

Protéger les enfants et soutenir les mamans : l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants en situation de crise

Karleen Gribble, BRurSc, PhD

Adjunct Associate Professor à l'École d'infirmières et de sages-femmes
Université de Sydney-Ouest, Australie

Formatrice et conseillère communautaire en allaitement

Australian Breastfeeding Association (Association australienne pour
l'allaitement)

Introduction

Quand survient une crise humanitaire, les pensées se tournent souvent vers les enfants, et particulièrement les bébés, qui sont touchés par la crise. Il est bien connu que les nourrissons sont vulnérables en situation d'urgence et ont besoin d'être assistés rapidement. Alors qu'un adulte peut survivre de nombreux jours avec seulement de l'eau, on sait qu'il est urgent de répondre aux besoins alimentaires spécifiques des bébés. Malheureusement, il se révèle difficile pour les gouvernements et les organisations humanitaires de fournir une assistance appropriée aux nourrissons. L'aide destinée aux bébés a fréquemment fait plus de mal que de bien. Il est vital, pour assurer leur survie, de s'assurer que l'assistance qui leur est apportée leur est bénéfique et non pas nuisible. Dans les situations d'urgence, il est vital que les nourrissons et les jeunes enfants¹ soient allaités partout où c'est possible et que l'alimentation artificielle, pour les enfants qui ne peuvent pas être allaités, bénéficie d'un soutien intensif.

Pourquoi est-il important de soutenir l'allaitement et d'éviter l'alimentation artificielle ?

1 Dans ce texte, on désignera par "jeunes enfants": les enfants âgés de 12 à 23 mois révolus. Cette catégorie est équivalente à celle des enfants en bas âge (12 - 23 mois) issue du Rapport sur la Santé dans le Monde 2005. Un "nourrisson" est un enfant âgé de moins de 12 mois.

Pour optimiser la santé, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF recommandent que les nourrissons ne reçoivent que du lait maternel pendant leurs six premiers mois de vie, puis continuent à être allaités pendant deux ans ou plus avec introduction d'une alimentation de complément (WHO and UNICEF 2003). Le lait maternel contient de nombreux constituants qui aident à prévenir et combattre les infections (Gribble 2011). Au contraire, alimenter un petit bébé avec des préparations pour nourrissons² favorise et entretient les infections (Gribble 2011). Même dans les meilleures circonstances, remplacer le lait maternel par du lait artificiel augmente les risques d'infection chez les nourrissons. Dans des contextes riches en ressources et en dehors d'une situation d'urgence, les bébés entièrement nourris au lait artificiel risquent jusqu'à cinq fois plus d'être hospitalisés pour des infections respiratoires et gastro-intestinales que ceux qui sont entièrement allaités (Talayero, Lizan-Garcia et al. 2006). Toutefois, très peu de nourrissons en meurent. Il faut de substantielles ressources pour maintenir ce niveau de relative sécurité : de l'eau potable, la possibilité de la faire chauffer, une quantité suffisante de poudre de lait artificiel, des personnes capables de comprendre comment préparer correctement le lait artificiel et l'accès aux soins médicaux. Toutes ces ressources peuvent devenir rares en situation d'urgence.

En dehors des situations d'urgence mais dans des contextes où les ressources sont insuffisantes, celles qui sont nécessaires à l'alimentation artificielle sont également souvent rares, et nourrir un enfant de moins de six mois avec quoi que ce soit d'autre que du lait maternel et/ou mettre fin précocement à l'allaitement conduit à des taux élevés de décès dus aux infections et à la malnutrition. On estime que l'alimentation suboptimale des nourrissons (qui inclut l'utilisation de lait artificiel et d'autres pratiques comme l'introduction précoce ou tardive des aliments solides) est responsable de 1,4 million de décès par an à travers le monde (Black, Allen et al. 2008).

2 Une préparation pour nourrissons (« infant formula ») est définie comme un substitut du lait maternel préparé industriellement et conformément aux normes du Codex Alimentarius. Dans la suite de ce texte, nous utiliserons également "lait artificiel" ou "préparation infantile" à la place de "préparation pour nourrissons".

Taux de morbidité et de mortalité chez les nourrissons alimentés au lait artificiel dans les situations d'urgence

Les situations d'urgence augmentent les taux de mortalité dans les populations et la vulnérabilité des nourrissons en est accrue. Par exemple, la moitié des décès chez les réfugiés kurdes, sur la frontière Turquie-Irak en 1991, concernait des nourrissons (Yip and Sharp 1993). Les diarrhées, les infections respiratoires et la malnutrition sont les causes les plus courantes de la morbidité et de la mortalité chez les nourrissons en situation d'urgence (Khan and Munshi 1983, Yip and Sharp 1993, Caritas 2004, WHO 2006) et l'alimentation artificielle peut favoriser ces problèmes (Lauer, Betrán et al. 2006, Gribble 2011).

Des taux élevés d'alimentation artificielle dans une population, antérieurement à la situation d'urgence, augmentent les risques pour les nourrissons. On a pu le constater clairement au cours d'une inondation au Botswana en 2005-2006. Sur une population de deux millions de personnes, il y eut plus de 20 000 cas de diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans dont plus de 500 décédèrent. En raison d'une prévalence élevée du VIH, de programmes de distribution de lait artificiel aux femmes séropositives et de la banalisation consécutive de l'alimentation artificielle, environ 35 % des bébés de moins de six mois étaient nourris au lait artificiel. Les enquêteurs ont constaté que les bébés nourris au lait artificiel présentaient 30 fois plus de risques d'être hospitalisés à cause d'une diarrhée que les bébés allaités (Mach, Lu et al. 2009). Les taux de mortalité chez les enfants nourris au lait artificiel étaient aussi très élevés. Sur un groupe de 153 enfants hospitalisés, 32 des 33 enfants qui décédèrent étaient exclusivement nourris au lait artificiel ; l'enfant restant recevait du lait maternel, du lait artificiel et du lait de vache non modifié (Creek, Kim et al. 2010). Le pays tout entier a fait l'expérience de l'impact disproportionné de l'inondation sur les enfants nourris au lait artificiel : par exemple, alors que dans un village aucun enfant allaité n'est décédé, 30 % des enfants nourris au lait artificiel moururent (Creek, Kim et al. 2006). La mortalité infantile n'était associée ni au statut VIH de la mère ni à celui de l'enfant (Creek 2006).

Impact des situations d'urgence sur les pratiques d'alimentation des nourrissons

Étant donné que les situations d'urgence ont un impact disproportionné sur les bébés nourris au lait artificiel, on pourrait supposer qu'une situation d'urgence fera baisser les taux d'alimentation artificielle. Cependant, ce n'est pas le cas. Les situations d'urgence entraînent des ruptures sociales, des déplacements de population, l'effondrement des infrastructures de santé publique, des pénuries de denrées et de combustibles, le manque d'eau potable et des difficultés d'assainissement (Al Gasseer, Dresden et al. 2004). Assurer les activités élémentaires de survie peut s'avérer difficile, particulièrement pour les mères qui s'occupent d'enfants. De plus, les mères peuvent avoir perdu des membres de leur famille qui les auraient normalement assistées et elles peuvent avoir à s'occuper d'un nombre accru de personnes dépendant d'elles (Al Gasseer, Dresden et al. 2004). Ces facteurs font qu'il est plus difficile de prendre soin des nourrissons, y compris pour les nourrir. Les femmes allaitantes peuvent croire à tort que le stress réduira la qualité ou la quantité de leur lait. Des préparations pour nourrissons peuvent être distribuées au titre de l'assistance humanitaire, ce qui encourage l'alimentation artificielle (Borrel, Taylor et al. 2001). Les nourrissons et les jeunes enfants peuvent se trouver séparés de leur mère en raison de décès, de déplacements ou d'abandons, et nourrir ces enfants devient un défi (O'Connor, Burkle et al. 2001).

