

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

Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs des programmes de secours d'urgence

Groupe de travail interagences sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence

Novembre 2001

Définitions clefs

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; concrètement, il s'agit notamment du lait ou du lait en poudre commercialisé pour les enfants de moins de deux ans et des aliments de complément, jus ou thés destinés aux enfants de moins de six mois.

Alimentation complémentaire (précédemment appelée alimentation de "sevrage") : le fait de donner des aliments de complément en plus du lait maternel ou des laits artificiels pour nourrissons.

Aliment de complément : tout aliment, fabriqué industriellement ou confectionné localement, pouvant convenir comme complément du lait maternel ou du lait artificiel pour nourrissons, quand le lait maternel ou le lait artificiel ne suffisent plus pour satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson (à partir de six mois). Les aliments de complément

destinés aux enfants de moins de six mois sont des substituts du lait maternel. Note : les aliments de complément ne doivent pas être confondus avec les aliments d'appoint qui sont des produits destinés à compléter une ration alimentaire générale et utilisés dans les programmes d'alimentation d'urgence pour prévenir et réduire la malnutrition et la mortalité au sein des groupes vulnérables.

Aliments commerciaux pour bébés (aliments de complément formulés

industriellement) : petits pots, thés et jus ou paquets d'aliments semi-solides ou solides de marque.

Allaitement maternel exclusif : alimentation exclusive au lait maternel sans aucun autre aliment ou liquide (ni eau, jus, thé, ou aliments pré-lactés), à l'exception des gouttes ou des sirops contenant des suppléments de micronutriments ou des médicaments.

Nourrissons : enfants âgés de moins de 12 mois.

Articles pour l'alimentation des nourrissons : biberons; tétines; seringues utilisées, de manière inappropriée, en dehors d'un cadre institutionnel; ou tasses de bébé parfois munies d'un couvercle.

Lait artificiel pour nourrissons : substitut du lait maternel formulé industriellement, conformément aux normes du Codex Alimentarius (programme mixte FAO/OMS sur les normes alimentaires) pour satisfaire les besoins nutritionnels des nourrissons jusqu'à l'âge de six mois.

Code international : le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en 1981, et les résolutions pertinentes de celle-ci, ci-après dénommés "Code international" (4). Le Code international vise à contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein 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 sanitaires, des gouvernements nationaux et des organisations intéressées en ce qui concerne la commercialisation des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines.

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

Autres laits : lait entier, écrémé ou semi-écrémé en poudre; lait entier, écrémé ou semi-écrémé liquide; lait de soja.

Jeunes enfants: enfants âgés de 12 à 24 mois.

OBJECTIF

Le présent document vise à donner des directives concises, pratiques (mais non techniques) sur la manière d'assurer aux nourrissons et aux jeunes enfants une alimentation appropriée dans les situations d'urgence.

Il est destiné à tous les organismes qui travaillent dans les programmes d'urgence, notamment les gouvernements nationaux, les organismes des Nations Unies, les organisations non gouvernementales nationales et internationales et les bailleurs de fonds.

Il contribue à l'application concrète des Principes directeurs pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence [OMS, (1)] et de la Déclaration de principe et de stratégie sur l'alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence [ENN, (2)], et est conforme au projet Sphère (3), ainsi qu'aux autres normes internationales relatives aux situations d'urgence^a. D'autres détails pratiques sur la façon d'appliquer les directives sont cités en référence tout au long du document (références 1 à 17). Les médias et le public peuvent obtenir de la documentation de sensibilisation dans les références (2,5). Le présent document ne traite pas de l'évaluation et de la gestion des cas de nourrissons et de jeunes enfants souffrant de malnutrition grave.

