



Commission
européenne

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence

GUIDE POUR LA PROGRAMMATION



A propos de ce document

Contenu de ce guide

Ce document s'appuie sur les recommandations et les orientations internationales actuelles :

- *Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence* (IFE 2007)
- *Les standards Sphère* (2011)
- *Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (OMS 1981 et résolutions ultérieures)

Ce document propose des orientations aux praticiens généralistes quant à la manière dont les besoins spécifiques des nourrissons et des jeunes enfants sont évalués et traités de façon adéquate dans le cadre de la programmation.

Des points clés pour la prise en compte des enjeux liés à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les réponses d'urgence sont disponibles à la fin de ce document. Des références utiles sont indiquées à la fin de ce document pour approfondir les orientations.

Comment ce guide a-t-il été développé ?

Ce document a été développé conjointement par la Direction Générale de l'aide humanitaire et de la protection civile de la Commission européenne (DG ECHO) et le Consortium INSPIRE, représenté par une équipe d'experts indépendants.

Table des matières

Avant-propos	4
1. Introduction à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	6
2. L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (ANJE-Urgence)	12
3. Recommandations internationales et position de la DG ECHO	20
1. Les standards minimums de l'intervention humanitaire (Projet Sphere)	22
2. Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel	24
4. L'ANJE-Urgence dans le cadre de la programmation	26
1. L'ANJE-Urgence dans l'évaluation des besoins	29
2. L'ANJE-Urgence dans les interventions d'urgence	33
3. Le suivi de l'ANJE-Urgence	37
4. Les rapports en matière d'ANJE-Urgence	40
Annexes	42
Annexe 1: Points clés pour la prise en compte des enjeux liés à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les réponses d'urgence	44
Annexe 2: Documents de référence	46
Annexe 3: Glossaire	47
Annexe 4: Quizz ANJE-Urgence	48

Avant-propos

Nous savons qu'il est crucial de prendre soin des besoins nutritionnels des mères et des enfants durant les 1000 premiers jours du développement d'un enfant car cela lui donne le meilleur départ possible dans la vie et toutes les chances de réaliser son plein potentiel.

En mars 2013, la Commission européenne a adopté une nouvelle politique visant à « Améliorer la nutrition maternelle et infantile dans le cadre de l'aide extérieure » démontrant ainsi son engagement croissant en faveur de la nutrition des nourrissons, des jeunes enfants et des mères. La DG ECHO a saisi cette opportunité pour élaborer son plan d'action visant à répondre à la sous-nutrition au sein des groupes les plus vulnérables en situation d'urgence.

Ces documents de politiques reconnaissent clairement la vulnérabilité spécifique des nourrissons, des jeunes enfants et des femmes allaitantes. Leurs besoins nutritionnels spécifiques doivent être traités, d'une façon ou d'une autre, par tous les acteurs humanitaires durant les urgences de manière à préserver et protéger de jeunes vies.

Répondre aux besoins nutritionnels supplémentaires de ces groupes constitue un défi encore plus important dans les contextes humanitaires où une nutrition insuffisante et des soins inadéquats peuvent avoir des impacts négatifs très rapides. Lorsqu'une catastrophe s'abat, les conditions de vie se détériorent rapidement, les aliments nutritifs deviennent difficiles à trouver, l'eau potable peut ne plus être disponible et l'accès aux soins de santé se complique. Dans de telles situations, il devient plus difficile pour les mères et les dispensateurs de soins de s'occuper des nourrissons et des jeunes enfants. L'assistance humanitaire doit accorder une attention particulière aux besoins de ces groupes pour prévenir la morbidité, la sous-nutrition et la mortalité.

La prise en compte de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants en situation d'urgence (ANJE-Urgence selon l'acronyme anglais fréquemment utilisé) ne renvoie pas au changement de comportement à long terme, mais à des actions pratiques immédiates en appui aux mères de manière à ce qu'elles puissent allaiter leurs enfants aussi longtemps que possible, tout en aidant les dispensateurs de soins et les familles à fournir une alimentation de complément aux enfants ainsi qu'à soutenir la nutrition et le bien-être des mères.

L'ANJE-Urgence doit être pris en compte à toutes les étapes de la programmation de l'assistance humanitaire : évaluation rapide des besoins, l'évaluation régulière des besoins, analyse de la réponse et conception de programme, mise en œuvre, suivi et évaluation. L'ANJE-Urgence réunit toute une série d'activités et de solutions pour différentes situations.

L'ANJE-Urgence est fait d'actions simples, mais ces actions comptent : si l'on agit au bon moment, elles peuvent sauver des vies.





1

Introduction à l'alimentation
du nourrisson et du
jeune enfant

Introduction à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

L'YCF renvoie à tous les types d'aliments et de pratiques de soins fournis aux enfants, depuis la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans.

Ces derniers diffèrent de ceux d'autres groupes d'âge parce que les **besoins nutritionnels des nourrissons et des jeunes enfants** sont différents, de même que la texture des aliments et la fréquence de l'alimentation doivent être adaptées par rapport à leur capacité à mâcher ainsi qu'en fonction de la taille et de la maturité de leur système digestif.

De plus, comme souligné dans les *Lancet Series in Nutrition* publiés en 2008, le **caractère optimal de la nutrition et des soins de santé de la mère et de l'enfant durant les 1000 premiers jours** (*la fenêtre d'opportunité*) de ce dernier est étroitement **lié à la croissance, au potentiel d'apprentissage et au neuro-développement**, qui à leur tour ont des impacts à long terme.

Etre allaité ou non – De la naissance à l'âge de 6 mois

Le lait maternel est la forme de nutrition la plus complète¹ pour les nourrissons. Il fournit tous les nutriments nécessaires durant les 6 premiers mois de l'existence et sa composition s'ajuste constamment aux besoins de l'enfant, en fonction de son âge, de la température extérieure et de son appétit. L'allaitement présente également une série de bénéfices au niveau de la santé², de la croissance, de l'immunité et du développement³ des nourrissons.

En plus de ses bénéfices intrinsèques, l'allaitement est toujours considéré comme plus sûr que d'autres pratiques alimentaires car la préparation, la consommation et la conservation des produits alternatifs nécessitent l'accès à de l'eau potable ainsi qu'à une bonne hygiène. Les produits alternatifs d'alimentation peuvent également ne pas être appropriés dans des pays en développement où les substituts du lait maternel, qui imitent le meilleur lait maternel, n'est pas facilement accessible pour les foyers les plus vulnérables ou les plus isolés.

Même si le lait maternel possède une forte densité nutritionnelle, le volume qu'un nourrisson peut boire en une fois est limité par la taille de son système digestif. Il a besoin de s'alimenter fréquemment (10 à 12 fois par jour durant les premiers mois), ce qui implique la disponibilité et la proximité de la mère pendant les premières étapes de la petite enfance.

Les aliments de complément – le défi de répondre aux besoins nutritionnels spécifiques des jeunes enfants

Après l'âge de six mois, les enfants allaités rencontrent de plus en plus de difficultés à satisfaire leurs besoins nutritifs uniquement à partir du lait maternel. D'autres aliments doivent être introduits en complément du lait maternel : on les appelle les aliments de complément.

Les aliments de complément doivent fournir de l'énergie et quarante nutriments par jour, avoir une texture et une densité savoureuses et agréables pour les enfants, mais aussi prendre en compte leur capacité à mâcher, la petite taille de leur estomac et la sécurité des aliments. Ces aspects peuvent être difficiles à satisfaire car les produits alimentaires dotés d'une densité et d'une valeur nutritionnelle élevées sont souvent chers et, de ce fait, non accessibles aux foyers les plus vulnérables. La plupart des aliments consommés par les foyers doivent être transformés pour répondre aux exigences des jeunes enfants, ce qui demande du temps et du savoir-faire de la part du dispensateur de soins.

