



Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence

**Directives
opérationnelles
à l'intention du
personnel et des
administrateurs
de programmes**

**Développé par le Groupe de travail sur
l'alimentation des nourrissons et des
jeunes enfants dans les situations
d'urgence (IFE Core Group)**

Version 2.1 – Février 2007

Contexte

Ces directives opérationnelles ont été élaborées pour la première fois par le Groupe de travail inter agence sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence en 2001. Ce groupe de travail comprenait les membres du groupe de travail actuel (IFE Core group) ; une collaboration inter agence travaillant au développement de matériel de formation et de politiques sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants en situation d'urgence.

En mai 2006, les membres du groupe (UNICEF, OMS, UNHCR, WFP, IBFAN-GIFA, CARE USA, Fondation Terre des hommes et Emergency Nutrition Network (ENN)) ont élaboré sous la coordination de l'ENN la version 2.0. Cette présente version (2.1, février 2007) comprend une section 6.0 restructurée, afin d'éclaircir certains sujets sur la base des expériences de mise en œuvre. Le groupe de travail tient à remercier et à exprimer sa reconnaissance envers toutes les personnes qui ont conseillé et contribué à cette version ainsi qu'aux précédentes.

Mandat

Ce document constitue une aide à l'application pratique des Principes directeurs pour l'Alimentation des Nourrissons et des jeunes Enfants dans les Situations d'Urgence (*OMS (1)*), la Déclaration politique et stratégique sur la Nutrition des Nourrissons en Situation d'Urgence (*ENN (2)*), et le Code international de commercialisation des substituts de lait maternel ainsi que les Résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (*AMS (3)*). Il s'aligne sur le projet Sphère (*4*) et sur les autres standards d'urgence internationaux^a. Il représente aussi une contribution ayant pour but d'assister les dirigeants, planificateurs et bailleurs de fonds à prendre leurs responsabilités établies dans la Stratégie mondiale de *l'UNICEF/OMS sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant^b*, dans *l'Article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant^c* et l'appel à l'action contenu dans la Déclaration d'Innocenti 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant unanimement accueillie par l'AMS 2006^d.

But

L'objectif de ce document est de fournir des directives concises et pratiques (mais pas techniques) sur la manière d'assurer une alimentation adéquate aux nourrissons et jeunes enfants dans les situations d'urgence. Un certain nombre d'éléments sont aussi applicables dans les contextes non urgents.

Groupes cibles

Ces directives opérationnelles se concentrent spécialement sur les nourrissons et les enfants de moins de 2 ans et leurs donneurs de soins, reconnaissant leur vulnérabilité particulière dans les situations d'urgence.

Ils sont destinés au personnel d'aide en cas d'urgence et aux

administrateurs de programme de toutes les organisations travaillant dans les programmes d'urgence, y compris gouvernements, agences onusiennes, les organisations non-gouvernementales nationales et internationales (ONG), ainsi que les bailleurs de fonds. Ils s'appliquent dans les situations d'urgence de tous les pays et sont applicables dans les situations non urgentes, particulièrement dans la préparation à une situation d'urgence.

Mise en page

Commençant par un résumé des points clés, ce document est organisé en six sections de mesures pratiques avec références (*section 7*), contacts clés (*section 8*), et définitions (*section 9*) comprises à la fin. L'information supplémentaire sur la mise en œuvre des directives est référencée au travers du document (1-26). Du matériel de plaidoyer destiné aux médias et au grand public peut être obtenu (2, 8). L'évaluation et la prise en charge des nourrissons et des jeunes enfants souffrant de malnutrition sévère ne sont pas développées dans ce document (*voir (9) et (24b) pour des sources d'information*).

Feedback et soutien

Le groupe de travail reçoit volontiers les commentaires sur ce document et sa mise en œuvre (voir contacts plus bas). Un **soutien d'organisations** pour ces directives opérationnelles est aussi en train d'être mis en place. Une organisation soutient les directives opérationnelles lorsque ses propres politiques sont en accord avec ces directives et/ou les directives sont en accord avec la philosophie de l'organisation et sont un objectif à atteindre pour l'organisation.

Vous pouvez enregistrer un soutien de la part de votre organisation pour ces directives opérationnelles et consulter la liste des autres organisations les soutenant en ligne à l'adresse: <http://www.enonline.net> ou contacter: IFE Core Group c/o Emergency Nutrition Network, 32, Leopold Street, Oxford, OX4 1TW, UK.

Tel: +44 (0)1865 324996, fax: +44 (0)1865 324997, email: ife@enonline.net
<http://www.enonline.net>

Une attention prudente à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et le soutien de bonnes pratiques peuvent sauver des vies. La protection de l'allaitement maternel n'est pas seulement importante en situation d'urgence, mais peut avoir des répercussions à long terme sur la santé de l'enfant et sur les décisions futures des femmes concernant l'alimentation. Tout groupe de personnes possède des us et coutumes concernant l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Il est important de le comprendre et de travailler avec ceux-ci de manière sensée lorsque l'on promeut les meilleures pratiques.

Sommaire

POINTS CLES	5
Mesures pratiques (1-6)	
1 Appuyer ou formuler des politiques	6
2 Former le personnel	6
3 Coordonner les opérations	7
3.1 Coordination en situation d'urgence	7
3.2 Renforcement des capacités et soutien technique.....	8
4 Evaluer et surveiller	8
4.1 Informations pertinentes.....	8
4.2 Evaluations de routine rapides.....	8
4.3 Informations pertinentes additionnelles.....	9
<i>y compris qualitatives (4.3.1) et quantitatives (4.3.2)</i>	
5 Protéger encourager et soutenir la nutrition optimale du nourrisson et du jeune enfant grâce à des interventions multisectorielles intégrées	10
5.1 Interventions de base.....	10
<i>y compris ration alimentaire générale (5.1.1), l'alimentation de complément et les micronutriments (5.1.2 - 5.1.5), l'enregistrement des nouveau-nés (5.1.6, 5.1.7), aide aux donneurs de soins (5.1.8, 5.1.9)</i>	
5.2 Interventions techniques.....	10
<i>y compris la formation (5.2.1), développement de services et intégration (5.2.2 - 5.2.5), considérations sur le VIH et le SIDA (5.2.7, 5.2.8)</i>	
6 Réduire les risques de l'alimentation artificielle	14
6.1 Gérer les dons et les stocks de substituts de lait maternel.....	14
6.2 Etablir et mettre en application les directives pour l'utilisation et le ciblage.....	15
6.3 Contrôle de l'approvisionnement.....	16
<i>y compris les organisations donatrices(6.3.1), type et source des substituts de lait maternel (6.3.2), étiquetage (6.3.3), approvisionnement (6.3.4), bouteilles et tétines (6.3.6)</i>	
6.4 Contrôle de la gestion et de la distribution	18
7 Contacts clés	19
8 Références	22
8.1 Politiques et directives.....	22
8.2 Le Plaidoyer.....	22
8.3 Informations techniques.....	22
8.4 Matériel de formation	23
8.5 Evaluation, surveillance.....	25
9 Définitions	26