MESURES PRATIQUES

1. Entériner ou formuler des politiques

1.1 Chaque institution devrait, au niveau central, entériner ou formuler une politique^b pour traiter les questions suivantes :

1.1.1 Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants 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 complémentaire adéquate;

1.1.2 Achat, distribution et utilisation des substituts du lait maternel, d'autres laits, d'aliments et de boissons commerciaux pour bébés et des articles pour l'alimentation des nourrissons, et respect des dispositions du Code international

1.2 Les politiques en question devraient être largement diffusées et les procédures à tous les niveaux devraient être adaptées en conséquence.

2. Former le personnel

2.1 Chaque institution devrait donner des directives de base à l'ensemble du personnel concerné (aux niveaux national et international) pour assurer l'alimentation appropriée des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence. Il est recommandé d'axer la formation sur les documents suivants : la politique de l'institution, les présentes directives opérationnelles et le Module interagence I de formation sur l'alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence (référence 15)

2.2 En outre, le personnel des programmes de santé et de nutrition devrait bénéficier d'une formation technique portant par exemple sur le module interagence II de formation sur l'alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence (15), qui donne une orientation sur les directives techniques disponibles (références 6 à 14)

2.3 Des connaissances techniques spécifiques sur les conseils en matière d'allaitement maternel et le soutien de l'allaitement maternel pourraient être

recherchées au niveau national par l'intermédiaire du Ministère de la santé, de l'UNICEF, de l'OMS, de la La Leche Ligue ou des groupes du Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN), ou au niveau international par l'intermédiaire de ILCA (International Lactation Consultancy Association), de l'OMS, de l'UNICEF ou de la IBFAN-GIFA^c

3. Coordonner les opérations

3.1 Dans une opération d'urgence, l'organisme responsable de la coordination de l'alimentation, de la santé ou de la nutrition devrait identifier une institution ou un groupe d'institutions qui serait chargé de coordonner les activités relatives à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. L'organe de coordination de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ci-après dénommé l'organe de coordination) devrait être responsable des activités suivantes :

- Coordination des politiques : les politiques 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
- 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 donateurs (c'est à dire pour veiller à ce que les expéditions et les dons au titre de l'aide soient conformes au Code international)

3.2 L'organe de coordination devrait évaluer les besoins en matière de renforcement des capacités et d'appui technique entre les partenaires opérationnels et y donner suite. À 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. Évaluer et surveiller

4.1 Pour déterminer les priorités en matière d'action et d'intervention, il faudrait obtenir des informations clefs au cours des évaluations initiaux de besoins. Les équipes d'évaluation devraient inclure au moins une personne ayant suivi le programme d'orientation de base sur l'alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence (voir section 2 plus haut). Les évaluations devraient être coordonnées et les résultats échangés par l'intermédiaire de l'organe de coordination

4.2 Les informations clefs 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 sur-représentés : femmes, nourrissons et jeunes enfants, femmes enceintes, enfants non accompagnés^d
- Pratiques prédominantes en matière d'alimentation
- Disponibilité excessive de substituts du lait maternel, d'autres laits, de biberons et de tétines au sein des populations 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 montre qu'une évaluation plus approfondie s'impose, des informations additionnelles clefs devraient être obtenues dans le cadre d'une analyse approfondie des causes de la malnutrition (3):

4.3.1 Utiliser des méthodes qualitatives pour :

- Evaluer la disponibilité d'aliments appropriés pour l'alimentation complémentaire 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'assainissement; le logement; les structures 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 les facteurs faisant obstacle à l'allaitement maternel
- Identifier et évaluer la capacité 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

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

- Le nombre de nourrissons et de jeunes enfants accompagnés et non accompagnés (données stratifiées par âge : de 0 à <12mois, de 12 à <24 mois, de 24 à 59 mois) et de femmes enceintes et mères allaitantes
- Morbidité et mortalité des nourrissons^e
- Pratiques en matière d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, y compris les techniques d'alimentation (tasse/biberon)
- Situation avant la crise (à partir des données existantes^f) et changements récents (on trouvera dans les références 16 et 17 des détails sur la façon de collecter des données quantitatives sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants)
- Disponibilité, gestion et utilisation des substituts du lait maternel (informations obtenues par l'observation, les entretiens et la surveillance) (un formulaire de surveillance est présenté dans la référence 15)

