

# Guide de Programmation



## Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant



Juin 2012  
Section de Nutrition, Programmes,  
UNICEF New York

**Photos de couverture (Dans le sens des aiguilles d'une montre à partir de la partie supérieure gauche**

Zambie: © UNICEF/NYHQ2010-0847/Christine Nesbitt

Cuba: © Edin Pop

Laos: © UNICEF/LaoPDR00284/Jim Holmes

Bangladesh: © UNICEF/NYHQ2006-2693/Shehzad Noorani

Mali © UNICEF/NYHQ2009-1913/Giacomo Pirozzi

Sudan: © UNICEF/NYHQ2009-1476/Kate Holt

Turquie: © UNICEF/NYHQ2005-1222/Roger LeMoyne

© Fonds des Nations Unis pour  
l'Enfance (UNICEF)  
Juin 2012

Toute reproduction ou extraction d'une partie de ce document requiert une permission.

Il s'agit d'un document de travail. Tout commentaire ou rectification à cette version et demande de reproduction peuvent être envoyés à : l'Unité d'ANJE, Section de Nutrition, [UNICEF New York](mailto:UNICEF>New York), à : [iycn@unicef.org](mailto:iycn@unicef.org)

## Remerciements

*Ce guide de Programmation* a été préparé par Nune Mangasaryan, conseillère senior en Nutrition (Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant); Christiane Rudert, Spécialiste en Nutrition (Alimentation du Nourrisson); Edith Cheung, Spécialiste en Nutrition (Alimentation de Complément) Mandana Arabi, autrefois Spécialiste en Nutrition (Alimentation de Complément) et David Clark, spécialiste en Nutrition (Juridique) de l'Unité de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune enfant de la Section de Nutrition, Programmes, UNICEF New York, avec le support de Werner Schultink, chef de la section Nutrition.

Nous présentons nos remerciements aux personnes suivantes pour leurs contributions : Paula Claycomb, Communication pour le Développement, France Begin, Conseillère Régionale en Nutrition APSCC, Maaïke Arts, Spécialiste en Nutrition, Mozambique, Anirban Chatterjee, ancien Spécialiste en Nutrition, Soins et soutien relatifs au VIH, UNICEF New York. Ce document a été édité grâce au soutien de Linda Sanei et Crystal Karakochuk, Spécialistes en Nutrition, Programme NETI. La traduction a été faite par Rachelle Cassagnol et révisé par Fanny Sandalinas (UNICEF WCARO).

Le guide de programmation étant un document de travail, il sera révisé périodiquement pour améliorer son utilité programmatique. Les commentaires et suggestions des employés de l'UNICEF et des partenaires sont les bienvenues.

Pour les questions sur ce document ou des questions d'ordre général sur la programmation en ANJE contactez l'Unité d'ANJE: [jycn@unicef.org](mailto:jycn@unicef.org). Pour des questions spécifiques sur la programmation en Allaitement maternel et VIH et Alimentation du nourrisson prière de contacter Christiane Rudert ([crudert@unicef.org](mailto:crudert@unicef.org)). Pour des questions sur la programmation en Alimentation de complément prière de contacter Edith Cheung ([echeung@unicef.org](mailto:echeung@unicef.org)). Pour des questions concernant le Code et autres aspects légaux de la programmation en ANJE, prière de contacter David Clark: ([dclark@unicef.org](mailto:dclark@unicef.org)). Pour des questions sur la communication pour la promotion du changement comportemental et social, prière de contacter Paula Claycomb ([pclaycomb@unicef.org](mailto:pclaycomb@unicef.org)). Pour les commentaires ou les questions d'ordre général, ou tout autre sujets non mentionnés ci-dessus, prière de contacter Nune Mangasaryan, [nmangasaryan@unicef.org](mailto:nmangasaryan@unicef.org).

