



L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence

**Orientations
opérationnelles
pour le personnel de
secours d'urgence
et les gestionnaires
de programme**

**Développé par le
groupe de base IFE**

Version 3.0 – Octobre 2017

Contexte

Les orientations opérationnelles sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence (OG-IFE) ont été produites par le Groupe de travail interinstitutions sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence en 2001. Ce groupe de travail comprenait des membres du groupe de base de l'IFE; une collaboration interinstitutions s'occupant de la mise au point de matériels de formation et de directives connexes sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (IFE/ANJE-E, ci-après dénommée IFE).

La version 2.0 était produite en mai 2006; version 2.1 en février 2007 (avec addendum en 2010); et la version 3.0 en octobre 2017 pour refléter les expériences opérationnelles et les besoins ainsi que les mises à jour d'orientation. La mise à jour de la version 3.0 a été entreprise par le groupe de base de l'IFE en consultation avec des informateurs internationaux, régionaux et nationaux, codirigé par le Réseau nutritionnel d'urgence (ENN), l'UNICEF et coordonné par l'ENN. Le groupe de base IFE remercie tous ceux qui ont conseillé et contribué à cette édition et aux éditions précédentes. Le soutien de Traducteurs sans frontières pour la traduction en français et arabe est grandement apprécié. Cette mise à jour de l'OG-IFE a été rendue possible grâce au généreux soutien du peuple américain par le biais de l'Agence américaine pour le développement international (USAID).

Mandat

L'OG-IFE cherche à respecter les dispositions des normes internationales d'urgence, notamment *les normes humanitaires fondamentales sur la qualité et la responsabilité* (CHS) et *les normes de sphère*¹, parmi beaucoup d'autres². Il aide à l'application pratique des *principes directeurs pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence*³ et le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* («le Code»)⁴ et les résolutions pertinentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS). Il aide les décideurs, les planificateurs et les donateurs à s'acquitter de leurs responsabilités énoncées dans *UNICEF/OMS Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*⁵ dans l'article 24 de la *Convention des Droits de l'enfant*⁶ et l'appel à l'action contenu dans la *Déclaration Innocenti 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*⁶, accueilli à l'unanimité par l'AMS 2006. Il contribue à la réalisation des cibles des *objectifs de développement durable*^c (objectifs 2, 3 et 6) et le programme de travail des Nations unies (ONU) *Décennie de la nutrition* (2016-2025)^d.

Objectifs

L'OG-IFE vise à fournir des conseils pratiques et concis sur la façon d'assurer une alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant en situations d'urgence.

Étendue

L'OG-IFE s'applique à la préparation, la réponse et le rétablissement d'urgence dans le monde entier pour minimiser les risques de morbidité et/ou de mortalité infantile et juvénile associés aux pratiques d'alimentation et pour maximiser la nutrition, la santé et le développement des enfants.

Populations visées

Les populations cibles pour les interventions sont les nourrissons et les jeunes enfants âgés de moins de deux ans (0-23 mois) et les femmes enceintes et allaitantes (PLW).

Cibler les utilisateurs de ces conseils

L'OG-IFE est destiné aux décideurs politiques, aux décideurs et aux programmeurs travaillant en situation d'urgence préparation et réponse, y compris les gouvernements, les organismes des Nations Unies (ONU), les organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales, les donateurs, les groupes de bénévoles et le secteur privé/des affaires.

Les actions recommandées s'adressent aux personnes investies d'une autorité de coordination de l'IFE et aux responsabilités mandatées, ainsi qu'à celles qui entreprennent des activités affectant directement ou indirectement l'IFE et qui ont également des responsabilités et des rôles clés. Des actions seront nécessaires à plusieurs niveaux et à des degrés divers selon le contexte.

L'OG-IFE est pertinente dans tous les secteurs et toutes les disciplines, en particulier la nutrition, mais aussi la santé (santé reproductive, santé maternelle, néonatale et infantile), les services curatifs, la santé mentale et les services de soutien psychosocial (MHPSS), le VIH, la gestion des maladies infectieuses ; les services aux adolescents ; l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) ; la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance (FSL) ; la protection de l'enfance ; le développement de la petite enfance (DPE) ; l'invalidité ; l'abri ; les programmes de transferts monétaires ; la protection sociale ; l'agriculture ; la coordination et la gestion de camp ; et la logistique.

Disposition

Commençant par un résumé des points clés, ce document est organisé en six sections d'étapes pratiques, suivi par des contacts clés (Section 7), une section de référence avec les ressources clés (section 8), et des définitions (Section 9). Les références sont incluses en notes de bas de page rapportant vers la section 8, où les ressources numérotées sont répertoriées. L'information à l'appui est indexée par ordre alphabétique dans les remarques qui suivent la section 7. La préparation aux urgences est un thème transversal ; les actions clés sont résumées dans l'encadré 1 et les sections énumérées à l'Annexe 1. La collaboration multisectorielle est adressée en Section 5, mais aussi dans d'autres sections ; un guide du contenu par secteur/spécialité est inclus dans l'Annexe 1.

Retours et soutien

Le groupe de base de l'IFE souhaite recevoir des commentaires sur ce document et les expériences de mise en œuvre. Contacter le groupe de base de l'IFE à la Division du programme de l'UNICEF, New York, USA : nutrition@unicef.org, ou c/o ENN, Oxford, Royaume-Uni : office@ennonline.net. Inclure les commentaires OG-IFE dans la ligne d'objet.

L'OG-IFE est disponible en ligne sur www.ennonline.net/operationalguidance-v3-2017

¹ Voir 23-25 dans Références Section 8.2 Politique — Normes minimales

² Voir Références Section 8.2 Politique — Normes minimales

³ Voir 4 dans les références Section 8.2 Politique — Stratégie globale et nationale

⁴ Voir 9 et 10 dans les références Section 8.2 Politique — Politique globale

⁵ Voir 5 dans Références Section 8.2 Politique — Stratégie globale et nationale

SOMMAIRE

POINTS CLÉS	5
ÉTAPES PRATIQUES (1-6)	6
1. Approuver ou élaborer des politiques	6
2. Former le personnel	7
3. Coordonner les opérations	7
4. Évaluer et surveiller	9
Général 4.1–4.3	9
Données pré-crisés et évaluation précoce des besoins 4.4–4.10	10
Evaluation approfondie 4.11	11
Suivi 4.12–4.18	12
5. Protect, promote and support optimal infant and young child feeding with integrated multi-sector interventions	12
Général 5.1–5.6	12
Soutien à l’allaitement maternel 5.7–5.9	13
Nourrissons qui ne sont pas allaités au sein 5.10–5.19	14
Alimentation de complément 5.20–5.28	15
Collaboration multisectorielle 5.29	17
VIH et alimentation du nourrisson 5.30–5.32	17
HIV and infant feeding 5.33–5.39	18
Épidémies de maladies infectieuses 5.40	19
6. Minimiser les risques de l’alimentation artificielle	20
Dons en situations d’urgence 6.1–6.6	20
Gestion de l’alimentation artificielle 6.7–6.10	20
Fourniture en BMS 6.11–6.14	21
Spécification BMS 6.15–6.17	21
Acquisition de fournitures BMS, alimentation, équipement et support 6.18–6.23	22
Répartition du BMS 6.24–6.27	23
7. CONTACTS CLÉS	23
Encadré 1 : Actions de préparation aux situations d’urgence	24
8. RÉFÉRENCES	28
Général 8.1	29
Politique 8.2	29
Formation 8.3	30
Coordination 8.4	33
Évaluation et suivi 8.5	33
Interventions multisectorielles 8.6	35
Alimentation artificielle 8.7	42
9. DÉFINITIONS	43
Annexe 1: Guide du contenu par secteur/spécialité et état de préparation	49
Acronymes	50

Points Clés

1. Un soutien approprié et opportun de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (IFE) sauve des vies; protège la nutrition, la santé et le développement des enfants; et profite aux mères.
2. La préparation aux situations d'urgence est essentielle à une réponse rapide, efficace et appropriée de l'IFE (*Box 1*).
3. Les principales dispositions relatives à l'IFE devraient être reflétées dans les politiques gouvernementales, multisectorielles et d'agence et devraient guider les interventions d'urgence (*Section 1*).
4. La sensibilisation et la formation à l'IFE sont nécessaires à plusieurs niveaux et entre secteurs (*Section 2*).
5. La capacité à coordonner l'IFE devrait être établie dans le mécanisme de coordination de chaque intervention d'urgence. Le gouvernement est l'autorité de coordination principale de l'IFE. Lorsque cela n'est pas possible ou qu'un soutien est nécessaire, la coordination de l'IFE est la responsabilité mandatée de l'UNICEF ou du HCR, selon le contexte, en étroite collaboration avec le gouvernement, les autres agences des Nations Unies et les partenaires opérationnels (*Section 3*).
6. Une communication rapide, précise et harmonisée avec la population touchée, les intervenants d'urgence et les médias est essentielle (*Section 3*).
7. L'évaluation des besoins et l'analyse critique devraient éclairer une réponse IFE spécifique au contexte (*Section 4*).
8. Une action immédiate pour protéger les pratiques recommandées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et minimiser les risques est nécessaire dans les premiers stades d'une urgence, avec un soutien ciblé aux nourrissons et aux enfants à risque plus élevé (*Section 5*).
9. Dans toute situation d'urgence, il est nécessaire d'évaluer et d'agir pour protéger et soutenir les besoins nutritionnels et les soins des nourrissons allaités et non allaités et des jeunes enfants. Il est important de tenir compte des pratiques courantes, de l'environnement des maladies infectieuses, des sensibilités culturelles et des besoins et préoccupations exprimées par les mères et les soignants lors de la détermination des interventions (*Section 5*).
10. La collaboration multisectorielle est essentielle en cas d'urgence pour faciliter et compléter les interventions directes de l'ANJE (*Section 5*).
11. Dans toute situation d'urgence, il est important de garantir l'accès à des quantités suffisantes d'aliments de complément appropriés et sûrs et à un soutien adapté pour les enfants et de garantir l'adéquation nutritionnelle des femmes enceintes et des mères allaitantes (PLW) (*Section 5*).
12. En cas d'urgence, l'utilisation de substituts du lait maternel requiert un ensemble de soins coordonnés spécifiques au contexte et un soutien qualifié pour répondre aux besoins nutritionnels des enfants non allaités et minimiser les risques pour tous les enfants par une utilisation inappropriée des substituts du lait maternel (BMS) (*Sections 5 et 6*).
13. Les dons de BMS, d'aliments de complément et d'équipement servant à l'alimentation ne doivent pas être recherchés ou acceptés en situation d'urgence; les fournitures doivent être achetées en fonction des besoins évalués. Ne pas envoyer de donation de lait humain dans une situation d'urgence qui n'est pas basée sur un besoin identifié et fait partie d'une intervention coordonnée et gérée. Les BMS, les autres produits laitiers, les biberons et les tétines ne devraient pas être inclus dans une distribution générale ou de couverture (*Sections 5 et 6*).
14. Il est essentiel de surveiller l'impact des actions humanitaires et de l'inaction sur les pratiques d'ANJE, la nutrition et la santé des enfants; consulter la population affectée lors de la planification et de la mise en œuvre; et documenter les expériences pour informer la préparation et la réponse future (*Section 4*).

MESURES PRATIQUES

1 Approuver ou développer des politiques.

- 1.1** Les gouvernements et les agences devraient avoir des **politiques à jour** qui traitent adéquatement tous les éléments suivants dans le contexte d'une situation d'urgence : protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel ; la gestion de l'alimentation artificielle ; l'alimentation de complément ; les besoins nutritionnels des PLW ; le respect du *code international de commercialisation des substituts du lait maternel (BMS) et résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé (WHA)*⁶ ; la prévention et gestion des dons de BMS ; et l'alimentation du nourrisson dans le contexte des urgences de santé publique et des épidémies de maladies infectieuses (voir la section 9 Définitions des pratiques d'ANJE recommandées). Des dispositions supplémentaires spécifiques au contexte peuvent être nécessaires, par exemple pour les réfugiés ou les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI). Des dispositions peuvent exister en tant que politique autonome et/ou peuvent être intégrées dans d'autres politiques pertinentes. L'UNICEF et l'OMS ont des responsabilités clés dans le soutien des politiques nationales ou sous-nationales en terme de préparation (voir l'encadré 1 pour les actions de préparation clés).
- 1.2** En début de réponse, consulter les plans, politiques et procédures de préparation nationaux ou sous-nationaux, les e, et faire respecter la législation pertinente et les normes internationales. En situation d'urgence, lorsque les orientations politiques existantes sont absentes, dépassées ou ne répondent pas au contexte, il peut être nécessaire de mettre rapidement à jour des orientations stratégiques ou des orientations provisoires, menées par l'autorité de coordination de l'IFE et en consultation avec les agences des Nations Unies et les groupes techniques nationaux/régionaux/mondiaux (voir 3.1; 3.3).
- 1.3** Élaborer les orientations manquantes et mettre à jour les orientations politiques existantes en étroite collaboration avec les autorités gouvernementales et chercher à renforcer les politiques nationales/sous-nationales pertinentes. Développer et mettre à jour les politiques et procédures associées en terme de préparation aux urgences.
- 1.4** **Diffuser** des orientations politiques clés pour tous les intervenants concernés dans tous les secteurs, y compris les groupes de médias, le secteur privé, les donateurs, les groupes militaires et les groupes de volontaires (voir 3.7).
- 1.5** Une **déclaration conjointe inter organisations**, publiée et approuvée par les autorités compétentes, peut être utilisée pour mettre en évidence les orientations pertinentes, fournir des orientations rapides spécifiques au contexte et harmoniser la communication. L'élaboration de la déclaration devrait être menée par l'autorité de coordination de l'IFE (voir 3.1) ; L'UNICEF et l'OMS ont des rôles clés pour catalyser et soutenir leur développement. Dans la préparation à l'urgence, élaborer un projet de déclaration commune et obtenir une approbation préliminaire auprès des autorités compétentes. Une déclaration conjointe modèle est disponible⁷.
- 1.6** **Le code** exprime la volonté collective des gouvernements en ce qui concerne la commercialisation de BMS et définit les responsabilités des fabricants et distributeurs de produits couverts par le code, les agents de santé, les gouvernements nationaux et les organisations concernées (voir 9). Promulguer le code dans la législation nationale et l'appliquer en tout temps, y compris pendant une intervention d'urgence. Veiller à ce que la législation existante soit pleinement conforme au code. Signaler les violations de code (Voir 4.16 et 7.1).

⁶ Voir 9 et 10 dans Références Section 8.2 Politique – Politique globale

⁷ Voir 13 dans Références Section 8.2 Politique – Politique organisationnelle

- 1.7** Promulguer des lois et adopter des politiques conformes aux Guides sur la fin de la promotion inappropriée des aliments pour nourrissons et jeunes enfants⁸ de l’OMS (voir 5.27). Dans la préparation aux urgences, les décideurs de l’ONU, de la société civile et des gouvernements devraient élaborer des politiques nationales juridiquement contraignantes concernant l’engagement du secteur privé dans les interventions d’urgence afin de permettre une collaboration constructive et d’éviter tout influence induue et conflit d’intérêts⁹.

2 Former le personnel

- 2.1 Sensibiliser** le personnel concerné **dans tous les secteurs** à soutenir l’IFE, y compris ceux qui traitent directement avec les femmes et les enfants touchés; ceux qui occupent des postes de décision; ceux dont les opérations affectent l’ANJE; ceux qui gèrent des dons; et ceux mobilisant des ressources pour la réponse. Les groupes cibles pour la sensibilisation comprennent le personnel du gouvernement, les chefs de secteur/groupe, les donateurs, le personnel d’intervention rapide, les gestionnaires de camp, les équipes de communication, les logisticiens, les médias, les bénévoles, entre autres.
- 2.2 Former du personnel** sur IFE pendant la préparation aux urgences et pendant l’intervention d’urgence, au besoin. Le personnel ciblé peut inclure le personnel du gouvernement; le personnel des ONG et les bénévoles fournissant des services de santé et de nutrition et un soutien au niveau de l’établissement ou de la communauté; et le personnel de première ligne dans d’autres secteurs.
- 2.3 Adapter et prioriser le contenu de formation** pour répondre aux besoins identifiés, aux attentes culturelles et aux expériences personnelles des mères et du personnel; les lacunes de capacité; le public ciblé; et le temps disponible. Des capacités plus spécialisées pour conseiller les mères et les nourrissons ayant des besoins accrus, tels que les mères stressées ou traumatisées, les nourrissons et les mères souffrant de malnutrition, les nourrissons de faible poids à la naissance et les nourrissons handicapés ayant des difficultés d’alimentation peuvent être nécessaires. Au minimum, le personnel en contact avec les mères et les enfants de moins de deux ans devrait être formé pour être sensible aux problèmes psychosociaux, au dépistage nutritionnel et à la référence vers un soutien plus spécialisé¹⁰.
- 2.4 Entreprenre** une sensibilisation et une formation pendant la préparation aux urgences. Intégrer les composantes de l’IFE dans les programmes et les formations existants et collaborer avec les institutions académiques et de formation nationale et régionale sur le développement et la diffusion du contenu. Inclure des concepts de base autour de l’IFE et du code dans la formation initiale des professionnels de santé concernés. Intégrer les leçons tirées des interventions d’urgence précédentes dans des modules de formation. Documenter qui est formé et comment les accéder en cas d’urgence.
- 2.5 Identifier et utiliser l’expertise nationale et les réseaux** existants, comme sur le conseil et le soutien à l’allaitement maternel. Les sources de contacts nationaux comprennent : le ministère de la Santé; les bureaux de pays de l’UNICEF et de l’OMS; l’Alliance mondiale pour l’action en faveur de l’allaitement maternel (WABA)⁶; la Leche League⁷ et d’autres organisations de soutien à l’allaitement maternel de mère à mère; l’Association internationale de consultants en lactation (CIPEA)⁹ et les affiliés nationaux du CIPEA; et le Réseau international d’action pour l’alimentation infantile (IBFAN)^h groupes nationaux (voir 7 pour les contacts).

⁸ Voir 11 et 12 dans Références Section 8.2 Politique – Politique globale

⁹ Voir 7 dans Références Section 8.2 Politique – Politique globale

¹⁰ Voir les références Section 8.3 Formation

3 Coordonner les opérations

- 3.1** Le gouvernement est l'autorité de coordination principale de l'IFE. Lorsque cela n'est pas possible ou qu'un soutien est nécessaire, parmi les agences des Nations Unies et conformément aux mandats, la coordination de l'IFE relève de la responsabilité de l'UNICEF ou du UNHCR :
- L'autorité de coordination de l'UNICEF peut être une agence-chef de file au sein de l'approche sectorielle du Comité permanent inter agences (IASC) pour la réponse humanitaire où un groupe de pays est activé, ou en tant qu'organisme des Nations Unies chargé de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans des situations humanitaires¹¹.
 - Dans les réponses aux PDI, l'UNICEF est responsable de la coordination de l'IFE¹².
 - Dans les réponses aux réfugiés, le UNHCR est l'agence des Nations Unies responsable de la coordination de l'IFE.
 - Dans tous les contextes, l'UNICEF et le UNHCR maximisent les synergies entre leurs capacités techniques et de gestion respective, la disponibilité des ressources et les capacités de réaction.

Le PAM est chargé de mobiliser l'aide alimentaire dans les situations d'urgence d'une manière qui respecte les dispositions de l'OG-IFE. L'OMS est chargée d'aider les États membres à se préparer, à intervenir et à se remettre des situations d'urgence ayant des conséquences sur la santé publique.

- 3.2** S'assurer qu'il existe une capacité à coordonner l'IFE dans **les mécanismes de coordination** dans une réponse d'urgence. Évaluer et soutenir le développement de la capacité de coordination gouvernementale, au besoin. Déterminer ou clarifier les responsabilités de coordination et les rôles dans la préparation et en début de réponse. Les bureaux de pays de l'UNICEF ont la responsabilité de se préparer aux besoins de coordination en cas d'urgence et, le cas échéant, de **soutenir la capacité du gouvernement** et le développement des compétences à cet égard.

- 3.3** L'autorité de coordination de l'IFE doit coordonner directement la réponse de l'IFE ou s'assurer **que des mécanismes de coordination et des capacités adéquats** sont en place¹³. Cela peut impliquer le recrutement ou le détachement de personnel supplémentaire ou la collaboration/partenariat avec une autre agence ou des agences. Des mécanismes de soutien technique nationaux ou régionaux/mondiaux ou des groupes de travail peuvent être identifiés ou formés pour soutenir la coordination. Lorsqu'une agence partenaire est identifiée pour entreprendre des activités de coordination, l'autorité de coordination de l'IFE reste responsable pour assurer une réponse IFE adéquate, appropriée et opportune.

- 3.4** Le niveau de coordination, y compris la nécessité d'un coordinateur IFE dédié, dépendra du **contexte**. Dans la mesure du possible, aider le gouvernement à assumer sa responsabilité de coordination de l'IFE et travailler avec les structures et mécanismes existants au niveau des pays. Identifier ou situer la capacité de coordination de l'IFE dans le mécanisme de coordination sectorielle le plus pertinent, tel que la nutrition, la santé ou la sécurité alimentaire.

- 3.5** La coordination fournit une orientation techniquement informée et spécifique au contexte sur l'IFE à tous les intervenants; identifie les vulnérabilités critiques et les lacunes dans les réponses et prennent des mesures pour s'assurer qu'elles sont rapidement prises en compte; et surveille l'adéquation de la réponse. En étroite collaboration avec les partenaires du gouvernement, du secteur ou du groupe, **les responsabilités de l'autorité de coordination IFE** comprennent :

¹¹ See 14 in References Section 8.2 Policy – Organisational Policy

¹² See 14 in References Section 8.2 Policy – Organisational Policy

¹³ Voir Références Section 8.4 Coordination – Planification et coordination de la réponse humanitaire

- i. Entreprendre une analyse contextuelle des données de base existantes pour informer immédiatement les actions.
- ii. S'assurer que l'IFE est inclus dans l'évaluation précoce/multisectorielle/rapide des besoins; donner des conseils sur l'utilisation des indicateurs standards et spécifiques au contexte; fournir une analyse situationnelle IFE; et vérifier la nécessité et l'évaluation directe des besoins supplémentaires (voir 4).
- iii. S'assurer que les interventions IFE sont incluses et reflétées avec précision dans les appels de fonds d'urgence et les appels éclair.
- iv. Évaluer la pertinence des directives existantes et au besoin, mettre à jour les politiques, élaborer des orientations provisoires et formuler des déclarations conjointes (voir 1).
- v. Développer et superviser la mise en œuvre d'une stratégie de communication (voir 3.7).
- vi. Développez un plan d'action spécifique au contexte, tirant sur l'état de préparation des plans où ils existent (voir 1.1) et en collaboration avec d'autres secteurs (voir 5.6, 5.30-5.32, l'Annexe 1).
- vii. Déterminer et rechercher activement les ressources nécessaires et la capacité des partenaires pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action.
- viii. Coordonner le soutien à l'allaitement maternel et les interventions d'alimentation de complément (voir 5).
- ix. Coordonner la gestion de l'alimentation artificielle, si nécessaire (voir 6.7-6.10).
- x. Atténuer et gérer les risques liés à la réponse humanitaire, y compris la prévention et la gestion des dons de BMS, de produits laitiers, d'aliments de complément, de lait maternel et d'équipement servant à l'alimentation (voir 6.1-6.6).
- xi. Fournir des conseils adaptés lorsque la réponse de la programmation IFE est compromise (voir 3.8).
- xii. Être vigilant, éviter et gérer les conflits d'intérêts, par exemple en coopérant avec le secteur privé et en obtenant des financements pour les interventions de l'IFE (voir 1.7). Élaborer des directives provisoires, au besoin, pour assurer des garanties adéquates.
- xiii. Surveiller l'effort de réponse IFE (voir 4.12-4.18).

