l'enfant d'une source de protection (l'allaitement maternel) et introduit une source d'infection.

En quoi l'allaitement au sein exclusif contribue-t-il à la survie de l'enfant et à sa protection contre le VIH/sida ?

En l'absence d'ARV, l'allaitement au sein exclusif réduit la transmission du VIH de moitié environ.

Si la mère ou l'enfant prend des ARV, l'allaitement au sein exclusif ne protège pas beaucoup mieux l'enfant contre la transmission du VIH, mais il lui offre une protection très efficace contre les autres causes de mortalité d'origine infectieuse. De plus, l'allaitement maternel offre une nutrition d'excellente qualité, durable, économique et probiotique.

Même après l'âge de 6 mois, tout particulièrement dans les situations d'urgence et les milieux à faibles ressources, de graves risques de diarrhée, de pneumonie et de malnutrition subsistent, et la probabilité de mortalité associée à ces risques reste élevée chez les nourrissons non allaités au sein.

Pourquoi l'allaitement au sein exclusif pour les six premiers mois de la vie est-il important dans le contexte du VIH/sida ?

La méthode d'alimentation des nourrissons est clairement associée au risque de transmission par le biais du lait maternel. L'allaitement au sein exclusif au cours des six premiers mois est associé à un risque de transmission du VIH 3-4 fois moins élevé que dans le cas de l'alimentation mixte (l'alimentation mixte signifie que le nourrisson reçoit à la fois du lait maternel et un autre aliment ou liquide, notamment de l'eau, du lait non humain ou une préparation pour nourrissons avant l'âge de 6 mois). D'après les constatations d'une étude, environ 4 % seulement des nourrissons exclusivement nourris au sein sont devenus séropositifs entre 6 semaines et 6 mois, même en l'absence d'ARV (OMS 2007).

On pense que l'alimentation mixte au cours des six premiers mois de la vie comporte davantage de risques de transmission du fait que les autres liquides et aliments donnés au bébé en plus du lait maternel peuvent endommager la paroi déjà délicate et perméable de l'intestin du petit bébé et faciliter la transmission du virus. En outre, l'alimentation mixte introduit une source d'infection (par ex. des aliments contaminés) chez un nourrisson vulnérable.

Quels sont les facteurs qui influencent la transmission du VIH/sida par le biais de l'allaitement maternel ?

Plusieurs facteurs influencent le risque de transmission, notamment le type d'alimentation (voir l'allaitement au sein exclusif), la « charge virale » ou quantité de virus présente dans l'organisme de la mère (le risque est plus élevé après une infection et lorsqu'apparaît le sida ; la probabilité de

transmission du VIH par une mère à son bébé est huit fois plus élevée si la mère est gravement malade que si la mère se porte bien), la durée de la tétée (plus elle est longue, plus le risque est élevé, comme la transmission se cumule), et l'état des seins (la présence ou l'absence de lésions autour des mamelons).

Pourquoi est-il recommandé d'encourager l'alimentation mixte après l'âge de 6 mois (période d'alimentation complémentaire) ?

Il importe de souligner que la maturité intestinale d'un bébé de moins de 6 mois est différente de la maturité intestinale d'un bébé de plus de 6 mois. Un bébé plus âgé est davantage capable de « faire face à » l'exposition à la nourriture et à ce qu'elle contient, qui peut contenir des contaminants. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de risque – la période d'alimentation complémentaire est une période à plus haut risque pour tous les bébés – mais que dans le contexte du VIH/sida, la balance penche en faveur de la poursuite de l'allaitement maternel.

Pour les bébés de plus de six mois, et ce dans tous les contextes mais en particulier dans le contexte du VIH/sida, il est important de veiller à une bonne hygiène lors de la préparation et de la conservation des aliments complémentaires ainsi qu'à une bonne hygiène personnelle (par ex., les bébés et les personnes qui s'occupent d'eux doivent se laver les mains avant de manger) afin de réduire l'exposition aux agents infectieux.

Il importe aussi de savoir qu'il existe une relation linéaire entre la prise d'ARV et la protection du bébé par rapport à l'infection par le VIH induite par l'allaitement maternel (leur effet ne diminue donc pas avec le temps). Cette protection fournie par les antirétroviraux se poursuit donc au cours de la période d'alimentation complémentaire lorsque la mère ou l'enfant reçoit un traitement antirétroviral.

Quels risques comporte l'alimentation de remplacement dans les situations d'urgence et dans les milieux faibles en ressources ?