Ce document peut être téléchargé à partir du site de l'UNICEF (<http://www.unicef.org/nutrition/>)

## Avant-propos

Ce guide de programmation contient des informations détaillées sur la programmation en ANJE, y compris l'allaitement maternel, l'alimentation de complément et l'alimentation du nourrisson en général et dans des conditions particulièrement difficiles, y compris dans le contexte du VIH et dans les situations d'urgence. Il aborde aussi brièvement la nutrition maternelle. Les principaux domaines d'action pour ces composantes sont détaillés aux différents niveaux incluant le niveau de politique nationale/stratégie, les services de santé, et la communauté. Le document fournit des recommandations stratégiques sur le programme pour les actions prioritaires en ANJE et leur opérationnalisation qui favoriseront l'atteinte des OMD 1 et 4, entre autres, ainsi que le **domaine d'action privilégié 1 du Plan Stratégique à Moyen Terme (PSMT) de l'UNICEF** sur la Survie, Croissance et Développement du Jeune enfant. Le document souligne que l'allaitement maternel ainsi que l'alimentation de complément jouent un rôle important dans la réduction de la dénutrition (à la fois le retard de croissance et l'émaciation) qui est un domaine stratégique clé de l'approche de l'UNICEF axée sur l'équité. Le document résume brièvement le rôle de l'UNICEF dans la programmation en ANJE, mais le document ne se concentre pas seulement sur les actions de l'UNICEF - il peut être utilisé par un large éventail de partenaires impliqués dans la programmation en ANJE.

Le Guide de Programmation sert de référence unique sur la programmation en ANJE - met à jour les directives existantes le cas échéant (par exemple VIH et Alimentation du Nourrisson<sup>1</sup> et le Code<sup>2</sup>) et le développement de nouvelles directives ou des directives plus détaillées là où il n'y avait pas assez d'informations. (Par exemple l'alimentation de complément, programmation et communication communautaire). Il a été développé à partir d'outils existants tels que le Guide de planification pour la mise en œuvre nationale de la Stratégie mondiale pour l'ANJE de l'OMS/UNICEF version 2007, avec des détails supplémentaires donnant des conseils pratiques sur la façon de concevoir et mettre en œuvre les principaux domaines d'actions recommandés à l'échelle mondiale. Pour chaque composante, le document décrit les meilleures pratiques, basées sur les leçons apprises, les études de cas, des revues et des éléments de preuve de l'impact. Il suggère des options pour mettre en œuvre des interventions prouvées efficaces, telles que l'institutionnalisation de l'IHAB, le renforcement des compétences des agents de santé communautaires pour conseiller et soutenir les mères sur l'ANJE et décrit des approches améliorées de la communication pour le changement comportemental et social. Le guide met l'accent sur le fait que la communication à elle seule ne suffit pas pour améliorer l'allaitement maternel et les pratiques d'alimentation de complément, et doit être complétée par des conseils et un soutien par des travailleurs qualifiés aux niveaux communautaire et du système de santé.

Les nouvelles directives sur la programmation en alimentation de complément comprennent le processus et les outils pour l'évaluation de différents paramètres afin de comprendre la situation locale de l'alimentation de complément, un arbre de décision sur la sélection des options programmatiques appropriées en fonction de la situation locale et l'utilisation de différents types de produits dans les programmes d'alimentation de complément.

Annexe 1: Ressources, outils et sites web utiles. L'annexe comprend une liste avec des liens actifs vers des matériels de référence importants, des outils et des ressources sur l'ANJE pour faciliter le processus de planification et de mise en œuvre.

Le Guide de programmation est un document complet. Toutefois, les utilisateurs peuvent choisir d'utiliser uniquement les chapitres, les ressources et les outils qui fournissent les informations qu'ils cherchent sur un sujet précis. L'éventualité d'une utilisation par modules du document explique pourquoi il y a un certain nombre de répétitions dans le document

Ce document peut être utilisé pour aider à concevoir et mettre en œuvre des programmes complets sur l'ANJE, mais aussi pour évaluer dans quelle mesure les programmes existants sont compatibles avec les **domaines d'action privilégiés**. La grille d'évaluation de l'ANJE associée (Ressources annexe 1-1) doit être utilisée pour fournir une vue d'ensemble détaillée de la portée et de l'échelle de l'ensemble des domaines d'action dans chaque pays. Cette vue d'ensemble servira de base, et après un certain nombre d'années, la matrice peut être mise à jour afin d'évaluer les progrès accomplis dans chaque pays avec les différentes composantes du programme.