3.6 Coopérer avec d'autres secteurs pour identifier les opportunités **de collaboration multisectorielle**¹⁴ dans l'évaluation et la programmation des besoins et pour informer les politiques sectorielles, les plans d'action et la gestion des risques concernant l'IFE. Participer activement aux réunions de coordination des secteurs ou des groupes sectoriels pertinents. Identifier et engager avec ceux qui travaillent indépendamment des structures de coordination traditionnelles, par exemple les militaires, les groupes de volontaires et les groupes de la société civile.

3.7 Assurer une communication coordonnée, opportune, précise et harmonisée à la population touchée, aux intervenants et aux médias. Une **stratégie de communication** devrait fournir un cadre¹⁵ avec le plan de mise en œuvre associé. Les considérations clés comprennent la diffusion d'orientations politiques; des messages à la population affectée sur les services disponibles et sur les pratiques d'ANJE; des messages adaptés pour les groupes cibles dans les opérations de secours (par exemple, les militaires, les groupes de volontaires et les groupes de la société civile); des communiqués de presse; surveiller la couverture médiatique; et des messages adaptés pour différents médias (par exemple, radio, téléphone mobile, médias sociaux). Un guide des médias sur l'IFE est inclus dans la section 8¹⁶

¹⁴ See References Section 8.6 Multi-sector Interventions – Integration

¹⁵ See References Section 8.4 Coordination – Communications and Advocacy

¹⁶ See 65 in References Section 8.4 Coordination – Communications and Advocacy; Media Guide on IYCF-E. IFE Core Group, 2007

- 3.8** Dans certaines situations d'urgence, il peut ne pas être possible de respecter immédiatement toutes les dispositions de l'OG-IFE, par exemple lorsque l'accès aux personnes affectées est limité ou impossible ou que la capacité est insuffisante pour fournir le soutien nécessaire. Dans de telles circonstances, une analyse critique par l'autorité de coordination de l'IFE, le gouvernement, l'UNICEF, l'OMS et, le cas échéant, le UNHCR (voir 3.1) est essentielle **pour fournir des orientations spécifiques sur le contexte pour des actions appropriées et des compromis acceptables**. Une programmation adaptée peut ne pas correspondre aux recommandations de l'OG-IFE et devrait être temporaire. Les besoins non satisfaits et les risques d'une programmation compromise devraient être utilisés pour informer le plaidoyer proactif pour l'accès humanitaire, le ressourcement et la capacité. La prise de décision devrait être enregistrée et les leçons apprises devraient être documentées et partagées.
- 3.9** L'autorité de coordination de l'IFE est responsable **de la mise en œuvre des normes internationales et des normes nationales pertinentes** et de référence, y compris les dispositions de l'OG-IFE, les normes Sphère et le code. Les lacunes dans les orientations devraient être traitées (voir 1.2-1.3).
- 3.10** **Les lacunes dans la coordination de l'IFE** dans la capacité d'intervention d'urgence doivent être signalées au bureau de pays ou au bureau régional de l'UNICEF ou du UNHCR et au siège de l'agence, si nécessaire (voir 7).

4 Évaluer et surveiller

Général

- 4.1** Évaluer les **besoins et priorités** pour la réponse de l'IFE et surveiller l'impact des interventions, de l'action humanitaire et de l'inaction. Prioriser l'évaluation des besoins et des difficultés aigus qui exposent les enfants au plus grand risque. Recueillir des données qualitatives et quantitatives pendant la phase de préparation, des évaluations précoces des besoins et des enquêtes représentatives. Investir dans la collecte d'informations fiables, précises, systématiques et coordonnées. Trianguler les sources d'information. Le niveau et le type d'évaluation IFE qui sont possibles dans une situation d'urgence donnée dépendront d'un équilibre de facteurs incluant l'accès à la population, la capacité, le type d'urgence (par exemple, aiguë, chronique) et les ressources.
- 4.2** Explorer les **opportunités** d'inclure des questions ANJE dans les évaluations des besoins d'autres secteurs et tirer parti des **données** multisectorielles, telles que l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et les rapports sur la santé. Dans les équipes d'évaluation multisectorielles, assurez-vous qu'une personne a reçu une orientation de base sur l'IFE. Pour la planification de l'évaluation des besoins et de l'analyse, impliquer le personnel expérimenté dans l'ANJE, et idéalement dans l'IFE. Lorsque cette **capacité** est limitée au niveau local, rechercher un soutien spécialisé régional et/ou mondial (voir 7). Consulter les spécialistes sectoriels pour soutenir l'analyse des données multisectorielles au besoin.
- 4.3** **Ventiler** les données pour les enfants de moins de deux ans, par sexe et par âge, comme suit : 0-5 mois^k, 6-11 mois, 12-23 mois et proportion de PLW^l. Avisé par le contexte, ventiler les informations clés par ethnie, lieu, etc. pour permettre l'analyse de l'équité.

Données précises et évaluation précoce des besoins

- 4.4** Utiliser les **informations d'arrière-plan pré-crise** (données secondaires) pour élaborer un profil de situation ANJE pour éclairer la prise de décision précoce et les actions immédiates. Assembler les informations clés dans la préparation aux urgences ou si nécessaire, en réponse rapide.

4.5 Les **sources d'informations pré crise** incluent les programmes existants du gouvernement, des ONG et des programmes pays des Nations Unies; les enquêtes en groupe à indicateurs multiples (MICS)^m et les enquêtes démographiques sur la santé (EDS)ⁿ; les enquêtes sous-nationales; les institutions nationales (ministères, bureaux locaux de préparation aux urgences, les autorités chargées des médicaments et des normes alimentaires); les connaissances, l'attitude et les pratiques (KAP); les profils des pays de l'initiative mondiale pour l'amélioration de l'allaitement maternel (WBTi)^o; les bases de données de l'OMS^p; le système d'information du paysage de nutrition^q; les évaluations post-urgence^r; les appels éclair précédents et les plans d'intervention humanitaire (HRP). Des informations nutritionnelles peuvent également être obtenues grâce à des évaluations conjointes de la nutrition et de la sécurité alimentaire, telles que l'approche conjointe de la nutrition et l'évaluation de la sécurité alimentaire (JANFSA); l'analyse complète de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité (CFSVA); et les systèmes de suivi de la sécurité alimentaire et de la nutrition (FSNMS).

4.6 Les informations clés à prendre en compte comprennent :

4.6.1 Données contextuelles^s

- i. **L'environnement politique**, y compris les orientations nationales et les plans de préparation aux urgences^t; le statut juridique du code; les politiques et les protocoles sur le VIH et l'alimentation des nourrissons et autres urgences de santé publique/épidémies de maladies infectieuses (voir 5.33-5.40); la législation nationale sur les aliments et drogues qui affecte l'approvisionnement en produits de base.
- ii. **État nutritionnel de l'enfant en pré urgence** y compris la prévalence de la malnutrition aiguë, du retard de croissance et de l'anémie; et l'état nutritionnel maternel, y compris la prévalence de l'anémie.
- iii. La sécurité de la population et les difficultés d'accès, comme dans les zones touchées par un conflit.
- iv. Estimation du nombre de dossiers des enfants de moins de deux ans (données désagrégées, voir 4.3) et des PLW.
- v. Prévalence/rapports de nourrissons à risque plus élevé, de jeunes enfants et de mères (voir 5.4).
- vi. **La sécurité alimentaire** du ménage, y compris l'accès à des aliments de complément appropriés (voir 5.23).
- vii. **L'environnement WASH**, y compris l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, et les normes sociales en matière d'hygiène (voir 5.32.viii).
- viii. **L'environnement de santé**, y compris le soutien offert par les fournisseurs de services prénataux, d'accouchement et postnataux; le profil d'âge et de morbidité des admissions aux programmes de traitement de la malnutrition aiguë; le taux de morbidité par maladie infectieuse; le taux de mortalité brute^u (CMR), le taux de mortalité infantile^v (IMR) et le taux de mortalité des moins de cinq ans^w (U5MR); la couverture du traitement antirétroviral (TAR); et le soutien offert par les services sociaux et les mécanismes de protection sociale.
- ix. Capacité et disponibilité de donneurs de soutien potentiel, tels que les mères allaitantes, les travailleurs de la santé formés, les conseillers qualifiés, les femmes expérimentées de la communauté, les réseaux de travailleurs de proximité, les traducteurs et les interprètes.

4.6.2 Données ANJE

Pratiques d'alimentation pré-urgence, y compris la prévalence de : l'initiation à l'allaitement chez les nouveau-nés; l'allaitement maternel précoce et exclusif chez les nourrissons de moins de six mois; les nourrissons non allaités de moins de six mois; l'allaitement continu à un an et à deux ans; l'Apport Alimentaire Minimum Acceptable (MAD); l'alimentation au biberon (à tout âge); l'utilisation du BMS, y compris les préparations pour nourrissons, par groupe d'âge¹⁷.

¹⁷ Voir les références Section 8.5 Évaluation et suivi

- i. Connaissance **de la population et attitudes** concernant l'ANJE.
- ii. Prévalence **des pratiques d'alimentation de complément**, les aliments de complément communs utilisés et leurs sources.
- iii. Acceptabilité et faisabilité de **la relactation, des services de nourrices**, de l'utilisation des donations de lait humain, disponibilité de banques de lait humain (voir 5.11-5.14).
- iv. Perceptions locales du handicap **infantile** et les pratiques connexes d'alimentation et de soins. Rapports et observations concernant les enfants et les soignants handicapés et toute question liée à l'alimentation ou aux soins.
- v. **Rapports de difficultés d'alimentation** ou de demandes d'aide à pratiquer l'alimentation (y compris des demandes de BMS) de la part des mères, des familles, des communautés et/ou des médias.
- vi. Demandes ou rapports de **distribution non ciblée ou dons** de BMS, d'aliments de complément ou d'équipement servant à l'alimentation.

4.7 Effectuer une évaluation précoce (rapide) des besoins¹⁸ pour informer **des décisions stratégiques** (par exemple population cible, situation géographique, type de problème, ampleur du problème, nombre de personnes touchées, indication d'une évaluation plus poussée des besoins) et **des décisions opérationnelles** (par exemple budget, équipement, compétences et besoins en personnel) en réponse. Dans la mesure du possible, relier ou intégrer l'évaluation des besoins multisectoriels. Une analyse critique des données quantitatives et qualitatives est nécessaire pour déterminer les interventions appropriées.

4.8 Lorsqu'une enquête représentative n'est pas réalisable, utiliser une alternative, un moyen **opportuniste** afin de rassembler des données pertinentes sur la situation actuelle. Les approches pour recueillir des données comprennent des discussions de groupe, des entretiens individuels, des promenades d'étude et des visites de marches. Les conduire au niveau du ménage ou de la communauté, y compris là où la population se rassemble, comme les centres d'enregistrement, les distributions de vivres et les centres de santé. Dans les populations en transit, dépister rapidement les PLW, en particulier les mères avec de jeunes enfants. Tenir compte des limites méthodologiques dans l'analyse.

4.9 Rassembler l'information pour différents groupes de population (selon la géographie, l'appartenance ethnique, etc.) dans la mesure du possible. Utiliser les **indicateurs standards**¹⁹ et développer **des indicateurs spécifiques au contexte** au besoin, en consultation avec l'autorité de coordination de l'IFE. Parmi les autres sources d'information, figurent les rapports sur la situation humanitaire, les rapports d'évaluation des besoins sectoriels, les rapports des médias, les appels de fonds et les médias sociaux.

4.10 Alertes dans l'évaluation précoce des besoins nécessitant un examen plus approfondi : CMR élevé, IMR et/ou U5MR; rapports de décès de nourrissons ou de mères; prévalence globale de la malnutrition aiguë supérieure à 5 %; alimentation artificielle pratiquée avant l'urgence; faible (<50 %) prévalence de l'allaitement maternel exclusive pré urgence; mères signalent des difficultés à allaiter; faible (<70 %) prévalence de l'allaitement maternel continu à un an; rapports sur des nourrissons non allaités de moins de six mois; demandes de préparations pour nourrissons; faible disponibilité d'aliments de complément appropriés; nourrissons de moins de six mois présentant une malnutrition aiguë; bébés orphelins; rapports de dons BMS ou de distributions non ciblées de BMS⁵.

¹⁸ Voir 76 dans Références Section 8.5 Évaluation et suivi – Collecte de données (évaluation)

¹⁹ Voir Références Section 8.5 Évaluation et suivi – Indicateurs

Evaluation approfondie

4.11 Lorsqu'une évaluation plus approfondie est indiquée et réalisable, mener une enquête **représentative** (c.-à-d. échantillonnage aléatoire, échantillonnage systématique ou échantillonnage en grappes)²⁰. Cela peut impliquer une enquête indépendante sur l'ANJE ou l'évaluation de l'ANJE intégrée dans une autre enquête, telle qu'une enquête anthropométrique ou de santé reproductive. L'intégration aura une incidence sur la taille de l'échantillon de l'enquête, l'échantillon de groupe d'âge et la taille du questionnaire. Des indicateurs standards devraient être utilisés (voir 4.9). Déterminer avec précision l'âge²¹. Les connaissances et les comportements sur l'ANJE peuvent également être évalués.

Suivi

4.12 Les stratégies d'intervention doivent inclure les objectifs, la population cible, les produits attendus et les résultats. Comprendre **les indicateurs de processus/de produits** mesurer la qualité, la quantité, la couverture et l'utilisation des services et des programmes **d'indicateurs de résultats** pour décrire l'effet de l'intervention. Définir des repères pour déterminer les progrès et les réalisations en tenant compte des délais d'intervention.

4.13 Utiliser des indicateurs quantitatifs et qualitatifs pour déterminer l'impact des activités de changement de comportement; ceux-ci sont très probablement associés à des programmes à plus long terme dans des contextes d'urgence chroniques. Évaluer la couverture géographique ou de la population atteinte par les services utilisant des méthodes d'évaluation de couverture appropriées.^y Utiliser des enquêtes périodiques pour déterminer les impacts. Les évaluations (ou les parties d'une évaluation de référence, par exemple) peuvent être répétées dans le cadre du suivi.

4.14 Suivre les activités IFE et les interventions en utilisant **les indicateurs standards**²² qui sont intégrés aux systèmes de suivi, d'évaluation, de responsabilisation et d'apprentissage là où ils existent. Harmoniser l'utilisation des indicateurs parmi les partenaires de mise en œuvre et dans les enquêtes. Ventiler les données par âge, sexe, groupes vulnérables et indicateurs d'équité en fonction du contexte (voir 4.3).

4.15 Surveiller la réponse IFE par rapport aux **indicateurs globaux de niveau supérieur**, par exemple, les normes Sphère. Inclure l'ANJE dans les évaluations de la réponse humanitaire.

4.16 Suivre **les violations du Code** et les signaler aux autorités nationales, à l'autorité de coordination de l'IFE et aux observateurs internationaux^z (voir 7.1 pour les contacts et les modèles de rapports). Aider le gouvernement à élaborer des politiques et des procédures pour surveiller les violations du Code et agir en conséquence; les bureaux de pays de l'OMS et de l'UNICEF ont des responsabilités clés à cet égard. Les violations typiques du Code dans les situations d'urgence concernent l'étiquetage des préparations pour nourrissons, la gestion de l'offre et les dons (voir 6.1; 6.15; 6.25-6.26).

4.17 Veiller à ce que **l'égalité des sexes**²³ et **l'équité** soient intégrées de manière cohérente dans les programmes de prévention des catastrophes, d'intervention humanitaire et de redressement.

4.18 Utilisation **des approches participatives** pour impliquer les groupes de population cibles, y compris dans la planification et la conception des programmes, les séances de restitution et la diffusion des résultats²⁴. Des dispositifs de réclamation confidentiels sur les activités et les interventions de l'ANJE devraient être disponibles. Apprendre de et adapter la programmation/ les activités au besoin. Documenter les expériences pour un partage plus large²⁵.

²⁰ Voir Références Section 8.5 Évaluation et suivi – Évaluation approfondie

²¹ Voir les références Section 8.5 Évaluation et suivi

²² Voir Références Section 8.5 Évaluation et suivi – Indicateurs

²³ Voir Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Genre

²⁴ Voir références Section 8.5 Évaluation et suivi – Participation

²⁵ Voir les références Section 8.5 Évaluation et suivi – Apprentissage

5 Protéger, promouvoir et soutenir l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant grâce à des interventions multisectorielles intégrées

Général

- 5.1** Au niveau national, l'**UNICEF** a la responsabilité principale de définir, de plaider et de fournir des conseils sur les interventions essentielles de l'ANJE en étroite collaboration avec le gouvernement et les autres acteurs²⁶. Cette responsabilité s'étend à la fois à la préparation aux urgences et au redressement, en utilisant et en s'appuyant sur les capacités, les réseaux, les politiques et les systèmes existants et nécessite un engagement multisectoriel. Dans les contextes de réfugiés, **le UNHCR** détient cette responsabilité (voir 3.1). **La PAM** a la responsabilité de veiller à ce que la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants et des PLW soit prise en compte dans la réponse d'urgence alimentaire et que les données nécessaires soient recueillies pour informer les programmes connexes.
- 5.2** **Ventiler** les données de programme pour les enfants de moins de cinq ans par **genre et par âge** comme suit : 0-5 mois, 6-11 mois, 12-23 mois et 24-59 mois. Avisé par le contexte, ventiler les informations clés par ethnie, lieu, etc. pour permettre l'analyse de l'équité.
- 5.3** Agir pour faire en sorte que les **besoins nutritionnels** de la population soient atteints, en accordant une attention particulière à l'accès à des aliments de complément adaptés pour les enfants²⁷ et une nutrition adéquate aux PLW²⁸.
- 5.4** Établir des services de soutien à l'ANJE accessibles pour soutenir les nourrissons à **risque plus élevé**, les jeunes enfants et les mères, tels que les orphelins, les enfants non accompagnés, les nourrissons qui ne sont pas allaités ; les enfants avec des handicaps qui affectent l'alimentation ou dont les aidants sont handicapés ;²⁹ les mères en détention ; les enfants dont les mères sont malades ; les mères adolescentes ; les bébés prématurés ; les bébés de faible poids de naissance ; et les enfants et/ou les mères qui souffrent de malnutrition aiguë.
- 5.5** Encourager les mères/tuteurs à se présenter aux services de santé lorsque leur enfant est malade ou s'il y a des problèmes de santé ou d'alimentation. S'assurer que les enfants **malades et/ou mal nourris** reçoivent un soutien nutritionnel et un suivi.
- 5.6** Collaborer à travers **plusieurs secteurs** afin de maximiser les synergies et les opportunités pour soutenir l'ANJE les pratiques recommandées et minimiser les risques³⁰.

Soutien à l'allaitement

- 5.7** Protéger, promouvoir et supporter **l'initiation précoce de l'allaitement exclusif** chez tous les **nourrissons** en bas âge. Intégrer les dix étapes pour réussir l'allaitement maternel de l'initiative des hôpitaux amis des bébés de l'OMS/UNICEF³¹ dans les services de maternité. Interventions clés pour la santé du nouveau-né³² inclure le contact peau à peau, le portage kangourou³³, « le cododo » (garder les mères et les nourrissons ensemble) et retarder le clampage du cordon ombilical^{3b}. Limiter la supplémentation au BMS aux besoins médicaux³³.

²⁶ Voir 14 dans Références Section 8.2 Politique – Politique organisationnelle

²⁷ Voir Section 8.6 Interventions multisectorielles – Alimentation complémentaire

²⁸ Voir Section 8.6 Interventions multisectorielles – Nutrition maternelle

²⁹ Voir Section 8.6 Interventions multisectorielles – Handicap

³⁰ Voir Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Intégration

³¹ Voir 182 po Section 8.6 – Interventions multisectorielles

³² Voir 185 po Section 8.6 – Interventions multisectorielles

³³ Voir 109 à la section 8.6 – Interventions multisectorielles

Cibler le soutien aux mères de prématurés³⁴ et de bébés LBW³⁴, aux mères adolescentes et aux mères primipares. Assurer l'accès aux services liés au VIH, le cas échéant, y compris un soutien nutritionnel, le cas échéant (voir 5.33-5.39). Assurer l'enregistrement des naissances des nouveau-nés dans les deux semaines suivant l'accouchement et coordonner avec d'autres secteurs (tels que la santé, la sécurité alimentaire et la protection sociale) pour faciliter l'accès aux services de soutien. Utiliser et renforcer les capacités existantes (telles que les accoucheuses traditionnelles, les sages-femmes et les pairs) pour fournir un soutien qualifié en matière d'allaitement maternel³⁵.

- 5.8** Protéger, promouvoir et soutenir l'**allaitement maternel exclusif** chez les nourrissons de moins de six mois et l'**allaitement continu** chez les enfants âgés de six mois à deux ans ou plus. Concevoir des interventions culturellement adaptées qui minimisent les risques de pratiques d'ANJE non recommandées. Lorsque l'alimentation mixte est pratiquée chez les nourrissons de moins de six mois, aider les mères à faire la transition vers l'allaitement maternel exclusif (voir 5.33-5.36 pour l'allaitement maternel dans le contexte du VIH).
- 5.9** L'utilisation de dispositifs d'allaitement maternel et de tire-lait ne doit être envisagée que lorsque leur utilisation est vitale et qu'il est possible de les nettoyer adéquatement, par exemple en milieu clinique³⁶.