POINTS CLES

1. Le soutien approprié et coordonné de l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants dans les situations d'urgence permet de sauver des vies.
2. Chaque institution devrait formuler une politique relative à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence. Cette politique devrait être largement diffusée à l'ensemble du personnel, les procédures de l'institution devraient être adaptées en conséquence et la mise en œuvre de la politique renforcée (*Section 1*).
3. Les institutions doivent assurer la formation et l'orientation de leur personnel technique et non technique, en utilisant le matériel de formation disponible (*Section 2*).
4. Dans l'approche concertée du comité permanent inter agence (IASC) des Nations Unies pour les questions humanitaires, l'UNICEF est naturellement dévolue à la coordination de la politique relative à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants en cas d'urgence. Les autres agences onusiennes et les ONGs ont néanmoins un rôle à jouer en collaboration étroite avec les gouvernements (*Section 3*).
5. Il importe d'intégrer la collecte d'informations pertinentes sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants aux procédures rapides d'évaluation routinière. Si cela s'avère nécessaire, pourra être faite une évaluation plus systématique en utilisant les méthodes recommandées (*Section 4*).
6. Des mesures simples doivent être mises en place pour veiller à ce que les besoins des mères et des nourrissons soient pris en charge au cours des premières phases d'une situation d'urgence. Dès le début également, il faut soutenir les agents de santé et les personnes ayant des besoins particuliers tels les orphelins et les enfants non accompagnés (*Section 5*).
7. Il faut intégrer le soutien à l'allaitement et à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants aux autres services fournis aux mères, aux nourrissons et aux jeunes enfants (*Section 5*).
8. Des aliments adaptés aux besoins nutritionnels des nourrissons plus âgés et des jeunes enfants doivent être inclus dans la ration générale des populations qui dépendent de l'aide alimentaire (*Section 5*).
9. Il faut s'abstenir d'accepter les dons (gratuits ou subventionnés) de substituts du lait maternel. Il faut refuser les biberons et les tétines dans les situations d'urgence. Tout don bien intentionné mais inopportun de substituts de lait maternel, de biberons et de tétines devrait être placé sous le contrôle d'un seul organisme désigné (*Section 6*).
10. La décision d'accepter ou de se procurer des substituts de lait maternel dans une situation d'urgence, de même que celle d'utiliser ou de distribuer ceux-ci doit revenir à du personnel technique informé, être basé sur des critères stricts, en collaboration avec l'organisation coordinatrice et les organisations concernées.
11. Les substituts du lait maternel, les autres laits, les biberons et les tétines ne devraient jamais faire l'objet d'une distribution générale. Les substituts de lait maternels et les autres laits ne doivent être distribués que conformément à des critères stricts reconnus et fournis uniquement aux mères et donneurs de soins pour les nourrissons qui en ont besoin. Il faut éviter activement l'utilisation de biberons et de tétines dans les contextes d'urgence (*Section 6*).

1 Appuyer ou formuler des politiques

- 1.1 Chaque institution devrait, au niveau central, formuler ou appuyer une politique^e concernant les questions suivantes:
- Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence, l'accent étant mis sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel et d'une alimentation de complément adéquate et apportée au bon moment.
 - Respect des dispositions du Code international et des Résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé vis-à-vis de l'achat, la distribution et l'utilisation des substituts du lait maternel et des produits laitiers ainsi que de la nourriture commerciale pour bébés et des articles pour l'alimentation infantile.
- 1.2 Diffusion et intégration à un large niveau des politiques en question: les procédures à tous les niveaux devraient être adaptées en conséquence.

2 Former le personnel

- 2.1 Chaque institution doit être en mesure de donner des **directives de base** à l'ensemble du personnel concerné (aux niveaux nationaux et internationaux) pour assurer l'alimentation appropriée des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence. Cela suppose de reconnaître que les attentes culturelles et les expériences propres du personnel peuvent représenter des barrières à la compréhension et à l'application des pratiques recommandées et nécessitent donc d'être prises en compte. Il est recommandé de baser la formation sur les documents suivants: *la politique de l'institution quand celle-ci existe, les présentes directives opérationnelles et les Modules inter agence I et II de formation sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence (24a et 24b).*
- 2.2 En outre, le personnel des programmes de santé et de nutrition devrait bénéficier d'une formation technique se basant par exemple sur le module inter agence II (24b) de formation sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, qui donne une orientation sur les directives techniques disponibles (9 - 23), et sur le cours de formation de Conseil en allaitement de l'OMS/UNICEF (26) et les ressources de relactation (18).

- 2.3** Des connaissances spécifiques sur le conseil en allaitement ou sur la formation pour le conseil en alimentation infantile peuvent être recherchées au **niveau national** par l'intermédiaire du Ministère de la santé, de l'UNICEF, de l'OMS, de la La Leche League ou des groupes du Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN), ou au **niveau international** par l'intermédiaire de ILCA (Association internationale des consultants en lactation)^f, de l'OMS, de l'UNICEF ou de IBFAN-Geneva Infant Feeding Association (GIFA)^g.

3 Coordonner les opérations

- 3.1** Dans l'approche concertée du comité permanent inter-agence (IASC) des Nations Unies pour les questions humanitaires, l'UNICEF est naturellement dévolue à la coordination de la politique relative à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants en cas d'urgence. Dans les où UNICEF n'est pas présente, il faut désigner une autre agence possédant le degré d'expertise nécessaire comme agence coordinatrice. Lors d'une opération d'urgence, le niveau suivant de coordination est requis:
- Coordination des politiques: les politiques individuelles des institutions et les politiques nationales devraient servir de base à un accord sur la politique particulière qui sera adoptée pour l'opération d'urgence en question.
 - Coordination intersectorielle : les institutions devraient contribuer aux réunions de coordination sectorielles pertinentes (sur la santé et la nutrition, l'aide alimentaire, l'eau et l'assainissement et les services sociaux) pour assurer l'application de la politique.
 - Formulation pour l'opération d'urgence d'un plan d'action qui définit les responsabilités des institutions et les mécanismes de responsabilisation.
 - Diffusion de la politique et du plan d'action aux institutions opérationnelles et non opérationnelles, y compris les bailleurs de fonds et les médias (pour veiller à ce que les envois d'aide et les dons soient conformes au Code international).
 - Evaluation du succès des interventions en faveur de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants une fois la situation d'urgence terminée.

- 3.2 L'organe de coordination devrait identifier les besoins en matière de renforcement des capacités et d'appui technique entre les partenaires opérationnels et y donner suite. A moins que des fonds complémentaires puissent être mobilisés pour faire face à ces besoins, la coordination et la qualité des interventions relatives à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants seront gravement compromises.

4 Evaluer et surveiller

- 4.1 Obtenir des informations pertinentes au cours des évaluations initiales de la situation est nécessaire pour déterminer les priorités en matière d'action et d'intervention. Les équipes d'évaluation devraient inclure au moins une personne ayant suivi le programme d'orientation de base sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence (voir 2.1). Les évaluations devraient être coordonnées et les résultats échangés par l'intermédiaire de l'organe de coordination.
- 4.2 Les informations clés à obtenir aux premiers stades grâce à des **évaluations de routine rapides** et par l'observation et le dialogue sont notamment les suivantes:
- Profil démographique, en notant en particulier si les groupes ci-après sont sous-représentés ou surreprésentés: femmes, nourrissons et jeunes enfants, femmes enceintes, enfants non accompagnés^h.
 - Pratiques prédominantes en matière d'alimentation, il s'agit plus particulièrement de savoir si l'allaitement exclusif est initié de manière précoce ou si l'allaitement par les nourrices est traditionnellement pratiqué.
 - Disponibilité manifeste de substituts du lait maternel, d'autres laits, de biberons et de tétines parmi la population en situation d'urgence et dans la filière d'approvisionnement.
 - Problèmes signalés au niveau de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, notamment problèmes d'allaitement maternel et difficultés d'accès aux aliments de complément appropriés.
 - Méthodes actuelles d'alimentation des nourrissons orphelins observées pendant la situation d'urgence et méthodes utilisées avant la crise.
 - Risques en matière de sécurité pour les femmes et les enfants.

4.3 Si l'évaluation rapide ne permet pas de répondre à la situation, **des informations additionnelles** concernant les causes de la malnutrition devraient être obtenues (3).