Enfin, l'UNICEF a également développé récemment un certain nombre de nouveaux outils pour l'

---

<sup>1</sup> UNICEF, CF/PD/PRO/2002-03: Infant Feeding and Mother to Child Transmission of HIV

<sup>2</sup> UNICEF, CF/PD/PRO/2000-03: Implementation of the International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes

ANJE: un paquet de formation complet et un guide de planification / adaptation pour le counseling communautaire pour l'ANJE; une série de diapositives de formation et de planification et un module de ressources pour la communication sur l'allaitement maternel exclusif (actuellement véhiculée par webinaire mais peut être utilisé également sur le terrain) et un cours en ligne pour les gestionnaires de programme et le personnel technique sur l'ANJE, en collaboration avec l'Université Cornell: [www.nutritionworks.cornell.edu/unicef/about](http://www.nutritionworks.cornell.edu/unicef/about). La série de diapositives sur les directives du programme peut être utilisé pour promouvoir et défendre une augmentation de l'attention accordée à l'ANJE ou pour orienter les parties prenantes sur les domaines d'action privilégiés en ANJE.

## Table des matières

REMERCIEMENTS .....	III
AVANT-PROPOS.....	IV
<b>RESUME EXECUTIF: POINTS CLES.....</b>	<b>1</b>
<b>1. CONTEXTE.....</b>	<b>2</b>
1.1 INTRODUCTION .....	2
1.2 ANJE ET SON ROLE DANS LA SURVIE, LA CROISSANCE ET LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT .....	3
1.3 RESUME DE LA SITUATION GLOBALE .....	11
1.4 LES BASES DE LA POLITIQUE SUR L'ANJE .....	15
1.5 RESUME DES EVIDENCES SUR LES INTERVENTIONS EFFICACES .....	16
<b>2. PLANIFICATION STRATEGIQUE POUR L'ANJE AU NIVEAU NATIONAL.....</b>	<b>18</b>
2.1. PLAIDOYER, PARTENARIAT ET COORDINATION .....	19
2.1.1 <i>Plaidoyer et partenariats</i> .....	19
2.1.2 <i>Coordination</i> .....	20
2.2. EVALUATION DE LA SITUATION.....	22
2.2.1 <i>Compléter une matrice d'évaluation</i> .....	22
2.2.2 <i>Obtenir des données de base sur les pratiques en utilisant les indicateurs révisés d'ANJE</i>	23
2.2.3 <i>Revoir les graphiques à deux dimensions pour un pays</i> .....	26
2.2.4 <i>Collecte de données quantitatives et qualitatives additionnelles</i> .....	26
2.3 DEVELOPPEMENT DE LA POLITIQUE NATIONALE D'ANJE .....	28
2.3.1 <i>Politique nationale d'ANJE</i> .....	29
2.3.2 <i>Politiques de renforcement de l'ANJE au sein des systèmes de santé</i> .....	29
2.3.3 <i>Politiques de renforcement de l'ANJE dans les services communautaires</i> .....	31
2.4 DEVELOPPEMENT D'UNE STRATEGIE COMPLETE ET PRIORISATION D'INTERVENTIONS .....	31
2.4.1 <i>Buts, objectifs et cibles de la stratégie nationale ANJE</i> .....	33
2.4.2 <i>Calculer le coût de la stratégie</i> .....	34
2.4.3 <i>Les principales composantes et interventions de la stratégie ANJE</i> .....	34
Composante de la stratégie: Interventions dans le système de santé .....	38
Composante de la stratégie : les interventions ANJE communautaires .....	39
Composante de la stratégie: Communication pour un changement comportemental et un changement social.....	41
Composante de la Stratégie: interventions/composantes additionnelles d'alimentation de complément	41
Composante de la Stratégie : l'ANJE dans des circonstances exceptionnellement difficiles .....	46
2.4.4 <i>Priorisation des interventions</i> .....	48
Prioriser les interventions pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel .....	48
Prioriser et sélectionner des interventions pour améliorer l'alimentation de complément: l'arbre décisionnel .....	49
2.5 UTILISATION D'OPPORTUNITES ADDITIONNELLES EN VUE DE L'INTEGRATION DE L'ANJE.....	55
2.6 DEVELOPPEMENT DES PLANS D'ACTION ANJE NATIONAUX ET SOUS-NATIONAUX ET MOBILISATION DES RESSOURCES .....	57
2.6 <i>Développement des plans nationaux &amp; sous-nationaux</i> .....	57
2.6.1 <i>Développer des plans nationaux et sous-nationaux</i> .....	57
2.6.2 <i>Mobilisation des ressources et des partenaires</i> .....	60
2.7. MISE EN ŒUVRE, SUIVI, REVUE ET EVALUATION .....	61
<b>3. DOMAINES D'ACTION POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'ANJE .....</b>	<b>68</b>
3.1 ACTIONS REGULATRICES .....	68
3.1.1 <i>Mise en œuvre de la législation nationale sur la commercialisation des SLM (Code)</i> .....	68
3.1.2 <i>Mise en œuvre de la protection de la maternité et les politiques d'AM sur le milieu de travail</i> .....	69
3.2. ACTIONS AU NIVEAU DES SERVICES DE SANTE .....	70