Le tremblement de terre de 1988, en Arménie, illustre l'impact d'une situation d'urgence sur les pratiques d'alimentation des nourrissons, à court et à long terme. Avant le tremblement de terre, les taux d'allaitement en Arménie étaient relativement élevés avec 64 % des nourrissons complètement allaités à quatre mois. Cependant, le gouvernement arménien et certaines agences non-gouvernementales supposèrent que le stress du tremblement de terre et les pénuries de nourriture rendraient les femmes incapables d'allaiter. Ces organismes facilitèrent donc la distribution de lait artificiel gratuit, immédiatement après la catastrophe et encore longtemps par la suite. Les taux

d'allaitement chutèrent : il ne restait que 23 % de bébés complètement allaités à quatre mois. Finalement, le gouvernement arménien décida de mettre fin aux distributions de lait artificiel gratuit et lança des programmes de soutien à l'allaitement, mais il fallut attendre 2001 pour que les taux d'allaitement remontent au niveau antérieur au tremblement de terre (Harutyunyan 2008).

Lignes directrices pour le soutien à une alimentation appropriée des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (ANJE-U³ - Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant en situation d'Urgence)

Le besoin de garantir que l'aide humanitaire soit délivrée de façon appropriée aux nourrissons et aux jeunes enfants dans les situations d'urgence a débouché sur la rédaction de documents de politique générale et d'orientations, reconnus internationalement. Les trois outils fondamentaux sont : 1) le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (le Code), 2) les Directives opérationnelles sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (les Directives opérationnelles) et 3) le Manuel Sphere - la Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire (le Manuel Sphere⁴). Le Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (Groupe de travail IFE⁵) travaille à promouvoir une délivrance appropriée de l'aide humanitaire aux nourrissons.

Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

L'Assemblée mondiale de la santé (AMS) a adopté le Code en 1981 et l'a, depuis, renforcé par 15 résolutions (WHO 1981). Le Code est issu du constat que l'absence d'éthique, dans la commercialisation des préparations pour nourrissons et des autres produits alimentaires destinés aux enfants, aboutissait

3 En anglais, IYCF-E (Infant and Young Child Feeding in Emergencies),

4 Les versions françaises du Code, des Directives opérationnelles et du Manuel Sphere sont respectivement disponibles aux adresses

http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf,

http://www.who.int/nutrition/publications/emergencies/operational_guidance/en, et

<http://www.spherehandbook.org/fr>,

5 En anglais, IFE [Infant and Young Child Feeding in Emergencies] Core Group,

à la marginalisation de l'allaitement maternel et au décès de nombreux nourrissons. Le Code interdit la publicité ou la promotion auprès du public des substituts du lait maternel (ce qui inclut le lait artificiel) aussi bien que des biberons et des tétines, la fourniture d'échantillons de quelque lait artificiel que ce soit aux mères, et les dons ou livraisons à tarif subventionné de substituts du lait maternel dans le système de santé. Le Code exige aussi que les substituts du lait maternel, vendus ou distribués de quelque façon que ce soit à une population, soient étiquetés dans la langue locale et comportent les instructions et les avertissements appropriés. Ces exigences s'appliquent dans tous les cas, dans les situations d'urgence comme en temps normal. En situation d'urgence, le Code demande que les substituts du lait maternel soient distribués uniquement quand des nourrissons ne peuvent pas être allaités. Dans de telles situations, ils devraient continuer à être fournis aussi longtemps que les nourrissons en ont besoin, en s'assurant que l'approvisionnement ne serve pas d'incitation commerciale.

Les Directives opérationnelles sur l'ANJE-U

Les Directives opérationnelles visent à fournir des conseils pratiques sur la façon appropriée de mettre en œuvre le programme ANJE-U (IFE Core Group 2007). Ce document est destiné au personnel et aux administrateurs des programmes d'aide humanitaire, y compris ceux qui appartiennent aux gouvernements nationaux, aux agences des Nations unies, aux organisations non-gouvernementales et aux donateurs. Il contient six sections : l'une d'elles traite uniquement de la gestion de l'alimentation artificielle. Les Directives opérationnelles soulignent l'importance d'agir pour éviter de recevoir et pour gérer les dons de substituts du lait maternel. Elles spécifient que le lait artificiel ne devrait être distribué qu'aux nourrissons qui ne peuvent pas être allaités. Elles insistent sur le fait que l'assistance destinée aux nourrissons qui doivent être alimentés au lait artificiel devrait inclure toutes les ressources nécessaires à l'alimentation artificielle, y compris les combustibles, les ustensiles de cuisine, l'eau, la formation et la surveillance médicale et nutritionnelle, et que ces ressources devraient être fournies aussi longtemps que le nourrisson en a

besoin. Le lait artificiel devrait être vendu au prix du marché (et non offert), satisfaire aux normes du *Codex Alimentarius*, avoir une durée de conservation d'au moins 6 mois, être étiqueté dans la langue locale et, de préférence, ne pas comporter de marque commerciale. L'utilisation de biberons devrait être déconseillée et des tasses devraient être utilisées pour donner le lait artificiel aux nourrissons. Aucun produit laitier ne devrait faire partie des rations distribuées à tous, parce que ces produits pourraient être utilisés pour nourrir les bébés. Cependant, des produits laitiers secs peuvent être distribués, mélangés avec des aliments de base broyés. Les Directives opérationnelles ont été adoptées par l'AMS en 2010, dans sa résolution WHA 63.23.

Le Manuel Sphere - la Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire

Les Standards Sphere sont un ensemble de principes et de normes minimales pour les interventions humanitaires, reconnus internationalement (The Sphere Project 2011). Les Standards Sphere enjoignent aux organisations et aux gouvernements de respecter le Code et de suivre les Directives opérationnelles. Elles spécifient que les dons de lait artificiel et de biberons ne devraient être ni sollicités ni acceptés et que tout don qui arrive devrait être placé sous le contrôle agréé d'une organisation désignée à cet effet. Les violations du Code devraient être surveillées et faire l'objet de rapports. Les programmes concernant l'alimentation artificielle devraient être gérés conformément aux Directives opérationnelles et au Code. Les rations alimentaires standard ne devraient pas contenir de produits laitiers tels quels. Enfin, les Standards Sphere insistent sur l'importance d'inclure des indicateurs sur le programme ANJE-U, dans les évaluations au cours de la première phase d'une situation d'urgence humanitaire afin de rendre possible une fourniture rapide et éclairée des secours.