4.3.1 Utiliser des **méthodes qualitatives** pour:

- Evaluer la disponibilité d'aliments appropriés pour l'alimentation de complément dans la ration générale et dans les programmes d'alimentation ciblés.
- Evaluer l'environnement sanitaire, y compris la quantité et la qualité de l'eau; le combustible; l'hygiène; le logement; les ressources disponibles pour la préparation et la cuisson des aliments.
- Evaluer l'appui offert par les services sanitaires assurant les soins prénatals, les accouchements, les soins postnatals et les soins aux enfants.
- Identifier tous les facteurs faisant obstacle à l'allaitement maternel.
- Evaluer les capacités des personnes susceptibles d'apporter un appui (mères allaitantes, agents sanitaires qualifiés, conseillers qualifiés, femmes de la communauté ayant de l'expérience).
- Repérer les principaux décideurs aux niveaux du ménage, de la communauté et des services sanitaires locaux qui influent sur les pratiques en matière d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.
- Identifier les barrières culturelles à la relactation, à l'expression de lait maternel ou à l'allaitement par les nourrices.

4.3.2 Utiliser des méthodes quantitatives ou les statistiques de santé existantes pour évaluer:

- Le nombre de nourrissons et de jeunes enfants de moins de deux ans accompagnés et non accompagnés (données stratifiées par âge: de 0 à <6 mois, de 6 à <12 mois, de 12 à <24 mois) et des enfants de 24 à <60 mois (2 - 5 ans) ainsi que le nombre de femmes enceintes et mères allaitantes
- La qualité nutritionnelle de la ration alimentaire
- Morbidité et mortalité infantileⁱ
- Pratiques en matière d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, y compris les techniques d'alimentation

(tasse/biberon; méthodes d'encouragement des nourrissons et jeunes enfants avec l'alimentation de complément) (*des détails sur les indicateurs standards et sur la méthodologie de collecte de données sont donnés dans les références 28, 29 et 30*)

- Pratiques d'alimentation avant la crise (à partir des données existantes) et tous les changements récents
- Disponibilité, gestion et utilisation des substituts du lait maternel, tasses et biberons (informations obtenues par l'observation, les entretiens et la surveillance) (*un exemple de formulaire de surveillance est présenté dans la référence 24b*).

4.3.3 Conserver les données en vue d'analyses ultérieures et partager les expériences avec d'autres organisations et réseaux pour contribuer à diffuser l'information et aider à l'optimisation des programmes et des politiques (*voir section 7 pour contacts*)

5 Protéger, encourager et soutenir l'alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants grâce à des interventions multisectorielles intégrées

5.1 Interventions de base

5.1.1 Veiller à ce que les **besoins nutritionnels de l'ensemble de la population** soient satisfaits, une attention particulière étant accordée à l'accès aux produits qui conviennent comme aliments de complément pour les jeunes enfants^k. Dans les situations où les besoins nutritionnels ne sont pas couverts, plaider pour une ration générale appropriée en quantité et en qualité. Dans les cas où les aliments de supplément sont disponibles mais que la ration alimentaire n'est pas suffisante pour la population générale, considérer les femmes enceintes et qui allaitent comme un groupe cible pour recevoir des aliments de supplément.

5.1.2 Dans les cas où les aliments riches en nutriments manquent et jusqu'à ce qu'ils deviennent disponibles, il faut donner des suppléments contenant de multiples micronutriments aux femmes enceintes, aux femmes qui allaitent, et aux enfants de 6 à 59 mois^l. Cependant, **dans les zones endémiques de paludisme**, il n'est pas recommandé de donner aux nourrissons et aux jeunes enfants des suppléments de fer de routine et des préparations contenant de l'acide folique. L'innocuité des préparations à base de fer, donnés en fortifiant à domicile des aliments de complément pour

nourrissons et jeunes enfants, via des poudres, des comprimés à écraser et des pâtes à tartiner, est incertaine vu le manque de recherche et d'expérience suffisante. Les recommandations actuelles mettent ainsi l'accent sur le traitement du paludisme et de la carence en fer selon les recommandations en vigueur^m.

5.1.3 Dans les situations d'urgence, l'**alimentation de complément** pour les nourrissons plus âgés (plus de 6 mois) et pour les jeunes enfants (12 à <24 mois) peut comprendre :

- Produits de base de l'aide alimentaire provenant de la ration alimentaire générale avec des suppléments d'aliments pas chers et disponibles localement
- Aliments mélangés 'blended foods' fortifiés en micronutriments, par exemple mélange de soja et de maïs, mélange de soja de blé, (comme partie intégrante de la ration alimentaire générale, 'blanket' ou alimentation de supplément)
- Aliments riches en nutriments dans les programmes de nutrition supplémentaire

5.1.4 Dans toutes les situations, il faut accorder une attention particulière à la qualité nutritionnelle de la ration alimentaire générale donnée aux nourrissons et jeunes enfants dont les besoins nutritionnels ne sont souvent pas couverts. Des aliments riches en nutriments pour enfants, enrichis ou non, devraient être choisis en tenant compte des possibles carences en micronutriments.

5.1.5 Lorsque la population est dépendante de l'aide alimentaire, un aliment enrichi en micronutriments devra être inclus dans la ration alimentaire générale pour les nourrissons de plus de 6 mois et les jeunes enfants. Les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (RUTF 'ready to use therapeutic food') sont destinés pour la prise en charge de la malnutrition et ne constituent pas des aliments de complément adéquats (*voir définitions*).

5.1.6 Avant de distribuer des aliments commerciaux pour nourrissons (*voir définition*) dans une situation d'urgence, il faut comparer le prix de revient à celui des aliments locaux de valeur nutritionnelle similaire et il faut considérer le risque de nuire aux pratiques traditionnelles d'alimentation de complément. En règle générale, les aliments commerciaux pour nourrissons, relativement chers, n'ont pas leur place dans l'assistance donnée en situation d'urgence.

-
- 5.1.7** Veiller à procéder, au moment de l'enregistrement, à une répartition démographique des enfants de moins de deux ans en catégories d'âge spécifiques: de 0-<6 mois, de 6-<12 mois, de 12-<24 mois et des enfants de 24-<60 mois (2 - 5 ans) afin de déterminer la taille des groupes de bénéficiaires potentiels.
- 5.1.8** Faire enregistrer les nouveau-nés dans les deux semaines suivant la naissance afin que la famille puisse bénéficier promptement du droit à la ration additionnelle pour les mères qui allaitent et, si besoin en est, au soutien à l'allaitement (particulièrement en cas d'allaitement exclusif).
- 5.1.9** Dans le cas des populations de réfugiés et de personnes déplacées, veiller à prévoir des zones de repos pendant le transit et, en tenant compte des coutumes locales, un endroit protégé où les mères peuvent allaiter leurs enfants; trier les nouveaux venus afin d'identifier les mères et les nourrissons ayant de graves problèmes d'alimentation et les orienter pour qu'ils puissent bénéficier d'une assistance immédiate. Etablir et encourager l'entraide entre mères, si cela est culturellement approprié.
- 5.1.10** Assurer aux donneurs de soins un accès facile et sûr à l'eau et aux installations sanitaires, aux aliments et aux produits non alimentaires.

5.2 Interventions techniques

- 5.2.1 Former** les agents de santé, les agents de nutrition et les agents communautaires à protéger, encourager et soutenir l'alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants aussitôt que se produit une situation d'urgence. Les connaissances et les compétences devraient aider les mères et les donneurs de soins à poursuivre, renforcer ou rétablir l'allaitement maternel en recourant à la relactation, avec l'utilisation éventuelle d'un complément à l'allaitement ou d'une sonde d'allaitement (2,18,24b) *si cela est culturellement approprié et si des équipements nécessaires sont disponibles pour en assurer l'utilisation hygiénique (voir section 6.2)*. Si l'allaitement par la mère naturelle est impossible, procéder à un choix éclairé entre les différentes solutions de remplacement (nourrice, lait maternel provenant d'une banque de lait, lait artificiel générique pour nourrissons, lait artificiel pour nourrissons acheté localement, lait artificiel pour nourrissons confectionné à domicile) (2 et 24b).