3.2.1	<i>Compétences en Counseling et soutien sur l'ANJE dans les curricula de formation initiale et de formation continue.....</i>	71
3.2.2	<i>Développement des capacités des prestataires de santé en counseling sur l'ANJE.....</i>	72
3.2.3	<i>Counseling et Soutien sur l'ANJE dans les services de santé.....</i>	74
3.2.4	<i>Institutionnalisation des 10 étapes pour un Allaitement Maternel Réussi.....</i>	77
3.2.5	<i>Education et communication de groupe dans les services de santé.....</i>	80
3.2.6	<i>Renforcement de l'alimentation de complément: supplémentation.....</i>	81
3.2.7	<i>Counseling et Soutien dans le système de santé sur la nutrition maternelle durant la grossesse et l'allaitement.....</i>	82
3.3	<b>ACTION AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE.....</b>	83
3.3.1	<i>Evaluation, Conception et Planification de l'ANJE à base communautaire.....</i>	84
3.3.2	<i>Développement des capacités et mise en œuvre du counseling communautaire sur l'ANJE.....</i>	90
3.3.3	<i>Groupe de soutien ANJE.....</i>	94
3.3.4	<i>Supervision de soutien, suivi et évaluation.....</i>	97
3.4	<b>COMMUNICATION.....</b>	98
3.4.1	<i>Etablissement d'un mécanisme national de coordination de la communication.....</i>	100
3.4.2	<i>Entreprendre une évaluation et une analyse de la situation de communication.....</i>	100
3.4.3	<i>Développement d'une stratégie de communication et d'un plan opérationnel.....</i>	103
3.4.4	<i>Conception des messages et des matériels et sélection des canaux.....</i>	110
3.4.5	<i>Mise en œuvre de la stratégie de communication.....</i>	114
3.4.7	<i>Suivi et évaluation de l'effet de la communication sur le comportement.....</i>	114
3.5	<b>ANJE DANS LES CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLEMENT DIFFICILES.....</b>	118
3.5.1	<b>VIH ET ALIMENTATION DU NOURRISSON.....</b>	118
3.5.1.1	<i>Résumé des évidences actuelles, recommandations et implications pour la pratique et la planification.....</i>	119
3.5.1.2	<i>Élaboration de directives sur le VIH et l'alimentation du nourrisson.....</i>	122
3.5.1.3	<i>Questions de programmation spécifiques liées au VIH et l'alimentation du nourrisson.....</i>	123
3.5.2	<b>ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT DANS LES SITUATIONS D'URGENCE.....</b>	131
3.5.2.1	<i>Importance de l'ANJE optimale dans les situations d'urgence.....</i>	131
3.5.2.2	<i>Actions prioritaires.....</i>	133
	<b>ANNEXE 1: RESSOURCES, OUTILS ET SITES WEB UTILES.....</b>	139
	<i>Annexe des Ressources 1-1: Politique et Planification.....</i>	139
	<i>Annexe des Ressources 1-2: Technique.....</i>	140
	<i>Annexe des Ressources 1-3: Outils pour la recherche formative et d'autres outils d'évaluation situationnelle.....</i>	141
	<i>Annexe de Ressources 1-4: Suivi et évaluation.....</i>	142
	<i>Annexe de Ressources 1-5: Code.....</i>	143
	<i>Annexe de Ressources 1-6: Protection de la maternité.....</i>	143
	<i>Annexe de Ressources 1-7: Services de santé des actions d'ANJE.....</i>	144
	<i>Annexe des Ressources 1-8: ANJE à caractère communautaire.....</i>	146
	<i>Ressources Annexe 1-9: Communication.....</i>	146
	<i>Ressources Annex 1-10: HIV and Infant Feeding.....</i>	148
	<i>Annexe des Ressources 1-11: ANJE dans les situations d'urgence.....</i>	148
	<i>Annexe des Ressources 1-12: Sites web utiles.....</i>	149
	<b>ANNEXE 2. EXEMPLE DE FEUILLE DE SUIVI POUR LE COUNSELING SUR L'ANJE</b>	153
	<b>ANNEXE 3: EXEMPLE DE MATRICE DE PLANIFICATION POUR LA STRATEGIE DE COMMUNICATION.....</b>	154
	<b>ANNEXE 4: GLOSSAIRE.....</b>	161
	<b>RÉFÉRENCES.....</b>	170