L'allaitement demeure important jusqu'à l'âge de 2 ans car il constitue une source majeure en acides gras essentiels, et représente de 30 à 50 % de l'apport calorique.

La fréquence des prises diminue progressivement jusqu'à 6 fois par jour lorsque l'enfant atteint l'âge de 2 ans.

¹ Les besoins nutritionnels des nourrissons présentant un poids normal à la naissance et nés à terme peuvent en général être satisfaits à l'aide du seul lait maternel durant les 6 premiers mois si la mère est bien nourrie (OMS/UNICEF, 1998).

² Les enfants allaités sont plus résistants aux maladies et aux infections car le lait maternel transmet les anticorps de la mère.

³ Il est prouvé que le développement moteur est renforcé par l'allaitement exclusif pendant six mois (Dewey et al., 2001).

Appui nutritionnel aux mères allaitantes

Les femmes allaitantes présentent un besoin d'énergie accru d'un niveau égal ou supérieur à celui des femmes enceintes (environ 25 % de plus que les besoins des femmes qui n'allaitent pas et ne sont pas enceintes).

Leur consommation d'eau est également plus élevée, en particulier dans les climats chauds où le lait maternel fournit toute l'alimentation liquide nécessaire au nourrisson pendant ses six premiers mois.

Les besoins nutritionnels des nourrissons peuvent en général être satisfaits par le seul lait maternel à condition que les mères soient elles-mêmes bien nourries. Lorsque l'alimentation des mères est déficiente, leurs nourrissons ne peuvent absorber qu'une faible quantité de certaines vitamines et de certains minéraux. Dans ces situations, le traitement recommandé consiste à améliorer l'alimentation de la mère ou à lui donner des suppléments plutôt qu'à fournir des aliments de complément au nourrisson.

Les indicateurs standards IYCF reconnus au niveau international sont les suivants :

- Initiation rapide de l'allaitement (pendant la première heure qui suit la naissance)
- Allaitement exclusif du nourrisson jusqu'à ses 6 mois
- Allaitement prolongé à 1 an
- Introduction au moment opportun d'aliments mous, semi-solides et solides
- Diversité minimale du régime alimentaire
- Fréquence minimale des repas
- Alimentation minimale acceptable
- Consommation d'aliments riches en fer pour les enfants de 6 à 23 mois

Pourquoi l'IYCF est-il important pour la DG ECHO et les acteurs humanitaires ?

Dans les pays en voie de développement, environ un cinquième des décès d'enfants de moins de 5 ans pourrait être évité au moyen de pratiques IYCF appropriées. En dehors des situations d'urgence, les nourrissons de moins de six mois qui ne sont pas allaités présentent 14 fois plus de risques de décès (toutes causes confondues) que les enfants exclusivement allaités. Ces risques sont amplifiés en situation d'urgence et les taux de mortalité souvent particulièrement élevés.



2

L'alimentation du nourrisson
et du jeune enfant en situation
d'urgence (ANJE-Urgence)

L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (ANJE-Urgence)

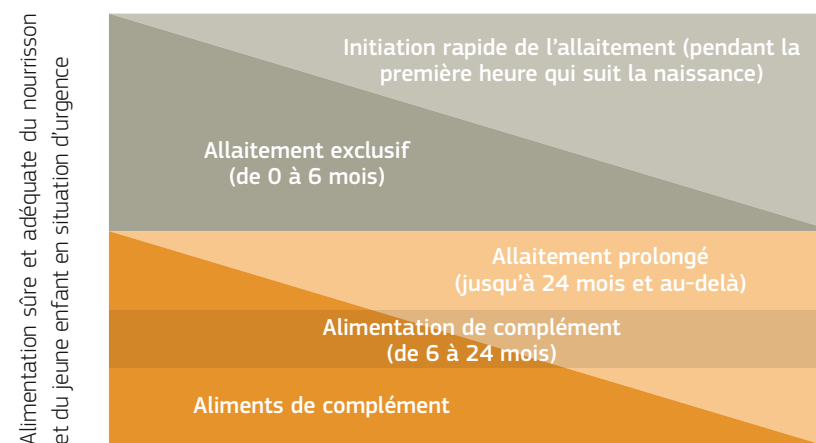
L'ANJE-Urgence concerne la protection et le soutien à une alimentation sûre et appropriée des nourrissons et des jeunes enfants, quel que soit le type d'urgence, dans le but de préserver leur survie, leur santé et leur croissance. Lorsque des populations sont affectées par une catastrophe à déclenchement rapide ou lent ou une crise prolongée, leur vie est perturbée.

Les risques liés à l'alimentation et aux pratiques de soins concernant les nourrissons, les jeunes enfants et leurs mères/dispensateurs de soins sont élevés, de même que s'accroît la vulnérabilité aux diarrhées et à d'autres maladies causées par des situations où prévalent un assainissement insuffisant, un accès réduit aux aliments et une détérioration des conditions de vie. De ce fait, la sous-nutrition et les risques de mortalité augmentent. **Ainsi, soutenir de façon appropriée et au moment opportun les nourrissons et les jeunes enfants en situation d'urgence sauvent des vies.**

Mais l'ANJE ne se pré-occupe-t-elle pas des changements de comportement à long terme et, par conséquent, ne dépasse-t-elle pas le mandat de la DG ECHO ?

L'ANJE-Urgence vise à **protéger** la nutrition, la santé et le développement des nourrissons et des jeunes enfants en préservant autant que possible les bonnes pratiques d'allaitement et en accordant une attention particulière à l'alimentation de complément des jeunes enfants et un appui aux mères allaitantes.

ALIMENTATION OPTIMALE DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT



L'ANJE-Urgence n'est pas réservée aux seuls nutritionnistes : **tous les acteurs et les secteurs de l'urgence doivent prendre en compte la manière dont leurs actions affectent la survie des nourrissons et des jeunes enfants.**

L'ANJE-Urgence implique de :

- Faire attention à l'ANJE **dès le déclenchement d'une urgence** (dans le cadre de l'évaluation des besoins, des politiques et de la coordination, durant les premières réponses)

En mars 1991, 500 000 Kurdes ont fui l'Irak en direction de la Turquie avant d'être bloqués entre les deux pays. Malgré la bonne santé de la population avant le déplacement, la rapidité des efforts de secours et la courte durée (seulement quelques mois) de la phase aiguë de l'urgence, les taux de mortalité furent assez élevés. Deux tiers des décès concernaient les enfants de moins de cinq ans et la moitié étaient des enfants de moins d'un an. On estime ainsi que 12 % des enfants sont morts durant les deux premiers mois de la crise. La plupart de ces décès étaient dus à des diarrhées, à de la déshydratation et à la sous-nutrition qui en résulte. S'intéresser à l'ANJE dès la première phase de cette urgence aurait pu éviter certains de ces décès.

- **Prendre en compte les besoins spécifiques des nourrissons, des jeunes enfants, des mères allaitantes et des dispensateurs de soins dans tous les secteurs**, de manière à leur donner accès aux services de base (par exemple, abri, sécurité, assistance alimentaire, eau-assainissement-hygiène, santé)

Un projet nécessitant la présence des mères d'enfants de moins de 2 ans pendant de longues heures de travail en dehors du foyer peut les obliger à confier la responsabilité de la garde de l'enfant et de l'alimentation à un autre membre de la famille, compromettant ainsi l'allaitement et l'alimentation de complément et réduisant l'interaction mère-enfant à un moment de forte vulnérabilité. Une attention particulière doit être apportée par toutes les interventions afin de ne pas nuire aux pratiques de soins et d'alimentation, mais également à l'intégration de la fourniture d'aliments de complément.

- Fournir une **assistance alimentaire directe** aux mères/dispensateurs de soins ayant de jeunes enfants.