Dans les situations d'urgence, les risques de diarrhée et de malnutrition sont élevés, et de ce fait les risques de mortalité provoquée par ces maladies est lui aussi élevé. Il est difficile de trouver une alimentation de remplacement sans danger, surtout au cours des premiers jours après que survient la situation d'urgence. Les occasions de stériliser le matériel servant à nourrir les bébés sont rares, tout comme l'accès à l'eau salubre et bouillie, et il est très difficile de préparer les aliments dans un environnement sûr. De plus, si le bébé tombe malade, il est moins probable que les services de santé locaux ou les services de santé d'urgence temporairement installés soient à même de le soigner efficacement : les installations sanitaires risquent d'avoir été touchées par les événements, par ex. le conflit armé ou les inondations, ou de ne pas pouvoir s'occuper d'un grand nombre de personnes malades/blessées qui ont besoin de soins. C'est pourquoi un enfant qui souffre de diarrhée ou de malnutrition parce qu'il ne bénéficie pas de l'allaitement maternel est en danger de mort.

Dans de telles situations, 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 soit par la mère soit par une nourrice, même si le statut VIH de celle-ci est

inconnu. Il n'en reste pas moins que la transmission potentielle du VIH par le biais de l'allaitement maternel constitue un grave problème. Néanmoins, la probabilité de mourir de diarrhée ou de malnutrition est vraisemblablement plus élevée.

Que sont devenues les conditions « AFASD » ?

La recommandation de ne pas recourir à l'alimentation de remplacement à moins qu'elle ne soit « AFASD » (acceptable, faisable, financièrement abordable, sûre et durable) demeure, mais l'acronyme est remplacé par un langage et des termes plus courants.

L'allaitement maternel nuit-il aux mères séropositives ?

L'allaitement maternel n'entraîne aucun problème de santé chez les mères séropositives. Il a été prouvé que les mères ne perdaient pas plus de muscles maigres et que l'allaitement maternel n'accélérait pas la progression de la maladie. La question critique consiste à détecter les mères qui ont un taux bas de CD4 et à leur fournir des antirétroviraux. En effet, le taux de CD4 est le facteur le plus important pour prédire la mortalité maternelle. Le bien-être et la survie d'un enfant dépendent de la santé et du bien-être de sa mère.

Quel est le coût relatif de l'allaitement maternel associé à un traitement antirétroviral et des préparations pour nourrissons ?

Le coût du traitement et des différentes formes d'alimentation sont des données importantes pour les familles, les autorités sanitaires et le HCR. Le calcul des coûts basé sur le traitement antirétroviral de 10 000 mères et nourrissons et l'allaitement maternel pendant 12 mois s'établit à 100 \$ par femme et par an. Le coût de l'alimentation sous forme de préparation pour nourrissons (approvisionnement, distribution et stockage) s'élève à 200 \$ par mère et par an. Ce dernier coût ne tient cependant pas compte du coût supporté par le système de santé ni des conséquences humaines de la présence d'enfants malades.

Quels sont les risques de transmission du VIH/sida par une nourrice dont le statut VIH est inconnu ?

Un nourrisson allaité par une nourrice dont le statut VIH est inconnu court peu de risques de transmission du VIH/sida, puisque :

- Dans la plupart des milieux, la grande majorité des femmes est séronégative. Ceci est tout particulièrement vrai dans les milieux où la prévalence du VIH est faible et si la femme n'adopte pas un comportement à haut risque tel que la consommation de drogues par voie intraveineuse.
- Lorsque la durée globale de l'allaitement au sein est brève, quelques semaines ou quelques mois, le risque proportionnel d'infection par le VIH est généralement faible : le risque de transmission ne s'élève qu'à 0,79 % par mois d'allaitement, en l'absence de médicaments antirétroviraux.

- Les femmes séropositives qui risquent le plus de transmettre le VIH sont celles qui ont une charge virale élevée et un faible taux de CD4. Il est probable que ces femmes se soient déjà senties mal et qu'elles aient déjà présenté des symptômes de maladie, et il est même possible qu'elles ne soient pas assez en forme pour allaiter.
- Dans la plupart des milieux à forte prévalence (et idéalement dans les milieux à faible prévalence aussi), les femmes enceintes subiront un test de dépistage du VIH. Il est possible qu'une mère qui se propose d'allaiter un nourrisson dans une situation d'urgence connaisse son statut VIH, qui lui a été communiqué il y a quelques années.
- Un cas a été signalé où une mère/nourrice auparavant séronégative semble avoir contracté le VIH en allaitant un nourrisson qui était déjà séropositif ; cette situation est néanmoins extrêmement rare.