Les nourrissons qui ne sont pas allaités

- 5.10** Dans toutes les situations d'urgence, intervenir pour protéger et soutenir les nourrissons et les enfants qui ne sont pas nourris au sein **afin de répondre aux besoins nutritionnels et minimiser les risques**. Les conséquences du non-allaitement sont influencées par l'âge de l'enfant (les plus jeunes sont les plus vulnérables); l'environnement de maladies infectieuses; l'accès à l'apport assuré de BMS approprié, l'équipement servant à entretenir et alimenter/faire cuire ; et les conditions WASH.
- 5.11** Si un nourrisson n'est pas allaité par sa mère, examiner rapidement, en ordre de priorité, la viabilité de la relactation, les soins infirmiers et le lait maternel, en tenant compte du contexte culturel, de l'acceptabilité actuelle des mères et de la disponibilité du service. Si ces options ne sont pas acceptables pour les mères/tuteurs ou si elles ne sont pas réalisables, permettre l'accès à un approvisionnement assuré d'un BMS approprié, accompagné d'un ensemble de soutien essentiel (voir 6).
- 5.12** Une mère qui n'allait pas et qui souhaite **relacter** nécessitera un soutien qualifié en matière d'allaitement maternel jusqu'à ce que l'allaitement soit rétabli³⁷. Le succès dépendra du bien-être et de la motivation de la mère; l'âge du nourrisson; depuis combien de temps la mère a-t-elle cessé d'allaiter et son accès à un soutien qualifié et soutenu. Les nourrissons de moins de six mois en bénéficieront le plus.
- 5.13** Étudier l'acceptabilité culturelle d'utilisation de nourrices et la disponibilité de nourrices pendant la préparation aux urgences et dans le cadre de l'évaluation précoce des besoins. L'allaitement par nourrice et la relactation peuvent fonctionner ensemble lorsque la nourrice fournit du lait supplémentaire jusqu'à ce que la mère ait suffisamment de lait. Prioriser les nourrices pour les nourrissons les plus jeunes (voir 5.33-5.39 pour les considérations relatives au VIH).

³⁴ Voir 182 po Section 8.6 – Interventions multisectorielles

³⁵ Voir références Section 8.3 Formation – Conseil

³⁶ Voir 107 dans Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Allaitement maternel

³⁶ Voir 108 dans Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Allaitement maternel

³⁷ Voir 108 dans Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Allaitement maternel

5.14 À ce jour, il y a peu d'expérience avec l'utilisation de services formels et informels de **donation de lait humain** dans les contextes d'urgence. La donation de lait humain est probablement une option plus viable lorsqu'il existe des banques de lait humain dans une zone touchée par l'urgence, qui sont intégrées dans des programmes plus larges d'alimentation du nouveau-né / nourrisson³⁸ et où les conditions clés sont remplies³⁹. Lorsque la donation de lait humain existe, il peut y avoir une pénurie; les nourrissons vulnérables (tels que de faibles poids de naissance, les prématurés et les nouveau-nés malades) devraient être prioritaires³⁸. Les tuteurs de nourrissons recevant une donation de lait humain ont besoin de conseils et de soutien pour assurer une utilisation appropriée et sûre (voir 6.3 concernant les dons en cas d'urgence).

5.15 Les préparations pour nourrissons sont les BMS appropriés **pour les nourrissons de moins de six mois**³⁹ (voir 6.15 pour les spécifications). Les laits alternatifs peuvent être utilisés comme **BMS chez les enfants âgés de six mois et plus** tels que le lait entier ou pasteurisé ou bouilli (vache, chèvre, buffle, mouton, chameau), le lait ultra-haute température (UHT), le lait reconstitué évaporé (mais non condensé), le lait fermenté ou les yogourts⁴⁰. L'utilisation de **préparations pour nourrissons chez les enfants de plus de six mois** dépendra des pratiques pré urgences, des ressources disponibles, des sources de laits alternatifs sûres, de l'adéquation des aliments de complément, et des politiques du gouvernement et des agences. Les laits de suite, les laits de croissance et les laits d'enfant vendus aux enfants âgés de six mois ou plus ne sont pas nécessaires (les préparations pour nourrissons standards sont adéquates) et ne devraient pas être fournis. Lorsque les préparations pour nourrissons sont nécessaires, mais que les fournitures sont limitées, les nourrissons de moins de six mois qui ne sont pas allaités doivent être prioritaires pour l'approvisionnement. Le lait animal modifié à la maison n'est pas recommandé pour les nourrissons de moins de six mois en raison d'une insuffisance nutritionnelle significative et ne doit être utilisé qu'en dernier recours, comme mesure provisoire (voir 9 pour des informations sur les BMS qui entrent dans le champ d'application du Code).

5.16 La nécessité d'un BMS peut être temporaire ou à plus long terme. **Les indications temporaires de BMS** comprennent : pendant la relactation ; le passage de l'alimentation mixte à l'allaitement maternel exclusif ; la séparation à court terme du nourrisson et de la mère ; la période d'attente à court terme jusqu'à ce que la nourrice ou la donation de lait humain soit disponible. **Les indications de BMS à plus long terme** comprennent : le nourrisson non allaité avant la crise ; la mère ne souhaitant pas ou ne pouvant pas relacter ; le nourrisson mis en place sur l'alimentation de remplacement dans le contexte du VIH ; l'enfant orphelin ; le nourrisson dont la mère est absente à long terme ; les conditions médicales spécifiques du nourrisson ou de la mère ; la mère très malade ; le nourrisson rejeté par la mère ; une survivante de viol ne souhaitant pas allaiter.

5.17 Déterminer le besoin de préparation pour nourrissons grâce à une évaluation individuelle⁴² par un agent de santé ou de nutrition qualifié, formé à l'allaitement maternel et à l'alimentation des nourrissons. Fournir une éducation individuelle, des démonstrations individuelles et une formation pratique au tuteur sur la préparation sûre. Assurer le suivi (au moins deux fois par mois) et rechercher les abandons.

5.18 Fournir des préparations pour nourrissons pour aussi longtemps que le bébé en a besoin, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'allaitement soit rétabli ou jusqu'à l'âge de six mois.

³⁸ Voir 111 dans les références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Circonstances particulières

³⁹ Voir 202 dans Références Section 8.7 Alimentations artificielles – Spécification BMS

⁴⁰ Voir 117 dans Section références 8.6 Interventions multisectorielles – Alimentation complémentaire

⁴¹ Voir 109 dans Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Alimentation artificielle

⁴² Voir Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Conseil ANJE

5.19 Dans les cas où l'évaluation, le soutien et le suivi au niveau individuel ne sont pas possibles, par exemple lorsque l'accès à la population est compromis⁴³, consulter l'autorité de coordination de l'IFE pour obtenir des conseils sur les critères d'évaluation adaptés et de ciblage et les options de programmation (voir 3.8)⁴³.

Alimentation de complément

5.20 L' **Autorité de coordination IFE** désignée devrait fournir une orientation claire sur les besoins d'alimentation de complément et les interventions⁴⁴. Le gouvernement est l'autorité de coordination principale pour guider la réponse sur l'alimentation de complément. Lorsque cela n'est pas possible ou qu'un soutien est nécessaire, la coordination de l'alimentation de complément relève de la responsabilité de l'UNICEF ou du UNHCR, selon le contexte, en étroite collaboration avec le gouvernement, les autres agences des Nations Unies et les partenaires opérationnels. Dans tous les contextes, l'**UNICEF** a la responsabilité de fournir des conseils sur les aliments de complément et les pratiques d'alimentation appropriées et de contribuer à définir les interventions essentielles. Dans les programmes d'aide alimentaire, **la PAM** a la responsabilité de fournir ou de permettre l'accès à des aliments appropriés et riches en nutriments pour les enfants âgés de 6 à 23 mois et aux personnes vivant avec le VIH lorsque d'importantes lacunes alimentaires et nutritionnelles sont identifiées.

5.21 Les interventions d'alimentation de complément dépendront du contexte, des objectifs et du délai de l'intervention. Des mesures **à court terme** pour répondre aux besoins immédiats et combler les lacunes identifiées en matière de nutriments aux options **à plus long terme** des outils sont disponibles pour aider l'analyse de l'écart nutritif.⁹⁹

5.22 **Considérations clés** pour déterminer la réponse alimentaire de complément, inclure les lacunes nutritives préexistantes et existantes ; la saisonnalité ; les croyances socioculturelles ; la sécurité alimentaire ; l'accès actuel à des aliments appropriés ; la qualité des aliments de complément disponibles localement, y compris les produits commerciaux ; la conformité au *code* et avec *les conseils de l'OMS sur la fin de la promotion inappropriée des aliments pour nourrissons et enfants en bas âge* des produits disponibles ; le coût ; la proportion de nourrissons et d'enfants non allaités^{hh} ; les rapports d'enfants ayant des difficultés d'alimentation liées au handicap ; la nutrition maternelle ; les conditions WASH ; la nature et la capacité des marchés et des systèmes de livraison existants ; la législation nationale relative à la nourriture et aux drogues, en particulier l'importation ; et la preuve de l'impact de différentes approches dans un contexte donné ou similaire.

5.23 **Les options/considérations de soutien alimentaire** de complément comprennent :

- Des systèmes de transferts monétaires ou de coupons pour acheter des aliments riches en nutriments et/ou des aliments enrichis disponibles localement.
- La distribution d'aliments riches en nutriments ou d'aliments enrichis au niveau des ménages.
- La fourniture d'aliments enrichis en micronutriments multiples aux enfants âgés de 6 à 23 mois et PLW par la supplémentation de couverture. Les exemples incluent les aliments composés enrichis tels que SuperCereal plus et SuperCereal (ou les variations locales de ce type de bouillie fortifiée), et les suppléments nutritifs à base de lipides (petite à moyenne quantité) (voir 9).

⁴³ Voir 133 dans la section Références 8.6 Interventions multisectorielles – Programmation ANJE-E pour un exemple de dépistage minimum pour les populations en transit

⁴⁴ Voir Section 8.6 Interventions multisectorielles – Alimentation de complément

- iv. L'enrichissement à domicile avec des suppléments de micronutriments, tels que les poudres de micronutriments (MNP) ou d'autres suppléments. Il convient de noter que les MNP ne doivent pas être fournis lorsqu'il existe une distribution générale d'aliments enrichis en micronutriments multiples (voir 5.29).
- v. Des programmes de moyens de subsistance et des programmes de filets de sécurité pour les familles avec enfants de moins de deux ans et/ou PLW.
- vi. Utilisation du lait et des produits animaux (voir 5.25).
- vii. Fourniture d'articles non alimentaires et de matériel de cuisine (y compris l'énergie domestique); l'accès aux zones de préparation des aliments communautaires lorsque les installations ménagères font défaut; des conseils sur la manipulation sûre des aliments; et des espaces de restauration et de jeux protégés.

5.24 Les aliments de complément du commerce doivent respecter les normes minimales. Se référer aux directives internationales sur l'élaboration d'aliments de complément⁴⁵, aux normes minimales pour le profil nutritionnel des aliments de complément⁴⁶ et des normes spécifiques aux pays si nécessaire. Donner la priorité aux aliments de complément locaux, familiaux et de qualité par rapport à l'importation de nouveaux produits (voir 5.22 pour les considérations clés). Les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) ne sont pas des aliments de complément appropriés.

5.25 Lorsque **le lait animal** est une caractéristique importante de l'alimentation des enfants, comme dans les communautés pastorales, il est important d'établir comment inclure en toute sécurité les produits laitiers dans le cadre d'un régime de complément. Les produits laitiers peuvent être utilisés pour préparer des aliments de complément pour tous les enfants de plus de six mois. Recommander aux mères qui allaitent de ne pas déplacer ou remplacer le lait maternel par du lait animal. Du lait animal pasteurisé ou bouilli peut être fourni aux enfants non allaités de plus de six mois et aux mères allaitantes à boire dans des **environnements contrôlés** (par exemple lorsque le lait est fourni et consommé sur place [nourrices]). Le lait animal ne doit pas être distribué en dehors de ces environnements contrôlés (voir 5.15 et 6.25).

5.26 S'assurer que toutes les interventions d'alimentation de complément protègent et appuient les pratiques appropriées⁴⁷ en fournissant **des conseils et un soutien spécifiques au contexte**, y compris comment adapter les aliments disponibles pour nourrir les différents groupes d'âge et la préparation et le stockage des aliments hygiéniques.

5.27 Veiller à ce que les interventions d'alimentation de complément respectent les conseils de l'OMS *afin de mettre un terme à la promotion inappropriée des aliments pour les nourrissons et les jeunes enfants*⁴⁸. Cela exige que toutes les informations ou tous les messages concernant l'utilisation de produits alimentaires de complément incluent une déclaration sur l'importance de l'allaitement maternel jusqu'à deux ans ou plus, l'importance de ne pas introduire d'alimentation de complément avant l'âge de six mois et l'âge approprié d'introduction de cette nourriture (cela ne doit pas être moins de six mois); et être facilement compris par les parents et les autres soignants, toutes les informations requises sur l'étiquette étant visibles et lisibles. Fournir des instructions claires sur la préparation, l'utilisation et le stockage en toute sécurité. Les étiquettes et les modèles d'emballages alimentaires de complément doivent être distincts de ceux utilisés sur les BMS pour éviter la promotion croisée.

⁴⁵ Voir 117 dans Section des références 8.6 Interventions multisectorielles – Alimentation complémentaire

⁴⁶ Voir 117 dans Section des références 8.6 Interventions multisectorielles – Alimentation complémentaire

⁴⁷ Voir 118 et 119 dans la section de références 8.6 Interventions multisectorielles – Alimentation complémentaire

⁴⁸ Voir Références Section 8.2 Politique – Politique globale

5.28 Ne pas envoyer ou ne pas accepter pas de dons d'aliments de complément en situation d'urgence. Les risques incluent que les aliments de complément donnés puissent ne pas rencontrer les normes de nutrition et de sécurité, les exigences d'étiquetage du Code, ou les recommandations du *Guide sur la fin de la promotion inappropriée des aliments pour nourrissons et jeunes enfants de l'OMS*; puissent être culturellement inappropriés; et puissent nuire à l'utilisation locale des aliments et aux pratiques recommandées pour l'ANJE. Pour les aliments donnés qui ne sont pas conçus comme des aliments de complément, mais qui peuvent être utilisés pour l'alimentation de complément, il est important d'empêcher l'utilisation de la réponse d'urgence pour créer un marché potentiel pour des aliments spécifiques; s'assurer que les interventions sont basées sur les besoins plutôt que sur les donateurs; et garantir la qualité et la sécurité de l'alimentation. Lorsque des dons sont envisagés ou ont été reçus, consulter l'autorité de coordination de l'IFE désignée concernant leur pertinence et/ou leur gestion (voir 6.6).

Supplémentation en micronutriments

5.29 Pour les enfants âgés de 6 à 59 mois, **des suppléments de micronutriments multiples** peuvent être nécessaires pour répondre aux besoins nutritionnels lorsque des aliments enrichis ne sont pas fournis, en conjonction avec d'autres interventions visant à améliorer les aliments de complément et les pratiques d'alimentation⁴⁹. Dans les zones d'endémie de paludisme, la fourniture de fer sous toutes ses formes, y compris les MNP, devrait être mise en œuvre conjointement avec des mesures de prévention, de diagnostic et de traitement du paludisme. La fourniture de fer par le biais de ces interventions ne doit pas être faite aux enfants qui n'ont pas accès à des stratégies de prévention du paludisme (par exemple la fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide et de programmes de lutte anti vectorielle); diagnostic rapide de la maladie du paludisme; et traitement avec un traitement médicamenteux antipaludique efficace⁵⁰. Une supplémentation en vitamine A est recommandée pour les enfants âgés de 6 à 59 mois⁵¹. Pour les PLW, la supplémentation en fer et en acide folique ou en micronutriments multiples doit être fournie conformément aux dernières directives.^{52,53}

Collaboration multisectorielle

5.30 Les secteurs clés et disciplines pour sensibiliser et travailler sur l'ANJE comprennent la santé (santé reproductive, SMNI, SMSPS, VIH, gestion des maladies infectieuses); services aux adolescents; WASH; FSL; protection de l'enfance; ECD; handicap; refuge; programmes de transfert d'argent; protection sociale; agriculture; coordination de camp et gestion de camp; et logistique.

5.31 Les points **d'entrée du programme par secteur** pour ANJE comprennent : les soins prénataux et postnataux; l'immunisation; la surveillance de la croissance; les programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME); les services de prévention et de traitement du VIH, le traitement de la malnutrition aiguë; la santé communautaire; les services de conseil psychosocial; la promotion de l'hygiène; le dépistage de la protection de l'enfance; les activités de DPE; les lieux de travail; et le travail d'extension de l'agriculture.

⁴⁹ Voir Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Micronutriments

⁵⁰ Voir 126 dans Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Micronutriments

⁵¹ Voir 127 dans Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Micronutriments

⁵² Voir 128 dans Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Nutrition maternelle

⁵³ Voir 186 dans Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Santé maternelle, néonatale et infantile

5.32 Les exemples⁵⁴ de **collaboration multisectorielle bidirectionnelle** comprennent :

- i. Permettre l'accès des femmes enceintes aux soins prénataux qualifiés⁵⁵ et autres services de santé nécessaires, y compris MHPSS .
- ii. Intégrer le support de l'ANJE et/ou établir **des systèmes de référence** les services de santé adolescent, MNCH et reproducteur; les services de santé curatifs; le traitement de la malnutrition aiguë; le VIH; et les services de protection d'enfant. Inclure les forfaits de service minimum/initial offerts par différents secteurs.
- iii. Intégrer le soutien à l'allaitement dans les services communautaires et hospitaliers traitant **la malnutrition aiguë⁵⁷ et les enfants malades⁵⁸** et dans les réseaux d'agents de santé communautaires. Intégrer un soutien qualifié en matière d'alimentation de complément dans les services de traitement de la malnutrition aiguë.
- iv. Travailler avec les services de prévention et de traitement **du VIH** pour soutenir l'accès et l'adhésion au traitement antirétroviral⁵⁹ (voir 5.38).
- v. Intégrer **l'ECD** dans le soutien de l'ANJE au niveau de l'établissement et de la communauté et explorer les possibilités d'incorporer des éléments de l'ANJE dans le DPE⁶⁰.
- vi. Collaborer avec le point focal **sur le handicap** sur les questions identifiées concernant l'alimentation et les soins des enfants handicapés et des enfants dont les soignants sont handicapés⁶¹.
- vii. Lorsque du lait animal frais est utilisé par une population, collaborer avec **les services d'élevage** pour faciliter l'accès à des approvisionnements en lait animal sûrs et **les fournisseurs WASH/FSL** en matière de traitement et de stockage des produits laitiers hygiéniques. Veiller à ce que les initiatives agissent pour protéger les pratiques d'ANJE recommandées.
- viii. Veiller à ce que les espaces adaptés aux mères et aux enfants respectent les normes minimales **WASHⁱⁱ**. Se mettre d'accord sur des messages WASH et IYCF communs. Plaider auprès des fournisseurs WASH pour cibler les familles ayant des enfants de moins de deux ans avec un soutien WASH adéquat. Respecter les normes minimales WASH / FSL pour la préparation des aliments. Permettre l'accès aux services WASH aux familles de nourrissons nourris artificiellement (voir 6.21, 6.22).
- ix. Intégrer **la protection de l'enfance⁶²** dans les services ANJE avec des procédures claires, des voies d'orientation et des codes de conduite du personnel. Intégrez les messages ANJE dans la communication sur la protection de l'enfance et collaborer pour aider à identifier les enfants vulnérables sur le plan nutritionnel.
- x. Dans les programmes d'ANJE, identifier les femmes traumatisées pour les référer aux **services de protection**. Intégrer les systèmes de soutien/référence de l'ANJE dans les services fournis aux femmes/filles exposées à la violence.
- xi. Accompagner **les programmes de transfert d'argent** qui incluent les mères dans le ciblage avec l'ANJE spécifique au contexte et la messagerie de nutrition maternelle.
- xii. Travailler avec les fournisseurs **d'habitat** afin d'assurer qu'ils satisfassent aux normes minimales en matière de logement et d'établissement pour les familles ayant des enfants de moins de deux ans, et que les conditions de vie adéquates garantissent une préparation, une alimentation et des soins surs.

⁵⁴ Voir 158 dans la section de Références 8.6 Interventions multisectorielles – Intégration

⁵⁵ Voir Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Santé maternelle et infantile

⁵⁶ Voir Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Santé mentale et soutien psychosocial

⁵⁷ Voir 158 dans la section de Références 8.6 Interventions multisectorielles – Intégration

⁵⁸ Voir Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Santé maternelle et infantile

⁵⁹ Voir Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Santé mentale et soutien psychosocial

⁶⁰ Voir Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – Intégration dans la nutrition

⁶¹ Voir 183 dans la section de Références 8.6 Interventions multisectorielles – Santé maternelle et infantile

⁶² Voir les références Section 8.6 Interventions multisectorielles – VIH

- xiii. Travailler avec les prestataires de services de **la coordination et la gestion de camp** pour protéger et assister les familles ayant des enfants de moins de deux ans et les personnes vivant avec le VIH, à l'accès aux services clés et aux conditions de vie adéquates pour les familles avec enfants de moins de deux ans; et fournir des données démographiques ventilées.
- xiv. Assurer **que les programmes de subsistance** sont adaptés aux enfants; par exemple en fournissant des arrangements de garderie et des pauses d'alimentation. Inclure les questions ANJE dans la surveillance après la distribution. Envisager des aliments de complément dans la sélection des programmes d'**agriculture**.

VIH et alimentation du nourrisson

- 5.33** Vérifier les **politiques nationales/sous-nationales** VIH et alimentation du nourrisson. Évaluer s'ils sont conformes aux dernières recommandations de l'OMS⁶³; traiter les situations d'urgence, y compris les contextes de réfugiés et de personnes déplacées, le cas échéant; et si nécessaire, prendre en charge la mise à jour dans le cadre de préparation aux urgences. Il peut être nécessaire d'émettre rapidement des directives provisoires actualisées dans les cas où la politique est dépassée ou pour résoudre des problèmes imprévus. Les principales considérations d'urgence comprennent le changement de l'exposition au risque de maladie infectieuse non liée au VIH et de malnutrition; la durée probable de l'urgence; l'accès des populations réfugiées aux médicaments antirétroviraux (ARV) et aux services de santé; si les conditions d'une alimentation sans danger pour les préparations sont disponibles; et la disponibilité des ARV⁶³.
- 5.34** Conformément à l'orientation mondiale, soutenir les **mères allaitantes vivant avec le VIH** à allaiter pendant au moins 12 mois (initiation précoce et allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois) et continuer à allaiter jusqu'à 24 mois ou plus tout en bénéficiant d'un soutien complet pour l'observance du traitement antirétroviral (voir 5.38). Lorsque les médicaments antirétroviraux sont peu susceptibles d'être disponibles (comme une interruption de l'approvisionnement en cas d'urgence⁶⁴), l'allaitement maternel des nourrissons exposés au VIH est recommandé dans l'intérêt de la survie de l'enfant. Tout allaitement au sein doit cesser une fois qu'une alimentation saine et nutritive, sans lait maternel, peut être fournie.
- 5.35** Soutenir les femmes qui allaitent qui sont connues pour être **non infectée au VIH ou dont le statut VIH est inconnu** d'allaiter exclusivement pendant les six premiers mois de la vie et continuer à allaiter pendant 24 mois ou plus, conformément aux pratiques d'ANJE recommandées.
- 5.36** Les éventuelles **nourrices** devraient bénéficier de conseils sur le VIH et de tests rapides lorsqu'ils sont disponibles (voir 5.38). En l'absence de tests, si possible, entreprendre une évaluation des risques liés au VIH (voir 9). Si l'évaluation du risque VIH/conseil n'est pas possible, faciliter et soutenir les nourrices. Fournir des conseils pour éviter l'infection par le VIH pendant l'allaitement.
- 5.37** Identifier d'urgence et fournir un soutien aux nourrissons établis sur **l'alimentation de remplacement** (voir 5.10-5.19).
- 5.38** Travailler avec le secteur de la santé pour identifier les mères séropositives sous traitement antirétroviral afin de promouvoir **et soutenir l'adhésion et la conservation du traitement antirétroviral**; faciliter les mécanismes de distribution alternatifs pour les ARV lorsque les systèmes habituels sont perturbés; et préconiser que les PLW restent un groupe prioritaire pour la distribution des ARV. Une réponse minimale au VIH nécessite un approvisionnement en ARV continu et assuré pour les personnes infectées par le VIH connues pour être

⁶³ Voir 13 dans les références Section 8.6 Interventions multisectorielles — Circonstances particulières

séropositives et pour les antirétroviraux; l'accès à des livraisons sûres et propres; conseil en alimentation infantile; et prophylaxie périnatale pour les nourrissons exposés au VIH⁶⁴. Fournir des liens vers les services de soins et de soutien existants; et l'accès aux contraceptifs, aux services de traitement de la malnutrition et au soutien alimentaire ou aux moyens de subsistance, le cas échéant. Les options de traitement doivent être étendues pour inclure le dépistage rapide du VIH et le conseil et l'initiation du TAR dès que possible⁶⁵. Les trousse de dépistage du VIH devraient être prioritaires (à faible coût, robustes en ce qui concerne le stockage et la stabilité de la température, et faciles à utiliser).