Le Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (Groupe de travail IFE)

Le Groupe de travail IFE résulte de la collaboration entre les agences

internationales qui ont développé les Directives opérationnelles ; son but est de contribuer à protéger, promouvoir et soutenir une alimentation sûre et appropriée pour les nourrissons et les jeunes enfants dans les situations d'urgence. Les membres actuels du Groupe de travail IFE sont les suivants : Emergency Nutrition Network, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), l'UNICEF, l'OMS, le Programme Alimentaire Mondial, IBFAN (International Baby Food Action Network), Save the Children, la Fondation Terre des Hommes, l'International Medical Corps, les Œuvres chrétiennes orthodoxes internationales (International Orthodox Christian Charities), GOAL, Concern Worldwide, l'International Rescue Committee, et Action Contre la Faim.

L'activité du Groupe de travail IFE est centrée sur le développement et la diffusion d'orientation stratégique et d'outils de renforcement des compétences, sur l'analyse des réponses aux situations d'urgence et sur les conclusions à en tirer ; il promeut des stratégies positives et le changement des pratiques pour la préparation à des situations ANJE-U et leur prise en charge.

Les dons de lait artificiel et d'autres produits laitiers sont souvent la plus grande menace pour les nourrissons en situation d'urgence humanitaire

Les dons de lait artificiel en situation d'urgence humanitaire sont un problème évitable qui compromet le bien-être de tous les nourrissons. De tels dons dépassent souvent en quantité ce qui est nécessaire, ils sont d'un mauvais type, livrés au mauvais endroit, étiquetés dans une mauvaise langue, distribués sans discrimination aux personnes en charge de nourrissons, que ces derniers soient allaités ou nourris au lait artificiel, et donnés sans les autres ressources nécessaires, ce qui entraîne une augmentation de la morbidité et de la mortalité des nourrissons.

Dons en excès et dons inappropriés

Un problème courant dans les situations d'urgence, ce sont les dons qui n'ont pas été sollicités. On s'est rendu compte du problème posé par les dons de lait

artificiel, d'autres produits laitiers et d'autres substituts du lait maternel, au cours des opérations humanitaires d'urgence pendant la seconde guerre de Tchétchénie en 2000 (WHO, UNICEF et al. 2000), après le tsunami de l'océan Indien, en 2004, en Thaïlande, au Sri Lanka et en Inde (Carballo and Heal 2005, Jayathilaka 2005, Adhisivam, Srinivasan et al. 2006), après le tremblement de terre au Cachemire, en 2005 (Arts 2006), pendant le conflit de 2008 en Géorgie (UNICEF 2008), au cours des déplacements de population au Pakistan en 2009 (IRIN 2009) et après le tremblement de terre de 2010 en Haïti (Nybo 2010), pour ne citer que quelques exemples.

Les dons de lait artificiel sont souvent faits dans l'intention d'apporter de l'aide aux nourrissons. Cependant, dans certains cas, les fabricants semblent avoir donné de grandes quantités de produits pour pénétrer ou élargir leurs marchés, ou à titre d'opérations de relations publiques (Gribble 2013). Des cadres réglementaires peuvent être efficaces pour éviter les dons des fabricants, mais lorsque des règles interdisent les dons, les fabricants peuvent faire pression pour que cette barrière soit levée, comme c'est le cas actuellement aux Philippines (IRIN 2013).

Une situation d'urgence où le volume des dons a été quantifié a été la crise des Balkans des années 1990. Au cours des premières semaines de secours, l'OTAN, en Macédoine, a transporté 3 500 tonnes de dons humanitaires, dont 40 % étaient de la nourriture pour les bébés (Borrel, Taylor et al. 2001). Tout au long de la crise, les dons de lait artificiel et d'autres laits continuèrent à affluer en grandes quantités, bien au-delà de ce qui était nécessaire. La plus grande partie de ces laits n'a pas pu être utilisée. Il y avait parmi eux des laits artificiels spécifiques pour les nourrissons présentant des problèmes médicaux aussi bien que des produits périmés. On a estimé à 500 000 dollars US le coût de l'élimination d'un seul stock de lait périmé (Borrel, Taylor et al. 2001). La gestion des défis logistiques posés par ces dons s'est faite aux dépens de l'effort humanitaire.

Distribution non ciblée des dons de lait

Il est difficile d'éviter que la distribution des dons soit inappropriée. À la suite du tremblement de terre de Yogyakarta, en 2006 en Indonésie, les dons de lait artificiel furent « efficacement » distribués à 80 % des foyers où il y avait des nourrissons, sans se préoccuper si ces bébés étaient ou non allaités (Hipgrave, Assefa et al. 2012). Par rapport aux foyers n'ayant pas reçu de dons, les taux d'alimentation artificielle, dans les foyers qui en avaient reçu, furent presque du double, et les taux de diarrhée furent plus du double (Hipgrave, Assefa et al. 2012).

Les distributions de lait artificiel non ciblées nuisent aux nourrissons allaités en faisant baisser les taux d'allaitement exclusif et cela n'aide pas les bébés nourris au lait artificiel parce que, invariablement, ces distributions ne sont pas accompagnées de la fourniture des autres ressources nécessaires à l'alimentation artificielle.

Éviter et contrôler les dons de lait artificiel et d'autres laits, ainsi que l'alimentation au biberon dans les situations d'urgence

Jusqu'ici, empêcher les dons de lait artificiel a été difficile. Il est relativement courant que les « déclarations conjointes » des organisations humanitaires et des organismes gouvernementaux déconseillent les dons de préparations pour nourrissons. Cependant, comme ces déclarations sont élaborées à plusieurs, il peut y avoir du retard dans leur publication, ce qui réduit leur efficacité. Malheureusement, la réponse médiatique aux situations d'urgence est souvent un appel immédiat aux dons et à la distribution de préparations pour nourrissons (Gribble 2013). La priorité serait d'intervenir précocement auprès des médias afin que leurs reportages protègent le bien-être des nourrissons en situation d'urgence plutôt que de le saper.

Il a parfois été possible d'éviter les dons de préparations pour nourrissons. Après le cyclone Nargis, en Birmanie, en 2008, le gouvernement a étroitement réglementé la distribution de l'aide matérielle. Tout en gênant la fourniture de

l'aide humanitaire, ceci a permis au Groupe logistique d'entraver efficacement la livraison de tonnes de dons de lait artificiel qui n'avaient pas été demandés, en refusant de les transporter. Comme l'indiquait le communiqué de presse du Groupe logistique : « *Le Groupe logistique n'acceptera pas de lait en poudre ou de préparations pour nourrissons dans ses entrepôts et n'utilisera aucun de ses moyens (camions, navires, avions et hélicoptères) pour en livrer si cela ne fait pas partie d'un programme d'aide alimentaire approuvé par le Groupe de nutrition* » (UN Joint Logistics Centre 2008).

Lorsque les agences ou les gouvernements sont avertis de l'arrivée imminente de dons, la mobilisation peut en éviter la livraison. Cependant, il est rare qu'on soit averti à l'avance de l'arrivée des dons.

Une fois les dons de lait artificiel arrivés, le défi est de déterminer quoi faire de ces produits. Il est difficile mais nécessaire de les récupérer et d'éviter qu'ils soient distribués de façon inappropriée. Les Directives opérationnelles et les Standards Sphere proposent de charger une organisation de la récupération des dons de préparations pour nourrissons.