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 enfants⁹. Dans les situations où les besoins nutritionnels ne sont pas satisfaits, plaider pour une ration générale (de quantité suffisante et de qualité appropriée). Dans les situations où des aliments d'appoint (de supplémentation) sont disponibles mais où la ration générale est insuffisante, considérer les femmes enceintes et les mères allaitantes comme un groupe cible (pour la supplémentation)

5.1.2 Veiller à procéder, au moment de l'enregistrement, à une ventilation démographique des enfants de moins de cinq ans en catégories d'âge spécifiques : de 0 à <12 mois, de 12 à <24 mois, de 24 à 59 mois afin de déterminer la taille des groupes de bénéficiaires potentiels

5.1.3 Faire enregistrer les nouveau-nés dans les deux semaines suivant la naissance afin que la famille puisse obtenir en temps voulu la ration additionnelle à laquelle elle a droit

5.1.4 Dans le cas des populations de réfugiés et de personnes déplacées, veiller à prévoir des zones de repos pendant le transit et, compte tenu 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

5.1.5 Assurer aux dispensateurs 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 sanitaires, agents de nutrition et agents communautaires à protéger, encourager et soutenir l'alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants dès que se produit une situation d'urgence. Les connaissances et les compétences devraient aider les mères et les dispensateurs de soins à poursuivre, renforcer ou rétablir l'allaitement au sein en recourant à la relactation, avec l'utilisation éventuelle d'un complément à l'allaitement ou « breastfeeding supplementer » (2,9). Si l'allaitement par la mère naturelle est impossible, procéder à un choix approprié entre les différentes solutions de remplacement (nourrice, lait maternel provenant d'une banque de lait, lait artificiel pour nourrissons générique, lait artificiel pour nourrissons acheté localement, lait artificiel pour nourrissons confectionné à domicile) (2)

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^h, y compris les services de soins prénatals et postnatals, les services de planification familiale, les services des accoucheuses traditionnelles et les services de maternité, (il faudrait que les "Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel" fassent partie des services de maternité dans les situations d'urgence (2)); immunisation; surveillance et promotion de la croissance; soins curatifs; programmes d'alimentation sélective (alimentation de supplémentation ou d'appoint, et thérapeutique); et services de santé communautaires

5.2.3 Prévoir des zones (par exemple, des aires d'allaitement maternel ou des tentes pour les mères et les bébés)ⁱ pour les mères ou dispensateurs de soins qui ont besoin d'une aide individuelle pour l'allaitement et l'alimentation

des nourrissons et des jeunes enfants; veiller à ce que l'appui à l'alimentation artificielle soit dispensé dans un cadre distinct de celui de l'aide à l'allaitement maternel; une attention particulière devrait être accordée aux nouveaux dispensateurs de soins

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 pour assurer la préparation correcte d'aliments de complément inconnus fournis dans le cadre des programme d'aide alimentaire et veiller à ce que tous les aliments soient préparés de façon hygiénique

5.2.6 Mettre l'accent sur la prévention du VIH/SIDA. Lorsque le statut sérologique de la mère est inconnu ou si elle est séronégative, elle devrait être encouragée à allaiter exclusivement son enfant¹. Les femmes séropositives doivent être soutenues pour pouvoir faire un choix en toute connaissance de cause en ce qui concerne l'allaitement. Dans la plupart des situations d'urgence, les solutions de rechange au lait maternel ne peuvent être utilisées dans des conditions de sécurité, d'une manière acceptable, durable et à un coût abordable, les risques d'infection ou de malnutrition qu'elles entraînent étant probablement plus élevés que celui de la transmission du VIH par l'allaitement au sein. 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, offriront probablement la meilleure chance de survie aux nourrissons et aux jeunes enfants dans les situations d'urgence. En tout état de cause, compte tenu des lacunes actuelles en matière de recherche, il faudrait

consulter les responsables au niveau central pour obtenir des conseils mis à jour