En 2011 à Cox's Bazar (Bangladesh), le programme nutritionnel d'ACF a identifié des pratiques ANJE insuffisantes comme l'une des principales causes de sous-nutrition aiguë. Pour remédier à cela, ACF a mis en place des groupes de soutien à l'allaitement et à l'alimentation de complément ainsi que deux espaces réservés à l'allaitement dans le centre de nutrition, mais aussi des pratiques de soins de santé mentale pour l'appui psychosocial aux enfants et à leurs dispensateurs de soins. Des groupes de discussion communautaires réservés aux hommes ont été créés pour les sensibiliser à l'importance de pratiques ANJE efficaces en vue de soutenir les mères au niveau du foyer.

- Garantir que **l'assistance humanitaire ne nuit pas aux pratiques ANJE** avec des interventions inappropriées.

Les interventions humanitaires peuvent, sans le vouloir, menacer les pratiques ANJE optimales. Une quantité excessive de produits laitiers est souvent donnée lors des situations d'urgence sans une véritable évaluation des besoins. Si des biberons sont donnés, ou que des substituts du lait maternel et/ou des laits en poudre sont aisément disponibles, les mères qui auraient allaité sans cela vont peut-être commencer à donner des aliments artificiels alors que cela n'est pas nécessaire. Ceci expose les nourrissons et les jeunes enfants à un risque accru de maladie, de sous-nutrition et de mort, en particulier à cause de diarrhées lorsque l'eau potable est rare et que très peu de moyens de stérilisation sont disponibles. Cela crée également une dépendance en matière d'accès au lait maternisé.

Questions contextuelles et circonstances particulières

Quand est-il approprié d'utiliser des substituts du lait maternel ?

Les nourrissons qui ne sont pas allaités demandent une identification et une évaluation rapides de la part de personnels qualifiés afin que des options d'alimentation soient explorées. **Des conseillers en santé et en nutrition doivent être consultés pour fournir des apports techniques dans de tels cas.**

Lorsque l'allaitement maternel n'est pas possible, une nourrice peut jouer un rôle très utile, en particulier pour l'alimentation des jeunes nourrissons présentant un faible poids à la naissance.

Le soutien à l'alimentation artificielle en situation d'urgence est une intervention technique qui nécessite une expertise et des capacités nutritionnelles mais aussi logistiques car les programmes demandent de réaliser un suivi étroit des nourrissons au niveau individuel et de garantir des ressources et des capacités pour fournir les substituts du lait maternel aussi longtemps que le nourrisson en a besoin. Les substituts du lait maternel doivent être gérés conformément au Code.

Alimentation des nourrissons dans le contexte du VIH

L'objectif que les enfants nés d'une mère séropositive ne soient pas seulement séronégatifs mais survivent aussi est le principe fondamental qui sous-tend la prise en compte de l'alimentation en contexte d'urgence. Cela implique la prise en compte du risque d'infection par le VIH en même temps que d'autres causes de décès comme les diarrhées et la malnutrition qui sont particulièrement importantes en période d'urgence.

Le dernier document d'orientation de l'OMS recommande que les autorités nationales ou locales décident des recommandations en matière d'alimentation en suivant les recommandations internationales et en prenant en compte les circonstances nationales et locales. Cependant, lorsque la recommandation pré-urgence était d'éviter l'allaitement, les autorités doivent déterminer si cette recommandation est encore appropriée.

Là où aucune autorité d'orientation n'est présente, les mères séronégatives ou de statut VIH inconnu doivent être soutenues pour allaiter. **Reconnaissant les risques élevés pour les nourrissons associés avec l'alimentation de substitution dans des conditions d'urgence, l'allaitement offre la plus grande probabilité de survie aux nourrissons nés de mères séropositives et aux nourrissons séropositifs.**

Une assistance urgente à l'alimentation artificielle est nécessaire pour les nourrissons déjà sous alimentation de substitution. Pour les mères séropositives, le fait de combiner des interventions antirétrovirales (ARV) avec l'allaitement peut réduire de façon importante la transmission du VIH après la naissance. La priorité doit être donnée à un accès accéléré aux ARV.

Déclenchements de maladies avec risque de transmission au moyen de l'allaitement

Tenez-vous informé des nouvelles orientations ANJE-Urgence propres aux urgences développées en cas de maladies transmissibles, comme par exemple le virus Ebola. Consultez des conseillers en nutrition et les mises à jour de l'OMS.



3

Recommandations internationales
et position de la DG ECHO

Recommandations internationales et position de la DG ECHO

1. Les standards minimums de l'intervention humanitaire (Projet Sphère)

La DG ECHO s'efforce de soutenir et de promouvoir la santé et le bien-être nutritionnel des mères, des jeunes enfants et des nourrissons en s'alignant sur les orientations, les politiques et les standards internationaux en matière d'ANJE-Urgence. Toute activité entreprise et soutenue par la DG ECHO doit être conforme aux standards Sphère⁴.

1. **Une coordination efficace** doit intégrer les problématiques ANJE-Urgence dans tous les secteurs de la réponse humanitaire. Le Cluster Nutrition, le gouvernement ou les agences chef de file, comme l'UNICEF, ont un rôle à jouer pour garantir que des politiques ANJE-Urgence sont développées et largement partagées.

2. Garantir que les **dispositions du Code** sont respectées :

- Les distributions gratuites ou subventionnées de substituts du lait maternel sont évitées.
- Toute décision visant à accepter, obtenir, utiliser ou distribuer du lait maternisé en situation d'urgence doit être prise par du personnel technique bien informé en consultation avec l'agence coordinatrice et les agences techniques chef de file tout en étant fondée sur des critères stricts.
- L'utilisation de biberons et de tétines en contexte d'urgence doit être évitée.

3. Les informations clés concernant la situation alimentaire et les besoins des nourrissons et des jeunes enfants doivent être prises en compte dans les procédures d'**évaluation régulière rapide**. Les mères/dispensateurs de soins des enfants de moins de 2 ans doivent être consultés pour garantir que leurs préoccupations sont prises en compte.

4. **Des mesures simples doivent être mises en place dans tous les secteurs** pour garantir que les besoins des mères/dispensateurs de soins, des nourrissons et des jeunes enfants sont traités durant les premières phases d'une urgence. Une attention particulière doit être accordée aux points suivants :

- L'allaitement et le soutien à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant doivent être intégrés dans les services à l'attention des mères, des nourrissons et des jeunes enfants.
- Les aliments qui conviennent pour satisfaire les besoins nutritionnels des nourrissons un peu plus âgés et des jeunes enfants doivent être intégrés dans la ration générale des populations dépendantes en matière d'assistance alimentaire.

5. Le **suivi** des interventions doit démontrer comment traiter les besoins alimentaires des nourrissons et des jeunes enfants mais aussi comment améliorer les résultats.

⁴ http://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/tpd04_nutrition_addressing_undemnutrition_in_emergencies_fr.pdf

2. Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel

La Commission, comme détaillée dans la politique Nutrition de la DG ECHO, cherche à respecter les dispositions du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* (OMS, 1981) et des Résolutions ultérieures adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé (connus sous le nom de Code)⁵. Des dons inappropriés en nature, comme du lait maternisé, du lait en poudre ou des biberons et des tétines, sont découragés par la Commission, conformément aux *Directives opérationnelles sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence*⁶ et au Code.

Le “Code” en un coup d’œil

Le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* est un cadre international en matière de politique de santé pour la promotion de l'allaitement, adopté par l'Assemblée mondiale de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1981. Le Code fournit des recommandations sur les restrictions liées à la commercialisation des substituts du lait maternel afin de **garantir que les mères ne soient pas découragées d'allaiter et que les substituts soient utilisés de façon sûre si nécessaire**. Le Code couvre également les questions éthiques et les réglementations relatives à la commercialisation des biberons et des tétines. Certaines dispositions du Code comprennent les points suivants :

- Ne faire de publicité pour aucun produit entrant dans le cadre du Code ;
- Ne pas fournir d'échantillons gratuits aux mères ;
- Ne pas faire de promotion en faveur de produits au moyen des systèmes de soins de santé ;
- Ne pas faire de cadeaux aux prestataires de soins de santé ;
- Ne pas représenter de façon idéalisée l'alimentation artificielle, que ce soit sous la forme de mots ou d'images, ni représenter des nourrissons sur des emballages de boîtes de conserve contenant des substituts, des biberons, etc.