## Liste des Abréviations

AC	Alimentation de Complément
ACD	Atteindre Chaque District
ACSD	Stratégie Accélérée pour la Survie et le Développement de l'Enfant
AED	Academy for Educational Development
AEN	Actions Essentielles en Nutrition
AFADS	Abordable financièrement, Faisable, Acceptable, Durable, Sûre
AME	Allaitement Maternel Exclusif
AMS	Assemblée Mondiale de la Santé
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
AOA	Aliment d'Origine Animale
APE	Aliment Prêt à l'Emploi
APSCC	Centre de services partagés de l'UNICEF pour l'Asie-Pacifique (UNICEF a combiné l'office régional de support pour l'Asie de l'Est/Pacifique et l'Asie du Sud)
AQ	Accoucheur Qualifié
AQ	Assurance de Qualité
ARVs	Antirétroviraux
AS	Alimentation Supplémentaire
AT	Accoucheur Traditionnel
C4D	Communication pour le Développement
CAB	Communauté Ami des Bébé
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CBO	Organisation à base Communautaire
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
Code	Code International de Commercialisation des substituts de lait maternel et les résolutions subséquentes pertinentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé.
CPN	Consultation Prénatale
CSB	Mélange de maïs et soja
CSGD	Survie, Croissance et Développement de l'Enfant
DALY	Années de Vie Ajustées sur l'Incapacité
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ECO / CEI	Europe Centrale et Orientale/Communauté d'États Indépendants (Région UNICEF)
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EFNEP	Alimentation élargi et Programme d'Education Nutritionnelle
EGIM	Enquête en Grappes à Indicateurs Multiples
EID	Diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson
ENN	Emergency Nutrition Network
EPA	Essais de Pratiques Améliorées
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FBFs	Aliments Composés Enrichis
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FPN	Faible Poids de Naissance
GAIN	Global Alliance for Improved Nutrition
GSYCF	Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
HFP	Production alimentaire en exploitations familiales
IATT	Equipe spéciale inter agences
IBFAN	Réseau International d' Action pour la nutrition infantile
ICDC	Centre de Documentation sur le Code International
IEC	Information, Education et Communication
IFA	Fer et acide folique
IFE	Alimentation du Nourrisson dans les situations d'urgence
IHAB	Initiative Hôpital Ami des Bébé
IYCN	Nutrition du Nourrisson et du Jeune Enfant
LNS	Suppléments nutritionnels à base de Lipides
LQAS	Echantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
MAM	Malnutrition Aigüe Modérée
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
MAS	Malnutrition Aigüe Sévère
MBB	Budgétisation des Coûts Marginaux face aux goulets d'étranglement
MNS	Micronutriments