6. Réduire au minimum les risques de l'alimentation artificielle

L'achat, la gestion, la distribution, le ciblage et l'utilisation de substituts du lait maternel, d'autres laits, de biberons et de tétines devraient être strictement contrôlés et conformes aux dispositions du Code international (4)

6.1 Contrôle de l'achat

6.1.1 Les dons ou produits subventionnés de substituts du lait maternel, de biberons et tétines et d'aliments commerciaux pour nourrissons devraient être systématiquement refusés

6.1.2 Tous dons bien intentionnés mais inopportuns qui n'auraient pas été refusés à temps devraient être récupérés aux ports d'entrée par les organismes bénéficiaires et stockés d'une manière centralisée sous le contrôle d'une seule institution et sous la direction de l'organe de coordination. Un plan pour leur utilisation en toute sécurité (sous surveillance et sous supervision) ou pour leur destruction devra être élaboré par l'organe de coordination pour empêcher une distribution incontrôlée.

6.1.3 Il est recommandé de donner aux nourrissons ayant besoin de laits artificiels pour nourrissons des laits artificiels génériques après approbation par un fonctionnaire de haut rang et par l'organe de coordination. L'UNICEF est responsable de la fourniture de laits artificiels génériques pour nourrissons dans les situations où s'applique le mémorandum d'accord entre l'UNICEF et le PAM. Des informations sur la façon d'obtenir des laits artificiels génériques peuvent être obtenues auprès de la Section de la nutrition de l'UNICEF à New York

6.1.4 Si des laits artificiels génériques ne sont pas disponibles à bref délai ou s'avèrent inacceptables dans le contexte local, des laits artificiels pour nourrissons peuvent être achetées, de préférence sur le marché local. Les produits achetés doivent être fabriqués et conditionnés conformément aux normes du Codex Alimentarius et avoir une durée de conservation d'au moins six mois à l'arrivée dans le pays

6.1.5. Les étiquettes doivent être libellées dans une langue appropriée et respecter les règles d'étiquetage spécifiques du Code international (12). Elles doivent affirmer la supériorité de l'allaitement au sein, indiquer que le produit ne doit être utilisé que sur avis d'un agent sanitaire et mettre en garde contre les risques pour la santé; elles ne doivent comporter de représentation de nourrissons ni d'autres représentations graphiques de nature à idéaliser l'utilisation des laits artificiels pour nourrissons. On devra peut-être mettre une nouvelle étiquette sur les produits achetés avant de les distribuer. Un exemple d'étiquette générique se trouve dans la référence 15

6.1.6 L'utilisation du biberon et de la tétine devrait être activement découragée. Il faudrait encourager activement l'utilisation de la tasse

6.2 Contrôle de la distribution et de la gestion

6.2.1 Les substituts du lait maternel, les autres laits, les biberons et les tétines ne devraient jamais faire l'objet d'une distribution générale ou « blanket »

6.2.2 D'autres laits peuvent être distribués s'ils ne sont pas fournis en tant que produit unique mais sont mélangés à des aliments de base moulus

6.2.3 En vertu du Code international, les substituts du lait maternel, les autres laits, les biberons et les tétines ne devraient jamais faire l'objet d'un don au système de soins de santé. Les institutions opérant au sein du

système de soins de santé peuvent acheter des substituts du lait maternel aux fins d'utilisation dans le système de santé (voir également 6.1.6)

6.2.4 Les laits artificiels pour nourrissons ne devraient être distribués qu'aux dispensateurs de soins qui en ont besoin, par une filière de distribution séparée directement liée à un dispositif d'évaluation effectuée par un agent sanitaire ou agent de nutrition qualifié