5.39 Clairement **communiquer** avec les intervenants d'urgence, les prestataires de soins de santé et les mères exposées au VIH en ce qui concerne les recommandations applicables en matière de VIH et d'alimentation du nourrisson, comme dans des déclarations conjointes (voir 1.5).

Flambées de maladies infectieuses

5.40 Anticiper et évaluer l'impact des épidémies de maladies infectieuses humaines et animales sur l'ANJE, telles que l'interruption de l'accès aux services de santé et de soutien à l'alimentation; la détérioration de la sécurité alimentaire et des moyens de subsistance des ménages; les risques de transmission par l'allaitement maternel; et la maladie maternelle et la mort. Prendre des mesures pour atténuer les risques. Des directives provisoires peuvent être nécessaires pour faire face aux conséquences imprévues de l'ANJE dans les épidémies, comme le virus Ebola et le virus Zika⁶⁶. Consulter l'**OMS** pour des conseils à jour.

6 Minimiser les risques de l'alimentation artificielle

Dons en situation d'urgence

6.1 Ne pas donner ou accepter de dons de BMS, d'autres produits laitiers ou d'équipement servant à l'alimentation (y compris des biberons, des tétines et des tire-laits) en cas d'urgence. Les BMS donnés sont généralement de qualité variable; du mauvais type; apport disproportionné par rapport au besoin; étiqueté dans la mauvaise langue; non accompagné d'un paquet essentiel de soins; distribué indifféremment; pas ciblé sur ceux qui en ont besoin; ne fournissent pas un approvisionnement soutenu; et prendre le temps et les ressources nécessaires pour gérer les risques.

6.2 Pour des considérations concernant **les dons de complément**, voir 5.28.

6.3 Ne pas envoyer de donations de lait humain qui ne sont pas basées sur des besoins identifiés et ne font pas partie d'une intervention coordonnée et gérée. L'utilisation sans danger des donations de lait maternel nécessite une évaluation des besoins, un ciblage, une chaîne du froid et des systèmes de gestion solides (voir 5.14).

6.4 Communiquer une **position claire sur les dons** dans la préparation et dans l'intervention d'urgence précoce, comme dans une déclaration conjointe⁶⁷. Étudier les raisons des demandes de dons pour informer la messagerie et l'évaluation. Cibler les principaux acteurs, y compris les donateurs, les partenaires au développement et les groupes de la société civile, entre autres. Les groupes cibles qui ne participent peut-être pas aux mécanismes officiels de coordination, par exemple les médias, les groupes militaires et les groupes bénévoles.

⁶⁴ Voir Références Section 8.6 Interventions multisectorielles – VIH

⁶⁵ Voir 187 dans section de Références Interventions multisectorielles – VIH

⁶⁶ Voir section de références 8.6 Interventions multisectorielles – Maladies infectieuses

⁶⁷ Voir 13 dans section de Références 8.2 Politique – Politique organisationnelle

- 6.5** Identifier et informer les potentiels **donateurs et distributeurs** concernant les risques associés aux dons en situation d'urgence. Fournir des informations sur la façon dont les besoins nutritionnels des nourrissons non allaités sont satisfaits. Donner des conseils sur les autres éléments ou le soutien approprié.
- 6.6** **Rapporter** des offres ou des dons de BMS, de lait maternel, d'aliments de complément et d'équipement d'alimentation à l'UNICEF ou au UNHCR, selon le cas (voir 3.1), et à l'autorité de coordination de l'IFE, qui déterminera et supervisera un **plan de gestion** pour minimiser les risques. Les dons impliquant une assistance alimentaire du PAM devraient également être communiqués au PAM (voir le point 7 pour les contacts).

Gestion de l'alimentation artificielle

- 6.7** Planifier un approvisionnement approprié de⁶⁸ distribution, ciblage et utilisation du BMS et du soutien associé (gestion de l'alimentation artificielle) en étroite consultation avec l'**Autorité de coordination IFE et UNICEF** (où l'UNICEF n'agit pas en tant qu'autorité de coordination de l'IFE). Conformément à leur mandat, l'**OMS** et le **UNHCR** ont également des responsabilités clés. Établir les termes de référence, les responsabilités et les rôles pour la gestion de l'alimentation artificielle à l'usage de l'autorité de coordination de l'IFE, pendant la préparation aux urgences.
- 6.8** La **gestion de l'alimentation artificielle** nécessite une évaluation des besoins et des risques et une analyse de la situation critique, éclairée par des conseils techniques. L'analyse doit indiquer si une demande de BMS constitue un besoin réel et/ou si d'autres interventions, y compris un soutien amélioré pour l'allaitement maternel, sont indiquées pour assurer la nutrition et la santé du nourrisson. L'ampleur du soutien nécessaire à l'alimentation artificielle déterminera le niveau d'intervention et de coordination requis.
- 6.9** L'autorité de coordination de l'IFE et/ou l'UNICEF devraient déterminer si et où **la capacité à gérer l'alimentation artificielle** existe au gouvernement et parmi les acteurs humanitaires. Lorsque la capacité est limitée, l'autorité de coordination de l'IFE et/ou l'UNICEF devraient identifier un ou plusieurs fournisseurs de BMS appropriés, y compris une chaîne d'approvisionnement BMS et les services de soutien associés. En l'absence d'un fournisseur approprié, l'autorité de coordination de l'IFE et/ou l'UNICEF assureront la fourniture coordonnée des fournitures BMS. L'autorité de coordination de l'IFE et/ou l'UNICEF fournira des termes de référence clairs, un soutien technique et une surveillance étroite de l'approvisionnement, de la surveillance et de l'utilisation.
- 6.10** Établir clairement l'**admissibilité à l'utilisation du BMS** en accord avec l'autorité de coordination de l'IFE (voir 5.16). Si les critères sont déjà en place, revoir et réviser au besoin. Communiquer ces critères aux mères et tuteurs, aux communautés et aux intervenants d'urgence.

Approvisionnement en BMS

- 6.11** Dans les contextes de réfugiés et conformément à la **politique du UNHCR**, le UNHCR n'achètera les préparations pour nourrissons qu'après examen et approbation par ses unités techniques⁶⁹.

⁶⁸ Voir Section des références 8.7 Alimentations artificielles – Fournitures BMS et équipement d'alimentation

⁶⁹ Voir 22 dans Références Section 8.2 Politique – Politique organisationnelle

- 6.12** Dans des contextes non réfugiés et conformément à **la politique** de l'UNICEF⁷⁰ L'UNICEF achètera uniquement des préparations pour nourrissons en tant que fournisseur de dernier recours et à la demande du gouvernement hôte et/ou de la structure de coordination humanitaire nationale. Les bureaux de pays doivent obtenir l'accord du siège de l'UNICEF (Section de la nutrition et Division des approvisionnements), conformément aux directives internes de l'UNICEF.
- 6.13** **Les bailleurs de fonds** de BMS et de produits laitiers devraient garantir que toutes les dispositions de l'OG-IFE et *le Code* peuvent être atteintes par l'agence d'exécution. Inclure des indicateurs de conformité dans les accords de financement. Les demandes de subvention doivent inclure, et les bailleurs de fonds doivent accepter, les coûts des fournitures associées, telles que l'équipement d'alimentation et de cuisson, et les mesures d'hygiène.
- 6.14** Une agence ne devrait fournir directement une autre agence en BMS que si les deux travaillent dans le cadre de **la réponse d'urgence nutrition et santé** (voir 9). Le fournisseur et le responsable de la mise en œuvre sont tous deux chargés de veiller à ce que les dispositions de l'OG-IFE et *du Code* soient remplies et continuent à être remplies pendant la durée de l'intervention.

Spécification BMS

- 6.15** Les étiquettes BMS doivent être conformes *au Code*. **Les étiquettes** devraient être dans la langue comprise par les utilisateurs finaux et les fournisseurs de services et inclure : (a) les mots « Avis important » ou leur équivalent ; (b) une déclaration sur la supériorité de l'allaitement maternel ; (c) une déclaration indiquant que le produit ne doit être utilisé que sur avis d'un agent de santé (y compris les agents communautaires et les volontaires) quant à la nécessité de son utilisation et à la méthode d'utilisation appropriée ; (d) des instructions pour une préparation et un stockage appropriés et sûrs et un avertissement sur les dangers pour la santé d'une préparation et d'un stockage inappropriés. Lorsque les étiquettes des fournitures pour nourrissons ne sont pas conformes aux exigences du Code, envisager de les ré étiqueter (cela aura des répercussions sur les coûts et le temps) ou, si cela n'est pas possible, fournir l'information spécifiée aux utilisateurs. Les préparations pour nourrissons doivent être conformes aux normes pertinentes du Codex Alimentarius⁷¹.
- 6.16** La formule infantile est disponible en tant que **préparation pour nourrissons en poudre** (PIF) ou comme liquide, **préparation pour nourrissons prête à l'emploi** (RUIF). Le FRP n'est pas stérile et doit être reconstitué avec de l'eau qui a été chauffée à au moins 70 degrés Celsius (à titre indicatif, pour un litre, bouilli et laissé au repos pendant au plus 30 minutes)⁷². RUIF est un produit stérile jusqu'à son ouverture et ne nécessite pas de reconstitution ; une utilisation appropriée, un stockage soigneux et l'hygiène des ustensiles d'alimentation restent essentiels pour minimiser les risques. RUIF est plus cher et encombrant à transporter et à stocker. Une formule liquide concentrée n'est pas recommandée en raison du risque d'erreurs de dilution et de contamination. Les laits thérapeutiques (F75, F100) ne sont pas un BMS approprié chez les nourrissons mal-nourris ; cela devrait être particulièrement souligné avec l'introduction de lait thérapeutique dans des boîtes à partir de 2017 (précédemment en sachets), pour éviter toute confusion avec les préparations pour nourrissons.

⁷⁰ Voir 199 dans section de Références 8.2 Politique – Rôles et responsabilités

⁷¹ Voir 202 dans Références Section 8.7 Alimentations artificielles – Spécification BMS

⁷² Voir 196 dans section de références 8.7 Alimentations artificielles – Minimiser le risque

6.17 Besoins **moyens de la formule infantile** pour un nourrisson de moins de six mois, les RUIF sont : 750 ml/jour; 22,5 L/mois; 135 L/6 mois, et PIF : 116 g/jour; 3,5 kg/mois; 21 kg/6 mois⁷³. Les produits doivent avoir une durée de conservation de six mois à partir du point de livraison.

Achat de fournitures BMS, d'équipement d'alimentation et de soutien

6.18 Lorsque l'approvisionnement direct de BMS est nécessaire, **acheter les** fournitures nécessaires. Les considérations relatives aux achats locaux et internationaux incluent : que le produit disponible se plie aux exigences du Codex Alimentarius et à la conformité du code, les stocks disponibles dans le pays, le coût, la législation d'importation, le langage approprié des étiquettes et des instructions, et la protection contre la création de nouveaux marchés pour les produits.

6.19 Lorsque le BMS est fourni indirectement, par exemple par régimes de bons d'achat restreints, déterminer si les produits conformes au code sont disponibles chez les fournisseurs désignés. Fournir des informations complémentaires si nécessaire pour remédier aux insuffisances de l'étiquetage et signaler de telles violations du Code (voir 4.16 et 6.15). Surveillez le prix des produits. Conseiller les mères et les soignants sur un BMS approprié et inapproprié pour différents groupes d'âge.

6.20 Lorsque des **programmes de transfert monétaire** sans restriction sont mis en œuvre et que le BMS est disponible, BMS ne doit pas être exclu comme option d'achat par le soutien des ménages (voir 5.25 et 6.25). Dans de tels cas, accompagner les programmes de transfert monétaire avec un message fort sur la valeur de l'allaitement maternel, sur les pratiques d'ANJE recommandées et fournir des informations sur les lieux où tous les nourrissons peuvent accéder à l'ANJE (où le lait en poudre est couramment disponible, voir 6.25).

6.21 Déterminer la disponibilité de **carburant, eau et équipement** pour la préparation ménagère sûre de BMS (nettoyage, stérilisation, reconstitution). Si nécessaire, fournir ou activer l'accès aux éléments supplémentaires⁷³ nécessaires et le soutien, y compris la formation sur la préparation hygiénique des aliments. Dans les cas où une préparation et une utilisation sans danger des préparations pour nourrissons ne peut être assurée, envisager la reconstitution et la consommation sur place ou la fourniture d'installations de préparation et de stérilisation communes. Lorsque l'accès à la population est limité ou absent, consulter l'autorité de coordination de l'IFE et les agences techniques sur la meilleure façon de minimiser les risques tout en répondant aux besoins nutritionnels des nourrissons non allaités (voir 3.8).

6.22 **Assurer la liaison avec les agences de fournisseur WASH** pour assurer l'accès prioritaire des familles avec enfants en utilisant les services BMS aux services WASH et respecter les normes minimales. Permettre l'accès à l'équipement de nettoyage et des conseils sur la préparation hygiénique et le stockage des fournitures. Lorsque les installations de nettoyage sont limitées ou non disponibles au niveau du ménage, fournir des installations de nettoyage centralisées.

6.23 Décourager l'utilisation de **biberons et tétines** en raison du risque élevé de contamination et des difficultés de nettoyage. Soutenir l'utilisation de tasses (sans bec verseur) dès la naissance. **Des coupes** avec des couvercles et des gobelets jetables peuvent être nécessaires dans les situations de transit. La transition immédiate à l'alimentation des nourrissons au biberon peut ne pas être réalisable ou acceptable pour les mères/gardiennes. Dans de telles circonstances, pour minimiser les risques, donner des conseils sur la stérilisation en bouteille au niveau du ménage ou par des services de stérilisation sur place, accompagnés de messages d'hygiène.

⁷³ Voir 204 dans les références Section 8.7 Alimentations artificielles – Fournitures et équipement BMS

Lorsque les installations de nettoyage sont limitées, ou dans des situations de transit, envisager d'échanger des bouteilles usagées contre des bouteilles neuves en tant qu'action exceptionnelle et temporaire, en tenant compte des implications de la gestion des déchets et en consultation avec l'autorité de coordination de l'IFE.

Distribution de BMS

6.24 Le système de distribution pour BMS dépendra du contexte, y compris : l'échelle d'intervention; les points d'accès aux mères/soignants; la fréquence de contact; le transport; la gestion des déchets; et la capacité de stockage du fournisseur. Les options comprennent la fourniture directe, la prescription individuelle et l'achat (par exemple, les programmes de transfert d'argent). La distribution doit être discrète afin de ne pas décourager les mères allaitantes. Au niveau de la communauté, soyez attentif aux conséquences imprévues de l'utilisation du BMS, telles que la vente de produits.

6.25 Ne pas utiliser les distributions générales ou générales comme une plate-forme pour fournir BMS (voir 6.24). Les produits laitiers déshydratés et le lait liquide ne devraient pas être distribués comme un seul produit en général ou comme distribution générale, car ils peuvent être utilisés comme BMS, exposant ainsi les nourrissons allaités et non allaités au sein à des risques. Les produits laitiers séchés peuvent être pré-mélangés avec un aliment de base broyé pour être utilisés comme complément alimentaire chez les enfants de plus de six mois. Lorsque le lait en poudre est couramment utilisé ou largement disponible dans une population, recommander et fournir des conseils pratiques à incorporer dans les repas cuisinés en famille et déconseiller l'utilisation en tant que BMS (voir 5.15). Le lait en poudre séché peut être fourni comme un produit unique pour préparer du lait thérapeutique pour l'alimentation thérapeutique sur place. Le PAM, en consultation avec l'UNICEF et le UNHCR, est chargé de contrôler la distribution des poudres de lait et des BMS dans les rations générales⁷⁴ conformément aux dispositions de l'OG-IFE (voir 5.25 pour des considérations supplémentaires concernant l'utilisation du lait animal).

6.26 Selon *le Code*, il ne devrait pas y avoir **de promotion** des préparations pour nourrissons au point de distribution, y compris les étalages de produits ou d'articles portant des logos ou des logos d'entreprise sur les bords. Le stockage des préparations pour nourrissons ne devrait pas être à la vue des bénéficiaires.

6.27 Lorsque les BMS sont distribués, s'assurer qu'il y a suffisamment **de conseil** en allaitement maternel et de soutien aux mères allaitantes. Envisager de distribuer des articles spécifiques aux mères qui allaitent, comme des produits alimentaires ou d'hygiène.

7 KEY CONTACTS

7.1 Rapporter les **Violations du code** aux autorités nationales compétentes; à l'autorité de coordination de l'IFE; et à l'UNICEF et à l'OMS au niveau national/régional. Si nécessaire, obtenir les coordonnées de l'OMS auprès du siège de l'OMS : cah@who.int et nutrition@who.int. Pour les contacts de l'UNICEF, voir : 7.3. Les violations du code doivent également être signalées pour le catalogue au centre de documentation de code international (ICDC) en Malaisie : code@ibfan-icdc.org. Demander une formation sur *le code*, contactez ICDC Malaisie. Visitez www.ibfan-icdc.org/report/pour **soumission en ligne des violations** (un modèle est fourni) ou pour télécharger l'application Kobo Collect (utilisateurs

⁷⁴ Voir 202 dans Références Section 8.7 Alimentations artificielles – Rôles et responsabilités

de téléphones Android via Google play) pour soumettre des violations. UN **Outil de suivi des violations de code BMS**, y compris un modèle pour surveiller les violations du Code en cas d'urgence, est disponible sur : www.nutritioncluster.net/resources/bms-code-violations-tracking-tool-nutrition-cluster/

- 7.2** Contacts à la source **pour expertise sur le conseil en allaitement maternel et soutien** ou pour **formation** pour le conseil en nutrition infantile, on peut citer : UNICEF : nutrition@unicef.org; OMS : nutrition@who.int; Association internationale des consultants en lactation (ILCA) : ilca@erols.com; Alliance mondiale pour l'action en faveur de l'allaitement maternel (WABA) : waba@waba.org.my; Geneva Infant Feeding Association — Réseau international d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN-GIFA) : info@gifa.org.
- 7.3** Les questions techniques ou de coordination relatives à l'IFE doivent être adressées au bureau régional ou de pays de **l'UNICEF** si nécessaire, contacter l'UNICEF au niveau du siège : nutrition@unicef.org
- 7.4** Problèmes techniques ou de coordination concernant l'IFE dans le contexte des **opérations** HCR doivent être adressées au bureau régional ou de pays du HCR approprié. Si nécessaire, contactez la Section de la santé publique du siège du HCR : hqphn@unhcr.org
- 7.5** Questions concernant l'IFE spécifique à la **coordination de groupe** devraient être adressées au coordinateur du groupe de pays pour la nutrition. Si nécessaire, contactez le Global Nutrition Cluster : gnc@unicef.org
- 7.6** Les questions relatives à l'IFE liées aux programmes d'aide alimentaire du PAM devraient être adressées au bureau régional ou de pays du PAM approprié. Si nécessaire, contactez le bureau de conseil en nutrition du siège du PAM : nutrition@wfp.org
- 7.7** Envoyer les **retours d'information** sur OG-IFE a/s de la Division du programme de l'UNICEF, New York, USA : nutrition@unicef.org ou c /o ENN, Oxford, Royaume-Uni, courriel : office@enonline.net avec «feedback OG-IFE» dans la ligne d'objet.

Encadré 1 : Actions de préparation aux situations d'urgence

Ceci est un résumé des actions de préparation contenues dans les sections 1-6 de l'OG-IFE. Des sections spécifiques sont notées dans l'annexe 1.

Approuver ou développer des politiques

1. Veiller à ce que l'IFE soit correctement reflété dans les politiques, directives et procédures nationales pertinentes.
2. S'assurer qu'il existe une politique adéquate pour l'IFE concernant les personnes déplacées et les réfugiés.
3. Développer des plans de préparation nationaux/sous-nationaux sur l'IFE.
4. Rédiger des déclarations conjointes spécifiques au contexte sur l'IFE pour permettre une diffusion rapide.
5. Développer des réglementations nationales juridiquement adaptées au code. Surveiller et signaler les violations de code.
6. Promulguer des lois et adopter des politiques conformes au Guide de l'OMS sur la fin de la promotion inappropriée des aliments pour nourrissons et jeunes enfants.

7. Élaborer des politiques nationales juridiquement contraignantes concernant l'engagement du secteur privé dans l'intervention d'urgence des Nations Unies, de la société civile et des décideurs gouvernementaux afin de permettre une collaboration constructive et d'éviter toute influence indue et tout conflit d'intérêts.
8. Mettre à jour les politiques, les lignes directrices et les procédures en fonction des leçons tirées des situations d'urgence précédentes.

Former le personnel

1. Identifier et sensibiliser le personnel clé impliqué dans la planification et la livraison des interventions d'urgence concernant l'IFE.
2. Prévoir les besoins de capacité en fonction des scénarios d'urgence.
3. Identifier les besoins de renforcement des capacités nationales pour l'ANJE. Intégrer le contenu de la formation spécifique au contexte dans les programmes et les mécanismes de prestation existants.
4. Orienter et former le personnel concerné sur le soutien de l'ANJE. Inclure les éléments clés de l'IFE et le code dans la formation initiale des professionnels de la santé.
5. Cartographier les capacités existantes pour des domaines clés, par exemple un soutien qualifié en matière d'allaitement maternel et des traducteurs, et développer des listes de contacts clés de l'expertise nationale existante.
6. Préparer le matériel d'orientation à utiliser dans les interventions d'urgence précoces.
7. Mettre à jour le contenu de la formation en fonction des leçons tirées de l'intervention d'urgence.