Que faire du lait artificiel ainsi recueilli ? C'est un problème pour lequel il n'existe pas encore de solution simple. Détruire les stocks inutiles de préparations pour nourrissons est pratiquement impossible, mais leur trouver une utilité réelle est tout aussi problématique. Par exemple, durant la crise des Balkans des années 1990, l'UNICEF a récupéré 27 tonnes de préparations pour nourrissons dépourvues d'utilité et a conçu un programme pour nourrir avec ces préparations des personnes âgées en institution. Malheureusement, cela s'est révélé trop difficile et le programme a été interrompu (Marie McGrath, communication personnelle). Il s'avère préférable de décourager les dons.

Des biberons sont aussi couramment donnés et distribués à l'occasion de secours d'urgence. Les biberons sont difficiles à nettoyer correctement et les restes de lait favorisent la croissance de bactéries pathogènes. Dans les contextes où les ressources sont rares, les nourrissons qui ont besoin de recevoir du lait artificiel

devraient être alimentés avec une tasse qui soit facile à nettoyer (WHO and FAO 2007). Après le cyclone Nargis, en Birmanie, en 2008, l'ONG anglaise « Save the Children UK » a mis en œuvre un programme d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence (ANJE-U) incluant une « mise entre parenthèses des biberons ». Grâce à ce programme, les personnes en charge d'enfants, qui utilisaient des biberons, troquèrent ceux-ci pour des tasses, réduisant ainsi les risques de l'alimentation au lait artificiel. Distribuer des biberons est également problématique parce que cela encourage à nourrir les enfants avec du lait artificiel ou d'autres laits. Dans les situations d'urgence, il n'y a pas de place pour les dons ou la distribution de biberons.

Pourquoi les mères allaitantes réclament-elles des dons de lait artificiel et l'utilisent-elles ?

Les mères allaitantes, à qui on donne du lait artificiel en situation d'urgence, le feront couramment consommer à leurs nourrissons. De plus, les mères allaitantes réclameront souvent aux organisations humanitaires qu'elles leur en fournissent. Le désir des mères allaitantes d'obtenir du lait artificiel lors d'une situation d'urgence s'explique par divers facteurs.

Les femmes croient qu'elles sont incapables d'allaiter

Les femmes peuvent croire qu'elles sont incapables d'allaiter. La croyance que le stress ou le manque de nourriture peut entraver la production de lait est courante, et se fonde souvent sur la façon dont les mères interprètent le comportement de leurs nourrissons. Alors que ni le stress, ni une légère malnutrition n'affecte la production du lait maternel ou sa qualité (Prentice, Roberts et al. 1983, Hill, Aldag et al. 2005), le stress peut retarder le réflexe d'éjection du lait, ce qui amène les enfants à s'agiter au sein. Les mères peuvent interpréter une telle agitation comme le signe qu'elles n'ont pas assez de lait ou qu'il n'est pas assez bon pour leurs enfants. Apporter du soutien aux mères peut les rendre capables de poursuivre leur allaitement, que celui-ci soit exclusif ou

continu⁶ (UNICEF 2008). Si une mère souffre de malnutrition sévère, c'est la nourrir qui la rendra capable de nourrir son bébé.

Croyances culturelles

Les croyances culturelles peuvent amener à réclamer du lait artificiel. Par exemple, en Haïti, après le tremblement de terre de 2010, certaines personnes croyaient que l'expérience traumatique subie par les mères rendrait leur lait mauvais (Dörnemann and Kelly 2013). Par conséquent, les mères qui avaient subi un traumatisme demandaient du lait artificiel parce qu'elles ne souhaitent pas nuire à leurs enfants en les allaitant. De la même façon, dans de nombreuses cultures, le colostrum est considéré comme malsain pour les nouveau-nés et les femmes peuvent chercher à obtenir du lait artificiel pour nourrir leurs bébés jusqu'à la « montée de lait ». La formation et le soutien de l'allaitement peut rendre les femmes capables de modifier leur point de vue concernant ces situations, d'allaiter exclusivement leurs jeunes enfants et de poursuivre l'allaitement après l'introduction de l'alimentation diversifiée (UNICEF 2008, Dörnemann and Kelly 2013).

Envie d'utiliser le biberon

L'envie d'utiliser le biberon peut amener des femmes à réclamer des préparations pour nourrissons. Dans les pays en voie de développement, l'alimentation artificielle est associée à un statut socio-économique élevé. La publicité, qui suggère que l'alimentation artificielle améliore le fonctionnement du cerveau et la réussite scolaire, a eu une influence sur les croyances communautaires en faveur de l'alimentation artificielle. Quand des femmes apprennent que des organisations humanitaires distribuent des préparations pour nourrissons, elles peuvent voir là une opportunité de fournir à leurs bébés quelque chose qu'elles ont toujours voulu leur donner mais qu'elles n'avaient pas les moyens de s'offrir.

6 L'UNICEF définit l'allaitement continu ("continued breastfeeding") comme celui qui succède à l'allaitement exclusif, en principe après l'âge de 6 mois, et qui est accompagné par des aliments de complément appropriés.

Les préparations pour nourrissons sont des produits de grande valeur marchande

Les mères et d'autres membres de la communauté peuvent rechercher du lait artificiel, non pas pour nourrir leur propre enfant, mais pour le vendre. Les préparations pour nourrissons sont partout un produit cher, mais encore plus dans les pays en voie de développement. Par exemple, on peut estimer que nourrir un enfant exclusivement au lait artificiel, aux Philippines, coûte plus des trois quarts du revenu familial, chez les 30 % de familles les plus pauvres (UNICEF 2005, Republic of the Philippines 2011). Dans la période qui suit une situation d'urgence, obtenir quelque chose de grande valeur apporte une certaine sécurité. Il arrive aussi que des individus cherchent à profiter de la crise humanitaire en obtenant du lait artificiel, et les dons excessifs encouragent les demandes frauduleuses (p. ex. Whitehead 2005).

L'alimentation artificielle des nourrissons est la norme sociale

Dans certains pays ou lieux, ce qui est attendu et considéré comme normal, c'est de nourrir un bébé avec du lait artificiel (Lutter and Morrow 2013, Nemeh Ahmad, Abidhakeem et al. 2014). Dans les situations d'urgence, les femmes peuvent encore vouloir nourrir leurs bébés au biberon. Elles peuvent aussi être plus à l'aise avec l'alimentation artificielle qu'avec l'allaitement et elles peuvent souhaiter utiliser des préparations pour nourrissons simplement parce qu'elles en ont l'habitude et que c'est, par conséquent, d'une normalité rassurante. Si on appartient à une culture où l'alimentation au biberon est la normalité, cela signifie que l'allaitement en public peut être stigmatisé. Ceci constitue un obstacle à l'allaitement, particulièrement évident dans les situations d'urgence où l'intimité peut être rare.

Soutenir les femmes allaitantes en situations d'urgence

Quelle qu'ait été leur situation antérieure du point de vue de l'alimentation de leurs nourrissons, les femmes ont besoin de soutien, dans les situations d'urgence, pour commencer à allaiter tôt, pour poursuivre un allaitement exclusif, pour reprendre un allaitement exclusif et pour continuer à allaiter pendant la diversification alimentaire. Quand les femmes s'inquiètent du fait que le stress ou le manque de nourriture puisse affecter leur capacité à produire du lait, il faut leur réaffirmer que ce n'est pas le cas. Elles peuvent aussi recevoir des dons de lait artificiel ou d'autres laits, et ne pas comprendre le risque que l'utilisation de ces produits fait courir à leurs bébés. Elles rencontreront aussi des difficultés d'allaitement sans rapport avec la situation d'urgence.