6.2.5 Pour les bébés qui ont besoin de préparations pour nourrissons, les stocks devraient être entretenus aussi longtemps que les nourrissons concernés en auront besoin (jusqu'à ce que l'allaitement maternel soit rétabli ou jusqu'à l'âge de six mois au moins et 12 mois au plus)

6.2.6 Conformément au Code international, il ne devrait pas y avoir de publicité pour les substituts du lait maternel aux points de vente, y compris l'étalage spécial de ces produits

6.2.7 Il faudrait toujours s'assurer que les combustibles, l'eau et le matériel nécessaires pour la préparation des produits dans de bonnes conditions sont disponibles avant la distribution. Lorsque ces éléments ne sont pas disponibles et que la préparation des produits ne peut être assurée dans des conditions de sécurité, il faudrait mettre en place un programme d'alimentation "liquide" sur place

6.3 Formulation et application de critères pour le ciblage et l'utilisation

6.3.1 Les laits artificiels pour nourrissons ne devraient être donnés qu'aux nourrissons en ayant besoin, suite à une évaluation effectuée par un agent sanitaire ou agent de nutrition ayant suivi une formation sur les questions relatives à l'allaitement maternel et à l'alimentation des nourrissons

6.3.2 Les exemples de critères pour une utilisation temporaire ou à plus long terme de laits artificiels pour nourrissons sont notamment (15): absence ou

décès de la mère, maladie de la mère, relactation, mère séropositive ayant choisi le lait artificiel comme mode d'alimentation pour son enfant, rejet du nourrisson par la mère, alimentation artificielle du nourrisson avant la situation d'urgence, victime d'un viol ne souhaite pas allaiter l'enfant

6.3.3 La distribution de laits artificiels pour nourrissons à une mère devrait toujours s'accompagner de séances d'éducation, de démonstration et de formation pratique sur la préparation, et d'un suivi au point de distribution et à domicile par des agents sanitaires qualifiés. Le suivi devra comprendre une surveillance régulière du poids du nourrisson au moment de la distribution (au moins deux fois par mois)

7 Références

7.1 Politiques et directives

(1) Principes directeurs pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence. Annexe au document intitulé "Management of Nutrition in Major Emergencies" (Gestion de la nutrition dans les situations d'urgence graves). OMS, 2000

(2) [Infant Feeding in Emergencies: Policy, Strategy and Practice](#). Report of the Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies (Rapport du Groupe spécial sur l'allaitement des nourrissons dans les situations d'urgence), 1999.

(3) le projet Sphère : Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions en cas de catastrophe. Première édition finale, 1998 (2000).

Disponible en anglais auprès de : OXFAM Publishing, 274 Banbury Road, Oxford OX2 7DX, UK. e-mail: publish@oxfam.org.uk; fax: +44 1865 313713

(4) Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. OMS, 1981. Le texte intégral du Code et des résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé est disponible en anglais à l'adresse suivante : ibfan.org/English/resource/who/fullcode.html. Le texte intégral du code est disponible en français à l'adresse suivante :

action.allaitement.free.fr/pages/code.html

7.2 Sensibilisation

(5) Infant feeding in emergencies. Do you know that your generous donations of breastmilk substitutes could do more harm than good? (Alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence. Savez-vous que vos généreux dons de substituts du lait maternel peuvent faire plus de mal que de bien ?) IBFAN-GIFA, Wemos, juin 2001, 2e édition.

7.3 Information technique

(6) Feeding in Emergencies for Infants under Six Months: Practical Guidelines (Alimentation des nourrissons de moins de six mois dans les situations d'urgence : directives pratiques) K Carter, OXFAM Public Health Team, 1996. Disponible auprès de : OXFAM, 274 Banbury Road, Oxford OX2 7DZ, England.

(7) Helping Mothers to Breastfeed in Emergencies (Aider les mères à allaiter dans les situations d'urgence), Bureau européen de l'OMS

www.who.dk/nutrition/infant.htm

(8) Aider les mères à allaiter. F. Savage King & B. de Benoist , OMS, 1996.