Coordonner les opérations

1. Identifier le leadership et l'autorité de coordination du gouvernement sur l'IFE et soutenir le renforcement des capacités pour renforcer cette responsabilité si nécessaire.
2. Lorsque les capacités du gouvernement sont limitées, identifiez les options pour une réponse et un leadership coordonnés de l'IFE.
3. Développer des termes de référence pour la coordination de l'IFE dans une réponse.
4. Sensibiliser le public et les professionnels aux pratiques et aux avantages recommandés en matière d'ANJE. Développer une stratégie de communication IFE et planifier une mise en œuvre rapide en cas d'urgence. Préparer des dossiers médiatiques facilement adaptés.
5. Engager les agences de développement et les donateurs dans la planification de la préparation qui comprend l'adaptation des programmes existants pour répondre aux besoins d'urgence, négocier la flexibilité des bailleurs de fonds pour répondre aux nouveaux besoins et amorcer des sources de financement pour répondre aux demandes accrues.
6. Allouer des fonds pour soutenir le suivi, l'évaluation et l'apprentissage.
7. Établir des liens avec d'autres points focaux sectoriels et mécanismes de coordination, en particulier la sécurité alimentaire, la santé et WASH.

Évaluer et surveiller

1. Développer un profil sur les pratiques d'ANJE et la nutrition maternelle et infantile pour éclairer la prise de décision précoce en cas d'urgence.
2. Assurez-vous que les données désagrégées et les rapports récents soient facilement accessibles.
3. Calculer la prévalence des nourrissons non allaités de moins de six mois, un an et deux ans à partir des données existantes.
4. Préparer les questions clés à inclure dans l'évaluation précoce des besoins.
5. Identifier les capacités nationales/infranationales existantes et/ou potentielles pour entreprendre l'évaluation et les enquêtes ANJE.
6. Aider le gouvernement à élaborer des politiques et des procédures pour surveiller les violations du Code et agir en conséquence. Surveillez et signalez les violations du code aux autorités compétentes.

7. Identifier quels outils et systèmes de suivi et d'évaluation peuvent être appliqués dans un contexte d'urgence et convenir des adaptations nécessaires.

Protéger, promouvoir et soutenir l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant grâce à des interventions multisectorielles intégrées

1. Promouvoir et soutenir activement les pratiques d'ANJE recommandées dans la population.
2. Intégrer les dix étapes pour réussir l'allaitement maternel de l'initiative des hôpitaux amis des bébés de l'OMS/UNICEF dans les services de maternité.
3. Développer des plans de préparation pour les interventions sur le soutien à l'allaitement maternel, l'alimentation de complément, l'alimentation artificielle et l'identification et la prise en charge des enfants particulièrement vulnérables.
4. Identifier les points focaux sectoriels clés dans les ministères et les agences pour s'engager dans la programmation.
5. Présenter les aliments de complément et les pratiques d'alimentation, y compris les lacunes existantes en matière de nutriments et les options d'intervention culturellement adaptées, et les mécanismes d'intensification et d'intervention dans un contexte d'urgence.
6. Identifier la chaîne d'approvisionnement pour un BMS approprié (si nécessaire) et des aliments de complément.
7. S'assurer que les aliments de complément locaux/commerciaux répondent aux normes minimales.
8. Examiner la législation nationale relative à la nourriture et aux drogues, en particulier l'importation.
9. Anticiper les besoins probables et les mécanismes pour fournir une supplémentation en micronutriments aux AVP et aux enfants.
10. Élaborer des plans de réponse et de transition post-urgence concernant les interventions ANJE.
11. Identifier les problèmes de santé publique existants ou potentiels en matière de nutrition et planifier en conséquence.

Minimiser les risques de l'alimentation artificielle

1. Élaborer des plans pour la prévention et la gestion des dons de BMS, d'autres produits laitiers et d'équipement d'alimentation en cas d'urgence.
2. Communiquer la position du gouvernement sur le fait de ne pas rechercher ou accepter de dons aux acteurs clés, y compris les ambassades de pays, les donateurs, les partenaires de développement et les groupes de la société civile, entre autres.
3. Utiliser des scénarios pour prévoir les besoins potentiels d'alimentation artificielle dans une population touchée par l'urgence et élaborer des plans de préparation en conséquence.
4. Établir des systèmes de gestion de l'alimentation artificielle, y compris l'autorité de coordination (ou au moins des termes de référence), la chaîne d'approvisionnement BMS et les mécanismes de surveillance.

Note : Les actions de préparation au programme (ainsi que la réponse et la reprise) sont détaillées dans les Engagements fondamentaux de l'UNICEF en faveur des enfants dans l'action humanitaire. UNICEF 2010 (voir 14 dans Références Section 8.2 Politique - Politique organisationnelle).

Notes

- ^a A/RES/44/25, **Convention sur les droits de l'enfant**. 61^e séance plénière, 20 novembre 1989. www.un.org/documents/ga/res/44/a44r025.htm
- ^b OMS 59^e Assemblée mondiale de la santé. 4 mai 2006 A59/13. **Point 11.8 de l'ordre du jour provisoire**. WHA 59.21. <http://innocenti15.net/declaration.htm>.
- ^c <https://sustainabledevelopment.un.org/>
- ^d www.who.int/nutrition/decade-of-action/fr/
- ^e waba.org.my
- ^f www.llli.org
- ^g www.ilca.org
- ^h www.ibfan.org
- ⁱ www.humanitarianresponse.info/fr/about-clusters/what-is-the-cluster-approach
- ^j **Modèle de coordination du HCR pour les réfugiés**. www.unhcr.org/excom/icm/53679e2c9/unhcr-refugee-coordination-model.html
- ^k *À des fins de données, la période de 0 à 5 mois est comprise entre 0 et 5 mois, ce qui signifie la naissance à 5,9 mois, ou « jusqu'à » 6 mois ; c'est une période de 6 mois complets. En termes de programmation, on parle de nourrissons de moins de 6 mois (voir Section des références 8,5 [75]).*
- ^l *A titre indicatif, dans une population de pays en développement avec un taux de natalité élevé, les proportions attendues sont les suivantes : nourrissons 0-5 mois : 1,35 % ; 6-11 mois : 1,25 % ; enfants de 12 à 23 mois : 2,5 % ; enfants de 0-59 mois : 12,5 % ; femmes enceintes et allaitantes : 5-7 %, selon la durée moyenne d'allaitement. N. B. Ces chiffres sont approximatifs et dépendront du taux de natalité, du taux de mortalité infantile et du taux de mortalité des moins de cinq ans.*
- ^m <http://mics.unicef.org/surveys>
- ⁿ <http://dhsprogram.com/>
- ^o <http://worldbreastfeedingtrends.org/>
- ^p **UNICEF Recherche et Rapports** : www.unicef.org/reports ; **Base de données mondiale de l'OMS sur la malnutrition** : www.who.int/nutgrowthdb/en/ ; **Données de l'UNICEF** : <https://data.unicef.org/>
- ^q www.who.int/nutrition/nlis/en/
- ^r www.alnap.org/resources/
- ^s **Vue d'ensemble de l'urgence mondiale ACAPS** : www.acaps.org/countries ; **Relief Web** : <http://reliefweb.int/countries> ; **Informations sur la réponse humanitaire** : www.humanitarianresponse.info/en/ ; **Échange de données humanitaires** : <https://data.humdata.org/> ; **RefWorld** : www.refworld.org/type,COUNTRYPROF,,,,,0.html
- ^t **Web de prévention** : www.preventionweb.net/risk
- ^u Taux de mortalité parmi tous les groupes d'âge et toutes causes confondues généralement exprimées en unités de mortalité pour 1 000 individus par an.
- ^v Nombre de décès chez les enfants âgés de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes.
- ^w Le nombre d'enfants de moins de cinq ans qui meurent pour 1 000 naissances vivantes dans une année donnée.
- ^x *Il n'existe pas de critères de référence mondialement reconnus pour l'allaitement maternel exclusif et les alertes d'allaitement au sein en cas d'urgence. En leur absence, l'objectif nutritionnel mondial de l'OMS 2025 pour l'allaitement maternel exclusif a été utilisé. Pour l'allaitement continu, il n'y a pas cible comparable. Un examen des données de l'UNICEF effectué en 2016 auprès des pays à revenu faible et*

intermédiaire a révélé une moyenne mondiale de 74 % d'allaitement continu à un an; donc une référence de 70 % a été sélectionnée (Voir les références à la section 8.5 [70]).

- y Par exemple, **Évaluation semi-quantitative de l'accès et de la couverture** : www.fantaproject.org/monitoring-and-evaluation/squeac-sleac et note de bas de page 40.
- z **Outil de suivi des violations du code BMS du groupe Nutrition** : [www.nutritioncluster.net/resources/bms-code-violations-tracking-tool-nutrition-cluster/Formulaire de rapport IBFAN-ICDC](http://www.nutritioncluster.net/resources/bms-code-violations-tracking-tool-nutrition-cluster/Formulaire%20de%20rapport%20IBFAN-ICDC) : <https://vnhih.enketo.kobotoolbox.org/webform>
- aa **Boîte à outils pour les mamans kangourou** : [www.healthynewbornnetwork.org/kangaroo-mother-care-Boîte à outils/](http://www.healthynewbornnetwork.org/kangaroo-mother-care-Boite%20%C3%A0%20outils/)
- bb **clampage retardé du cordon ombilical pour améliorer les résultats en matière de santé et de nutrition chez la mère et le nourrisson.** OMS, 2014.
www.who.int/nutrition/publications/guidelines/cord_clamping/en/
- cc **Recommandations de l'OMS sur les interventions visant à améliorer les résultats des naissances prématurées.** OMS, 2015.
www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/
- dd Établir une approche intégrée de banque de lait humain pour renforcer les soins néonataux. DeMarchis A, Israël-Ballard K, Amundson Mansen K et Engmann C, 2016. Journal de périnatalogie. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27831549**Renforcement des banques de lait humain : un cadre de mise en œuvre mondial. Version 1.** PATH, 2013.
www.path.org/publications/files/MCNH_haccp_training_workbook.pdf
- ee *Les conditions clés qui doivent être en place pour l'utilisation sécuritaire du lait humain en cas d'urgence sont : la politique gouvernementale (préparation à l'urgence) ou, en l'absence de politique, un accord entre les autorités sur son utilisation ; une estimation des besoins, des critères d'admissibilité définis et de la durée de la prestation ; l'adéquation de l'offre pour la réponse ; assurance qualité y compris le dépistage des donneurs et la pasteurisation ; et l'établissement et le maintien d'une chaîne de froid pour préserver la qualité et la sécurité.*
- ff Pour un exemple de dépistage minimum pour les populations en transit, voir les références, section 8.6 [133].
- gg **NutVal.** www.nutval.net/
- hh Les enfants non allaités ont des besoins nutritionnels accrus (voir les références, section 8.6 [119]).
- ii Nettoyer en ayant accès à de l'eau potable, à des installations pour le lavage des mains, à la gestion sécuritaire des selles, à des toilettes accessibles, à l'utilisation de toilettes améliorées et à de l'eau potable traitée en toute sécurité (voir Références Section 8.6 [160-166]).
- jj *L'orientation mondiale conseille que les autorités nationales/infranationales doivent décider des pratiques d'alimentation qui donnent aux nourrissons et aux jeunes enfants la chance de **survie sans VIH** et soutenir les mères et les soignants en conséquence. **Les pratiques d'alimentation recommandées** à sélectionner dans le **contexte du VIH** sont : a) allaiter et recevoir des médicaments antirétroviraux (ARV), ou b) éviter tous les allaitements et les aliments de remplacement. Pour prendre cette décision, l'autorité compétente devrait équilibrer le risque de transmission du VIH avec d'autres causes de mortalité infantile. Les considérations comprennent : le contexte socio-économique et culturel ; la disponibilité et la qualité des services de santé ; la prévalence du VIH chez les femmes enceintes ; et les principales causes de la malnutrition maternelle et infantile et de la mortalité infantile et juvénile dans la population touchée (voir Références Section 8.6 [113-115]).*
- kk *La prophylaxie périnatale et les médicaments antirétroviraux pour les nourrissons (voir les définitions) devraient être envisagés **L'approvisionnement en ARV pour les mères est perturbé.** Ceci est une lacune dans les domaines de recherche (voir Références Section 8.6 [115]).*
- ll **Kit BMS plus sûr.** Save the Children, 2017.
<https://drive.google.com/file/d/0B5uBNdhrtqbamMyMFg2cldrM1U/view>

8 Références

Cette sélection de références et de ressources clés est organisée par la section la plus pertinente de l'OG-IFE. Notez que beaucoup sont applicables à plus d'une section.

8.1 Général	[1]
8.2 Politique	
<i>Stratégie mondiale et nationale</i>	[2] – [7]
<i>Politique globale</i>	[8] – [12]
<i>Politique organisationnelle</i>	[13] – [22]
<i>Normes minimales</i>	[23] – [25]
8.3 Formation	[26]
<i>Conseils</i>	[27] – [34]
<i>Programmation</i>	[35] – [40]
<i>Communauté</i>	[41] – [48]
<i>Évaluation et recherche</i>	[49] – [50]
<i>Réponse humanitaire générale</i>	[51] – [54]
8.4 Coordination	[55]
<i>Planification et coordination des interventions humanitaires</i>	[56] – [57]
<i>Communications et plaidoyer</i>	[58] – [67]
8.5 Évaluation et suivi	[68]
<i>Indicateurs</i>	[69] – [73]
<i>Âge</i>	[74] – [75]
<i>Collecte de données (évaluation)</i>	[76] – [80]
<i>Évaluation approfondie</i>	[81] – [87]
<i>suivi</i>	[88] – [92]
<i>Participation</i>	[93] – [94]
<i>Apprentissage</i>	[95] – [96]
8.6 Interventions multisectorielles	[97]
<i>Conseil ANJE</i>	[98] – [101]
<i>Allaitement maternel</i>	[102] – [108]
<i>Alimentation artificielle</i>	[109] – [110]
<i>Circonstances spéciales</i>	[111] – [116]
<i>Alimentation de complément</i>	[117] – [120]
<i>Nutrition maternelle</i>	[121] – [122]
<i>Micronutriments</i>	[123] – [128]
<i>Préparation</i>	[129] – [130]
<i>Programmation ANJE-E</i>	[131] – [136]
<i>Changement de comportement</i>	[137] – [140]
<i>Intégration dans la nutrition</i>	[141] – [149]
<i>Handicap</i>	[150] – [153]
<i>Genre</i>	[154] – [156]
<i>Intégration</i>	[157] – [159]
<i>Lavage</i>	[160] – [166]
<i>Protection</i>	[167] – [169]
<i>Sécurité alimentaire et moyens de subsistance</i>	[170]
<i>Développement de la petite enfance</i>	[171] – [174]
<i>Adolescents</i>	[175]
<i>Santé mentale et soutien psychosocial</i>	[176] – [181]

Santé maternelle, néonatale et infantile [182] – [186]
Maladie infectieuse [187] – [192]

8.7 Alimentation artificielle [193] – [194]

Minimiser le risque [195] – [197]

Rôles et responsabilités [198] – [201]

Spécification BMS [202] – [203]

Fournitures BMS et équipement d'alimentation [204]

8.1 Généralités

1. **IYCF-Boîte à outils en ligne. Version 3.** Save the Children (Aide à l'enfance), 2017. Anglais, avec des documents de base en français et en arabe. *Une collection d'informations et de ressources pratiques pour permettre le démarrage rapide et la mise en œuvre des programmes ANJE-E en cas d'urgence. Ceci est une ressource générale qui couvre toutes les sections ci-dessous; cependant, des ressources particulièrement pertinentes sont mises en évidence dans chaque section.* <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-Toolkit-v3>

8.2 Politique

Stratégie mondiale et nationale

2. **IYCF-Boîte à outils en ligne. Version 3. Section A : Politique.** Save the Children (Aide à l'enfance), 2017. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-Toolkit-v3/iycf-e-Toolkit-english>
3. **Plan de mise en œuvre complet sur la nutrition maternelle et infantile.** *Plan d'action illustrant les actions prioritaires qui devraient être mises en œuvre conjointement par les États membres et les partenaires internationaux pour atteindre six cibles mondiales en matière de nutrition d'ici 2025.* OMS, 2014. Arabe, chinois, anglais, français, russe, espagnol. www.who.int/nutrition/publications/CIP_document/fr/
4. **Principes directeurs pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants en situation d'urgence.** Organisation mondiale pour la santé; 2004. Anglais. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/9241546069.pdf>
5. **Stratégie globale pour l'ANJE.** OMS et UNICEF, 2003. Arabe, chinois, anglais, français, allemand, italien, japonais, russe, espagnol *fournit le cadre principal des actions de l'OMS visant à promouvoir l'allaitement maternel et l'alimentation de complément.* www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/fr/
6. **Guide de planification pour la mise en œuvre nationale de la stratégie mondiale pour l'ANJE.** OMS et UNICEF, 2007. Anglais. *Propose un processus par étapes pour développer une stratégie spécifique au pays.* www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241595193/en/
7. **Protection contre les conflits d'intérêts potentiels dans les programmes de nutrition : Approche pour la prévention et la gestion des conflits d'intérêts dans l'élaboration de politiques et la mise en œuvre de programmes de nutrition au niveau des pays.** www.who.int/nutrition/publications/COI-report/en/

Politique globale

8. **Orientations stratégiques : Interventions nutritionnelles prioritaires et approches transversales en Amérique latine et dans les Caraïbes.** Banque mondiale, 2011. Anglais. *Document de travail décrivant les interventions nutritionnelles prioritaires et les approches transversales qui sont essentielles pour promouvoir et protéger l'état nutritionnel des mères et des enfants ainsi que le capital humain d'un pays à court, moyen et long termes.* <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23711/NonAsciiFileName0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. **Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. OMS, 1981 et Résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (le code – voir la définition).** Arabe, anglais, français, espagnol et beaucoup d'autres. www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/fr/

10. **Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel – Mise à jour 2017. Foire aux questions.** OMS (2017). Chinois, espagnol, russe, espagnol *des informations détaillées faciles à lire sur des questions spécifiques liées au Code.* www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/breastmilk-substitutes-FAQ2017/fr/
11. **Résolution WHA : Guide pour mettre fin à la promotion inappropriée des aliments pour nourrissons et jeunes enfants.** 69 th WHA A69/7 Add.1. 2016. Anglais. *Couvre les aliments et les boissons produits commercialement, y compris les aliments de complément commercialisés comme étant appropriés pour l'alimentation des enfants jusqu'à l'âge de 36 mois.* http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_7Add1-fr.pdf
12. **Résolution WHA sur la promotion inappropriée des aliments pour nourrissons et jeunes enfants : Note d'orientation.** Organisation mondiale de la santé, UNICEF, Save the Children, IBFAN et Helen Keller International, 2016. Anglais. http://archnutrition.org/wp-content/uploads/2016/12/011917_HKI_WHABrief_v3-with-date-1.pdf

Politique organisationnelle

13. **Modèle de déclaration commune sur l'IFE.** IFE Core Group (2017). Anglais. *Déclaration générique pour l'adaptation.* www.ennonline.net/modelifejointstatement
14. **Engagements fondamentaux pour les enfants dans l'action humanitaire.** UNICEF (2010). *Cadre mondial de l'action humanitaire en faveur des enfants mis en œuvre par l'UNICEF et ses partenaires.* www.unicef.org/publications/files/CCC_042010.pdf
15. **Cibles nutritionnelles mondiales 2025 : brève politique sur l'allaitement maternel.** OMS et UNICEF, 2014. Anglais. www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/fr/
16. **Politique générique IFE.** Groupe central de l'IFE, 2008. *Un exemple de politique IFE basée sur les Orientations opérationnelles.* www.ennonline.net/ifegenericpolicy
17. **Position de l'ANJE-E 2.0.** ACF, 2016. Anglais. www.actionagainsthunger.org/publication/2016/02/infant-and-young-child-feeding-emergencies-iycf-e-position-paper-20
18. **Document de Position ANJE-E.** CIPEA, 2014. Anglais. <http://waba.org.my/pdf/ilca-iycf-emergencies.pdf>
19. **Document de Position ANJE-E.** Save the Children, 2016. Anglais. <https://drive.google.com/file/d/0B5uBNDhhrqtqbY09UVMcxbF9uUk0/view>
20. **Politique du lait World Vision, 2011.** Anglais. www.wvi.org/nutrition/publication/milk-policy
21. **Exemples de politiques d'alimentation du nourrisson.** UNICEF Royaume-Uni Anglais. *Exemples de politiques sur la maternité, les visites médicales et les politiques néonatales, ainsi que des listes de contrôle d'auto-évaluation qui reflètent les normes favorables aux bébés.* www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/tools-and-forms-for-health-professionals/sample-infant-feeding-policies/
22. **Politique du HCR concernant l'acceptation, la distribution et l'utilisation des produits laitiers dans les situations de réfugiés.** HCR, ENN, IFE Core Group et l'Institut de la santé infantile, 2006. www.unhcr.org/uk/publications/operations/4507f7842/unhcr-policy-related-acceptance-distribution-use-milk-products-refugee.html

Normes minimales

23. **Norme humanitaire fondamentale sur la qualité et la responsabilité (CHS).** CHS Alliance, Groupe URD et Le Projet SPHERE, 2014. Arabe, anglais, français, espagnol et beaucoup d'autres. *Un code volontaire qui décrit les éléments essentiels d'une action humanitaire fondée sur des principes, responsable et de qualité.* www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/code-of-conduct/code-french.pdf
24. **Le Code de conduite du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et des organisations non gouvernementales pour les secours en cas de catastrophe.** IFRC, 1994. Arabe, anglais, français, espagnol et autres langues. <https://media.ifrc.org/ifrc/who-weare/the-movement/codeof-conduct/>
25. **Le manuel de Sphère.** 2011. Arabe, anglais, français et beaucoup d'autres langues. *Inclus les normes ANJE-E. Version révisée sortie en 2018.* www.sphereproject.org/handbook

8.3 Entraînement

26. **IYCF-E Boîte à outils. Version 3. Section G : Orientation et formation.** Save the Children (Aide à l'enfance), 2017. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-Boîte à outils-v3/>