-
- 5.2.2 Intégrer** la formation et le soutien à l'allaitement maternel et à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants à tous les niveaux des soins de santé: services de santé en matière de reproduction y compris les services de soins prénatals et postnatals^o, les services de planification familiale, les services des accoucheuses traditionnelles et les services de maternité, (il est souhaitable que les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* fassent partie des services de maternité dans les situations d'urgence (2)); vaccination; surveillance et promotion de la croissance; soins curatifs; programmes spéciaux de nutrition (nutrition supplémentaire et thérapeutique); et services de santé communautaires. Cela peut impliquer de travailler avec toutes les organisations locales pour s'assurer que ce qu'elles font correspondent à ces recommandations.
- 5.2.3** Mettre sur pied des zones pour les mères ou donneurs de soins qui ont besoin d'une aide individuelle pour l'allaitement et l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. S'assurer que le soutien à l'alimentation artificielle est dispensé dans un endroit distinct de celui à l'aide à l'allaitement maternel. Une attention particulière devrait être accordée aux nouveaux donneurs de soins, et une supervision spéciale accordée aux femmes qui essaient d'augmenter leur production de lait en ayant recours à la fois à l'allaitement maternel et à l'alimentation artificielle pendant le processus de relactation.
- 5.2.4** Mettre en place des services pour s'occuper des orphelins et des nourrissons non accompagnés et répondre à leurs besoins nutritionnels et de prise en charge immédiats.
- 5.2.5** Fournir les informations et l'appui nécessaires aux femmes pour assurer la préparation correcte d'aliments de complément - qui leur sont inconnus - fournis dans le cadre des programmes d'aide alimentaire et veiller à ce que tous les aliments soient préparés de façon hygiénique. Aider les donneurs de soins à soutenir les jeunes enfants pour qu'ils mangent la nourriture disponible.
- 5.2.6** Mettre l'accent sur la prévention primaire du VIH/SIDA au travers de moyens comme la mise à disposition de préservatifs.
- 5.2.7** Lorsque le statut sérologique de la mère est inconnu ou si elle est séronégative, elle devrait être encouragée à allaiter exclusivement son enfant selon les recommandations pour l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant (*voir définitions*)^o.
-

5.2.8 Les femmes séropositives doivent être soutenues pour faire un choix informé par rapport à l'alimentation infantile. Pour la plupart des femmes en situation d'urgence, l'alimentation de remplacement ou l'arrêt précoce de l'allaitement (voir définitions) ne sont habituellement pas une option **acceptable, faisable, abordable financièrement, durable et sûre (AFADS)**. Les risques d'infection ou de malnutrition à partir de l'utilisation de substituts de lait maternel sont généralement plus grands que celui de la transmission du VIH par l'allaitement maternel. Par conséquent, l'initiation précoce de l'allaitement maternel et l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, avec la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans, donnent probablement la meilleure chance de survie aux nourrissons et aux jeunes enfants dans les situations d'urgence. La décision doit être basée sur les circonstances individuelles propres à chaque femme mais doit surtout prendre en compte les services de santé disponibles et les conseils et le soutien qu'une femme est susceptible de recevoir. L'alimentation mixte c'est-à-dire allaitement maternel avec utilisation de substituts de lait maternels, représente la pire option étant donné qu'elle implique un risque plus élevé de transmission que l'allaitement maternel exclusif.

En tout état de cause, compte tenu des lacunes actuelles en matière de recherche et d'expérience, il faut faire appel aux responsables au niveau central pour obtenir les conseils les plus à jour. (Voir 6, 7 and 13, 14 et 25. Pour avoir accès aux informations scientifiques les plus récentes, consulter: http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm)

6 Réduire les risques d'allaitement artificiels

Dans les situations d'urgence, l'utilisation et le ciblage, l'approvisionnement, la gestion et la distribution des substituts de lait maternel, des produits laitiers, des biberons et des tétines doit être strictement contrôlés sur la base d'un avis technique et être en accord avec le Code international et les Résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (4).

La section 6.1 définit la position à adopter quant à l'utilisation de dons de substituts de lait maternel et la responsabilité des organisations qui fournissent ces substituts envers les autres. Les sections 6.2 - 6.4 soulignent comment contrôler les stocks (achetés) de substituts de laits maternels.

6.1 Gérer les dons et les stocks de substituts de lait maternel

- 6.1.1 Dans les situations d'urgence, les dons de substituts de lait maternel ne sont pas opportuns et ceux-ci peuvent mettre la vie des nourrissons en danger. Cette information doit être relayée aux bailleurs de fonds potentiels (y compris gouvernements et armée) et aux médias, pendant la phase de préparation de l'urgence et particulièrement pendant la phase aigüe de l'intervention d'urgence.
- 6.1.2 Solliciter ou accepter des dons non sollicités de substituts de laits maternels doit être évité. Au lieu de cela, les interventions destinées à soutenir l'alimentation artificielle doivent être budgétisées afin de permettre l'achat des substituts au même titre que les autres besoins pour soutenir cette alimentation, tels que le combustible, l'équipement culinaire, l'eau potable et l'équipement sanitaire, la formation de personnel, l'emploi de personnel qualifié.
- 6.1.3 Tous dons de substituts de lait maternel, produits laitiers, biberons et tétines non sollicités doivent être récoltés par une organisation désignée, préférablement aux points d'entrée de la zone d'urgence, sous la supervision de l'agence coordinatrice. Ces ressources doivent être conservées jusqu'à ce que l'UNICEF ou l'agence coordinatrice désignée, en collaboration avec le gouvernement si celui-ci est fonctionnel, mettent en place un plan pour leur conservation en lieu sûr ou pour leur éventuelle destruction.
- 6.1.4 Une organisation doit seulement pourvoir une autre organisation de substituts de lait maternel si toutes les deux travaillent au sein de la chaîne de réponse à l'urgence dans le domaine santé/nutrition (voir définition) et si les principes des directives opérationnelles et du Code sont respectés (6.2 - 6.4) et continueront de l'être pour la durée de l'intervention.
- ## 6.2 Etablir et mettre en application les directives pour l'utilisation et le ciblage
- 6.2.1 Les substituts de lait maternel sont **destinés uniquement** aux nourrissons qui ont en besoin, suite à l'évaluation par un travailleur de santé ou de nutrition qualifié et ayant été formé dans les questions d'alimentation des nourrissons et jeunes enfants et en allaitement maternel. Les évaluations des besoins doivent toujours prendre en considération les possibilités de d'allaitement par des nourrices ou avec du lait exprimé.