(9) Relactation: Review of Experiences and Recommendations for Practice (Relactation : examen des expériences et recommandations pour la pratique) OMS, 1998.

(10) Reproductive Health in Refugee Situations : an Interagency Field Manual Santé en matière de reproduction dans les situations de réfugiés : manuel de terrain interinstitutions, HCR, 1999.

(11) Faits d'alimentation - Pratiques recommandées pour améliorer la nutrition infantile pendant les six premiers mois (janvier 1999); Directives pour une alimentation complémentaire appropriée pour les enfants allaités âgés de 6 à 24 mois) (novembre 1998); Le lait maternel : une source essentielle de vitamine A pour le nourrisson et le jeune enfant; Fiche de questions posées fréquemment sur le soutien mères-à-mères pour l'allaitement maternel) (août 1999); fiche de questions posées fréquemment sur l'allaitement et la nutrition maternelle) (Juin 2000). LINKAGES, Académie pour le développement de l'éducation, courriel : linkages@aed.org; site Web: www.linkagesproject.org

(12) Protecting Infant Health. A Health Workers' Guide to the International Code of Marketing of Breastfeeding Substitutes, 9th edition (Protégeons la santé de nos enfants. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel : guide pour l'agent de santé) IBFAN, 1999. Disponible à l'adresse suivante : IBFAN-GIFA, case postale 157, 1211 Genève 19, Suisse. Courriel: info@gifa.org

(13) Cup Feeding information (Information sur l'alimentation à la tasse) BFHI News, mai/juin 1999, UNICEF. Courriel: pubdoc@unicef.org

(14) Risks and Realities: FAQs on breastfeeding & HIV/AIDS (Risques et réalités : questions posées fréquemment sur l'allaitement au sein et le VIH/SIDA). Paru dans : The Health Exchange, avril 2001. Disponible auprès de International Health Exchange, courriel : info@ihe.org.uk

7.4 Matériel de formation

(15) InterAgency Training Modules on Infant Feeding in Emergencies (Modules de formation interagences sur l'alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence). [Module I](#) disponible, Module II à paraître. S'adresser à Emergency Nutrition Network (ENN): courriel : fiona@enonline.net.

7.5 Évaluation, surveillance et bilan

(16) Indicators for Assessing Breast-feeding Practices (Indicateurs pour l'évaluation des pratiques en matière d'allaitement). WHO/CDD/SER/91.14, OMS, Genève.

(17) Tool Kit for Monitoring and Evaluating Breastfeeding Practices and Programs (Trousse pour le contrôle et l'évaluation des pratiques et programmes relatifs à l'allaitement), Wellstart International Expanded Promotion of Breastfeeding Program (EPB), septembre 1996. Courriel : linkages@aed.org; site Web : www.linkagesproject.org

POINTS CLEFS

1. Chaque institution devrait formuler ou entériner une politique relative à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (politique qu'il faudrait institutionnaliser). Cette politique devrait être largement diffusée à l'ensemble du personnel et les procédures de l'institution adaptées en conséquence (Section 1).
2. 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).
3. Un organe doit être désigné et chargé de la coordination de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans chaque situation d'urgence; cet organe doit

disposer des ressources et de l'appui nécessaires pour s'acquitter de tâches spécifiques (Section 3).

4. Il importe d'intégrer aux procédures d'évaluation de routine rapides la collecte d'informations clés sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants; on pourra, au besoin, procéder à une évaluation plus systématique en utilisant les méthodes recommandées (Section 4).
5. Il faudrait mettre en place des mesures simples pour veiller à ce que les besoins des mères et des nourrissons soient satisfaits au cours des premières phases d'une situation d'urgence (Section 5).
6. Il faudrait intégrer l'appui 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).
7. 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).
8. Les dons de substituts du lait maternel, de biberons et de tétines devraient être refusés dans les situations d'urgence (Section 6).
9. Tout don bien intentionné mais inopportun devrait être placé sous le contrôle d'un seul organisme désigné (Section 6).
10. Les substituts du lait maternel, les autres laits, les biberons et les tétines ne devraient jamais faire l'objet d'une distribution générale; ces produits ne doivent être distribués que conformément à des critères stricts reconnus et fournis uniquement aux mères et dispensateurs de soins pour les nourrissons qui en ont besoin. (Section 6).