Conseil

27. **Conseil en allaitement maternel : un cours de formation.** UNICEF et OMS, 1993. Anglais, français, russe et espagnol destiné aux travailleurs de la santé. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_cdr_93_3/fr/
28. **Modules d'apprentissage en ligne sur l'allaitement maternel.** • Santé publique de Toronto (en anglais) Anglais. *12 modules en ligne visant à aider les professionnels de la santé à offrir des services d'allaitement fondés sur des données probantes et à créer un environnement propice aux bébés.* www1.toronto.ca/wps/portal/contentonly?vgnextoid=46bdf87775c24410VgnVCM10000071d60f89RCRD
29. **Cours combiné sur l'évaluation de la croissance et le conseil en ANJE.** OMS 2012 Anglais. *Destiné aux travailleurs de la santé dans les établissements de soins de santé primaires et les conseillers non professionnels.* www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241504812/en/
30. **Conseil complémentaire en alimentation : un cours de formation.** OMS, 2004. Anglais. *Pour les agents de santé qui travaillent avec des soignants de jeunes enfants âgés de 6 à 24 mois.* www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241546522/fr/
31. **Nourrir les enfants dans les situations d'urgence Module 2 pour les travailleurs de la santé et de la nutrition dans les situations d'urgence pour la formation, la pratique et de référence. Version 1.1.** *Visé à fournir aux personnes directement impliquées avec les nourrissons et les soignants les connaissances de base et les compétences nécessaires pour soutenir une ANJE sûre et appropriée.* ENN, IBFAN-GIFA, Fondation Terre des Hommes, CARE USA, Action contre la Faim, UNICEF, HCR, OMS, PAM, Liens, 2007. Arabe, bahasa, anglais, français. <http://files.ennonline.net/attachments/149/module-2-v1-1-combined-french.pdf>
32. **ANJE conseil : Un Cours intégré.** UNICEF, 2006. English, Spanish and Russian. *Remarque : Ce cours de cinq jours ne remplace pas les cours de conseil sur l'allaitement maternel (24) et d'alimentation de complément (27), mais est un cours intégré pour équiper les travailleurs de la santé et les conseillers non professionnels avec les bases nécessaires.* www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594745/en/
33. **ANJE : Modèle de chapitre pour les manuels destinés aux étudiants en médecine et aux professionnels paramédicaux.** OMS, 2009. Anglais et espagnol *Formation de base sur les connaissances essentielles et les compétences de base pour les professionnels de la santé travaillant avec les mères et les jeunes enfants.* www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241597494/en/
34. **Vidéos en ligne** Global Health Media. Anglais, français, espagnol et beaucoup d'autres langues. Aides à la formation : *Allaitement maternel et petit bébé.* <https://globalhealthmedia.org/videos/videos-french/>

Programmation

35. **Concevoir pour le changement de comportement : pour l'agriculture, la gestion des ressources naturelles, la santé et la nutrition.** TOPS et groupe restreint, 2013. Anglais, français et espagnol. *Programme de six jours.* www.fsnnetwork.org/sites/default/files/french_dbc_manual_final.pdf
36. **Module de formation harmonisé (HTP) Module 17 : ANJE.** Version 2. ENN et Travaux de nutrition. 2011. Anglais. *Une ressource pour les formateurs dans le secteur de la nutrition dans les situations d'urgence (NiE), peut également être utilisée par des individus pour augmenter leurs connaissances techniques du secteur.* www.ennonline.net/htpv2module17
37. **Forfait d'orientation ANJE-E.** Réseau de nutrition d'urgence et IFE Core Group, 2010. Anglais. *Destiné au personnel de secours d'urgence, aux directeurs de programme et au personnel technique impliqués dans la planification et la réponse aux situations d'urgence au niveau national et international.* www.ennonline.net/iycfeorientationpackage *Comprend l'apprentissage en ligne à* <http://lessons.ennonline.net/>

-
38. **Cours de formation de 5 jours ANJE-E.** Save the Children (Aide à l'enfance), 2017. Anglais et français. *Cours de formation adaptable visant à développer les compétences et les connaissances nécessaires pour établir et mettre en œuvre des programmes d'ANJE-E conformément aux approches et normes sectorielles convenues.* <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-training>
39. **Programmation pour l'ANJE – un cours de formation.** UNICEF et Université de Cornell. *Apprentissage en ligne destiné aux responsables de programme.* Anglais. www.nutritionworks.cornell.edu/UNICEF/about/
40. **Guide de santé publique pour les situations d'urgence. Chapitre 9 : Sécurité alimentaire et nutrition dans les situations d'urgence. Seconde Édition.** Les sociétés Johns Hopkins et IFRC et du Croissant-Rouge, 2008. Anglais. *Manuel de référence sur la gestion des situations d'urgence en matière de nutrition pour les travailleurs humanitaires et les professionnels de la santé.* <http://foodsecuritycluster.net/document/food-security-emergencies>

Communauté

41. **Prendre soin des nouveau-nés et des enfants dans la communauté. Paquet de ressources.** OMS, 2015. Anglais. *Comprend trois cours visant à accroître la couverture des interventions des ménages et de la communauté qui permettront de réduire la mortalité des nouveau-nés et des enfants et de promouvoir une croissance et un développement sains, y compris à travers l'ANJE. Comprend des cartes de conseils et un livret de photos.* www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-care-newborns-children/fr/
42. **Engager les grand-mères pour améliorer la nutrition : un manuel de formation et un guide pour les mentors des groupes de dialogue.** IYCN, 2011. Anglais et portugais. *Conçu pour la formation des grand-mères pour servir de mentors de groupe de dialogue pour les discussions sur les soins de la famille et la nutrition maternelle et infantile.* www.iycn.org/resource/engaging-grandmothers-to-improve-nutrition-a-training-manual-and-guide-for-dialogue-group-mentors/
43. **ANJE et Genre : Un manuel de formation et un manuel du participant pour les chefs de groupe masculins.** IYCN, 2011. Anglais. *Pour la formation des chefs de groupe masculins pour partager l'information et encourager les discussions sur les rôles de genre liés aux pratiques d'ANJE.* www.iycn.org/resource/infant-and-young-child-feeding-and-gender-trainers-manual-and-participants-manual/
44. **Mesurer et promouvoir la croissance des enfants.** World Vision, 2011. Anglais. *Formation de trois jours sur le suivi et la promotion de la croissance au niveau communautaire.* www.wvi.org/nutrition/publication/measuring-and-promoting-child-growth
45. **Mobiliser les communautés pour une nutrition améliorée : manuel et guide pour la formation des leaders communautaires.** IYCN, 2011. Anglais et portugais. *Instructions étape par étape pour animer un atelier d'une journée avec les dirigeants de la communauté.* www.iycn.org/resource/mobilizing-communities-for-improved-nutrition-a-training-manual-and-participant-manual-for-community-leaders/
46. **Groupes de soutien de mère à mère : Manuel du formateur et guide de l'animateur avec guide de discussion.** IYCN, 2011. Anglais et portugais. *Pour la prise en charge de la formation des animateurs de groupes mère-à-mère pour diriger les discussions participatives sur la nutrition maternelle, infantile et du jeune enfant.* www.IYCN.org/Resource/Mother-to-Mother-Support-Groups-trainer%E2%80%99s-Manual-and-facilitator%E2%80%99s-Manual/
47. **Supervision de soutien/Mentorat et surveillance pour l'IYCF communautaire.** UNICEF, 2013. Anglais. *Une journée de formation ; comprend des outils adaptables et des formulaires de surveillance.* www.fsnnetwork.org/supportive-supervisionmentoring-and-monitoring-community-iycf
48. **Le paquet de conseils communautaires de l'ANJE.** UNICEF, 2013. Anglais et français. *Outils génériques pour l'adaptation locale ; comprend des cartes de conseil.* www.unicef.org/nutrition/index_58362.html

Évaluation et recherche

49. **Introduction à la méthodologie de recherche qualitative : un manuel de formation.** *Destiné principalement aux scientifiques non sociaux travaillant dans les milieux à faible et moyen revenu.* Kiellmann, K., Cataldo, F. et Seeley, J. – DFID, 2012. Anglais. www.gov.uk/dfid-research-outputs/introduction-to-qualitative-research-methodology

50. **Formation à l'évaluation des besoins humanitaires.** Initiative humanitaire de Harvard, 2016. Anglais. *Formation en ligne*. <http://hhi.harvard.edu/elearning/humanitarian-needs-assessment-training>

Réponse humanitaire générale

51. **Bâtir une meilleure réponse.** L'Académie humanitaire à Harvard. Anglais. *Formation en ligne pour comprendre la structure et la fonction de l'architecture humanitaire internationale*. <http://hhi.harvard.edu/education/bbr>
52. **Communiquer avec les communautés affectées par les catastrophes.** Réseau CDAC. Anglais. *Formation en ligne sur les éléments clés d'une communication efficace avec les communautés touchées par la crise*. www.cdacnetwork.org/learning-centre/e-learning/
53. **Disaster Ready Bibliothèque d'apprentissage en ligne.** Arabe, français, espagnol. www.disasterready.org/
54. **Formation en ligne initiative humanitaire de Harvard.** <http://hhi.harvard.edu/resources#e-learning>

8.4 Coordination

55. **IYCF-Boîte à outil en ligne. Version 3.** Section 1 : Coordination et communications. Arabe, anglais et français, 2017. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-Toolkit-v3/iycf-e-Toolkit-english> <https://drive.google.com/drive/folders/0B5uBNDhrtqbT3NhbVQwZzFKSVU>

Planification de la réponse humanitaire et Coordination

56. **Manuel du groupe Nutrition : un guide pratique pour l'action au niveau national.** Groupe Nutrition mondial, 2017. Anglais. *En révision* <http://nutritioncluster.net/>
57. **Conseils sur les interventions nutritionnelles pour la réponse humanitaire Plan.** Groupe de la nutrition, 2016. Anglais. *Fournis des conseils pour les groupes nutritionnels afin de faciliter la planification d'une réponse collective et le développement des interventions de nutrition en situations d'urgence (y compris ANJE-E)*. <http://nutritioncluster.net/resources/hrp-tips/>

Communications et plaidoyer

58. **Boîte à outils de plaidoyer.** Vivant et prospère. Anglais. <http://aliveandthrive.org/resources-main-page/tools-library/advocacy-select-design-tools/>
59. **Initiative de défense de l'allaitement maternel : pour un meilleur départ dans la vie.** OMS et UNICEF, 2016. www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/breastfeeding_advocacy_initiative/en
60. **Série d'allaitement maternel.** The Lancet, 2016. Anglais. <http://thelancet.com/series/breastfeeding>
61. **De la première heure de la vie : un nouveau rapport sur l'ANJE.** UNICEF, 2016. English, French, Spanish. <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/10/French-UNICEF-From-the-first-hour-key-findings2016-web-fnl1.pdf>
62. **Vidéo d'orientation ANJE-E.** Save the Children (Aide à l'enfance), 2017. Anglais. *Une vidéo d'introduction de trois minutes destinée aux profanes impliqués dans la crise européenne des réfugiés. Également applicable à d'autres crises*. www.youtube.com/watch?v=VjckXow0aWU
63. **Importance de la vidéo de programmation IYCF-E.** Save the Children (Aide à l'enfance), 2017. Anglais. *Une vidéo de trois minutes expliquant pourquoi l'ANJE-E est importante, ce qui constitue des pratiques optimales d'ANJE et comment la programmation optimale de l'ANJE-E peut être mise en œuvre*. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-videos>
64. **Boîte à outils de communication de masse.** Vivant et prospère. Anglais. <http://aliveandthrive.org/resources-main-page/tools-library/mass-communication-featured-tools/>
65. **Guide des médias sur l'ANJE-E.** IFE Core Group, 2007. Arabe, anglais, français, allemand, italien et espagnol : [http://files.enonline.net/attachments/952/ife-media-guide-french\(1\).pdf](http://files.enonline.net/attachments/952/ife-media-guide-french(1).pdf)
66. **Soutenir l'allaitement dans les situations d'urgence : protéger les droits des femmes en matière de procréation et la santé maternelle et infantile.** Gribble, K., McGrath, M., MacLaine, A., Lhotska, L. (2011) www.ibfan.org/art/2011-Supporting_breastfeeding_emergencies_Disasters.pdf
67. **Voir aussi : 13 (Déclaration commune).**

8.5 Évaluation et surveillance

68. **IYCF-boîte à outils en ligne. Version 3. Section B : Évaluation du besoin**
Save the Children (Aide à l'enfance), 2017. [https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-Boîte à outils-v3/iycf-e-Boîte à outils-english](https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-Boite%20%C3%A0%20outils-v3/iycf-e-Boite%20%C3%A0%20outils-english)

Indicateur

69. **Registre des indicateurs humanitaires.** Anglais. *Un outil de guidage pour sélectionner les indicateurs.* www.humanitarianresponse.info/fr/applications/ir
70. **Indicateurs d'évaluation des pratiques d'ANJE. Partie 1 Définitions** OMS, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI, 2008. Anglais, français et espagnol. www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/fr/
71. **Indicateurs pour évaluer les pratiques d'allaitement maternel.** OMS, 1991. Anglais et français. *Rapport de réunion décrivant un consensus atteint sur les indicateurs dérivés des données d'enquêtes auprès des ménages.* www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cdd_ser_91_14/fr/
72. **De la première heure de la vie. Plaider pour une meilleure alimentation du nourrisson et du jeune enfant partout.** UNICEF 2016. <http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/10/French-UNICEF-From-the-first-hour-key-findings2016-web-fnl1.pdf>
73. **Voir également : 57 (Conseils sur les interventions nutritionnelles)**

Âge

74. **Lignes directrices pour estimer le mois et l'année de naissance des jeunes enfants.** FAO, (2008). Anglais. www.fao.org/docrep/011/aj984e/aj984e00.htm
75. **Parler de l'âge de l'enfant : une introduction.** IFE Core Group, 2012. Anglais. *Destiné à améliorer la compréhension et l'exactitude de l'utilisation de l'âge dans les enquêtes et quand on parle aux mères.* www.ennonline.net/iycfandchildage

Collecte de données (évaluation)

76. **Fiche d'information sur l'évaluation des pratiques d'ANJE en situation d'urgence.** Tech RRT, 2016. Anglais et français. <http://nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/4/2016/12/TechRRT-PrincipesdebaseevaluationANJE.pdf>
77. **Indicateurs d'évaluation des pratiques d'ANJE. Partie 2 : Mesure.** OMS, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI, 2010. Anglais, français. *Outils et explications pour la collecte d'indicateurs.* www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241599290/fr/
78. **Pratiques ANJE. Collecte et utilisation des données : un guide étape par étape.** Care, 2010. *Inclut un questionnaire générique.* Anglais. www.ennonline.net/iycfdataguide
79. **L'utilisation des outils épidémiologiques dans les populations touchées par les conflits.** LSHTM *Brèves discussions sur divers sujets clés de l'épidémiologie de terrain appliquée aux urgences humanitaires. Inclut des questions éthiques dans la collecte de données.* http://conflict.lshtm.ac.uk/page_02.htm
80. **Tendances mondiales de l'allaitement maternel.** WBTi. Anglais. *Rapports sur l'état de la politique et de la programmation de l'ANJE dans 84 pays.* <http://worldbreastfeedingtrends.org/country-report-wbti/>

Appréciation approfondit

81. **Guide d'utilisation de la méthodologie de recherche qualitative.** MSF-OCA et LSHTM, 2007. Anglais. <http://hdl.handle.net/10144/84230>
82. **Un guide pratique pour mener une analyse de barrière.** Bonnie Kittle, 2013. Arabe, anglais, français et espagnol. Ex www.fsnnetwork.org/guide-pratique-pour-la-conduite-dune-analyse-des-barri%C3%A8res
83. **Mener des enquêtes KAP : un document d'apprentissage basé sur les échecs KAP.** ACF, 2013. Anglais. www.actionagainsthunger.org/publication/2013/01/conducting-kap-surveys-learning-document-based-kap-failures

84. **Recherche formative : un guide pour soutenir la collecte et l'analyse de données qualitatives pour la planification intégrée du programme de nutrition maternelle et infantile.** CARE, 2014. Anglais. *Informations et outils de base nécessaires pour conduire et analyser la recherche qualitative, en particulier pour améliorer MIYCN combiné avec les interventions de sécurité alimentaire des ménages.* www.fsnnetwork.org/formative-research-guide-support-collection-and-analysis-qualitative-data-integrated-maternal-and
85. **Directives pour l'évaluation des connaissances, des attitudes et des pratiques liées à la nutrition.** FAO (2014). Anglais. www.fao.org/docrep/019/i3545e/i3545e00.htm
86. **Lignes directrices standardisées sur l'enquête élargie sur la nutrition (SENS) pour les populations réfugiées. Module 3 : ANJE.** Version 2. UNHCR, 2013. Anglais. *Méthodologie standardisée pour mener des enquêtes nutritionnelles annuelles.* <http://sens.unhcr.org/translations-sens-modules-and-tools-in-french/>
87. **Les bases : Planification de la recherche formative pour les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.** IYCN, 2011. Anglais. *Destiné à aider les chercheurs qui sont déjà familiers avec les méthodes de recherche formative dans la conduite des évaluations formatives pour les programmes ANJE.* www.iycn.org/resourcementhe-basics-planning-for-formative-research-for-infant-and-young-child-feeding-practices/

Suivit

88. **Liste de vérification et lignes directrices pour la supervision de conseil.** IYCN, 2011. Anglais. *Un outil permettant aux superviseurs de mesurer les connaissances des agents de santé et d'enregistrer leurs comportements au cours des séances de conseil.* www.iycn.org/resource/counseling-supervision-checklist-and-guidelines/
89. **Questionnaire d'entrevue de sortie et lignes directrices.** IYCN, 2011. Anglais. *Aide les questionnaires de programme à évaluer la qualité des services de conseil et la satisfaction de la clientèle.* www.iycn.org/resource/exit-interview-questionnaire-and-guidelines/
90. **Outil et guide de suivi des pratiques d'ANJE.** IYCN, 2011. Anglais. *Outil pour que les travailleurs communautaires puissent suivre les comportements individuels et aider à suivre les progrès dans la réalisation des principaux comportements de l'ANJE.* www.iycn.org/resource/infant-and-young-child-feeding-practices-monitoring-tool-and-guide/
91. **IYCF-boîte à outils en ligne. Version 3. Section H : Surveillance et supervision.** Arabe, anglais et français, 2017. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-Toolkit-v3/iycf-e-Toolkit-english>
92. **Lignes directrices multisectorielles de suivi et d'évaluation.** ACF, 2016. Anglais et français. <https://drive.google.com/file/d/0B4S4alA1YfAXanczZkQxLUFJQkk/view>

Participation

93. **Manuel de participation pour les travailleurs humanitaires sur le terrain – impliquer les personnes touchées par la crise dans la réponse humanitaire.** ALNAP et le Groupe URD, 2009. Anglais. www.urd.org/Participation-Handbook
94. **Participation communautaire à la programmation des secours humanitaires.** ACF, 2006. Anglais. www.actionagainsthunger.org/publication/2006/06/community-driven-participation-humanitarian-relief-programming-practical-manual-0

Apprentissage

95. **Guide d'élaboration d'une stratégie de gestion des connaissances pour un programme de sécurité alimentaire et de nutrition.** TOPS et réseau FSN, 2016. Anglais. *Conseils pratiques pour le personnel à différents niveaux sur l'élaboration d'une stratégie axée sur l'amélioration de la performance et la qualité de la mise en œuvre.* www.fsnnetwork.org/guide-developing-knowledge-management-strategy-food-security-and-nutrition-program
96. **Boîte à outils : utilisation stratégique des données.** Vivant et prospère. Anglais. <http://aliveandthrive.org/resources-main-page/tools-library/strategic-use-of-data-featured-tools/>

8.6 Interventions multisectorielles

97. **IYCF-boîte à outils en ligne. Version 3. D : Planification du programme et rapports.** Save the Children (Aide à l'enfance), 2017.
<https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-Toolkit-v3/iycf-e-Toolkit-english>

Conseil ANJE

98. **Évaluation individuelle rapide et complète de l'ANJE.** *Une sélection de divers formulaires d'évaluation – peut devoir être adaptée au contexte local et à la programmation.* www.ennonline.net/specific ENN
99. **Feuille d'information sur l'alimentation réactive** UNICEF Royaume-Uni BFI. Anglais. *Couvre à la fois l'allaitement maternel et l'allaitement au biberon.* www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/implementing-the-baby-friendly-standards/further-guidance-on-implementing-the-standards/responsive-feeding- fiche d'information/
100. **Voir aussi : 27 (Conseil).** (*Modules d'apprentissage en ligne sur l'allaitement maternel ; Module 2, Partie 3 – Évaluation de la paire mère-enfant.*)
101. **Voir aussi : 8.3 (Formation).**

Allaitement

102. **Formulaire d'observation du S-E-I-N.** Anglais.
<https://drive.google.com/file/d/0B5uBNDhhrqbY09UUVmcbx9uUk0/view>
103. **Réponses à l'allaitement maternel.** La Leche League. Anglais. *Diverses ressources couvrant une variété de problèmes d'allaitement.* www.llli.org/nb.html
104. **Outils d'évaluation de l'allaitement maternel.** UNICEF Royaume-Uni BFI. Anglais. *Des outils pour les mères, les sages-femmes et les agents de santé communautaires.* www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/guidance-for-health-professionals/tools-and-forms-for-health-professionals/breastfeeding-assessment-tools/
105. **Protocoles cliniques.** Académie de médecine de l'allaitement maternel. Anglais. *Lignes directrices pour les cliniciens.* www.bfmed.org/Recourses/Protocols.aspx
106. **Manipulation et stockage du lait humain.** CDC, 2016. Anglais.
www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/handling_breastmilk.htm
107. **Comment garder votre tire-lait propre : les essentiels.** CDC, 2017. Anglais et espagnol.
www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthychildcare/infantfeeding/breastpump.html
108. **Relactation : Examen des expériences et des recommandations pour la pratique.** OMS, 1998. Anglais, français et espagnol. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_chs_cah_98_14/fr/

Alimentation artificielle

109. **Raisons médicales acceptables pour l'utilisation de BMS.** OMS, 2009. Anglais, espagnol et portugais. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/WHO_FCH_CAH_09.01/fr/
110. **Ressources de lait infantile.** UNICEF Royaume-Uni BFI. Anglais. *Comprends des conseils pour les parents et les agents de santé.* www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/leaflets-and-posters/guide-infant-formula-parents-bottle-feeding/

Circonstances particulières

111. **Liste de contrôle pour déterminer le statut VIH des enfants de 0 à 59 mois atteints de MAS.** Anglais. UNICEF, 2015. <http://unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/HIV-AIDS/HIV%20Status%20Checklist%20logo.pdf>
112. **Lignes directrices sur l'alimentation optimale des nourrissons de faible poids à la naissance dans les pays à revenu faible et intermédiaire.** OMS (2011). Anglais. *Recommandations sur ce qu'il faut nourrir les nourrissons de faible poids à la naissance, quand commencer à nourrir, comment nourrir, à quelle fréquence et quelle quantité nourrir.* www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/infant_feeding_low_bw/en/
113. **Lignes directrices sur le VIH et l'alimentation du nourrisson : Principes et recommandations pour l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH et résumé des preuves.** OMS, (2010). Anglais. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/

114. **Mises à jour sur le VIH et l'alimentation du nourrisson.** OMS et UNICEF, 2016. *La ligne directrice de 2016 ne reflète pas toutes les recommandations de l'OMS relatives au VIH et à l'alimentation du nourrisson, mais uniquement les domaines auxquels le Groupe d'élaboration des directives de l'OMS a donné la priorité pour la mise à jour. Les recommandations figurant dans les directives de l'OMS de 2010 sur le VIH et l'alimentation du nourrisson restent valables, sauf indication contraire dans la mise à jour de 2016.* Anglais. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016/fr/
115. VIH et alimentation du nourrisson dans les situations d'urgence : Orientations opérationnelles. OMS (2017).
116. **Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë non compliquée chez les nourrissons de moins de 6 mois (outil C-MAMI). Version 1.** ENN et LSHTM, 2015. Anglais. www.enonline.net/c-mami