-
- 6.2.2 Des exemples de critères** pour l'usage temporaire ou à long terme de substituts de lait maternel comprennent: mères absentes ou décédées, mères souffrant d'une maladie grave ou en phase de relactation jusqu'à ce que la relactation soit établie, mères porteuses du VIH qui ont décidées de ne pas allaiter et lorsque que les critères AFADS ne sont pas remplis (*voir 5.2.8*), enfants rejetés par leur mère, mères qui nourrissaient artificiellement leurs enfants avant la situation d'urgence, mères victimes de violence sexuelle ne désirant pas allaiter (*voir 24a et 24b*). Il faut prendre garde à ne pas stigmatiser les mères qui utilisent des substituts de lait maternel.
- 6.2.3** L'utilisation des substituts du lait maternel par un donneur de soins doit toujours être accompagnée de **mesures éducatives**: démonstration de personne à personne et formations pratiques concernant **la préparation sans danger** du lait⁹, suivi au site de distribution et à domicile par du personnel de santé formé. **Le suivi** doit inclure le contrôle régulier du poids corporel du nourrisson au moment de la distribution (pas moins de 2 fois par mois).
- 6.2.4** Lorsqu'il y a indication à utiliser des substituts de lait maternel, l'UNICEF ou l'organisation coordinatrice désignée présente devrait *former* et soutenir les organisations dans la formation de leur personnel ainsi que les mères sur la manière de préparer et utiliser de façon sûre les substituts de lait maternel dans un contexte donné.
- 6.2.5** Avant de mettre en œuvre un programme à domicile, il faut toujours s'assurer de la disponibilité de carburant, d'eau et de l'équipement nécessaire pour la préparation sûre de substituts de lait maternel. Lorsque ces ressources ne sont pas disponibles, et la préparation et l'utilisation correcte des substituts de lait maternel impossibles, un programme de préparation et de consommation d'aliments sous supervision doit être développé sur place. Lorsqu'on juge la situation à domicile à nouveau compatible avec l'alimentation artificielle, il est nécessaire de réévaluer celle-ci fréquemment pour vérifier que les conditions soient toujours remplies.

6.3 Contrôle de l'approvisionnement

- 6.3.1 Les organisations donatrices** prêts à financer l'approvisionnement de stocks de substituts de lait maternel et de produits laitiers doivent s'assurer que les dispositions du Code international et des directives opérationnelles soient respectées par les organisations de

terrain. Cela peut avoir des implications de coût afin de satisfaire les besoins associés (*voir pour exemples 6.1.2 et 6.3.3*) Les interventions destinées à soutenir les nourrissons non allaités doivent toujours inclure une mesure pour protéger l'allaitement maternel. Il est tout aussi important de considérer un financement pour le soutien des mères allaitantes via une intervention d'urgence nécessitant des personnes compétentes plutôt que des commodités.

6.3.2 Il faut prendre en compte le **type et la source** des substituts de lait maternel à acheter:

- On recommande en premier lieu l'emploi de substituts de lait maternel génériques (ne sont pas une marque déposée), suivi par les préparations pour nourrissons disponibles localement. Les laits animaux modifiés artisanalement ne sont à utiliser que comme une mesure temporaire et en dernier ressort chez les nourrissons de moins de 6 mois⁹.
- La fabrication et l'emballage des préparations pour nourrissons doit être en accord avec les standards du *Codex Alimentarius* et avoir une date de péremption d'au moins 6 mois après réception du produit.
- Il faut que le type de substituts de lait maternel soit approprié pour le nourrisson, notamment en fonction de son âge. Les laits formulés spéciaux, appelés lait de suite ou de suivi ne sont pas nécessaires⁷. Les laits de croissance souvent mis sur le marché pour les enfants de plus de 12 mois ne sont pas non plus nécessaires.

Dans le contexte de populations réfugiées et en accord avec les politiques du Haut Commissariat pour les Réfugiés de l'ONU (UNHCR)⁸ et de ces directives opérationnelles, l'UNHCR ne se fournira en préparations alimentaires pour nourrissons qu'après revue et approbation par la direction des unités techniques. L'UNICEF ne fournit pas en substituts de lait maternel.

6.3.3 Les **étiquettes** des préparations pour nourrissons employées doivent être dans la langue appropriée et doivent être conformes aux dispositions spécifiques du Code international sur l'étiquetage (21). Cela inclut: les produits doivent mentionner la supériorité de l'allaitement maternel, indiquer que le produit n'est à utiliser que sous le conseil d'un travailleur de santé et prévenir des dangers pour la santé; il ne doit y avoir aucune image de nourrissons ou d'image idéalisant l'usage de préparations pour nourrissons. Les produits achetés peuvent nécessiter d'être ré-étiquetés avant

distribution, ce qui a des implications considérables au niveau des coûts et du temps (*un exemple d'un étiquetage générique est disponible (22a) et en ligne à l'adresse <http://www.enonline.net>*).

6.3.4 L'approvisionnement doit être organisé de manière à ce que **les provisions de substituts de lait maternel** soient adéquates et disponibles aussi longtemps que les nourrissons concernés en ont besoin, jusqu'à ce que l'allaitement soit rétabli ou jusqu'à au moins 6 mois d'âge. Après cela, des préparations pour nourrissons ou d'autres sources de lait et/ou aliments d'origine animale sont nécessaires pendant la période d'alimentation de complément⁴

6.3.5 A cause du grand risque de contamination et des difficultés de nettoyage, il faut activement décourager l'emploi *des biberons et des tétines* dans les situations d'urgence.

Il est recommandé de promouvoir l'utilisation de tasse (sans bec verseur). L'usage de matériel pour la technique de la supplémentation par sonde nasogastrique ('supplementary suckling') et de pompes est à considérer seulement dans les cas où il est possible de les nettoyer convenablement.

6.3.6 Les laits thérapeutiques ne sont pas à considérer comme des substituts de lait maternel appropriés; leur emploi doit seulement se faire dans la prise en charge de malnutrition sévère en accord avec les directives internationales actuelles (9).

6.4 Contrôle de la gestion et de la distribution

6.4.1 Lorsque les critères pour l'utilisation des substituts de laits maternel sont remplis (*voir 6.2*), les préparations pour nourrissons achetées par les organisations travaillant au sein de la chaîne de réaction d'urgence nutritionnelle et sanitaire (*voir définitions*) peuvent être utilisées et distribuées par le système de santé⁴. Cependant la distribution doit être menée de manière discrète et ne doit pas faire partie de l'aide alimentaire générale afin de prévenir les dommages collatéraux ('spillover').

6.4.2 Les substituts de laits maternels, les produits laitiers et les tétines ne doivent jamais faire partie de la distribution générale ou d'une distribution 'blanket'. Les produits de laits lyophilisés doivent seulement être utilisés lorsqu'ils sont pré-mélangés avec de la nourriture de base moulue et ne doivent pas être distribués comme une denrée à part entière (5). Le lait en poudre peut seulement être utilisé comme un aliment à part entière quand il s'agit de

préparer du lait thérapeutique (utilisant le complexe minérovitaminique thérapeutique CMV) pour une alimentation thérapeutique sur place.

- 6.4.3** En accord avec le Code international, les provisions d'une seule boîte de substituts de lait maternel aux mères (échantillons) ne doivent pas se produire, à moins que cette boîte unique soit une part d'un apport continu de préparations pour nourrissons (*voir 6.3.4*).
- 6.4.4** En accord avec le Code international, il ne doit pas y avoir de promotion pour les substituts de laits maternel au point de distribution, y compris l'étalage de produits, ou d'articles arborant le logo d'une entreprise productrice de lait; les substituts de lait maternel ne doivent pas être employés comme un moyen de promotion des ventes.