Établi sur la base du document intitulé "Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants

dans les situations d'urgence".

Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs des programmes de secours d'urgence

Groupe de travail interagences sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (Juillet 2001)

Les observations sur le présent document devraient être adressées Fiona O'Reilly, Emergency Nutrition Network. Courriel : fiona@enonline.net

^a Food and Nutrition Handbook (Manuel de l'alimentation et de la nutrition). Programme alimentaire mondial, 2000. Handbook for Emergencies (Manuel pour les situations d'urgence), Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 1999, deuxième édition.

Notes techniques : Special Considerations for Programming in Unstable Situations (Considérations spéciales pour la programmation dans les situations instables, UNICEF, Division des programmes et Bureau des programmes d'urgence, janvier 2001. MSF Guidelines (Lignes directrices de Médecin sans frontières) (à paraître en 2001).

Management of Nutrition in Major Emergencies (Gestion de la nutrition dans les situations d'urgence graves. OMS, 2000. IFRC Handbook for Delegates (Manuel de la Fédération internationale de la Croix-Rouge à l'intention des délégués).

^b On trouvera un cadre de politique recommandé dans la référence 2.

^c International Lactation Consultancy Association : ilca@erols.com, GIFA: info@gifa.org

^d Dans une population normale, les proportions sont, en principe, pour les nourrissons de 0 à <12 mois : 2.6%; les enfants de 12 à <24 mois : 2.5%; les enfants de 0 à 5 ans : 15%; les femmes enceintes et mères allaitantes : 5%. (OMS, 2000).

^e L'évaluation de la malnutrition chez les nourrissons pose en ce moment des problèmes compte tenu des données de référence actuelles du Centre national de statistiques sanitaires ; l'évaluation de la diarrhée chez les enfants allaités au sein est aussi source de difficultés

^f Enquêtes en grappes à indicateurs multiples : www.childinfo.org; enquêtes de santé démographique : www.macrint.com/dhs; UNICEF, données statistiques par pays : www.unicef.org/statis; Health Information Network for Advanced Planning : www.hinap.org; base de données mondiale de l'OMS sur la malnutrition : www.who.int/nutgrowthdb; données relatives à la nutrition pour l'Afrique : www.africanutrition.net

^g Les populations qui dépendent de l'aide alimentaire devraient recevoir des rations conformes aux types de ration du HCR/PAM (The management of nutrition in major emergencies, WHO 2000, page 63). Les caractéristiques et exemples d'aliments mélangés sont donnés dans le manuel de l'alimentation et de la nutrition du Programme alimentaire mondial, 2000.

^h Les services de santé en matière de reproduction devraient être fournis dès les premiers stades de toute situation d'urgence. Voir le manuel de terrain interinstitutions sur la santé en matière de reproduction dans les situations de réfugiés, HCR 1999.

ⁱ Infant feeding in emergencies. Do you know that your generous donations of breastmilk substitutes could do more harm than good? (Alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence. Savez-vous que vos généreux dons de substituts du lait maternel peuvent faire plus de mal que de bien ?) IBFAN-GIFA, Wemos, juin 2001, 2e édition. Rendez-vous sur le site www.ibfan.org pour obtenir plus de détails sur les tentes mère-enfant (Mother Baby Tents) et les coins allaitement (Breastfeeding Corners).

^j HIV and Infant Feeding (Le VIH et l'alimentation des nourrissons). OMS/UNICEF/ONUSIDA. 1998 www.unaids.org