Depuis 1981, 84 pays ont adopté une législation qui met en œuvre toutes les dispositions ou de nombreuses dispositions du Code et des Résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé⁷.

⁵ http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf

⁶ 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*, v. 2.1, Février 2007. <http://files.enonline.net/attachments/121/ops-guidance-french-sept-07.pdf>

⁷ http://www.unicef.org/nutrition/files/State_of_the_Code_by_Country_April2011.pdf



4

L'ANJE-Urgence dans le cadre
de la programmation

Synthèse de l'intégration de l'ANJE-Urgence dans le cycle de projet



L'ANJE-Urgence dans le cadre de la programmation

L'ANJE-Urgence doit être prise en compte à chaque étape du cycle de projet : évaluation des besoins, planification et conception, mise en œuvre et suivi, évaluation et rapports.

1. L'ANJE-Urgence dans l'évaluation des besoins

L'évaluation des besoins doit prendre en compte les **besoins spécifiques des nourrissons, des jeunes enfants et de leurs dispensateurs de soins** ; les femmes enceintes, allaitantes et les dispensateurs de soins doivent être invités de façon explicite à exprimer leurs préoccupations.

Une analyse du **contexte particulier** sera essentielle pour décider d'une réponse appropriée. A titre d'exemple, les contextes où le VIH est élevé, les conflits qui causent un grand nombre d'orphelins non accompagnés ou les populations déplacées qui présentent un grand nombre de nourrissons alimentés de façon artificielle ont tous trois des besoins différents. Le contexte en matière de politique thématique est également important : quelles politiques ANJE existent ? Le pays a-t-il adopté le Code ?

Identification des causes multisectorielles de sous-nutrition des nourrissons et des jeunes enfants⁸

Les taux de malnutrition de l'Etat du Madhya Pradesh en Inde centrale sont élevés. Le manque de nourriture n'est pas la seule raison pour laquelle la malnutrition est répandue. Pour commencer, les femmes sont sous-alimentées et donnent souvent la naissance avant l'âge de dix-huit ans. A cause de cela, de nombreux enfants naissent avec un poids faible. Un allaitement et des pratiques de soins inadéquats accompagnés d'un manque d'hygiène érodent également l'immunité de l'enfant, causant des maladies potentiellement mortelles comme les diarrhées, la pneumonie et la tuberculose. De plus, les femmes issues de familles pauvres sont forcées de travailler immédiatement après leur accouchement, si bien que le nouveau-né est laissé à la maison avec des frères et sœurs aînés qui ne sont pas capables de fournir les soins que demande un jeune bébé.

Les pratiques ANJE représentent une cause importante de sous-nutrition et sont influencées par des facteurs multiples. Comprendre les causes permet le développement de réponses appropriées.

Des données secondaires concernant les pratiques ANJE peuvent être trouvées dans des enquêtes pré-urgence, comme l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) et l'Enquête à indicateurs multiples (connue sous l'acronyme MICS).

Les évaluations rapides multisectorielles réalisées durant la première phase d'une urgence doivent chercher à intégrer des indicateurs ANJE-Urgence simples :

INFORMATIONS À COLLECTER	CE QUE CELA VOUS APPREND
Profil démographique de la population, en particulier les nourrissons, les jeunes enfants, les femmes enceintes et les enfants non accompagnés	<ul style="list-style-type: none"> • L'ampleur de la réponse • La taille des groupes vulnérables précis
Disponibilité évidente des substituts du lait maternel, des produits laitiers, des biberons et des tétines, au sein de la population affectée par l'urgence et de la chaîne d'approvisionnement	Peut souligner le besoin de mise en application du Code, de donner une attention urgente à des pratiques de préparation hygiénique et d'un soutien aux nourrissons alimentés de façon artificielle ou alerter sur les diarrhées des nourrissons ou la malnutrition aiguë.
Alimentation/ pratiques de soins pré-crise et tout changement récent	<ul style="list-style-type: none"> • Si l'environnement habituel des soins a été perturbé (par exemple en raison du déplacement ou de changements dans les activités de moyens de subsistance), affectant ainsi l'accès aux dispensateurs de soins, aux aliments et à l'eau pour les enfants. • Les pratiques d'alimentation habituelles de la mère et du nourrisson et les défis en cours ; par exemple, si les mères utilisent des substituts du lait maternel ou des aliments de complément manufacturés et de quel soutien urgent elles ont besoin.
Problèmes signalés quant à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants	<ul style="list-style-type: none"> • Si des facteurs perturbent l'allaitement • Difficultés concernant l'accès et la préparation hygiénique et au moment opportun d'aliments de complément appropriés • Caractère adéquat des équipements WASH et des abris
Adéquation nutritionnelle de la ration alimentaire : la ration générale est-elle suffisante pour les besoins de tous les membres du foyer ?	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes peuvent être affectées de façon disproportionnée par des distributions de ration inadéquates. • Accessibilité d'aliments de complément appropriés, adéquats du point de vue nutritionnel et sûrs pour les enfants de 6 à 23 mois.
Sensibilité culturelle en ce qui concerne les femmes allaitantes, les nouvelles mères et les soins apportés aux enfants	Comment prendre une décision en matière d'allaitement au niveau du foyer ? Existe-t-il des tabous pouvant avoir un impact négatif sur le bien-être des mères ou des enfants qui soient à traiter ?
Existence de barrières et d'incitations culturelles vis-à-vis du retour à l'allaitement, du fait de tirer le lait maternel ou de recourir à une nourrice⁹	Si le statut nutritionnel des nourrissons non allaités présente un risque et quelles sont les alternatives disponibles pour les soutenir.

⁸ Source: *Marginalised and Malnourished in Central India*, ECHO, 6 September 2013 (<http://ec.europa.eu/echo/fr/field-blogs/stories/marginalised-and-malnourished-central-india>)

⁹ Une nourrice est une femme qui donne le sein et s'occupe de l'enfant d'une autre.

INFORMATIONS À COLLECTER	CE QUE CELA VOUS APPREND
Identification des décideurs clés au niveau du foyer, de la communauté et des équipements sanitaires qui influencent les pratiques ANJE	<ul style="list-style-type: none"> • Qui cibler avec des activités de sensibilisation et qui inclure dans des interventions de soutien à l'IYCF-E ?
Identification des membres de la communauté ou du personnel médical impliqués dans les soins de grossesse / d'accouchement / postnataux.	<p>Qui peut aider à relayer l'information relative aux pratiques IYCF vers les femmes enceintes et allaitantes ?</p> <p>Quelles sont les capacités locales et quels sont les messages/croyances/compréhensions des communautés et des services médicaux sur le terrain ?</p>

Quand il existe des signes que les pratiques ANJE-Urgence sont inadéquates, des enquêtes détaillées seront nécessaires pour définir plus clairement la situation et la réponse, et les suivre. Des indicateurs et des méthodologies standards doivent être utilisés durant l'évaluation¹⁰.

Signes d'alerte

Les signes que les nourrissons et les jeunes enfants encourent des risques accrus et importants sont notamment :

- La distribution générale de lait maternisé et de produits laitiers
- Le fait que des mères signalent des difficultés concernant l'allaitement ou arrêtent d'allaiter à cause de la situation de crise
- Signalement de nourrissons de moins de 6 mois qui ne sont pas allaités
- Signalement d'une augmentation des diarrhées chez les enfants de moins de 12 mois
- Disponibilité insuffisante de la nourriture pour l'alimentation de complément
- Le fait que des mères signalent des difficultés pour nourrir leurs enfants
- Pratiques d'alimentation de complément à risque (par exemple, introduction précoce ou tardive de compléments alimentaires, qualité insuffisante des aliments de complément)

2. L'ANJE-Urgence dans les interventions d'urgence

L'accent doit être mis sur la mise en œuvre ou l'adaptation des interventions de base ; ainsi que de prévenir des interventions inappropriées.