Le soutien aux femmes allaitantes et à leurs nourrissons par le biais du conseil en allaitement a été mis en pratique dans de nombreuses situations d'urgence. Il y a eu deux façons de faciliter l'accès à des conseillers en allaitement : les envoyer auprès des mères ou avoir des lieux centralisés où les mères pouvaient venir les trouver. La première solution a été mise en place après le tremblement de terre de Yogyakarta, en Indonésie (2006), et après le cyclone Nargis en Birmanie (2008). Comme les déplacements d'un lieu à un autre étaient difficiles, les conseillers ont été envoyés en visite auprès des mères pour les soutenir dans leur allaitement. Les recherches ont prouvé que le conseil en allaitement fourni à Yogyakarta a été très efficace pour rendre les femmes capables d'allaiter de manière exclusive, sans recourir aux préparations pour nourrissons (Sukotjo 2006).

La seconde solution, qui consiste à assurer le conseil en allaitement dans des lieux centralisés, est souvent nommée le modèle « baby tent » (tente des bébés). L'installation de « baby tents » où les mères peuvent se voir soutenues dans leur allaitement fait partie des plus anciennes solutions adoptées en faveur des nourrissons dans les situations d'urgence. Cette solution a été mise en place pour la première fois en Albanie, durant la crise des Balkans des années 1990, et a été largement utilisée depuis (Anonymous 1999), dans des contextes aussi variés qu'en Haïti, en Nouvelle-Zélande et actuellement en Europe (Talley and Boyd 2013, Hargest-Slade and Gribble 2015). Les « baby tents » peuvent être de vraies

tentes, mais ce sont souvent des bâtiments tels que des écoles, des dispensaires ou des centres d'hébergement. Ce sont des endroits où les mères peuvent se rendre pour rencontrer d'autres mères, être en sécurité et bénéficier d'un soutien émotionnel et d'aide pour l'allaitement. Une « baby tent » est différente d'un hôpital normal ou d'un dispensaire en ce sens que ce service est destiné à des enfants qui vont bien, plutôt qu'à des enfants malades, bien que, selon la configuration, les mères aient la possibilité d'y rencontrer des professionnels de santé ou d'être redirigées vers les professionnels de santé d'autres services.

Les conseillers en allaitement encouragent les mères à commencer à allaiter tout de suite après la naissance, à ne donner à leurs bébés que du lait maternel pendant les six premiers mois de vie ; ils les avertissent des dangers des laits artificiels et des autres laits, ils leur apportent soutien et encouragement, ils répondent à leurs préoccupations, ils construisent leur confiance dans leur capacité à allaiter et réfutent les mythes qui pèsent sur l'allaitement. Les compétences en conseil nécessaires sont les mêmes en situation d'urgence qu'en temps normal. Quand des conseillers en allaitement ne sont pas immédiatement disponibles, il est possible d'en former rapidement et de les déployer dans le cadre des réponses à l'urgence humanitaire (Sukotjo 2006). On a pu voir que ce type de conseillers apportait un soutien efficace aux femmes allaitantes et à l'allaitement exclusif, indépendamment de la distribution éventuelle de lait artificiel (Sukotjo 2006).

Le soutien aux enfants non-allaités

Les Directives opérationnelles prévoient une aide individualisée aux enfants nourris au lait artificiel, à partir d'une évaluation de leurs besoins réalisée par une personne dûment qualifiée. Comme l'allaitement fournit aux nourrissons les meilleures chances de survie, il faudrait d'abord examiner la possibilité de leur fournir du lait humain avant de décider d'accompagner leur alimentation artificielle. De plus, soutenir l'alimentation artificielle nécessite des ressources substantielles et il est difficile d'apporter ce soutien à un grand nombre de nourrissons. Si l'on réduit le nombre des nourrissons qui ont besoin d'un tel

accompagnement, il devient possible de mieux soutenir ceux d'entre eux pour qui l'allaitement est réellement impossible.

L'allaitement par d'autres femmes

L'allaitement par d'autres femmes est souvent une option viable pour fournir une alimentation sans danger aux nourrissons qui se retrouvent orphelins ou à ceux qui étaient alimentés au lait artificiel quand la situation d'urgence s'est déclarée. Dans les communautés, il est possible que des femmes, qui allaitent leur propre enfant ou qui ont perdu celui-ci, soient disposées à allaiter un enfant qui aurait, sans cela, besoin de lait artificiel. Dans certaines circonstances, il peut être approprié d'indemniser les nourrices pour leur travail, sous forme d'un supplément de nourriture ou autrement. Il est nécessaire de prendre en considération le risque de transmission du VIH via ce type d'allaitement (UNHCR 2009).

Relactation / lactation induite

Une autre façon de mettre du lait maternel à la disposition d'un nourrisson est la relactation. La relactation est le processus grâce auquel une femme non lactante commence à produire du lait en réponse à la succion d'un enfant. Si l'enfant est nourri au lait artificiel parce que sa mère a cessé de l'allaiter, celle-ci peut être disposée à reprendre l'allaitement. Si l'enfant est orphelin, une parente ou une autre femme de la communauté peut être disposée à relancer sa lactation. L'allaitement par une autre femme et la relactation peuvent souvent marcher de pair, la nourrice complétant le lait de la mère ou de la personne qui prend l'enfant en charge jusqu'au moment où le lait de cette dernière suffit.

Reprise de l'allaitement exclusif

Certains enfants pouvaient être en partie allaités et en partie nourris au lait artificiel avant la crise humanitaire ; ensuite d'autres ont pu l'être par suite d'une distribution inappropriée de lait artificiel. Dans de tels cas, on devrait se

demander si l'allaitement exclusif peut être repris. Étant donné que la production de lait maternel augmente d'autant plus que du lait est prélevé, les femmes sont capables d'augmenter leur production lactée en augmentant la fréquence des tétées. Les femmes allaitantes, y compris les nourrices, celles qui relancent leur lactation et celles qui la font augmenter, devraient recevoir du soutien de la part de professionnels de santé ou de conseillers en allaitement possédant les compétences appropriées.

Le soutien à l'alimentation artificielle

Dans de nombreux cas, il y aura des enfants pour qui l'allaitement n'est pas possible. Ces enfants auront besoin de lait artificiel. Comme il est énoncé dans les Directives opérationnelles, les personnes en charge d'enfants qui ont besoin de lait artificiel devraient disposer non seulement de préparations pour nourrissons qui respectent les standards du *Codex Alimentarius*, mais de toutes les autres ressources nécessaires à l'alimentation artificielle. Celles-ci comprendront probablement de l'eau, du matériel de cuisine, une tasse pour le bébé, les ustensiles nécessaires à la préparation, une formation sur la façon d'utiliser ces ressources et une supervision médicale.

Un programme d'alimentation artificielle à grande échelle a été mis en œuvre après le tremblement de terre en Haïti, en 2010. Plusieurs organisations, dont Save the Children, Concern, Action Contre la Faim, World Vision et l'UNICEF, ont travaillé en tant que membres du Regroupement Nutrition des Nations Unies (United Nations Nutrition Cluster) pour faire fonctionner des "baby tents" qui soutenaient à la fois l'allaitement et l'alimentation artificielle. Les personnes en charge d'enfants pouvaient se présenter à une "baby tent" où étaient examinés la santé et le statut nutritionnel de leurs bébés. Les personnes en charge de nourrissons allaités recevaient des conseils et de la formation pour les aider à maintenir l'allaitement exclusif ou à y revenir, et pour poursuivre l'allaitement après l'introduction des aliments diversifiés.