NETI	Initiative de Promotion de Nouveaux Talents (UNICEF)
OEV	Enfant Orphelin et Vulnérable
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OPS	Organisation Panaméricaine de Santé
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PB	Périmètre Brachial
PCC	Prise en Charge Communautaire des Cas
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance
PCMA	Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aigüe
PEV	Programme Elargi de Vaccination
ProPAN	Proceso Para La Promoción de l'Alimentación del Niño (Processus de promotion de l'alimentation de l'enfant)
PSMT	Plan stratégique à moyen terme
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
RCA	République Centrafricaine
RMM	Ratio de Mortalité Maternelle
RO	Recherche Opérationnelle
RSS	Renforcement du système de santé
RUIF	Préparations pour nourrissons prêts à l'emploi
S&E	Suivi et Evaluation
SGIS	Système de Gestion des Informations sur la Santé
SIDA	Syndrome de l'immuno déficience acquise
SLM	Substitut du Lait Maternel
SMART	Spécifique, Mesurable, réalisable (Achievable), Pertinent (Relevant), limité dans le temps (Time-bound) (en référence à des objectifs)
SMSN	Syndrome de Mort Subite du Nourrisson
SOWC	Situation des Enfants dans le Monde
SPC	Suivi et Promotion de la Croissance
SQUEAC	Évaluation Semi Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture
SRO	Solution de Réhydratation Orale
SWAp	Approche sectorielle large pour la planification et la programmation
TAR	Thérapie Antirétrovirale
TC	Travailleur Communautaire
TME	Transmission du VIH de la Mère à L'Enfant
TS	Travailleur de Santé
TSC	Travailleur de Santé Communautaire
U5MR	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immuno déficience Humaine

## RESUME EXECUTIF: POINTS CLES

Les stratégies visant à améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) représentent un élément clé des programmes de survie et de développement de l'enfant de plusieurs nations appuyées par l'UNICEF et l'OMS. La justification scientifique de cette décision est claire, avec un nombre de preuves croissant soulignant le rôle essentiel de l'allaitement maternel et l'alimentation de complément en tant que facteurs importants dans la survie, la croissance et le développement de l'enfant. Il a été mis en évidence que l'allaitement maternel est intervention préventive ayant l'impact potentiel le plus important sur la réduction de la mortalité infantile.. En outre, parmi les interventions nutritionnelles disponibles, il a été démontré que l'amélioration de l'alimentation de complément est l'intervention la plus efficace pour améliorer la croissance des enfants, et, par conséquent, en association avec les interventions visant à améliorer la nutrition maternelle, contribue à la réduction du retard de croissance.

Un grand nombre de revues programmatiques récentes ont mis en évidence les facteurs de succès et les leçons importantes tirées des programmes à grande échelle. Un total de 20 pays à travers le monde ont enregistré des gains de plus de 20 points de pourcentage dans les taux d'allaitement maternel exclusif des nourrissons âgés de 0 à 6 mois –sur une période d'environ dix ans. Les facteurs de succès, en général, sont la mise en œuvre à grande échelle de programmes intégrés,, visant à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel, avec un fort leadership gouvernemental et des partenariats élargis. En dépit des réussites, des progrès doivent être faits pour améliorer et accélérer la programmation afin d'améliorer la nutrition du nourrisson et du jeune enfant. Ceci inclut à la fois le renforcement et le maintien de bonnes pratiques d'allaitement maternel ainsi que des interventions pour améliorer l'alimentation de complément.