Alimentation de complément

117. **Rôle actuel et potentiel des aliments et des compléments alimentaires spécialement formulés pour prévenir la malnutrition chez les enfants de 6 à 23 mois et pour traiter la malnutrition modérée chez les enfants de 6 à 59 mois.** De Pee, S., et Bloem, M., 2009. Anglais. www.who.int/nutrition/publications/moderate_malnutrition/FNBv30n3_suppl_paper4.pdf
118. **Principes directeurs pour l'alimentation de complément de l'enfant allaité au sein.** OPS et OMS, 2003. Anglais. www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_complefeeding_breastfed.pdf
119. **Principes directeurs pour l'alimentation des enfants non allaités âgés de 6 à 24 mois.** OMS 2005. Anglais, français, espagnol. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241593431/fr/
120. **Directives révisées du Codex Alimentarius sur les aliments de complément formulés pour les nourrissons plus âgés et les jeunes enfants.** Codex, 2013. Anglais. www.fao.org/input/download/standards/298/CXG_008e.pdf

Alimentation maternelle

121. **Guide diététique de nutrition maternelle.** Liens. Anglais. www.coregroup.org/storage/documents/Workingpapers/MaternalNutritionDietaryGuide_AED.pdf
122. **Nutrition maternelle pour les femmes et les filles. Fiche technique d'orientation.** USAID, 2014. Anglais. www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/maternal-nutrition-for-girls-women-508-3.pdf

Micronutriments

123. **Traiter de la diarrhée chez les enfants dans les situations de réfugiés, d'urgence et de développement dans le contexte de l'utilisation de poudre de micronutriments.** Mémoire technique. PAM et DSM, 2010. Anglais. www.hftag.org/assets/downloads/hftag/MNP_brief_Diarrhoea_use.pdf
124. **Déclaration commune sur la prévention et le contrôle des carences en micronutriments dans les populations touchées par une situation d'urgence.** OMS, PAM et UNICEF, 2007. Anglais. www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/WHO_WFP_UNICEFstatement.pdf?ua=1
125. **Orientations opérationnelles du HCR sur l'utilisation de produits nutritionnels spéciaux pour réduire les carences en micronutriments et la malnutrition chez les populations réfugiées.** HCR, UCL, ENN, 2011. Anglais. [www.unhcr.org/uk/publications/operations/4f1fc3de9/unhcr-operational-guidance-use-special-nutritional-pn-roducts-reduce-micronutrient.html](http://www.unhcr.org/uk/publications/operations/4f1fc3de9/unhcr-operational-guidance-use-special-nutritional-products-reduce-micronutrient.html)
126. **Utilisation de poudres de micronutriments multiples pour l'enrichissement au point d'utilisation des aliments consommés par les nourrissons et les jeunes enfants de 6 à 23 mois et les enfants de 2 à 12 ans : lignes directrices.** OMS (2016). Anglais. www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/mmpowders-infant6to23mons-children2to12yrs/en/
127. **Supplémentation en vitamine A pour les nourrissons et les enfants de 6 à 59 mois d'âge.** OMS (2011). Arabe, anglais, chinois, français. www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/vas_6to59_months/fr/
128. **Utilisation de poudres de micronutriments multiples pour l'enrichissement au point d'utilisation des aliments consommés par les femmes enceintes.** OMS (2016). Anglais. www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/guidelines/mmpowders_pregnant_women/en/

Préparation

- 129. **Préparation aux situations d'urgence pour les personnes qui s'occupent de bébés dans des contextes de pays développés.** Gribble, K. and Berry, N., 2011. Anglais. <https://internationalbreastfeedingjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4358-6-16>
- 130. **Voir également : 8.2 (Politique)** (*ly compris les principaux engagements de l'UNICEF envers les enfants*).

Programmation ANJE-E

- 131. **Espaces amis des bébés : approche holistique pour les femmes enceintes et allaitantes et leurs très jeunes enfants en situation d'urgence.** ACF, 2014. Anglais de : www.actionagainsthunger.org/publication/2014/12/baby-friendly-spaces-technical-manual
- 132. **Care Groups : un guide de référence pour les praticiens.** TOPS, Nourriture pour les affamés, CORE Group et World Relief, 2016. Anglais. www.fsnnetwork.org/care-groups-reference-guide-practitioners
- 133. **Considérations opérationnelles provisoires pour le soutien alimentaire des nourrissons et des jeunes enfants de moins de 2 ans dans les milieux de réfugiés et de transit de migrants en Europe.** UNICEF, HCR, Save the Children, ENN, 2015. Anglais et grec de : www.ennonline.net/interimconsiderationsycftransit
- 134. **Guide de programmation ANJE.** UNICEF, 2011. Anglais. www.unicef.org/nutrition/files/Final_YYCF_programming_guide_2011.pdf
- 135. **ANJE-E Guide pour la programmation.** ECHO, 2014. Anglais. [https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/Boite à outils_nutrition_fr.pdf](https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/2014/Boite%20%C3%A0%20outils_nutrition_fr.pdf)
- 136. **Le guide du CDC pour soutenir les mères allaitantes et les bébés.** CDC, 2013 anglais. *Décrit des interventions fondées sur des preuves.* www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/bf-guide-508.pdf

Modification du comportement

- 137. **Communication sur le changement de comportement dans les situations d'urgence : une boîte à outils.** UNICEF ROSA, 2006. Anglais. www.unicef.org/ceecis/BCC_full_pdf.pdf
- 138. **Améliorer les pratiques exclusives d'allaitement en utilisant la communication pour le développement dans les programmes d'ANJE.** UNICEF (2010). Anglais. <http://nutritioncluster.net/wp-content/uploads/sites/4/2013/12/C4D-in-EBF-manual-6-15-2010-final.pdf>
- 139. **Faites de moi un agent de changement : une ressource multisectorielle SBC pour les travailleurs communautaires et le personnel de terrain.** TOPS et CORE Group, 2015. Anglais, français et espagnol. *Destiné à renforcer les compétences des travailleurs au niveau communautaire pour être des promoteurs de changement de comportement plus efficaces.* www.fsnnetwork.org/faites-de-moi-un-agent-du-changement-une-ressource-multisectorielle-csc-pour-agents-communautaires
- 140. **Boîte à outils : Communication interpersonnelle et mobilisation communautaire.** Vivant et prospère. Anglais. <http://aliveandthrive.org/resources-main-page/tools-library/interpersonal-communication-and-community-mobilization-featured-tools/>

Intégration dans la nutrition

- 141. **Boîte à outils PCMA. Version 3.** Save the Children (Aide à l'enfance), 2017. Anglais, français. *Une collection d'outils et de ressources nécessaires pour commencer la mise en œuvre des programmes PCMA, y compris des outils pour aider à l'intégration des activités ANJE-E dans un programme PCMA.* <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/cmam-Toolkit/trousse-de-pcma-ressources-de-demarrage-rapide-pour-le-personnel-de-nutrition-d-urgence>
- 142. **Actions essentielles en matière de nutrition : Améliorer la santé et la nutrition des mères, des nouveau-nés, des nourrissons et des jeunes enfants.** OMS, 2013. Anglais et farsi. *Contrat de directives de l'OMS sur les interventions nutritionnelles ciblant les 1000 premiers jours de la vie.* www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/
- 143. **Ligne directrice : mises à jour sur la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère chez les nourrissons et les enfants.** OMS, 2013. *Cette ligne directrice présente les données et pratiques mises à jour pour les interventions clés et servira également à informer les révisions du manuel de 1999.* www.who.int/nutrition/publications/guidelines/updates_management_SAM_infantandchildren/en/

144. **Lignes directrices pour la prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère : traitement hospitalier et ambulatoire.** ACF, 2011. Anglais. www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/Guidelines_For_the_integrated_management_of_severe_acute_malnutrition_In_and_out_patient_treatment_12.2011.pdf
145. **Intégration du support de l'ANJE dans la PCMA.** ENN et IFE Core Group, 2009. *Comprends du matériel de formation.* www.ennonline.net/integrationiycfintocmam
146. **Prise en charge de la malnutrition sévère : un manuel à l'intention des médecins et des autres agents de santé.** Genève : Organisation mondiale de la santé, 1999. Texte complet en anglais : www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9241545119/en/
147. **Malnutrition aiguë modérée : un outil de décision pour les situations d'urgence.** Groupe de travail MAM, 2014. Anglais. <http://nutritioncluster.net/resources/moderate-acute-malnutrition-decision-tool-emergencies-2014/>
148. **Assistant de conception de programme de nutrition : un outil pour les planificateurs de programmes.** Version 2. Groupe de travail sur la nutrition du groupe CORE, FANTA et Save the Children, 2015. Anglais. *Aide les équipes de planification du programme à sélectionner des approches nutritionnelles communautaires appropriées pour des zones cibles spécifiques. Inclus un classeur.* www.coregroup.org/resources/490-nutrition-program-design-assistant-a-tool-for-program-planners-version-2
149. **NUTVAL.** *Une application Excel pour l'utilisation, la planification et le suivi des rations d'aide alimentaire.* www.nutval.net.

Handicap

150. **Handicaps chez les réfugiés et les populations touchées par les conflits : Trousse de ressources pour les agents de terrain.** WRC, 2008. Anglais. www.womensrefugeecommission.org/joomlatools-files/docman-files/disability_Boite à outils_02-10_web.pdf
151. **Handicap et gestion des risques d'urgence pour la santé. Note d'orientation** UNICEF, OMS, UNISDR, CBM, CICR et OIM, 2013. Anglais. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/90369/1/9789241506243_eng.pdf?ua=1
152. **Inclure les enfants et les adolescents handicapés dans l'action humanitaire. Conseils nutritionnels.** UNICEF. <http://training.unicef.org/disability/emergencies/nutrition.html>
153. **Normes minimales et directives sur l'âge et le handicap dans les situations d'urgence.** ADCAP, 2015. Anglais. www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/Disability_Minimum_Standards_for_Age_and_Disability_Inclusion_in_Humanitarian_Action.pdf

Sexe

154. **Allaitement maternel et égalité entre les sexes : brève recommandation.** UNICEF et OMS, 2016. Anglais. www.unicef.org/nutrition/files/BAI_bf_gender_brief_final.pdf
155. **Feuille de conseils sur le marqueur du genre : Nutrition.** IASC, 2011. Anglais. *Aider à concevoir des projets de nutrition de qualité qui reflètent les besoins distincts des femmes, des filles, des garçons et des hommes.* www.fsnnetwork.org/iasc-gender-marker-tip-sheets-nutrition-and-food-security
156. **Voir également : 43 (ANJE et Genre).**

Intégration

157. **Carte d'adjacence du secteur du développement : un outil de planification pour le développement intégré.** FHI 360. Anglais. *Outil de planification pour aider ceux qui travaillent dans un certain secteur à déterminer quelles adjacences sont importantes à considérer.* <https://www.fhi360.org/resource/development-sector-adjacency-map-planning-tool-integrated-development>
158. **Cadre ANJE.** HCR et Save the Children, 2017. Anglais et français. *Des conseils sur ce qui doit être considéré pour créer un environnement amical ANJE-U et faciliter les pratiques recommandées ANJE-U dans les situations de réfugiés, avec des exemples pratiques d'intégration multisectorielle des activités sensibles ANJE et comment l'ANJE peut contribuer aux priorités des différents secteurs.* www.unhcr.org/nutrition-and-food-security

173. **DPE, nutrition et santé dans les situations d'urgence. Note technique.** UNICEF, 2016. Anglais. www.unicefinemergencies.com/downloads/eresource/docs/ecd/ECD_Nutrition_Health_in%20emergencies-PlanInternational-UNICEF-July2016-WEB.pdf
174. **Activités intégrées de DPE dans les programmes de nutrition en situation d'urgence.** UNICEF et OMS, 2012. Arabe Anglais. *Note expliquant l'importance et fournissant des suggestions pratiques.* www.who.int/mental_health/publications/emergencies_why_what_how/fr/Adolescents
175. **Boîte à outils sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents pour les contextes humanitaires.** UNFPA et Save the Children, 2009. Arabe, anglais, français et espagnol. [www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHBoite à outils_french.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHBoite%20a%20outils_french.pdf)

Services de santé mentale et de soutien psychosocial

176. **Lignes directrices de l'IASC sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence.** IASC, 2007. Arabe, chinois, anglais, français, japonais, coréen, népalais, portugais, espagnol, tadjike. Ex https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/IASC%20Guidelines%20MHPSS%20French.pdf
177. **Lignes directrices de l'IASC sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence : que devraient savoir les acteurs de la santé humanitaire ?** IASC, 2010. Anglais. <https://interagencystandingcommittee.org/node/2863>
178. **Santé mentale et bien-être psychosocial chez les enfants en situation de pénurie alimentaire grave.** Organisation mondiale de la santé (OMS), 2006. Arabe, anglais, français, espagnol. www.who.int/nutrition/publications/emergencies/WHO_MSD_MER_06.1/fr/
179. **Premiers secours psychologiques : Guide pour les agents de terrain.** OMS, War Trauma Foundation et Vision Mondiale, 2011. Arabe, anglais, français et beaucoup d'autres langues. Un cadre pour soutenir les personnes immédiatement après des événements extrêmement stressants. www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/fr/
180. **Impact psychosocial des crises humanitaires.** ACF, 2014. Anglais. www.actionagainsthunger.org/publication/2014/12/psychosocial-impact-humanitarian-crises
181. **Voir aussi : 131 (Espaces amis des bébés).**

Santé maternelle, néonatale et infantile

182. **Initiative Hôpitaux amis des bébés : révisée, mise à jour et élargie pour les soins intégrés.** OMS et UNICEF, 2009. anglais et espagnol *des conseils, des outils et une formation pour les décideurs et le personnel de maternité afin de garantir que l'ANJE est protégée, promue et soutenue au niveau des établissements de santé.* www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/
183. **Livret d'organigramme sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).** OMS, 2014. Anglais. *À l'usage des médecins, des infirmières et des autres professionnels de la santé qui voient des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans.* www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet/fr/
184. **Manuel de terrain interinstitutions sur la santé génésique dans les situations de crise humanitaire.** IAWG sur la santé génésique en situation de crise, 2010. Anglais, français, espagnol. www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/field_manual/fr/
185. **La santé du nouveau-né dans les contextes humanitaires : Guide de terrain.** Version provisoire. *Orientations et outils à l'intention des administrateurs de programme, axés sur la mise en œuvre sur le terrain des services de santé néonataux (0 à 28 jours) les plus critiques.* Save the Children et l'UNICEF, 2015. Anglais. www.unicef.org/videoaudio/PDFs/NewBornHealthBook-ProductionV12A.pdf
186. **Recommandations de l'OMS sur les soins prénataux pour une expérience de grossesse positive.** OMS (2016). Anglais et russe Inclut des interventions nutritionnelles. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr/

Maladies contagieuses

187. **Lignes directrices consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour traiter et prévenir l'infection par le VIH. Recommandations pour une approche de santé publique.** Seconde édition. OMS (2016). Anglais. *Comprends des fiches d'information avec des mises à jour.* www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/

188. **Directives pour lutter contre le VIH dans les situations humanitaires.** IASC, 2010. Anglais. www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1767_iasc_doc_en_0.pdf
189. **La prévention de la transmission mère-enfant dans les situations de crise humanitaire : Partie II – Guide de mise en œuvre.** Équipe spéciale interinstitutions sur le VIH dans les situations d'urgence humanitaire, 2015. Anglais. www.emtct-iatt.org/wp-content/uploads/2015/07/PART-II_PMTCT-in-Humanitarian-Settings-7-juillet-2015.pdf
190. **Nourrir les nourrissons dans le contexte d'Ebola.** UNICEF, OMS, CDC et ENN, 2014. Anglais et français. www.ennonline.net/infantfeedinginthecontextofebola2014
191. **Alimentation du nourrisson dans les zones de transmission du virus Zika.** OMS (2016). Arabe, chinois, anglais, français, portugais, russe et espagnol. www.who.int/csr/resources/publications/zika/breastfeeding/en/
192. **Boîte à outils Cholera.** UNICEF, 2017. Arabe, anglais, français. [www.unicef.org/cholera_Boîte à outils/](http://www.unicef.org/cholera_Boite%20%20outils/)

8.7 Alimentation artificielle

193. **IYCF-Boîte à outils en ligne. Version 3. Section D : Planification du programme et rapports.** Arabe, anglais et français, 2017. <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-Toolkit-v3/iycf-e-Toolkit-english>
194. **Voir aussi : 8.6 (Interventions multisectorielles).**

Minimiser le risque

195. **Pourquoi les préparations pour nourrissons entraînent-elles des décès dus à la diarrhée en situation d'urgence ?** Gribble, K. 2007. www.ennonline.net/infantformuladiarrhoea
196. **Préparation, entreposage et manipulation en toute sécurité des préparations en poudre pour nourrissons : Lignes directrices.** OMS et FAO. 2007. Arabe, chinois, anglais, français, espagnol, portugais et russe. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43667/1/9789242595413_fre.pdf?ua=1
197. **Comment préparer la formule pour l'alimentation à la coupe à la maison.** FAO et OMS, 2007. Anglais. www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Cup_en.pdf

Rôles et responsabilités

198. **Pratiques ANJE du HCR : Procédures opérationnelles standards pour la manipulation des substituts du lait maternel (BMS) dans les situations de réfugiés pour les enfants de 0 à 23 mois. Version 1.1** HCR, 2015 anglais et français. www.unhcr.org/fr/publications/operations/55c4760c9/pratiques-d'alimentation-nourrissons-jeunes-enfants-procedures-operationnelles.html
199. **Procédures BMS opérationnelles standards de l'UNICEF.** UNICEF, 2017.
200. **Utilisation du lait dans les opérations du PAM.** Document de synthèse PAM, juin 2017. <http://newgo.wfp.org/documents/use-of-milk-wfp-operations>
201. **Voir aussi : 8.2 (Politique organisationnelle).**

Spécification BMS

202. **Normes du Codex Alimentarius pour les préparations destinées aux nourrissons et les préparations à usage médical spécial destinées aux nourrissons. Codex Stan 72 - 1981.** FAO et OMS, 2007. www.fao.org/input/download/standards/288/CXS_072e_2015.pdf
203. **Voir aussi : 10 et 11 (le code).**

Fouritures BMS et équipement d'alimentation

204. **IYCF-E Boîte à outils. Version 3. Section E : Besoins en charge et en approvisionnement.** Save the Children, 2017. [https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-Boîte à outils-v3/iycf-e-Boîte à outils-english](https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-Boite%20%20outils-v3/iycf-e-Boite%20%20outils-english)

9 Définitions

Agence : Terme générique qui peut s'appliquer aux organismes, organisations ou départements des Nations Unies, des ONG ou du gouvernement.

Médicament antirétroviral (ARV) : Le médicament utilisé pour traiter l'infection par le VIH. OMS (2016).

Thérapie antirétrovirale (ART) : L'utilisation d'une combinaison de trois médicaments ARV ou plus pour traiter l'infection par le VIH. L'ART implique un traitement à vie. OMS (2016).

Alimentation artificielle l'alimentation des nourrissons avec un substitut du lait maternel. UNICEF (2012)

Distributions de couverture : (général, non ciblé) Fourniture d'un approvisionnement à une population entière telle qu'une communauté de camp ou une zone géographique, ou à des individus remplissant des critères facilement définis, tels que l'âge.

Couverture d'alimentation : L'alimentation d'une population affectée sans ciblage de groupes spécifiques. UNICEF (2012)

Couverture supplémentaire d'alimentation : Les programmes d'alimentation de complément globale visent un complément alimentaire à tous les membres d'un groupe à risque spécifié, qu'ils aient ou non une malnutrition aiguë modérée.

Taux d'alimentation au biberon : La proportion d'enfants de 0-23 mois nourris au biberon. Sont inclus les enfants de moins de 24 mois qui ont reçu de la nourriture ou des boissons d'une bouteille avec un mamelon/tétine au cours de la journée précédente (y compris le lait maternel). (OMS, 2007)

Tire-lait : Un dispositif pour extraire et recueillir le lait du sein pendant l'allaitement.

Allaitement maternel : La fourniture de lait maternel, soit directement à partir de la poitrine ou exprimée.

Substitut de lait maternel (BMS) : Toute denrée alimentaire (solide ou liquide) commercialisée, autrement représentée ou utilisée en remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'elle soit ou non appropriée à cette fin. En ce qui concerne les produits laitiers, les directives récentes de l'OMS ont précisé qu'un BMS comprend tous les laits spécifiquement commercialisés pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants jusqu'à l'âge de trois ans. Voir la définition du code pour plus de détails. Des conseils sur les BMS appropriés et inappropriés pour différents groupes d'âge sont inclus dans 5.15.

Programmation de transfert d'espèces : L'utilisation d'espèces ou de bons pour permettre aux ménages de satisfaire les besoins élémentaires en produits et services alimentaires ou non alimentaires ou d'acheter des biens essentiels. Cela inclut les programmes gouvernementaux de protection sociale.

Groupe (groupe sectoriel) : Les groupes sont des groupes d'organisations humanitaires, à la fois ONU et non onusiennes, dans chacun des principaux secteurs de l'action humanitaire, par exemple la nutrition. L'approche sectorielle est un mécanisme qui aide à combler les lacunes identifiées et à améliorer la qualité de l'action humanitaire en assurant une plus grande prévisibilité et responsabilité et en renforçant les partenariats entre ONG, organisations internationales, Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, agences des Nations Unies et gouvernement. Les groupes de comité permanent interinstitutions (IASC) sont des groupes formellement activés créés lorsque les mécanismes de coordination existants sont submergés ou limités dans leur capacité à répondre aux besoins identifiés conformément aux principes humanitaires. Un groupe officiellement activé a des caractéristiques et des responsabilités spécifiques. Il rend compte au Coordonnateur humanitaire (HC) par l'intermédiaire de l'Agence-chef de file (CLA), ainsi qu'aux autorités nationales et aux personnes touchées par la crise. Les groupes sectoriels de l'IASC constituent une solution de coordination temporaire et des efforts devraient être déployés dès que possible et de manière à confier la coordination aux autorités compétentes.

Agence-chef de file (CLA) : Une agence ou une organisation qui a été désignée par le Coordonnateur résident et/ou humanitaire (CR/HC) en tant qu'organisme chef de file pour un secteur particulier au

niveau national, à la suite de consultations avec l'équipe de pays humanitaire. Au niveau mondial, les CLA sont pré-identifiées par l'IASC : l'UNICEF est l'ACC pour le Groupe Nutrition au niveau mondial. Au niveau des pays, le rôle de la CLA peut être délégué à une autre agence où l'agence principale au niveau mondial n'a pas la capacité ou la présence dans le pays pour remplir cette fonction.