Tentes et espaces mère/bébé au Pakistan : les besoins ANJE-Urgence dans le cadre de la conception des abris¹¹

Le tremblement de terre de 2006 au Pakistan a privé de nombreuses femmes de leur intimité. Elles partageaient en effet des abris avec des parents éloignés de sexe masculin ou des hommes n'appartenant pas à leur famille, et se sentaient mal à l'aise pour allaiter dans de telles conditions. Des espaces pour les mères ont été créés par le ministère de la Santé et l'UNICEF. Il s'agissait de tentes où les femmes pouvaient se retrouver pour allaiter, s'apporter une aide mutuelle, échanger des informations mais aussi recevoir du soutien et de l'information de la part d'un agent de santé de sexe féminin.

Comprendre les contraintes rencontrées par les mères et leur fournir le soutien nécessaire pour continuer d'allaiter est essentiel. Des actions simples peuvent sauver des vies.

a) Coordination et plaidoyer

La DG ECHO et ses partenaires doivent contribuer aux réunions de coordination sectorielles (santé/nutrition, assistance alimentaire, eau et assainissement, services sociaux) pour garantir la mise en œuvre des politiques propres à l'ANJE-Urgence adoptées dans le cadre d'opérations d'urgence.

Le Cluster Nutrition doit promouvoir des interventions ANJE-Urgence appropriées, publier des orientations et des outils, mais aussi développer en la matière une communication cohérente, contextualisée et réalisée au moment opportun auprès de publics cibles différents au sein du gouvernement et des organisations humanitaires, de la presse et des médias. Il est particulièrement important de sensibiliser les gouvernements pour garantir une application du Code de manière à ce que des dons inappropriés de substituts du lait maternel et de lait en poudre soient évités ou réalisés de façon appropriée.

¹⁰ Cf. indicateurs Sphère et indicateurs de diagnostic du Cluster Nutrition : <https://www.humanitarianresponse.info/system/files/documents/files/Bank%20of%20Nutrition%20Cluster%20Assessment%20Indicators.pdf>

¹¹ ENN (2006), Field Exchange, n°27.

b) Mise en œuvre du projet

L'ampleur de la crise et le fait qu'elle soit à déclenchement lent ou rapide ou bien une crise prolongée peut influencer le type de services fournis. **La réponse doit être contextuelle** et prendre en compte les besoins identifiés ainsi que les directives nationales ou internationales :

- Lorsqu'il existe de grandes menaces ou des problèmes majeurs concernant l'allaitement, que l'on constate un grand nombre de nourrissons orphelins ou non accompagnés et de nombreuses populations déplacées, la destruction des équipements de santé existants ou encore la perturbation des services, alors des services temporaires autonomes comme les tentes pour bébés ou les espaces d'accueil pour bébés sont probablement nécessaires.
- Lorsque l'urgence est à déclenchement lent comme une sécheresse, ou lors d'une crise prolongée, là où l'on ne constate pas une grave destruction des services existants, ou encore là où il n'y a pas de déplacements importants des populations ni de concentration massive des populations dans des camps, les services ANJE-Urgence peuvent être intégrés dans d'autres services nutritionnels comme la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) ou les services de santé de la mère et de l'enfant. Le soutien aux ressources humaines et à la formation du personnel gouvernemental peut alors être nécessaire.

Les opportunités ANJE en situation d'urgence¹²

Suite au tremblement de terre d'Haïti, la promotion de l'allaitement a connu un certain succès. Le coût plus élevé du lait maternisé et de la nourriture en général, combiné à la baisse des revenus des ménages, a fait de l'allaitement exclusif une stratégie de survie. La possibilité d'accéder à des services de soutien à l'allaitement a constitué un facteur de motivation important qui n'était pas disponible auparavant. Les mères ont montré de l'enthousiasme pour ce qui est d'apprendre et de bénéficier de conseils de groupe comme une manière de surmonter le bouleversement post-séisme. De ce fait, le tremblement de terre a représenté une opportunité pour promouvoir des pratiques nutritionnelles optimales et mettre en place un nouveau programme d'appui.

Parallèlement à des services focalisés sur l'ANJE-Urgence, des problématiques ANJE-Urgence doivent être intégrées dans tous les secteurs de la réponse. Le tableau ci-dessous présente des exemples et des suggestions secteur par secteur.

Exemples d'intégration de l'ANJE-Urgence dans des programmes sectoriels



SANTÉ

Garantir que les interventions ANJE-Urgence clés sont correctement reflétées dans le paquet minimum des services à destination des centres de santé et des agents de santé communautaires :

- Appui à l'initiation rapide de l'allaitement et éviter les aides telles que les substituts du lait maternel et les biberons.
- Création d'espaces sûrs et acceptables du point de vue culturel dans des camps/des situations de déplacements pour les mères qui accouchent afin qu'elles soient immédiatement assistées avec des soins postnataux et dans l'allaitement du nourrisson.
- Là où une alimentation artificielle est requise, un accès doit être garanti à des quantités adéquates d'un substitut de lait maternel approprié aussi longtemps que nécessaire, par exemple pour les nourrissons nés de mères séropositives qui bénéficient déjà d'une alimentation de substitution¹³.
- Organisation de formations complémentaires pour les agents de santé communautaires dans les domaines relatifs à l'hygiène et aux soins pour les nourrissons et les jeunes enfants.
- Interventions ANJE-Urgence suivies grâce à la collecte d'indicateurs
- Utilisation de suppléments comme la vitamine A, le zinc, l'acide folique/fer et les multiples poudres de micronutriments.



WASH

- Accès à une eau potable, à un assainissement et des conditions d'hygiène suffisantes pour les mères et les dispensateurs de soins
- Education à des pratiques d'hygiène appropriées pour la préparation des aliments et du lait des nourrissons
- Mise en place de services d'eau potable/d'assainissement dans des centres de nutrition et de santé

¹² Source : Lucia Pantella, Integrating infant and young child feeding in emergency response: a case study of Save the Children's IFE response to the Haiti earthquake. Port au Prince, May-June 2010, Liverpool School of Tropical Medicine/Save the Children.

¹³ L'alimentation de substitution est le terme utilisé pour l'alimentation des nourrissons non allaités en contexte de VIH. Cela implique de nourrir les nourrissons ne bénéficiant d'aucun lait maternel avec une alimentation qui leur fournit les nutriments dont ils ont besoin jusqu'à l'âge où ils peuvent s'alimenter entièrement à partir des aliments de la famille.



CMAM

- ANJE-Urgence compris dans la stratégie de gestion de la malnutrition aiguë qui comprend le soutien au retour à l'allaitement et le soutien psychosocial aux mères.
- Les formations à la gestion de la malnutrition aiguë sévère comprennent des conseils en matière d'ANJE-Urgence.
- L'éducation à la nutrition destinée à améliorer les pratiques des dispensateurs de soins, dont la poursuite de l'allaitement pendant 2 ans, des démonstrations de préparation alimentaire et le partage de recettes avec les mères en vue d'une utilisation optimale des aliments disponibles localement pour les enfants de 6 à 23 mois.
- Avant la fin de la prise en charge des enfants, vérifier les pratiques alimentaires et fournir des conseils pour des pratiques ANJE-Urgence optimales (allaitement et alimentation de complément).