Quand les nourrissons n'étaient pas allaités et répondaient aux critères de sélection, ils pouvaient être inclus dans le programme d'alimentation artificielle. Les critères de sélection étaient les suivants : mère absente à long terme ou décédée, mère souffrant d'un grave problème médical, enfant abandonné ou rejeté, enfant nourri au lait artificiel avant la catastrophe humanitaire, mère refusant de relancer la lactation ou positive au VIH, mère en train de relancer la lactation jusqu'à ce que celle-ci soit complète, et femmes victimes de violences sexuelles qui choisissaient de ne pas allaiter (Norton 2011). Dans ce programme, on donnait aux personnes en charge des enfants du lait artificiel liquide prêt à l'emploi, des tasses, une formation intensive sur la façon d'utiliser le lait artificiel, et on leur assurait un suivi sanitaire continu (Moreaux 2011).

L'alimentation diversifiée en situation d'urgence

Une fois que les enfants atteignent six mois, il est recommandé de leur donner d'autres aliments en complément du lait maternel ou du lait artificiel (WHO and UNICEF 2003). Une alimentation diversifiée correcte se caractérise par l'acronyme FATVAH : elle est à une fréquence correcte (Frequency), en quantité adéquate (Amounts), d'une consistance appropriée (Texture), recourant à une variété d'aliments différents (Variety), telle que l'enfant peut la consommer de façon active (Active) et préparée en respectant l'hygiène (Hygienically prepared) (Care, University Co LLC et al., sans date). Il faut aussi que les aliments complémentaires soient considérés comme acceptables par les personnes qui s'occupent des enfants, sinon ils ne les donneront pas à manger à ces derniers. C'est un réel défi de s'assurer que les personnes qui s'occupent des enfants ont accès à des aliments complémentaires appropriés et aux outils nécessaires pour les préparer et les donner à manger aux bébés et jeunes enfants : trouver des solutions à ce défi est souvent difficile (IFE Core Group 2009).

L'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (ANJE-U) : un enjeu transversal

Contribuer à une alimentation appropriée des nourrissons dans les situations d'urgence est un enjeu transversal qui nécessite l'implication de nombreuses parties prenantes de l'aide humanitaire. Les services en charge de l'hébergement et de la protection devraient assurer aux femmes avec enfants une intimité et un logement sans danger et permettre d'identifier les femmes qui ont besoin de soutien pour l'alimentation de leurs enfants ; ceux chargés de la sécurité alimentaire devraient réserver aux mères un accès prioritaire à la nourriture et à l'eau ; ceux chargés du soutien psycho-social devraient aider les mères à surmonter leurs traumatismes et à prendre soin de leurs enfants ; ceux chargés de la logistique devraient éviter d'accepter et de distribuer les dons de produits laitiers ; ceux chargés de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement devraient garantir que l'eau mise à disposition convient pour préparer les substituts du lait maternel ; ceux chargés des activités économiques devraient concevoir des programmes permettant aux femmes de garder leurs nourrissons auprès d'elles ; et les services de communication devraient diffuser des messages sur la façon d'alimenter les nourrissons de façon sûre, auprès des personnes en situation d'urgence et du monde extérieur, ce qui aiderait à éviter les dons et la distribution inappropriés de substituts du lait maternel.

Se préparer aux situations d'urgence

Compte tenu des défis à relever dans le cadre de l'aide humanitaire aux nourrissons dans les situations d'urgence, il est vital de s'y préparer. Dans cette optique, l'Assemblée mondiale de la santé (dans sa résolution WHA 63.23) a appelé les gouvernements à s'assurer que les plans nationaux et internationaux d'urgence comportent des dispositions, relatives à l'ANJE-U, conformes aux Directives opérationnelles. Parce qu'il est difficile de subvenir aux besoins des enfants nourris au lait artificiel en situation d'urgence, les plans de préparation aux urgences devraient souligner l'importance de protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel en temps normal tout autant qu'en situation d'urgence. On devrait considérer la promotion de l'allaitement maternel exclusif

et continu⁷ comme une façon de se préparer aux situations d'urgence en augmentant la capacité de résilience communautaire. L'existence de plans de préparation aux urgences permet de fournir au mieux l'aide humanitaire, une fois l'urgence survenue, y compris en facilitant la prévention et la gestion des dons et la mise en œuvre de programmes en faveur du bien-être de tous les nourrissons.

Les situations d'urgence dans des contextes riches en ressources

Alors que les situations d'urgence humanitaire de grande ampleur arrivent très couramment dans les pays en voie de développement, elles se produisent aussi dans des contextes hautement développés. Dans les pays industrialisés, il peut être possible de porter assistance relativement vite aux populations touchées. Cependant, sans alimentation appropriée, certains nourrissons en bas âge peuvent tomber gravement malades et décéder durant les quelques jours nécessaires à la mise en place de l'aide. Par exemple, un retard de quelques jours dans l'aide alimentaire fournie aux bébés nourris au lait artificiel, après l'ouragan Katrina aux États-Unis, en 2005, a entraîné des pratiques dangereuses telles que donner de l'eau aux nourrissons, et des décès de bébés dus à la « déshydratation » ou au manque de nourriture (Gruich 2006, Gribble and Berry 2011). Le grand nombre de nourrissons alimentés au lait artificiel dans les pays développés peut entraîner des problèmes dans la fourniture de l'aide humanitaire.

Malheureusement, même là où l'alimentation des enfants au lait artificiel est courante et où se produisent fréquemment des situations d'urgence de grande ampleur, il est rare que les gouvernements et les organisations fournissent aux parents et aux personnes en charge d'enfants des informations détaillées sur la façon de se préparer à une urgence quand on s'occupe de nourrissons. La plupart du temps, on mentionne simplement que les parents et les personnes en charge d'enfants devraient prendre en considération les besoins spécifiques des nourrissons quand ils préparent une trousse d'urgence. Le gouvernement du

7 Voir note n° 6.

Queensland, en Australie, et celui de Nouvelle-Zélande représentent des exceptions notables ; ils fournissent une information détaillée sur les ressources nécessaires à l'alimentation au lait artificiel et la façon de les utiliser en situation d'urgence (Queensland Health 2012).

Il est difficile de préparer du lait artificiel quand il n'y a pas d'électricité ni d'eau chaude à volonté : il faut pour cela des ressources substantielles. Là où on utilise du lait artificiel en poudre, il faut disposer d'environ trois litres d'eau par prise alimentaire ainsi que d'un moyen de la faire chauffer, tout comme d'autres ressources telle que bouilloire, casserole, détergent et serviettes en papier. Utiliser du lait artificiel prêt à l'emploi et des accessoires jetables pour l'alimentation (biberons, tétines et tasses à usage unique) réduit le volume d'eau indispensable à 500 ml par prise. Cela permet aussi de se passer des moyens nécessaires pour chauffer l'eau et nettoyer les accessoires (Gribble and Berry 2011).