7 Contacts clés

- 7.1** Les violations du Code international doivent être rapportées à l'OMS au niveau du pays/région - pour plus de détails, contacter l'OMS au niveau de son siège: cah@who.int and nutrition@who.int. Les violations peuvent aussi être reportées auprès du: International Code Documentation Centre (ICDC) in Malaysia, email: ibfanpg@tm.net.my, ou Fundación LACMAT in Argentina, email: info@lacmat.org.ar ou Italian Code Monitoring Coalition (ICMC) in Milan, email: icmc@ibfanitalia.it. Pour obtenir une formation sur le Code, contacter ICDC in Malaysia, email: ibfanpg@tm.net.my
- 7.2** Toutes questions concernant l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ou la coordination de l'alimentation infantile en situation d'urgence peut être adressée à l'UNICEF au niveau national/régional. Pour des détails, contacter l'UNICEF à son siège: pdpimas@unicef.org
- 7.3** Toutes questions relatives à la politique d'acceptation, de distribution et d'utilisation de produits à base de lait dans les programmes de l'UNHCR destinés aux réfugiés doivent être adressées à UNHCR au niveau régional ou central. Contacter: le Service d'aide technique au UNHCR: HQTS01@unhcr.org
- 7.4** Pour faire un commentaire sur les principes de ces directives opérationnelles ou pour partager des expériences de terrain par rapport à leur application, contacter le IFE core group c/o The Emergency Nutrition Network (ENN) Contacter: ife@enonline.net

- ° i) Food and Nutrition Handbook. World Food Programme. 2000.
- ii) Handbook for Emergencies. United Nations High Commissioner for Refugees. 2006, third edition.
- iii) Technical Notes: Special Considerations for Programming in Unstable Situations. UNICEF Programme Division and Office of Emergency Programmes, January 2001.
- iv) Revised MSF Guidelines (forthcoming 2006).
- v) Management of Nutrition in Major Emergencies. WHO 2000.
- vi) IFRC Handbook for Delegates.
- vii) UNICEF Emergency Field Handbook. A Guide for UNICEF staff. July 2005.
- viii) UNICEF Core Commitments for Children in Emergencies. March 2005.

- ° Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. L'OMS 2003.
http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_fre.pdf

- ° A/RES/44/25, Convention on the Rights of the Child. 61st plenary meeting, 20 November 1989.
<http://www.un.org/documents/ga/res/44/a44r025.htm>

- ° http://innocenti15.net/declaration_french.pdf. Bienvenue par la 59ème Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS. 4 Mai 2006. A59/13. Provisional agenda item 11.8. WHA 59.21

- ° Un cadre politique recommandé peut être obtenu dans la référence (2), section 7

- ° ILCA: email: ilca@erols.com

- ° GIFA: email: info@gifa.org

- ° A titre indicatif, dans un pays en voie de développement avec un taux de natalité élevé, on attend les proportions suivantes: nourrissons 0 – 6 mois: 1.35%; 6 – <12 mois: 1.25%; enfants 12-<24 mois: 2.5%, enfants 0-<60 mois (5 ans): 12.5%; femmes enceintes et femmes allaitantes: 5 – 7% dépendant de la durée moyenne de l'allaitement. NB.: Ces chiffres sont des approximations qui dépendent du taux de natalité et du taux de mortalité infantile.

- ° L'évaluation de la malnutrition chez les nourrissons était problématique à cause des anciennes courbes de croissances de la NCHS (National Center for Health statistics) mais il existe maintenant des nouveaux standards de l'OMS sur la base de nourrissons ayant été exclusivement allaités. Voir <http://www.who.int/childgrowth/>. L'évaluation des diarrhées chez les nourrissons reste problématique.

- ° Multi-indicator cluster surveys: www.childinfo.org/; Demographic Health Surveys: www.macront.com/dhs/; UNICEF statistical data by country: www.unicef.org/statis; Health Information Network for Advanced Planning: www.hinap.org/; WHO global database on malnutrition: www.who.int/nutgrowthdb/; nutrition related data for Africa: www.africanutrition.net

- ^k Food and nutrition needs in emergencies, UNHCR, UNICEF, WFP,WHO, 2003. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/a83743.pdf>
- ^l Preventing and Controlling Micronutrient Deficiencies in people affected by the Asian Tsunami. Joint Statement by WHO and UNICEF. WHO 2005. For further information, contact: Dr Bruno de Benoist. Nutrition for Health and Development (NHD), WHO e-mail: debenoistb@who.int <http://www.who.int/>
- ^m La supplémentation des jeunes enfants dans les régions à transmission de paludisme intense et de prévalence élevée de maladies infectueuses. Statement OMS http://www.who.int/child-adolescent health/New_Publications/CHILD_HEALTH/WHO_statement_iron.pdf
- ⁿ Reproductive health care services should be initiated in the early stages of all emergencies. See Reproductive Health in Refugee Situations: an InterAgency Field Manual, UNHCR 1999.
- ^o Résolution 57.14 de l'AMS (2004): Point 2. Les états membres définissent comme une priorité: (3) La poursuite des politiques et des pratiques qui assurent la promotion de l'allaitement maternel à la lumière du réseau des Nations Unies pour l'action prioritaire sur le VIH et la nutrition des nourrissons ainsi que les nouvelles directives de l'OMS/UNICEF pour les preneurs de décision et les administrateurs de programme de santé.
- ^p Les directives techniques de l'OMS pour la préparation sûre des substituts de lait maternel en poudre seront bientôt disponibles à l'adresse suivante: <http://www.who.int/foodsafety/en/>.
- ^q Home-modified animal milk for replacement feeding: Is it feasible and safe? Discussion Paper Prepared for HIV and Infant Feeding Technical Consultation, 25 – 27 October 2006.
- ^r WHA Res. 39.28 (1986).
- ^s Politique de l'UNHCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés, 2006. <http://www.enonline.net/docs/UNHCRMilkpolicy2006French.doc>. Contact: ABDALLAF@unhcr.org or HQTS01@unhcr.org
- ^t For guidance on when infant formula may be used for 6-12 months age-group, see Feeding the non-breastfed child 6-24 months age, p14 (9)
- ^u WHA résolution 47.5, 1994: La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant: La distribution gratuite ou subventionnée de substituts du lait maternel ou d'autres produits visés par le Code international en est une violation.

8 Références

8.1 Politiques et directives

(1) Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva, World Health Organisation, 2004. Full text in English: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/9241546069.pdf>

(2) Infant Feeding in Emergencies: Policy, Strategy and Practice. Report of the Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies, 1999. <http://www.enonline.net>

(3) Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, OMS 1981. Le texte intégral et les Résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé sont disponibles en anglais aux adresses suivantes:
http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.

(4) Projet Sphère. Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes. 2004 http://www.sphereproject.org/french/handbook/trans_simple_fr.htm
The SPHERE Project, P.O. Box 372, 1211 Geneva 19, Switzerland

(5) Politique de l'UNHCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés (2006) A télécharger depuis <http://www.unhcr.org> or <http://www.enonline.net> Contact: ABDALLAF@unhcr.org or HQTS01@unhcr.org

(6) Déclarations de consensus sur le VIH et la nutrition infantile. Consultations techniques de l'OMS tenues de la part du: 'the Inter-agency Task Team (IATT)' sur la prévention des infections par le VIH chez les femmes enceintes, les mères et les nourrissons, Genève, Octobre 25 - 27, 2006. http://www.who.int/childadolescenthealth/New_Publications/NUTRITION/consensus_statement.pdf

(7) Technical WHO guidelines for the safe preparation of powdered infant formula will be available soon at <http://www.who.int/foodsafety/en/>.

8.2 Plaidoyer

(8) Infant feeding in emergencies. Do you know that your generous donations of breastmilk substitutes could do more harm than good? IBFAN-GIFA, Wemos, June 2001, 2nd edition.