ASSISTANCE ALIMENTAIRE

- Intégration dans l'assistance alimentaire d'aliments de complément sûrs et appropriés pour des enfants de 6 à 23 mois comme les aliments fortifiés, les poudres de micronutriments ou les aliments prêts à consommer (bons d'achat/en nature), ceci accompagné d'orientations pratiques et de démonstrations en matière de préparation ;
- Dans le cadre de crises prolongées, des interventions pour améliorer la disponibilité et l'accès à des produits alimentaires variés et à des aliments de complément.
- Le lait et les produits laitiers ne doivent pas être inclus dans l'assistance alimentaire non ciblée ; le lait en poudre ne doit jamais être distribué seul.
- Le soutien prioritaire doit être consacré à la satisfaction des besoins immédiats essentiels des mères, des dispensateurs de soins ainsi que des mères enceintes et allaitantes. Cela peut signifier une alimentation supplémentaire pour les femmes enceintes et allaitantes ou encore la distribution ciblée ou générale de denrées alimentaires à forte densité nutritionnelle soit en nature, soit sous la forme de bons d'achat.
- Lors des distributions, garantir la disponibilité d'abris et de sièges pour les femmes qui allaitent au cas où le temps d'attente serait important, ou bien mettre en place des files d'attente prioritaires.



SOINS ET PROTECTION

- Prendre en compte, au moment de planifier les interventions, les exigences liées à l'emploi du temps des femmes pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ainsi que pour la garde des enfants.
- Proposer un soutien à la garde d'enfants pour les projets impliquant que les femmes travaillent en dehors de chez elle.
- Prendre en compte les différentes options en matière de moyens d'existence et/ou les heures de travail permettant aux femmes qui ont des nourrissons ou des jeunes enfants de s'impliquer sans compromettre les pratiques optimales d'allaitement et de soins aux enfants comme cela peut être le cas dans une approche Argent / Vivres contre travail ; ou proposer des transferts d'argent sans contrepartie.



ABRIS

- Prendre en compte les contraintes culturelles et de genre susceptibles d'affecter les pratiques ANJE, par exemple l'intimité liée à l'allaitement et l'utilisation d'espaces collectifs pour la cuisine.
- Prendre en compte la mise à disposition d'espaces sûrs, propres et récréatifs pour les groupes de jeunes mères afin qu'elles se retrouvent et que les enfants puissent s'amuser.

3. Le suivi de l'ANJE-Urgence

Suivre comment les enjeux ANJE-Urgence ont été intégrés dans les projets demande d'adopter une approche ANJE-Urgence en plus de l'approche existante en matière de suivi. Cela implique de se demander : « **Comment cette activité prend en compte les besoins spécifiques des nourrissons, des enfants de moins de 2 ans, des femmes allaitantes et des dispensateurs de soins ?** »

MÉTHODOLOGIE ET INFORMATEURS CLÉS	INFORMATIONS COLLECTÉES
<p>COORDINATION ET DISCUSSION AVEC LES PARTIES PRENANTES CLÉS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • UNICEF/ représentant du Cluster Nutrition ; • personnel du gouvernement doté d'une expertise ANJE (ministère de la Santé et autres) ; • ONG / organisations de la société civile 	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est /a été le rôle du Cluster Nutrition dans l'évaluation et la réponse aux enjeux d'ANJE-Urgence ? • De nouvelles orientations spécifiques à l'ANJE ont-elles été développées pour la situation actuelle et sont-elles en cours de mise en œuvre ? (par exemple, une politique ou une déclaration conjointe en matière de gestion et d'utilisation des substituts du lait maternel) • Quelles stratégies emploient les partenaires pour répondre aux enjeux d'ANJE-Urgence ? • Quels sont les défis rencontrés pour répondre aux enjeux d'ANJE-Urgence ?
<p>DISCUSSIONS AVEC LES BÉNÉFICIAIRES :</p> <ul style="list-style-type: none"> • discussions communautaires ; • petits groupes de discussions avec des personnes ayant la charge d'enfants de moins de 2 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Les besoins spécifiques en matière de nutrition et de soins relatifs aux nourrissons et aux jeunes enfants sont-ils satisfaits ? • Les personnes ayant la charge d'enfants de moins de 2 ans sont-elles capables de leur fournir des soins et une alimentation spécifiques ? • Est-il possible que des activités de projet puissent être améliorées pour répondre de façon plus appropriée à ces besoins ? • Les enfants apprécient-ils / mangent-ils l'alimentation de complément qui leur est distribuée ?

MÉTHODOLOGIE ET INFORMATEURS CLÉS	INFORMATIONS COLLECTÉES
<p>VISITES DE SITES, SUIVI EN DIRECT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il des espaces sûrs pour que les femmes puissent allaiter leurs enfants ? • L'abri du foyer offre-t-il suffisamment d'intimité et de protection ? • Une attention appropriée est-elle accordée dans les centres de soins et les centres d'alimentation à la promotion de l'allaitement et au soutien à des substituts du lait maternel sûrs là où cela est nécessaire ? Des protocoles existent-ils ? Le personnel concerné a-t-il reçu une formation appropriée ? Quel est le mécanisme permettant la mise en place d'une supervision d'appui technique ? • Des points d'eau et des récipients de collecte sont-ils disponibles et accessibles pour les foyers comprenant des nourrissons et des jeunes enfants ? • Des pratiques hygiéniques d'alimentation des enfants sont-elles observées aux niveaux de la communauté, du centre d'alimentation/de santé et du foyer ? • Quelle est la longueur des files d'attente aux sites de distribution et aux points d'eau ? • Les questions relatives à l'ANJE-Urgence sont-elles intégrées dans les discussions à propos de l'éducation à la santé dans le cadre de l'assistance alimentaire, de la CMAM ou des projets de santé, ainsi que comme un élément de la promotion de l'hygiène dans les projets WASH ? • Les sujets de discussions sont-ils pertinents et adaptés vis-à-vis du public ciblé ? • Le personnel impliqué dans l'ANJE-Urgence est-il suffisamment expérimenté, formé et équilibré en termes de genre et d'âge ?
<p>SAISIE DES DONNÉES DU PROJET</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assistance alimentaire – disponibilité et approvisionnement constant d'une ration d'alimentation de complément appropriée et adéquate du point de vue nutritionnel pour les enfants de 6 à 23 mois. • PCMA – quelles sont les tendances au niveau des admissions et des indicateurs de performance pour les moins de 2 ans ? Fréquence/modalité des prestations de conseil et de formation. • WASH – distance vis-à-vis de la source d'eau / adéquation de la quantité d'eau pour les foyers comprenant des enfants de moins de 2 ans, en particulier dans les situations où l'emploi de substituts du lait maternel est plus répandu ; comment tout besoin particulier a-t-il été traité ? La promotion à l'hygiène est-elle adéquate ? • Abris – disponibilité d'espaces privés réservés aux femmes allaitantes • Santé – là où un projet gère des substituts du lait maternel, quels sont les mécanismes en place pour garantir que seuls les enfants qui ont besoin de ces substituts les reçoivent et que les effets négatifs sont évités ?

4. Les rapports en matière d'ANJE-Urgence

Une base de données d'indicateurs compilée par OCHA pour suivre et évaluer la situation ANJE-Urgence peut être utilisée comme référence¹⁴, en même temps que les indicateurs Sphère. Ces indicateurs (ou une sélection) devraient être intégrés dans des évaluations inter-agences détaillées et être disponibles à l'issue d'enquêtes comme le MICS, l'EDS ou des enquêtes ANJE autonomes là où celles-ci sont disponibles.

Ces données de base peuvent être intégrées, lorsque cela est approprié, dans le suivi de projet et les rapports finaux.

Les éléments suivants doivent être pris en compte dans le rapport final :

- Les besoins spécifiques des nourrissons, des jeunes enfants et de leurs dispensateurs de soins sont-ils évalués et pris en compte durant la mise en œuvre du projet ?
- Les risques identifiés en matière d'ANJE-Urgence ont-ils été traités de façon appropriée par le projet ?
- Existe-t-il une description des bénéfices et des réalisations de toutes les composantes en lien avec l'ANJE-Urgence ?