UNHCR/N. Ng/Juin 2006

Comment puis-je gérer les risques de transmission du VIH par une nourrice lorsqu'il n'y a pas de dépistage du VIH ?

- Expliquez clairement aux agents sanitaires que l'allaitement maternel est très important pour la santé et la survie des nourrissons et des jeunes enfants dans la situation d'urgence. Précisez-leur que lorsque le statut VIH d'une nourrice est inconnu, le risque global de transmission par le biais de l'allaitement est faible.
- Confirmez aux agents sanitaires que lorsque les nourrices ne connaissent pas leur statut VIH, elles doivent allaiter leurs bébés de la même manière que les nourrices qui savent qu'elles ne sont pas séropositives.
- Dans les milieux où la prévalence du VIH est élevée, envisagez de proposer le dépistage du VIH à un stade ultérieur de l'action d'urgence. Il ne sera pas possible de le faire lorsqu'une femme commence à allaiter juste après l'urgence, et ce ne sera pas une priorité, mais il peut être possible de le faire quelques semaines plus tard.
- Si vous craignez sérieusement que la nourrice ait adopté un comportement à haut risque ou si elle n'est pas bien, par contre, accordez la priorité au dépistage du VIH. Dans les milieux où sa prévalence est élevée, envisagez l'élaboration d'un outil de dépistage simple des comportements à risque et des symptômes du VIH. Des questions peuvent être posées aux femmes qui se proposent comme nourrice.
- Si la séropositivité d'une nourrice est confirmée et s'il n'y a pas d'autre possibilité immédiate d'alimentation sûre du nourrisson, donnez de la névirapine par voie orale (une dose quotidienne) au nourrisson pendant toute la période de l'allaitement et les 4 semaines suivantes, puis vérifiez le statut VIH de l'enfant. La nourrice doit aussi recevoir un traitement antirétroviral.

Que faut-il faire si une mère séropositive utilise une alimentation de remplacement pour son bébé, mais il s'agit maintenant d'une forme d'alimentation à haut risque dans une situation d'urgence ?

Il peut être préférable que la mère commence à allaiter son bébé si les conditions ne sont pas réunies pour fournir des aliments de remplacement propres et sûrs, surtout si elle prend déjà des médicaments antirétroviraux.

Pour davantage d'informations, consulter :

- les questions fréquemment posées à l'OMS sur l'alimentation des nourrissons et le VIH (en anglais – WHO FAQs on infant feeding and HIV) :
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/hivif_qa/en/index.html

Contactez l'OMS pour toute autre question : mncan@who.int

ANNEXE 16 : EXEMPLE DE NOTE D'INFORMATION SUR LA SITUATION EN CE QUI CONCERNE LE VIH/SIDA ET L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS

Pays :	
Opération :	
Coordonnateur du HCR pour en savoir plus :	

L'objectif du soutien du HCR à l'alimentation des nourrissons dans le contexte du VIH/sida est d'arriver à sauver des enfants en évitant qu'ils ne deviennent porteurs du VIH.

On trouvera ci-dessous l'alimentation et le traitement dont le HCR considère qu'ils offrent à l'enfant les meilleures chances de ne pas être porteur du VIH et de rester en vie dans ce contexte. Ces recommandations se fondent sur les risques relatifs de transmission du VIH et de mortalité toutes causes confondues, y compris la diarrhée et les maladies infectieuses.

Il existe des recommandations nationales/infranationales concernant l'alimentation des nourrissons dans le contexte du VIH. Celles-ci recommandent que l'alimentation des nourrissons soit habituellement [].

Au cours de cette opération, les recommandations nationales/infranationales [sont appliquées/ont été modifiées comme suit] :

OU

Il n'existe pas de recommandations nationales/infranationales concernant l'alimentation des nourrissons dans le contexte du VIH.

Par conséquent, pour cette opération et sur la base des lignes directrices de l'OMS (2010), le HCR émet les recommandations suivantes :

Au cours de cette opération, lorsque le statut VIH de la mère est négatif ou inconnu, il est recommandé de [recommandation alimentaire].

Lorsqu'une mère est séropositive, il est recommandé de [indiquer l'alimentation et le traitement antirétroviral préconisés].

Lorsqu'un nourrisson reçoit une alimentation de remplacement, il doit être orienté vers [contact au DISPENSAIRE] qui se chargera de son soutien.

Formulez des recommandations si le dépistage du VIH ne peut avoir lieu, et s'il est prévu ou s'il doit être réalisable au lendemain de la situation d'urgence, indiquez quand le dépistage devrait pouvoir se faire.