8.3 Informations techniques

(9) Prise en charge de la malnutrition sévère : manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé à des postes d'encadrement, Genève, OMS 2000 http://www.who.int/nutrition/publications/en/manage_severe_malnutrition_fra.pdf

(10) Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child. PAHO/WHO, Division of Health Promotion and Protection/Food and Nutrition Program, Washington, DC, USA, 2003. Full text in English: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/guiding_principles.pdf

(11) Feeding the non-breastfed child 6-24 months age. WHO/FCH/CAH/04.13, Full text in English: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_FCH_CAH_04.13.pdf

(12) Nutrition Feeding in Exceptionally Difficult Circumstances Full text in English: http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/difficult_circumstances.htm

(13) Le VIH et l'alimentation du nourrisson. Principes directeurs à l'intention des décideurs, UNICEF, UNAIDS, WHO, UNFPA, 2003. http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/ISBN_92_4_159122_6.htm

(14) HIV and infant feeding. A guide for health-care managers and supervisors. UNICEF, UNAIDS, WHO, UNFPA, 2003 <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION>

(15) Feeding in Emergencies for Infants under Six Months: Practical Guidelines. K Carter, OXFAM Public Health Team, 1996. Available from: OXFAM, 274 Banbury Road, Oxford OX2 7DZ, England.

(16) Helping Mothers to Breastfeed in Emergencies. WHO European Office. www.who.dk/nutrition/infant.htm

(17) Helping Mothers to Breastfeed. F. Savage King, AMREF, 1992.

(18) Relactation: Review of Experiences and Recommendations for Practice. WHO, 1998. http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Relactation_EN.html

(19) Reproductive Health in Refugee Situations: an Interagency Field Manual. UNHCR, 1999.

(20) Ressources provenant de LINKAGES

Faits d'alimentation

- (i) Pratiques recommandées pour améliorer la nutrition infantile pendant les six premiers mois (juillet 2004)
- (ii) Directives pour une alimentation complémentaire appropriée pour les enfants allaités, âgés de 6 à 24 mois (avril 2004)
- (iii) Le lait maternel : une source essentielle de vitamine A pour le nourrisson et le jeune enfant (octobre 2001)
- (iv) Naissance, début de l'allaitement maternel et les sept premiers jours après la naissance (juillet 2003)

Questions posées fréquemment

- (i) Allaitement maternel et VIH/SIDA (avril 2004)
- (ii) L'allaitement maternel et la nutrition maternelle (juin 2000)
- (iii) L'Allaitement maternel exclusif: la seule source d'eau dont les enfants ont besoin (juin 2004)

Voir aussi: Le soutien mère à mère pour l'allaitement maternel (août 1999)

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (septembre 2001)

La plupart de ces documents sont disponibles en français, anglais, espagnol (parfois portugais). Pour certains documents, la version la plus récente existe seulement en anglais. Source: LINKAGES, Academy for Educational Development, e-mail: linkages@aed.org
<http://www.linkagesproject.org>.

(21) Protégeons la santé de nos bébés. Manuel pour les professionnels de la santé: le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. 3ème édition. IBFAN-GIFA. Disponible auprès de IBFAN-GIFA, P.O. Case postale 157, 1211 Genève 19, Suisse. e-mail: info@gifa.org

(22) Cup Feeding information. BFHI News, May/June 1999, UNICEF. e-mail: pubdoc@unicef.org

(23) Risks and Realities: FAQs on breastfeeding and HIV/AIDS.In: The Health Exchange, April 2001. Available from International Health Exchange, e-mail: info@ihe.org.uk

8.4 Matériel de formation

(24a) Module 1 Infant Feeding in Emergencies for emergency relief staff, WHO, UNICEF, LINKAGES, IBFAN, ENN and additional contributors, November 2001.

<http://www.ennonline.net/ife/module1/index.html>

(24b) Module 2 for health and nutrition workers in emergency situations. Version 1.0. December 2004. ENN, IBFAN, Fondation Terre de Hommes, UNICEF, UNHCR, WHO, WFP.

<http://www.ennonline.net/ife/module2/index.html>

Both Modules I and II are available in print or on CD-ROM from the Emergency Nutrition Network (ENN), 32, Leopold Street, Oxford, OX4 1TW, UK. Tel: +44 (0)1865 324996, Fax: +44 (0)1865 324997: e-mail: ife@ennonline.net, download from <http://www.ennonline.net>

(25) HIV and infant feeding counselling job aids. Check online at http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV_IF_CT.htm

(26) Le Conseil en allaitement: cours de formation. Cours de 40 heures. Organisation mondiale de la santé et UNICEF, 1993, <http://www.who.int>

(27) Infant and Young Child Feeding Counselling: An integrated course. Check online at <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION>

8.5 Evaluations et surveillance

(28) Indicators for assessing breastfeeding practices.

WHO/CDD/SER/91.14, WHO, Geneva.

http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.pdf

(29) Indicators for assessing health facility practices that affect breastfeeding. WHO/CDR/93.1

http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/UNICEF_SM_93.1.pdf

(30) Tool Kit for Monitoring and Evaluating Breastfeeding Practices

and Programs. Wellstart International Expanded Promotion of

Breastfeeding Program (EPB), September 1996. e-mail:

linkages@aed.org; website: www.linkagesproject.org or available at <http://www.ennonline.net>

Aliments commerciaux pour bébés: aliments de complément préparés industriellement destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants, tels les petits pots, les paquets d'aliments solides ou semi-solides de marque.

Aliment de complément pour nourrisson: tout aliment, fabriqué industriellement ou confectionné localement, utilisé comme complément au lait maternel ou au substitut de lait maternel et qui devrait être introduit dans le régime alimentaire du nourrisson après 6 mois d'âge.

Note: Cette expression est employée dans ces directives opérationnelles pour distinguer entre l'usage du terme 'alimentation de complément' dans le contexte de l'alimentation de complément du nourrisson et du jeune enfant, et l'utilisation du même terme dans le contexte de l'aide alimentaire (c'est-à-dire aliments donnés, en plus des produits d'aide alimentaire de base, à une population pour diversifier et augmenter l'apport nutritionnel (par exemple fruits et légumes frais, condiments et épices). Les aliments de complément pour nourrisson ne doivent pas être mis sur le marché pour les nourrissons de moins de six mois révolus.

Alimentation de complément (précédemment appelée alimentation de "sevrage" et plus pertinemment nommée '**alimentation de complément apportée au bon moment**') : l'enfant reçoit une nourriture solide ou semi-solide, adaptée à son âge, adéquate et sûre en complément du lait maternel ou des substituts de lait maternel

Alimentation de remplacement: nourrisson qui ne reçoit pas de lait maternel mais un régime qui fournit les nutriments dont celui-ci a besoin jusqu'à ce qu'il puisse être complètement nourri au même régime que le reste de la famille. Durant les six premiers mois l'alimentation de remplacement doit se faire à l'aide d'une préparation pour nourrisson adaptée. Après six mois, cette préparation doit être complétée par d'autres aliments.

Note: cette terminologie est employée dans le contexte de VIH/SIDA et de l'alimentation des nourrissons. Les recommandations actuelles de l'ONU (6) font état que le choix le plus approprié d'alimentation du nourrisson par une mère infectée par le VIH doit continuer de dépendre des circonstances individuelles de la mère, à savoir son état de santé et la situation locale ; mais surtout doit aussi prendre en compte les services de santé disponibles et les conseils et le soutien qu'une femme est susceptible de recevoir. L'allaitement exclusif est recommandé pour

les femmes séropositives durant les 6 premiers mois de vie à moins que l'alimentation de remplacement soit acceptable, faisable, abordable financièrement, durable et sûre (AFADS) pour elles et leurs enfants avant cet âge. Lorsque l'alimentation de remplacement remplit ces conditions, il est recommandé aux femmes séropositives de ne pas allaiter.

Aliments de supplémentation: aliments destinés à compléter la ration alimentaire générale et utilisés dans les programmes de nutrition d'urgence pour la prévention et la réduction de la malnutrition et de la mortalité dans les groupes à risque.

Alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants: initiation rapide (dans la première heure) d'un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, suivie d'un apport adéquat d'aliments de complément suffisants et surs avec poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà.