Comment puis-je évaluer l'impact des interventions ANJE dans un projet à court terme ?

¹⁴ Nutrition Cluster Assessment Indicators, <https://www.humanitarianresponse.info/system/files/documents/files/Bank%20of%20Nutrition%20Cluster%20Assessment%20Indicators.pdf>



Annexes

Annexe 1: Points clés pour la prise en compte des enjeux liés à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les réponses d'urgence

	PRISE EN COMPTE DES PROBLÉMATIQUES ANJE-URGENCE
Evaluation des besoins	<p>Existe-t-il une politique nationale en matière d'ANJE ou des directives ANJE-Urgence ?</p> <p>Le Cluster Nutrition est-il activé et mène-t-il les activités en lien avec les directives ANJE-Urgence ? Si ce n'est pas le cas, avec quelle agence chef de file/quelles parties prenantes discuter des préoccupations et des stratégies propres à l'ANJE-Urgence ?</p> <p>Existe-t-il une communication claire se conformant au Code en ce qui concerne les dons et la gestion des substituts du lait maternel et du lait en poudre ?</p> <p>Renvoyer aux documents d'orientations internationaux (<i>Sphère et Directives opérationnelles</i>)</p> <p>Les besoins humanitaires ont-ils été définis en prenant en compte les besoins particuliers des femmes enceintes et allaitantes, des enfants de moins de 2 ans et de leurs dispensateurs de soins ?</p> <p>Les substituts du lait maternel, les produits laitiers, les biberons et les tétines sont-ils disponibles de façon évidente au sein de la population ou dans la chaîne d'approvisionnement ?</p> <p>Des problèmes sont-ils reportés au niveau de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ?</p> <p>La ration générale est-elle adéquate pour le ménage ? Des aliments de complément adéquats et appropriés du point de vue nutritionnel pour les enfants de 6 à 23 mois sont-ils disponibles ou distribués ?</p> <p>Les services de santé reproductive fonctionnent-ils ? (services prénataux, d'accouchement et postnataux)</p> <p>Existe-t-il des informations sur le statut nutritionnel ou la morbidité des femmes enceintes et allaitantes ou des nourrissons et des jeunes enfants de moins de 2 ans ?</p> <p>Existe-t-il des barrières culturelles par rapport au retour à l'allaitement, au fait de tirer le lait ou de recourir à une nourrice ?</p> <p>Qui sont les décideurs clés au niveau du ménage, de la communauté et des équipements de santé qui exercent une influence sur les pratiques en matière d'ANJE ?</p> <p>Quelles sont les pratiques actuelles en matière d'ANJE ? Des changements ont-ils eu lieu par rapport aux pratiques d'avant-crise ?</p>

	PRISE EN COMPTE DES PROBLÉMATIQUES ANJE-URGENCE
Evaluation des besoins	<ul style="list-style-type: none"> Rechercher des sources de données secondaires (EDS, MICS) en ce qui concerne les indicateurs ANJE Garantir que des indicateurs clés ANJE soit intégrés dans des évaluations rapides multisectorielles et dans des enquêtes plus détaillées Identifier des sujets critiques et des groupes vulnérables, par exemple une importante population de nourrissons alimentés de façon artificielle ou de nourrissons et de jeunes enfants non accompagnés Déterminer l'importance générale des sujets ANJE dans les zones du projet ; identifier les sujets clés susceptibles de menacer l'allaitement, l'alimentation de complément et l'alimentation artificielle sûre.
Planification et conception	<p>L'assistance proposée est-elle adaptée aux besoins et capacités spécifiques des femmes enceintes et allaitantes, des enfants de moins de 2 ans et de leurs dispensateurs de soins dans tous les secteurs ?</p> <p>Le document de projet est-il conforme au Code ? Respecte-t-il les orientations internationales et toute autre orientation publiée par le Cluster Nutrition ?</p> <p>Des indicateurs de suivi adéquats sont-ils proposés pour saisir les produits/résultats en matière d'ANJE-Urgence ?</p>
Mise en œuvre et suivi	<p>Comment les activités ont-elles répondu aux besoins spécifiques des nourrissons, des enfants de moins de 2 ans et de leurs dispensateurs de soins ainsi qu'à ceux des femmes enceintes et allaitantes dans chaque secteur ?</p> <p>Les indicateurs utilisés sont-ils capables de suivre les résultats (positifs et négatifs) du projet sur les enfants de moins de 2 ans ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Réexaminer les hypothèses de départ en matière d'ANJE-Urgence et tout changement dans les indicateurs ou la situation générale. Garantir que la consultation saisit les points de vue et les préoccupations des femmes enceintes et allaitantes ainsi que des personnes ayant la garde d'enfants de moins de 2 ans. Rechercher de l'expertise en matière d'ANJE (gouvernement, organisation de la société civile ou Cluster nutrition) pour mettre à jour la situation et s'enquérir des préoccupations qui émergent
Evaluation et rapport	<p>Comment le projet a-t-il contribué à protéger et promouvoir le statut nutritionnel des nourrissons et des jeunes enfants ainsi que le bien-être de leurs mères et de leurs dispensateurs de soins ?</p> <ul style="list-style-type: none"> Lorsque cela est approprié, inclure des indicateurs ANJE dans le rapport.

Annexe 2: Documents de référence

DOCUMENTS CLÉS

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**, Module 1. v. 2.1., February 2007. <http://files.enonline.net/attachments/121/ops-guidance-french-sept-07.pdf>

OMS (1981). **Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et Résolutions ultérieures adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé (connus sous le nom de Code)** http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf

OMS (2007/2009). **Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Partie 1 Définitions (2007) et Partie 2 Mesures (2009)** http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242596663_fre.pdf

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.** http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241599535/en/index.html

Projet Sphère (2011). **Les standards minimums sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant in infant and young child feeding.** <http://www.spherehandbook.org/fr/alimentation-du-nourrisson-et-du-jeune-enfant/>

Save the Children (2014). **IYCF-E Toolkit: Rapid start-up resources for emergency nutrition personnel.** <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit>

ORIENTATIONS COMPLÉMENTAIRES :

IFE Core Group (2008). **Model Joint Statement on IFE.** <http://www.enonline.net/modelifejointstatement>

MODULES DE FORMATION

IFE Core Group (2010). **Module 1. Infant Feeding in Emergencies for emergency relief staff. Orientation package.**

Ce paquet (<http://lessons.enonline.net>) comprend des cours en e-learning pouvant être utilisés dans le cadre d'une auto-formation. Il comprend également des présentations PowerPoint ainsi que des manuels téléchargeables et imprimables (<http://www.enonline.net/resources/iycfeorientationpackage>).

Harmonized Training Package (HTP) Version 2.0 (2011). **Module 17, Infant and Young Child Feeding.**

Ce HTP est avant tout une **ressource pour les formateurs** en nutrition dans le secteur de l'urgence. Il peut être utilisé par des individus pour augmenter leurs connaissances techniques du secteur. Il a été conçu pour fournir aux formateurs des informations à partir desquelles concevoir et mettre en œuvre une formation selon les besoins spécifiques du public visé. http://www.unscn.org/en/gnc_htp/module.php?modID=22&docID=74 <http://www.enonline.net/htpv2module17>

APPUI TECHNIQUE

En-net (www.en-net.org.uk), le forum de discussion sur la nutrition en urgence hébergé par ENN, est un outil de discussion entre pairs au sujet des dilemmes de programmation ainsi qu'une ressource d'appui d'experts sur des questions urgentes. Recherchez ou posez des questions dans la partie du forum consacrée aux interventions d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants <http://www.en-net.org.uk/forum/4.aspx>

Annexe 3 : Glossaire

Alimentation artificielle. L'utilisation d'un substitut du lait maternel, comme le lait maternisé, pour alimenter un nourrisson ou un enfant. Ce terme comprend à la fois les nourrissons qui ne sont pas allaités et les nourrissons qui reçoivent une alimentation mixte.