La crise des réfugiés en Europe

Les défis posés en matière d'ANJE-U par la crise actuelle des réfugiés en Europe comprennent tous ceux qu'on rencontre habituellement, plus certains problèmes spécifiques à cette crise. Les éléments-clés en sont les suivants :

- La situation est chaotique.
- Des mères et d'autres personnes en charge d'enfants, traumatisées, voyagent avec leurs nourrissons et leurs enfants.
- Les mères viennent d'une culture où le lait artificiel est la norme et où l'allaitement est stigmatisé et considéré comme peu fiable.
- Une très grande proportion de mères nourrissent leur enfant au lait artificiel ou ont des difficultés à allaiter.
- L'accès au lait artificiel et aux moyens de le préparer et de le donner aux enfants est difficile à obtenir.

- À tout moment, des dons de lait artificiel, d'autres laits et d'aliments complémentaires, peuvent être faits et distribués de façon inappropriée.
- Les ressources et le soutien pour les femmes allaitantes sont souvent indisponibles.
- Les reportages médiatiques contribuent à des pratiques inadaptées à l'ANJE-U.

Le nouveau défi posé par cette crise humanitaire est la rapidité de déplacement des populations et la vitesse à laquelle leurs itinéraires changent. Ce défi a amené le Groupe de travail IFE à produire des directives intérimaires spécifiques pour cette situation difficile (IFE Core Group 2015). Cependant, le besoin central de soutien pour les mères et les bébés demeure.

En résumé :

- La vulnérabilité des nourrissons à la maladie et à la mort est plus élevée dans les situations d'urgence, et ceux qui sont alimentés au lait artificiel sont les plus à risque.
- Les dons de lait artificiel et l'absence de discernement dans leur distribution augmentent les taux de morbidité et de mortalité en faisant baisser les taux d'allaitement exclusif et augmenter les taux d'alimentation artificielle.
- Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, les Directives opérationnelles sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence, et le Manuel Sphere - la Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire - contiennent les principes essentiels pour une fourniture efficace de secours aux nourrissons lors d'une situation d'urgence.
- Éviter et contrôler les dons et la distribution de lait artificiel devraient être une priorité majeure dans les situations d'urgence.

- Il faudrait soutenir les femmes allaitantes pour qu'elles allaitent exclusivement leurs nourrissons en bas âge et pour qu'elles poursuivent l'allaitement après l'introduction des aliments diversifiés.
- Quand les enfants ne sont pas allaités, il faudrait d'abord voir s'ils pourraient recevoir du lait maternel grâce à d'autres femmes ou à la relactation avant de prendre la décision de soutenir l'alimentation artificielle.
- Quand on prend la décision de soutenir l'alimentation artificielle, on devrait fournir aux personnes en charge d'enfants toutes les ressources nécessaires pour cela, y compris les préparations pour nourrissons, l'eau, les combustibles, les ustensiles pour préparer et donner la nourriture, une formation et une supervision médicale, aussi longtemps que cela s'avère nécessaire pour l'enfant.
- Les gouvernements devraient développer des plans de préparation aux urgences incluant le soutien à l'allaitement avant la survenue de la situation d'urgence, et répondre à celle-ci de façon appropriée, conformément aux lignes directrices internationalement reconnues.

Références

- Adhisivam, B., S. Srinivasan, M. B. Soudarssanane, S. Deepak Amalnath and A. Nirmal Kumar (2006). "Feeding of infants and young children in tsunami affected villages in Pondicherry." Indian Pediatrics 43(8): 724-727.
- Al Gasseer, N., E. Dresden, G. B. Keeney and N. Warren (2004). "Status of women and infants in complex humanitarian emergencies." Journal of Midwifery and Women's Health 49(4 Suppl 1): 7-13.
- Anonymous (1999). "Mothers and babies benefit from a place of their own: two success stories." BFHI News September/October: 7.
- Arts, M. (2006). "Infant feeding in the South Asia aftermath." Field Exchange 27: 2-4.

Black, R. E., L. H. Allen, Z. A. Bhutta, L. E. Caulfield, M. de Onis, M. Ezzati, C. Mathers and J. Rivera (2008). "Maternal and child undernutrition: Global and regional exposures and health consequences." The Lancet 371(9608): 243-260.

Borrel, A., A. Taylor, M. McGrath, A. Seal, E. Hormann, L. Phelps and F. Mason (2001). "From policy to practice: Challenges in infant feeding in emergencies during the Balkan crisis." Disasters 25(2): 149-163.

Carballo, M. and B. Heal (2005). "The public health response to the tsunami." Forced Migration Review July: 12-14.

Care, University Co LLC and Center for Human Services (No date). Infant and Young Child Feeding Counselling: A Trainer's Guide.

Caritas. (2004). "Caritas Australia emergency update 2: Iran earthquake." Retrieved 30 June, 2013, 2009, from <http://reliefweb.int/report/iran-islamic-republic/caritas-australia-emergency-update-2-iran-earthquake>.

Creek, T. (2006). Role of infant feeding and HIV in a severe outbreak of diarrhea and malnutrition among young children- Botswana. 3rd PEPFAR Implementers Meeting, Durban.

Creek, T., A. Kim, L. Lu, W. Arvelo, A. Bowen, O. Mach, T. Finkbeiner, L. Zaks, J. Massunge, L. Mazhani, E. Mintz, N. Shaffer and M. Davis (2006). Role of infant feeding and HIV in a severe outbreak of diarrhea and malnutrition among young children, Botswana, 2006. 14th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Los Angeles.

Creek, T. L., A. Kim, L. Lu, A. Bowen, J. Masunge, W. Arvelo, M. Smit, O. Mach, K. Legwaila, C. Motswere, L. Zaks, T. Finkbeiner, L. Povinelli, M. Maruping, G. Ngwaru, G. Tebele, C. Bopp, N. Puhr, S. P. Johnston, A. J. Dasilva, C. Bern, R. S. Beard and M. K. Davis (2010). "Hospitalization and mortality among primarily nonbreastfed children during a large outbreak of diarrhea and malnutrition in Botswana, 2006." JAIDS 53(1): 14-19.

Dörnemann, J. and A. H. Kelly (2013). "'It is me who eats, to nourish him': a mixed-method study of breastfeeding in post-earthquake Haiti." Maternal and Child Nutrition 9(1): 74-89.

Gribble, K. (2011). "Mechanisms behind breastmilk's protection against, and artificial baby milk's facilitation of, diarrhoeal illness." Breastfeeding Review 19(2): 19-26.

Gribble, K. D. (2013). "Media messages and the needs of infants and young children after Cyclone Nargis and the WenChuan Earthquake." Disasters 37(1): 80-100.

Gribble, K. D. and N. J. Berry (2011). "Emergency preparedness for those who care for infants in developed country contexts." International Breastfeeding Journal 6(1): 16.

Gruich, M. (2006). "Life-changing experiences of a private practicing pediatrician: perspectives from a private pediatric practice." Pediatrics 117(5 Pt 3): S359-364.

Hargest-Slade, A.-C. and K. D. Gribble (2015). "Shaken but not broken: Supporting breastfeeding women after the 2011 Christchurch New Zealand earthquake." Breastfeeding Review 23(3): 7-13.

Harutyunyan, S. (2008). "Armenian case study." Retrieved 1 June 2013, from <http://www.ennonline.net/pool/files/ife/armenian-case-study.doc>.

Hill, P. D., J. C. Aldag, R. T. Chatterton and M. Zinaman (2005). "Psychological distress and milk volume in lactating mothers." Western Journal of Nursing Research 27(6): 676-693.