Code, le : voir *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*

Codex Alimentarius : Une collection de normes, lignes directrices et codes d'usages internationalement reconnus en matière de sécurité et de qualité des aliments, adoptés par la Commission du Codex Alimentarius. (FAO). Remarque [standard sur les aliments de complément formulés](#) et norme sur les préparations pour nourrissons.

Alimentation de complément : L'utilisation d'aliments solides ou semi-solides adaptés à l'âge, adéquats et sûrs en plus du lait maternel ou d'un substitut du lait maternel chez les enfants âgés de 6 à 23 mois.

Nourriture de complément : Tout aliment, qu'il soit produit industriellement ou préparé localement, approprié comme complément au lait maternel ou à un BMS, qui est utilisé pour nourrir les enfants de 6 à 23 mois. Notez que ce terme est également utilisé pour décrire les aliments qui complètent ceux inclus dans une ration générale pour les populations recevant une aide alimentaire.

Conflit d'intérêts : Une situation où il existe un risque qu'un intérêt secondaire d'une organisation ou d'un individu influence indûment ou soit perçu comme influençant indûment l'indépendance ou l'objectivité du jugement professionnel ou des actions concernant un intérêt principal (assurer l'intérêt supérieur de l'enfant dans les opérations IFE) ou saper la confiance du public dans ces opérations.

Allaitement continu : La fourniture de lait maternel au-delà des 6 premiers mois de la vie.

Conseils : Une conversation entre un conseiller et un soignant, basée sur un processus en trois étapes qui inclut l'évaluation, l'analyse et l'action pour aider le soignant à décider de ce qui est le mieux pour elle et son enfant dans leur situation. Le conseil est différent de l'éducation et de la messagerie.

Handicap : Le terme « personnes handicapées » s'applique à toutes les personnes handicapées *comprenant* mais ne se limitant pas à ceux qui ont des déficiences physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles à long terme qui entravent leur participation pleine et effective à la société sur un pied d'égalité avec les autres.

Lait humain donné : Lait tiré de la mère fourni volontairement par une femme allaitante pour nourrir un enfant autre que le sien. *Lait humain informel* implique le partage informel du lait (p. ex., entre pairs, communautaire) pour allaiter son enfant avec du lait maternel non transformé, du lait maternel. *Lait humain de donneur formel* provient d'une banque de lait maternel (voir définition) pour nourrir un enfant avec du lait maternel traité, et tiré de la mère.

Début précoce de l'allaitement maternel : Fourniture de lait maternel aux nourrissons dans l'heure qui suit la naissance (y compris les enfants vivants et décédés). L'initiation en temps opportun de l'indicateur de l'allaitement est calculée sur les enfants vivants seulement.

Éducation : Dans le contexte de l'ANJE, l'éducation englobe des activités conçues pour renforcer la capacité et la motivation des soignants à adopter volontairement des comportements liés à la nutrition qui favorisent la santé et le bien-être.

Urgence : (crise, catastrophe) un événement ou une série d'événements impliquant des pertes humaines et matérielles, économiques ou environnementales qui dépassent la capacité de la communauté ou de la société affectée à utiliser ses propres ressources et qui nécessitent donc une action urgente pour sauver des vies et prévenir mortalité et la morbidité. Le terme englobe les catastrophes naturelles, les urgences d'origine humaine et les situations d'urgence complexes. Les urgences peuvent être lentes ou rapides, chroniques ou aiguës.

Allaitement maternel exclusif Le nourrisson ne reçoit que du lait maternel sans autres liquides ou solides, pas même de l'eau, sauf pour une solution de réhydratation orale ou des gouttes ou des sirops de vitamines, de minéraux ou de médicaments. OMS (2016).

Équipement d'alimentation : Bouteilles; tétines; seringues; tasses d'alimentation avec bec, pailles ou autres ajouts d'alimentation; et tire-laits.

Lait de suite/de suivi/maternisé : Lait ou produit laitier d'origine animale ou végétale formulé industriellement conformément à la Norme du Codex Alimentarius pour les préparations de suite et commercialisé ou autrement présenté comme approprié pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants âgés de 6 à 36 mois. Ces produits ne sont pas nécessaires à la nutrition des enfants et relèvent de la compétence du code.

On parle de sécurité alimentaire quand toutes les personnes ont, à tout moment, un accès physique, social et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active. (FAO, 2000)

Aliments enrichis : aliments qui ont subi un processus visant à augmenter délibérément la teneur en un micronutriment essentiel (par exemple vitamines et minéraux) pour améliorer la qualité nutritionnelle de la nourriture.

Lait de croissance : Produit laitier commercialisé pour les enfants âgés de un à trois ans. Ces produits ne sont pas nécessaires à la nutrition des enfants et relèvent de la compétence du code.

Évaluation du risque de VIH : Un processus (généralement un ensemble de questions) qui donne un aperçu de la probabilité qu'une future allaitante ait été exposée au virus VIH. Il n'existe pas d'évaluation standard du risque de VIH ou de score pour l'évaluation d'une future allaitante. Une évaluation tiendra compte du statut VIH des partenaires actuels ou antérieurs, de la pratique des rapports sexuels non protégés, des antécédents de maladies sexuellement transmissibles et si la femme semble être en bonne santé. Cependant, même si ces questions sont posées, il n'existe actuellement aucune directive convenue sur la façon de quantifier le risque d'infection par le VIH et sur les pratiques d'alimentation à suggérer. La décision sur la pratique de l'alimentation infantile nécessite un équilibre des facteurs de risque qui influencent la survie sans VIH de l'enfant. Ceci inclura la prise en compte de la prévalence du VIH, la durée probable des soins infirmiers humides, si l'infirmière est en bonne santé, les antécédents de test VIH (par exemple pendant la grossesse précédente) et d'autres facteurs tels que les risques de non-allaitement et la faisabilité, de l'alimentation artificielle dans cette circonstance.

Nourrisson/enfant exposé au VIH : Un nourrisson ou un enfant né d'une mère vivant avec le VIH jusqu'à ce qu'il soit exclu de manière fiable d'être infecté par le VIH. OMS (2016).

Lait animal modifié à la maison : un substitut du lait maternel pour les nourrissons de moins de six mois, préparé à la maison à partir de lait animal frais ou transformé, convenablement dilué avec de l'eau et additionné de sucre, de micronutriments et d'huile végétale. OMS 2006

Banque de lait humain (HMB) : Un service établi pour recruter des donneurs de lait maternel, recueillir le lait donné, puis traiter, trier, stocker et distribuer le lait pour répondre aux besoins spécifiques des nourrissons pour une santé optimale. (PATH, 2013)

Évaluation individuelle : Un processus d'évaluation d'un couple soignant bébé, établissant la pratique et les besoins de l'alimentation du nourrisson, et décidant quel type de soutien peut être nécessaire. Il y a deux niveaux d'évaluation : *évaluation rapide simple* et *évaluation complète*.

Bébé : Un enfant âgé de 0 à 11 mois complets (peut être appelé 0 - <12 m ou 0 —<1 an). Un *bébé plus âgé* désigne un enfant âgé de 6 mois à 11 mois accomplis.

Les préparations pour nourrissons : Un substitut du lait maternel formulé industriellement conformément aux Normes du Codex Alimentarius pour les nourrissons. *La formule commerciale pour nourrissons* est une préparation pour nourrissons fabriquée pour la vente, marquée par un fabricant. *La formule infantile générique* est sans marque. *La formule infantile en poudre (PIF)* est un produit de préparation pour nourrissons qui doit être reconstitué avec de l'eau potable avant de le nourrir. *La préparation pour nourrissons prête à l'emploi (RUIF)* est un type de préparation pour nourrissons qui est emballé sous forme de liquide prêt à l'emploi et qui n'a pas besoin d'être reconstitué avec de l'eau.

Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (*le code*) : Le code a l'intention de veiller à ce que les BMS soient utilisés de manière aussi sûre que possible lorsqu'ils sont nécessaires, sur la base d'informations impartiales et précises. Le Code ne limite pas la disponibilité de BMS, de biberons ou de tétines ou n'interdit pas l'utilisation de BMS en cas d'urgence. Dans le contexte du *code*, BMS signifie tout aliment commercialisé ou autrement représenté comme un remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il soit approprié ou non.

Le Code s'applique à la commercialisation et aux pratiques connexes, à la qualité, à la disponibilité et à l'information sur l'utilisation, notamment : les substituts du lait maternel (y compris les préparations pour nourrissons, le lait de suite, les autres produits laitiers et inclusion d'aliments de complément au biberon) spécialement commercialisés pour l'alimentation des enfants jusqu'à l'âge de trois ans; les aliments et les boissons (thés, eaux et jus de fruits) lorsqu'ils sont commercialisés comme remplacement partiel ou total du lait maternel au cours des six premiers mois de la vie; les biberons et tétines.

Notez que la promotion des aliments pour les nourrissons et les jeunes enfants *de plus de six mois* est couverte par le 69^e Point 21.1 de l'ordre du jour provisoire de l'AMS Article A.19/7 Add.1.

Soins « Maman kangourou » (KMC) : Les soins des petits poids de naissance et des nouveau-nés prématurés qui sont portés peau contre peau avec la mère (ou un substitut). Les principales caractéristiques comprennent un contact peau à peau précoce, continue et prolongée et (idéalement) l'allaitement maternel exclusif ou l'allaitement au lait maternel. OMS (2015).

Supplément nutritif à base de lipides (LNS) : Une gamme de produits à base de lipides qui fournissent des vitamines et des minéraux, de l'énergie, des protéines et des acides gras essentiels. Selon des spécifications strictes, ils sont classés en tant que LNS de moyenne ou petite quantité (MQ-LNS, SQ-LNS), pour une utilisation dans des groupes cibles/interventions spécifiques. MQ-LNS fournissent une supplémentation en macronutriments et en micronutriments; SQ-LNS fournissent principalement des (micro) nutriments essentiels.

Faible poids à la naissance (LBW) : Les nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes, quel que soit leur âge gestationnel.

Supplément en micronutriments : Un produit qui fournit des micronutriments spécifiques qui ne sont pas disponibles dans le cadre du régime alimentaire normal.

Produits laitiers : Lait entier séché, demi-écrémé ou écrémé; lait entier liquide, demi-écrémé ou écrémé; laits de soja; lait évaporé ou condensé; lait fermenté ou yogourt.

Régime minimum acceptable : Un indicateur standard pour les enfants âgés de 6 à 23 mois, mesurant à la fois la fréquence d'alimentation minimale et la diversité alimentaire minimale selon les groupes d'âge. Si un enfant répond à la fréquence d'alimentation minimale et à la diversité alimentaire minimale pour son groupe d'âge et son statut d'allaitement, il est considéré comme recevant un régime minimum acceptable.

Alimentation mixte Nourrir un nourrisson de moins de six mois avec d'autres liquides et/ou aliments couplés du lait maternel, c'est-à-dire ne pas allaiter exclusivement au sein. OMS (2016).

Nouveau-né (nouveau-né) : Un enfant de moins de 28 jours.

Non allaité : Un enfant qui ne reçoit pas de lait maternel.

Écart nutritionnel La différence entre les besoins nutritionnels et l'apport en nutriments, compte tenu de l'adéquation énergétique et nutritionnelle

Intervention d'urgence en nutrition et santé : Un cadre d'intervention formel, guidé par un regroupement ou un groupe sectoriel et une capacité technique dans le pays, visant à répondre directement aux besoins sanitaires et nutritionnels d'une population touchée par la catastrophe grâce à des interventions sanitaires et nutritionnelles coordonnées et raisonnées, et conformes aux normes et directives internationales et nationales convenues.

Alimentation optimale (recommandée) du nourrisson et du jeune enfant : Initiation précoce (dans l'heure suivant la naissance) de l'allaitement maternel exclusif, allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, suivi d'aliments de complément nutritionnel adéquats et sûrs pendant l'allaitement jusqu'à deux ans ou plus. Les pratiques d'alimentation « recommandées » plutôt qu'optimales sont mentionnées dans l'OG-IFE.

Prophylaxie périnatale : Dans le contexte des nourrissons exposés au VIH, des médicaments ARV post-partum administrés à un nouveau-né au cours des trois premiers mois de vie afin de réduire le risque de transmission périnatale et postnatale précoce du VIH de la mère à l'enfant. Les médicaments antirétroviraux post-partum peuvent également être administrés aux nourrissons au-delà des trois premiers mois de la vie afin de réduire le risque de transmission postnatale du VIH de la mère à l'enfant, par exemple en continuant à allaiter.

Préparation à l'urgence Les capacités et les connaissances développées par les gouvernements, les organisations d'intervention professionnelle, les communautés et les individus pour anticiper et répondre efficacement à l'impact d'événements ou de conditions de risque probable, imminent ou actuel.

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) : Programmes et interventions conçus pour réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant (verticale).

Travailleur qualifié en santé ou en nutrition : Dans le contexte de l'ANJE, un travailleur de la santé ou de la nutrition ou un conseiller de l'ANJE qui a suivi une formation sur des questions de santé et/ou de nutrition pertinentes et contextuelles.

Aliments de complément prêts à l'emploi (RUSF) : Des produits spécialisés, prêts à consommer, portables, de longue conservation, disponibles sous forme de pâtes, tartinades ou biscuits, qui répondent aux besoins nutritionnels supplémentaires de ceux qui ne souffrent pas de malnutrition sévère. (UNICEF, 2012).

Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (ATPE) : Produits spécialisés, prêts à consommer, portables et stables au stockage, disponibles sous forme de pâtes, de pâtes à tartiner ou de biscuits, utilisés de manière prescrite pour le traitement d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère. UNICEF (2012)

Aliments prêts à l'emploi (RUF) : Des produits spécialisés, prêts à consommer, portables et stables à la conservation qui sont conçus pour être consommés directement à partir du paquet, sans avoir besoin de cuisson, de dilution ou d'autres préparations. RUF est un terme générique qui inclut RUTF et RUSF (Marie-Pierre Duclercq, 2014; adapté).

Alimentation recommandée pour nourrissons et jeunes enfants : Voir *Optimal (recommandé) IYCF*.

Relactation : La reprise de la production de lait maternel (lactation) chez une femme qui a arrêté d'allaiter récemment ou dans le passé, pour allaiter son propre enfant ou un autre enfant, même sans autre grossesse. *La lactation induite* est la stimulation de la production de lait maternel chez une femme qui n'a jamais eu de lactation.

Alimentation de remplacement : Nourrir un enfant qui ne reçoit pas de lait maternel avec un régime alimentaire adéquat jusqu'à l'âge auquel il peut être entièrement nourri avec des aliments familiaux. Ce terme est utilisé dans le contexte du VIH.

Soutien qualifié : Dans le contexte de l'allaitement maternel, de l'alimentation complémentaire ou de l'aide alimentaire, fourniture d'une assistance technique à un soignant ayant des difficultés avec l'allaitement, l'alimentation de complément ou l'alimentation artificielle par un agent de santé ou de nutrition qualifié (*voir la définition*).

Dispositif d'alimentation supplémentaire : (système d'allaitement supplémentaire) une aide à l'allaitement qui permet une alimentation complémentaire (avec du lait maternel préalablement extrait, du lait maternel donné ou des préparations pour nourrissons) au sein.

Alimentation de complément ciblée : Programmes offrant un soutien nutritionnel aux personnes souffrant de malnutrition aiguë modérée.

Téte : Un mamelon artificiel par lequel un bébé peut boire le lait d'une bouteille.

Lait thérapeutique produit spécialisé pour la prise en charge de la malnutrition sévère en milieu hospitalier, par exemple F75 et F100. Le lait thérapeutique peut être pré formulé ou préparé à partir de lait écrémé séché (MSM), d'huile et de sucre, avec l'addition d'un complexe de vitamines et de minéraux. À noter qu'à partir du troisième trimestre de 2017, l'emballage passera de sachets à des boîtes de 400 g (UNICEF, OMS, 2017).

Lait pour tout-petits : *Voir le lait de croissance*

Distribution non ciblée : *Voir Distribution de couverture*

Allaiteuse Allaiter un enfant par quelqu'un d'autre que la mère biologique de l'enfant.

Jeune enfant : Un enfant de 12 mois jusqu'à l'âge de 23 mois complets (peut également être appelé 12 - <24 m ou 1 - <2 ans).

Sources de définition

Le Code international de commercialisation des substituts au lait maternel OMS, 1981 et résolutions pertinentes de l'AMS. <http://ibfan.org/the-full-code>

Outil CMAMI. ENN et LSHTM, 2015. www.ennonline.net/c-mami

CRPD Convention relative aux droits des personnes handicapées. www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html

© FAO, 2001 Systèmes d'information et de cartographie sur l'insécurité alimentaire et la vulnérabilité. www.fao.org/3/a-x8346e.pdf

FAO (2012) : Nutrition au PAM : Programmation pour des interventions spécifiques à la nutrition. Terminologie de la nutrition. www.fao.org/fileadmin/templates/cfs/Docs/1415/Events/CFS_NERWS_2015/CFS_NERW_WFP_Programming_Nutrition_Specific.pdf

IASC, 2007. Lignes directrices interinstitutions sur la planification d'urgence pour l'aide humanitaire. <https://interagencystandingcommittee.org/preparedness/documents-public/inter-agency-contingency-planning-guidelines-humanitarian-assistance> Marie-Pierre Duclercq, 2014. Production d'aliments prêts à l'emploi (RUF) : un aperçu des étapes et des défis liés à la production « locale » de RUF. www.ennonline.net/productionofreadytousefoodruf

BCAH Coordination de groupe. www.unocha.org/legacy/what-we-do/coordination-tools/cluster-coordination

OCHA, 2003. Glossaire des termes humanitaires. <http://un-interpreters.net/glossaries/ocha%20glossary.pdf>

PATH, 2013. Renforcement des banques de lait humain. www.path.org/publications/files/MCHN_strengthen_hmb_frame_Jan2016.pdf

UNICEF (2012) Glossaire nutritionnel. [www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_\(3\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_(3).pdf)

UNICEF, OMS, 2017. Introduction d'un guide d'emballage et de reconstitution mise à jour pour le lait thérapeutique. Document commun de messagerie 1 : 27 juillet 2017. www.ennonline.net/tm

Organisation mondiale de la santé (OMS), 2006. Consultation technique sur le VIH et l'alimentation du nourrisson – Document de travail. <http://files.ennonline.net/attachments/516/animal-milk-modification-who-discussion-paper-oct-2006.pdf>

(OMS, 2007) indicateurs d'évaluation des pratiques d'ANJE. Partie 1 : Définition. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/fr/

L'OMS, 2015). Recommandations sur les interventions visant à améliorer les résultats des naissances prématurées. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988_fra.pdf

OMS (2016). Mises à jour sur le VIH et l'alimentation du nourrisson : lignes directrices. Définitions et termes clés www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016/fr/

Annexe 1: Guide du contenu par secteur/spécialité et état de préparation

Secteur/Spécialité	Paragraphes
Tous les secteurs (général)	3.6, 4.2, 4.3, 5.6
Services aux adolescents	5.4, 5.7, 5.30, 5.32
Agriculture	5.30-5.32
Trésorerie (y compris la protection sociale)	4.6.1, 5.23, 5.30, 5.32, 6.19, 6.20, 6.24
Protection de l'enfance	5.4, 5.16, 5.30-5.32
Handicap	2.3, 4.6.2, 5.4, 5.22, 5.30, 5.32
Développement de la petite enfance	5.30-5.32
Sécurité alimentaire et moyens de subsistance (SAMS)	3.4, 4.6.1, 5.22, 5.23, 5.30, 5.32, 5.7, 5.40
Santé :	
<i>Santé reproductrice, maternelle, du nouveau-né et de l'enfant</i>	3.4, 3.6, 4.5, 4.6.1, 5.22, 5.23, 5.25, 5.30, 5.31, 5.32, 5.7, 5.40
<i>Services curatifs</i>	5.4, 5.16, 5.30, 5.32
<i>Services de santé mentale et de soutien psychosocial</i>	2.3, 5.16, 5.30-5.32
<i>VIH</i>	4.6.1, 5.6.1, 5.7, 5.16, 5.30-5.32, 5.33-5.39
<i>Gestion des maladies infectieuses</i>	1.1, 4.6.1, 5.4, 5.10, 5.30, 5.33, 5.40
Logistique	2.1, 5.22, 5.24, 5.28, 5.30, 6.1-6.6, 6.11-6.18, 6.24-6.25
Abris	5.30, 5.32
EAH	5.10, 5.22, 5.30-5.32, 6.22
Préparation	1.1-1.7, 2.2, 2.4, 3.2, 3.5, 4.1, 4.4-4.5, 4.6.1, 5.1, 5.13, 5.33, 6.4, 6.7

Annexe 2 : Acronymes

ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ANJE-U	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence
ART	Traitement antirétroviral
ARV	Antirétroviral (médicament)
ATPE	Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi
BMS	Substitut de lait maternel
CFSVA	Analyse complète de la sécurité alimentaire et des cultures et de la vulnérabilité
CIDC	Centre de documentation de code international
CMR	Taux brut de mortalité
DHS	Enquête sur la santé démographique
ECD	Développement de la petite enfance
ENN	Réseau de nutrition d'urgence (Emergency Nutrition Network)
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FSNMS	Système de suivi de la sécurité alimentaire et de la nutrition
GIFA	Association genevoise pour l'alimentation infantile (Geneva Infant Feeding Association)
HCR	Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés
HRP	Plan de réponse humanitaire
IBFAN	Réseau international d'action pour l'alimentation des bébés (International Baby Food Action Network)
IFE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (également appelée ANJE-E)
IMR	Taux de mortalité infantile
JANFSA	Approche conjointe pour l'évaluation de la nutrition et de la sécurité alimentaire
KAP	Connaissances, attitudes, pratiques
LAVAGE	Eau, assainissement et hygiène
LBW	Faible poids de naissance
MHPSS	Santé mentale et soutien psychosocial
MICS	Enquête en groupes à indicateurs multiples
MNCH	Santé maternelle, néonatale et infantile
MNP	Poudre de micronutriments
OG-IFE	Orientations opérationnelles pour le personnel de secours d'urgence et les gestionnaires de programme sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Les Nations Unies
PAM	Programme alimentaire mondial
PDI	Personnes déplacées à l'intérieur du pays
PIF	Formule infantile en poudre
PLW	Femmes enceintes et allaitantes
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
RUIF	Préparation pour nourrissons prêts à l'emploi
RUSF	Aliments de complément prêts à l'emploi
SAMS	Sécurité alimentaire et moyen de subsistance

UHT	Ultra-haute température
UNICEF	Fonds international des Nations Unies pour l'enfance
U5MR	Taux de mortalité des moins de cinq ans
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WASH	L'eau, l'assainissement et l'hygiène
WBTI	Initiative mondiale sur les tendances de l'allaitement maternel
WHA	Assemblée mondiale de la santé

L'OG-IFE a été produit par
**Emergency Nutrition Network (ENN),
32 Leopold Street, Oxford, OX4 1TW, UK**

Tel: +44 (0) 1865 324996

Fax: +44 (0)1865 597669

email: office@enonline.net

www.enonline.net