Alimentation de complément. Alimentation solide adaptée à l'âge, adéquate et sûre ou semi-solide en supplément du lait maternel ou d'un substitut du lait maternel pour les enfants de 6 à 23 mois.

Alimentation de substitution. Terme utilisé pour l'alimentation des nourrissons non allaités en contexte de VIH. Cela implique d'alimenter les nourrissons qui ne reçoivent aucun lait maternel avec un régime leur apportant les nutriments dont ils ont besoin jusqu'à l'âge auquel ils peuvent être entièrement nourris au moyen des aliments de la famille. Durant les 6 premiers mois, l'alimentation de substitution doit être réalisée avec un substitut du lait maternel approprié qui peut être du lait maternisé. Après l'âge de 6 mois, la nécessité et le type de substitut du lait maternel dépendront des types d'aliments de complément disponibles.

Alimentation mixte. Consiste à alimenter les nourrissons avec à la fois du lait maternel et du substitut du lait maternel.

Alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants. Initiation rapide (dans la première heure après la naissance) de l'allaitement exclusif, allaitement exclusif durant les six premiers mois, suivi par des aliments de complément sûrs et adéquats du point de vue nutritionnel tout en poursuivant l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà.

Aliment de complément. Tout aliment, produit de façon industrielle ou préparé localement, utilisé comme complément du lait maternel ou d'un substitut du lait maternel et qui peut être introduit après l'âge de six ans.

Allaitement exclusif. Un nourrisson reçoit seulement du lait maternel et aucun autre aliment liquide ou solide, pas même de l'eau, à l'exception de gouttes ou de sirops contenant des vitamines, des suppléments minéraux ou des médicaments.

Initiation rapide de l'allaitement. Un nourrisson reçoit du lait maternel dans la première heure qui suit sa naissance.

Jeune enfant. Un enfant âgé de 12 à 24 mois non révolus (soit 12-23 mois complets).

Lait maternisé. Un substitut du lait maternel fabriqué de façon industrielle en accord avec les standards applicables du Codex Alimentarius (développés par le Food Standards Programme conjoint de la FAO et de l'OMS). Le lait maternisé commercial est du lait maternisé fabriqué pour la vente, sous marque de fabricant, et pouvant être disponible à l'achat sur les marchés locaux. Le lait maternisé générique est sans marque et n'est pas disponible sur le marché ouvert, nécessitant par conséquent une chaîne d'approvisionnement distincte.

Nourrice. Une femme qui allaite et garde l'enfant d'une autre femme.

Nourrisson. Un enfant âgé de 0 à 12 mois (parfois indiqué comme 0-11 mois) qui vient de terminer ses 12 mois d'existence. Un jeune nourrisson est défini comme un nourrisson âgé de 0 à 6 mois (parfois indiqué comme 0-5 mois) qui vient de terminer ses 6 mois d'existence.

Nourrisson non allaité. Le nourrisson ne reçoit aucun lait maternel.

Substitut du lait maternel. Toute alimentation ou tout liquide commercialisé(e) ou représenté(e) en remplacement partiel ou total du lait maternel, que cela convienne ou non pour cet objectif. Un substitut du lait maternel approprié comprend du lait maternisé (avec ou sans marque) ou, pour une utilisation temporaire, des laits liquides modifiés d'origine animale et du lait évaporé modifié.

Annexe 4 : Quizz ANJE-Urgence

? Les affirmations suivantes sont-elles vraies ou fausses ? Les réponses sont disponibles à la page suivante.

1	Les actions promues par l'ANJE-Urgence relèvent principalement de la promotion de bonnes pratiques de soins.
2	Les taux de mortalité infantile peuvent être jusqu'à 70 fois supérieurs à la moyenne durant une urgence.
3	Les enfants âgés de 6 à 23 mois peuvent manger les mêmes repas que le reste de la famille.
4	L'un des principes majeurs de l'ANJE-Urgence est d'assurer que toutes les mères de nourrissons de moins de six mois allaitent leur enfant.
5	La principale préoccupation de l'ANJE-Urgence est de prévenir l'excès de malnutrition et la mortalité des nourrissons et des jeunes enfants.
6	La distribution de substituts du lait maternel (par exemple, le lait maternisé) n'est jamais appropriée dans le cadre d'une urgence.
7	Les bébés atteints de diarrhées ont besoin d'eau en plus du lait maternel pour compenser la perte de liquide.
8	Le soutien psychosocial des mères peut contribuer à la performance des pratiques ANJE-Urgence.
9	Le stress affecte la production de lait maternel / détériore sa qualité.
10	Une fois arrêté, l'allaitement ne peut être repris.
11	Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel interdit la distribution gratuite/à bas coût des substituts dans tous les domaines du système de soins de santé.

RÉPONSES

1	Faux L'ANJE-Urgence implique différents secteurs, dont la santé, l'assistance alimentaire, la nutrition, l'eau-assainissement-hygiène, l'abri et les interventions fournissant une assistance directe aux mères, aux dispensateurs de soins et aux enfants.
2	Vrai
3	Faux Les enfants de moins de 2 ans doivent consommer des aliments qui satisfont leurs besoins spécifiques et prennent en compte leurs spécificités physiologiques. Ils doivent également continuer à être allaités, lorsque cela est possible.
4	Vrai L'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois est l'action qui a le plus grand impact sur la morbidité et la mortalité des nourrissons et des jeunes enfants.
5	Vrai
6	Faux Lorsque l'allaitement n'est pas possible ou qu'il pourrait être dangereux pour les enfants (par exemple, en cas de virus Ebola), l'alimentation artificielle est recommandée. Elle doit toutefois être accompagnée par des conseils et une assistance matérielle appropriée en vue de réduire les risques qui lui sont associés.
7	Faux La composition du lait maternel s'ajustera naturellement aux besoins de l'enfant. L'eau n'est jamais recommandée durant ses six premiers mois.
8	Vrai Le soutien psychosocial aide les mères à gérer et surmonter le stress induit par des événements traumatiques. Celui-ci a un impact direct sur leur capacité à allaiter et à fournir les soins adéquats à leurs enfants.
9	Faux Le lait maternel ne se détériore jamais mais sa production nécessite des dispositions à la fois physiques et mentales. Une mère stressée se sentira moins en confiance et sera moins patiente avec son nourrisson, ce qui affectera la stimulation et, au final, la production de lait.
10	Faux Avec la stimulation et la détermination qui conviennent, l'allaitement peut être repris, y compris plusieurs mois après l'arrêt (les grands-mères peuvent allaiter leurs petits-enfants quand la mère ne peut pas le faire). Même les femmes qui n'ont jamais eu d'enfants peuvent produire du lait.
11	Vrai

Auteurs

Ce guide a été développé par la DG ECHO et le Consortium INSPIRE. Le Consortium appuie la DG ECHO dans le développement de ses politiques à travers des activités de recherche, d'animation d'ateliers et de diffusion des résultats.

Le Consortium INSPIRE réunit trois institutions européennes à la pointe du secteur humanitaire : le Groupe URD, GPPI (Allemagne) et IECAH (Espagne). Le Consortium INSPIRE est coordonné par le Groupe URD.

Auteurs: Leah Richardson et Tamsin Walters

Publié à Bruxelles en 2014

Conception graphique : Alexandra Fragstein

Credits: page 6 © EC/ECHO/Anouk Delafortrie, page 12 © EU - photo by EC/ECHO/Pierre Prakash, page 20 © UNHCR/F. Noy, page 26 © PAM/Masud Al Mamun, page 42 © Agata Grzybowska

ECHO
web page



<http://www.facebook.com/ec.humanitarian.aid>

http://twitter.com/eu_echo

http://ec.europa.eu/comission_2010-2014/georgieva