Allaitement maternel exclusif: alimentation exclusive au lait maternel sans aucun autre aliment ou liquide (y compris l'eau) à l'exception des gouttes ou des sirops contenant des suppléments de vitamines ou de minéraux et des médicaments.

Articles pour l'alimentation des nourrissons: biberons; tétines; seringues et tasses de bébé munies ou non d'un couvercle et/ou d'un bec

Code international: se réfère au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1981, et les Résolutions ultérieures pertinentes (4). Le *but* du Code international est de contribuer à procurer aux nourrissons et aux jeunes enfants une alimentation sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement maternel et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel (voir définition plus haut) lorsque ceux-ci s'avèrent nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées. Le Code définit les *responsabilités* de l'industrie des aliments pour nourrissons, des agents de santé, des gouvernements nationaux et des organisations intéressées en ce qui concerne la commercialisation des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines.

En conséquence, les laits d'origine animale modifiés de manière artisanale sont à utiliser en dernier recours lorsqu'il n'y a pas d'autres alternatives pour nourrir les nourrissons.

Jeune enfant: un enfant âgé de 12-<24 mois (12 – 23 mois révolus). Cette catégorie d'âge est équivalente à la définition des enfants en bas âge (12 – 23 mois) issue du Rapport sur la Santé dans le Monde 2005, p.155 (<http://www.who.int/whr/2005/fr/>).

Lait de suite: ce sont des substituts de laits maternels spécifiques définis comme: aliment destinée à être employé comme une partie liquide du régime de sevrage du nourrisson dès le sixième mois et du jeune enfant (Standard du Codex Alimentarius 156-19871). Fournir du lait de suite aux enfants qui ne sont pas allaités n'est pas nécessaire (Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé 39.28 (1986) (para 3 (2))). En pratique, les laits de suite peuvent être considérés comme des substituts de lait maternel pour nourrissons et enfants âgés de moins de 2 ans en se basant sur la manière dont ils sont commercialisés ou représentés ; ils sont donc visés par le Code international.

Note: Les sources de lait acceptables après six mois sont les suivantes: lait maternel exprimé (traité à hautes températures si la mère est VIH-positif), lait animal entier (vache, chèvre, buffle, mouton, chameau) lait pasteurisé UHT, lait évaporé reconstitué (mais pas condensé), lait ou yoghourt fermentés (voir la réf. 11)

Lait d'origine animal modifié de manière artisanale: substitut de lait maternel, destiné au nourrisson âgé de plus de 6 mois, préparé à la maison à partir de lait d'origine animal frais ou conditionné, convenablement dilué avec de l'eau et additionné de sucres et de micronutriments.

Note: Les sources de lait acceptables sont les suivantes : lait animal entier (vache, chèvre, buffle, mouton, chameau) lait pasteurisé UHT, lait évaporé reconstitué (mais pas condensé). Ces laits doivent être adaptés/modifiés selon des recettes spécifiques, et des micronutriments doivent également être donnés (24b). Il est difficile d'obtenir un apport nutritionnel adéquat avec de tels laits, même en ajoutant des micronutriments

Laits thérapeutiques: terme communément utilisé pour décrire les aliments tels F75 et F100 destinés aux nourrissons sévèrement malnutris. Strictement parlant, il ne s'agit pas de lait: F100 ne contient que 42% de produits laitiers, et F75 encore moins. Les laits thérapeutiques peuvent être prêts à l'emploi ou préparés localement à partir de lait lyophilisé écrémé, sucre et huile, avec addition de vitamines et de minéraux.

Note : Ces laits ne doivent pas être donnés aux nourrissons et jeunes enfants qui ne sont pas malnutris. La dilution standard de F100 possède

une charge en soluté trop haute pour les nourrissons de moins de 6 mois. Ils ne contiennent pas de fer et leur emploi à long terme conduit à l'anémie ferriprive.

Nourrisson: un enfant âgé de moins de 12 mois

Nourriture thérapeutique prête à l'emploi: produits spécialisés utilisés dans les cas de malnutrition sévère, typiquement au niveau communautaire et familial. Ils peuvent être produits localement ou à une échelle nationale ou internationale.

Note: Les nourrissons n'ont pas le réflexe d'avaler la nourriture solide avant 6 mois et ne doivent donc jamais recevoir une telle nourriture avant cet âge. De même, la vente ou toute autre représentation de la nourriture thérapeutique prête à l'emploi comme aliment de remplacement pour le lait maternel chez les nourrissons de moins de 6 mois remplit les critères de la définition des substituts de lait maternel et se retrouve donc dans le champ d'application du Code international.

Préparations pour nourrissons: un substitut du lait maternel préparé industriellement, conformément aux normes applicables du Codex Alimentarius (développées par le programme conjoint de l'OMS et de la FAO sur les standards d'alimentation). Les préparations pour nourrissons commerciales sont destinées à la vente, elles sont l'apanage d'une marque et il est possible de les acheter dans le commerce de détail. Les préparations pour nourrissons *génériques* ne sont pas l'apanage d'une marque et elles ne sont pas disponibles sur le marché de détail nécessitant une chaîne d'approvisionnement distincte.

Produits laitiers: laits lyophilisés entier, demi-écrémé et écrémé; laits entier, demi-écrémé et écrémé, laits de soja, laits évaporés ou condensés, laits ou yoghourt fermentés

Réponse d'urgence sanitaire et nutritionnelle: Pour qu'une organisation soit considérée comme partie prenante de la réponse sanitaire et nutritionnelle, elle doit posséder du personnel activement impliqué dans le système de santé (voir définition) qui assume la responsabilité de distribuer des substituts de lait maternel, surveille les nourrissons et s'assure que les réserves de substituts soient présentes aussi longtemps que les nourrissons concernés en ont besoin.

Résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé: voir définition du Code international

Stocks: dans le contexte du Code international, ce mot renvoie à la quantité d'un produit fournie pour être utilisée, *gratuitement ou à bas*

prix, à des fins sociales, y compris celle fournie aux familles nécessiteuses. Dans le contexte des situations d'urgence, ce terme est généralement employé pour décrire la quantité d'un produit indépendamment de la manière de se le procurer: achat, subvention ou don.

Substitut du lait maternel: tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage.

Note: en pratique, des aliments peuvent être considérés comme des substituts de lait maternel en se basant sur la manière dont ils sont commercialisés ou représentés. Appartiennent à cette catégorie: les préparations pour nourrissons, les autres laits, les laits thérapeutiques et les aliments de complément donnés au biberon commercialisées pour les enfants jusqu'à 2 ans ainsi que les aliments de complément, jus ou thés destinés aux enfants de moins de six mois.

Système de santé: institutions et organisations gouvernementales, non-gouvernementales ou privées dont le champ d'action est directement ou indirectement les soins de santé aux mères, aux femmes enceintes et aux nourrissons; ainsi que les pouponnières et les institutions de soins aux enfants. Cela inclut aussi les personnes travaillant dans le domaine de la santé dans le système privé. Cela n'inclut pas les pharmacies ou les autres établissements de vente au détail.

Notes et Contacts:

Pour donner votre avis ou pour recevoir des copies papier, contacter:

IFE Core Group
c/o Emergency Nutrition Network (ENN),
32 Leopold Street, Oxford, OX4 1TW, UK.

Tel: +44 (0)1865 324996

Fax: +44 (0)1865 324997

email:ife@enonline.net

Disponible en ligne (site en anglais)

<http://www.enonline.net>

Page de couverture, de haut en bas:

Action Against Hunger-US, Tajikistan, 2006; Sri Lanka, WFP/Helen Kudrich, 2005; Post tsunami. Aceh, Indonesia, UNICEF, 2005; Marcos Arana/IBFAN Latin America and the Caribbean, 2006; Dadaab camp, Kenya. M Lung'aho/CARE USA, 2006.