Hipgrave, D. B., F. Assefa, A. Winoto and S. Sukotjo (2012). "Donated breast milk substitutes and incidence of diarrhoea among infants and young children after the May 2006 earthquake in Yogyakarta and Central Java." Public Health Nutrition 15(2): 307-315.

IFE Core Group (2007). Infant and Young Child Feeding in Emergencies: Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers. Version 2.1. Oxford, ENN.

IFE Core Group (2009). Complementary Feeding of Infants and Young Children in Emergencies.

IFE Core Group (2015). Interim Operational Considerations for the feeding support of Infants and Young Children under 2 years of age in refugee and migrant transit settings in Europe.

IRIN. (2009, 2 September). "Pakistan: Baby formula risk for IDPs." AlertNet Retrieved 1 June 2013, 2009, from <http://www.irinnews.org/Report/84898/PAKISTAN-Baby-formula-risk-for-IDPs>.

IRIN. (2013, 30 April 2013). "Philippines mulls formula donations during disasters." Retrieved 1 July 2013, from <http://www.irinnews.org/Report/97943/Philippines-mulls-formula-donations-during-disasters>.

Jayathilaka, A. (2005). Sri Lanka. White Ribbon Alliance Bali Conference Special Plenary Session on Maternal Health in Times of Crisis, Bali, Indonesia.

Khan, M. U. and M. H. Munshi (1983). "Clinical illnesses and causes of death in a Burmese refugee camp in Bangladesh." International Journal of Epidemiology 12(4): 460-464.

Lauer, J., A. Betrán, A. Barros and M. de Onís (2006). "Deaths and years of life lost due to suboptimal breast-feeding among children in the developing world: A global ecological risk assessment." Public Health Nutrition 9(6): 673-685.

Lutter, C. K. and A. L. Morrow (2013). "Protection, promotion, and support and global trends in breastfeeding." Advances in Nutrition: An International Review Journal 4(2): 213-219.

Mach, O., L. Lu, T. Creek, A. Bowen, W. Arvelo, M. Smit, J. Masunge, M. Brennan and T. Handzel (2009). "Population-based study of a widespread outbreak of diarrhea associated with increased mortality and malnutrition in Botswana, January-March, 2006." American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 80(5): 812-818.

Moreaux, M. (2011). Evaluation of Concern Worldwide's Infant Feeding Response in Haiti: One year after the 2010 earthquake. Dublin, Concern.

Nemeh Ahmad, A.-A., O. Abidhakeem and A. Roba Tawfig (2014). "Factors associated with exclusive breastfeeding practices among mothers in Syria: A cross-sectional study." British Journal of Medicine and Medical Research 4(14): 2713-2724.

Norton, R. (2011). Infant feeding in emergencies: Protecting and supporting breastfeeding in the aftermath of the Haiti earthquake. Canadian Breastfeeding Conference, Toronto.

Nybo, T. (2010). "'Baby tents' offer quake-affected Haitian mothers a safe place to breastfeed." Retrieved 1 March 2013, from http://www.unicef.org/infobycountry/haiti_52797.html.

O'Connor, M. E., F. M. Burkle, Jr. and K. Olness (2001). "Infant feeding practices in complex emergencies: a case study approach." Prehospital and Disaster Medicine 16(4): 231-238.

Prentice, A. M., S. B. Roberts, A. Prentice, A. A. Paul, M. Watkinson, A. A.

Watkinson and R. G. Whitehead (1983). "Dietary supplementation of lactating Gambian women. I. Effect on breast-milk volume and quality." Human Nutrition - Clinical Nutrition 37(1): 53-64.

Queensland Health. (2012). "Food for infants in emergencies." Retrieved 1 June 2013, from <http://www.health.qld.gov.au/disaster/html/food-for-infants.asp>.

Republic of the Philippines, N. S. O. (2011). "Families in the bottom 30 percent income group earned 62 thousand Pesos in 2009." Retrieved 1 June 2013, from <http://www.census.gov.ph/content/families-bottom-30-percent-income-group-earned-62-thousand-pesos-2009-final-results-2009>.

Sukotjo, S. (2006). Infant feeding after the May 2006 earthquake in Yogyakarta, Indonesia. Making it Matter: proceedings of a strategy meeting health by the Infant and Young Child Feeding in Emergencies (IFE) Core Group, Oxford.

Talayero, J. M. P., M. Lizan-Garcia, A. Otero Puime, M. J. Benlloch Muncharaz, B. Beseler Soto, M. Sanchez-Palomares, L. Santos Serrano and L. L. Rivera (2006).

"Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life." Pediatrics 118(1): e92-99.

Talley, L. E. and E. Boyd (2013). "Challenges to the programmatic implementation of ready to use infant formula in the post-earthquake response, haiti, 2010: a program review." PLoS One 8(12): e84043.

The Sphere Project (2011). The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response. Geneva, The Sphere Project.

UN Joint Logistics Centre. (2008). "Myanmar: Response to Nargis Cyclone logistics consolidated situation report 16 July 2008." Retrieved 1 June 2013, from <http://reliefweb.int/node/273516>.

UNHCR (2009). Guidance on infant feeding and HIV in the context of refugees and displaced populations, Version 1.1. Geneva, UNHCR.

UNICEF. (2005). "The costs of formula feeding." Retrieved 1 June 2013, from <http://www.unicef.org/philippines/downloads/infokit final.pdf>.

UNICEF. (2008). "Calmness and love for displaced breast feeding mothers in the new temporary shelter." from http://www.unicef.org/georgia/reallives_10695.html.

UNICEF. (2008, 22 August). "Nearly 40 000 children in need of urgent assistance in Georgia." ReliefWeb Retrieved 1 June 2013, from <http://reliefweb.int/report/georgia/nearly-40000-children-need-urgent-assistance-georgia>.

Whitehead, B. (2005). "Bfing in an emergency." Retrieved 1 June 2013, from <http://community.lsoft.com/scripts/wa-LSOFTDONATIONS.exe?A2=LACTNET;58401ddb.0505A>.

WHO (1981). International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes Geneva, WHO.

WHO. (2006). "WHO calls for support for appropriate infant and young child feeding in the current emergency in Lebanon, and caution about unnecessary use of milk products." Retrieved 30 September, 2009, 2009, from <http://www.reliefweb.int/rw/rwb.nsf/db900sid/AMMF-6SCCZ3?OpenDocument&query=who calls for support for appropriate infant>.

WHO and FAO (2007). How to Prepare Formula for Cup-Feeding at Home. Geneva, WHO.

WHO and UNICEF (2003). Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, WHO.

WHO, UNICEF and International Organization for Migration. (2000). "Health assessment of internally displaced population from Chechnya in Ingushetia " Retrieved 30 September, 2009, 2009, from [http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2000.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/A-COS-64CE6S-chechnyareport8feb.pdf/\\$File/chechnyareport8feb.pdf](http://www.reliefweb.int/rw/RWFiles2000.nsf/FilesByRWDocUnidFilename/A-COS-64CE6S-chechnyareport8feb.pdf/$File/chechnyareport8feb.pdf).

Yip, R. and T. W. Sharp (1993). "Acute malnutrition and high childhood mortality related to diarrhea. Lessons from the 1991 Kurdish refugee crisis." JAMA **270**(5): 587-590.