Une approche globale de l'ANJE implique une action à grande échelle au niveau national et au niveau du système de santé et de la communauté, y compris plusieurs stratégies transversales telles que la communication et des actions spécifiques sur l'alimentation du nourrisson dans les situations d'urgence et dans le contexte du VIH. Des actions au niveau national comprennent le plaidoyer pour renforcer l'engagement envers l'ANJE et le développement de politiques, législation, stratégies et plans pour mettre en œuvre les principaux objectifs opérationnels de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de l'OMS-UNICEF [1]. Le processus de planification comprend la réalisation d'une évaluation détaillée de la situation, en mettant l'accent sur la recherche formative dans les domaines où l'information est souvent limitée, comme les pratiques d'alimentation de complément et l'alimentation des enfants âgés de 6-23 mois, ainsi que les connaissances, les attitudes, les pratiques et les normes sociales liées à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. L'accent est mis également sur le processus de sélection, la priorisation et la conception d'interventions spécifiques au contexte visant à améliorer l'allaitement maternel et les pratiques d'alimentation de complément, pour lesquels différents critères doivent être pris en considération.

Renforcer les capacités, soutenir et superviser les travailleurs de santé et les agents communautaires pour la mise en œuvre du counseling et du soutien à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de façon intégrée (s'intéressant à la fois à l'allaitement maternel et à l'alimentation de complément) lors des contacts clés de la santé maternelle et de l'enfant est une obligation dans tous les milieux. En outre, les actions consistent également à s'assurer d'un contenu adéquat des curricula nationaux de formation initiale et de formation continue pour les différentes équipes cadre des prestataires de santé, ainsi que l'amélioration des pratiques d'allaitement maternel dans les services de maternité à travers l'institutionnalisation des 10 étapes pour réussir l'allaitement maternel ou de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB). Les groupes de soutien de mère à mère peuvent être une autre composante, et finalement, les actions comportent des stratégies de communication efficaces et ciblées pour promouvoir les pratiques recommandées de l'alimentation du nourrisson / enfant, en utilisant de multiples canaux et des messages adaptés au contexte local et aux barrières spécifiques. Un point crucial à toutes ces actions est le suivi et évaluation spécifique, avec l'utilisation effective des données générées.

Pour l'alimentation de complément, l'éducation et le counseling sur une meilleure utilisation des aliments disponibles localement est la pierre angulaire des interventions dans tous les contextes. Lorsque les principaux problèmes nutritionnels sont les carences en micronutriments et les aliments disponibles localement ne peuvent pas fournir ces micronutriments en quantité suffisante (ce qui est le plus souvent le cas pour le fer), la supplémentation en micronutriments multiples peut être recommandée en plus de l'utilisation optimale des aliments disponibles localement. Dans les populations en état d'insécurité alimentaire avec d'importantes carences nutritives et où les aliments disponibles localement sont pauvres en macro et micronutriments, des composantes supplémentaires tels que des aliments de complément enrichis et / ou des suppléments nutritifs à base de lipides peuvent être nécessaires pour combler les déficits en nutriments.

# 1. CONTEXTE

## 1.1 Introduction

L'alimentation nourrisson et du jeune enfant (ANJE) optimale est présentée dans [la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de l'OMS, UNICEF \(2003\)](#) (Ressources Annexe 1-1) comme suit:

Pour avoir une croissance, un développement et une santé optimaux, le nourrisson doit être **allaité exclusivement pendant les six premiers mois de la vie** : c'est une recommandation générale de santé publique. Par la suite, pour répondre à l'évolution de ses besoins nutritionnels, le nourrisson doit recevoir des **aliments de complément sûrs et adéquats du point de vue nutritionnel, tout en continuant l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou plus**. L'allaitement maternel exclusif dès la naissance est possible sauf dans quelques rares conditions médicales telles que spécifiées par l'OMS et l'UNICEF [2], et pratiquement toutes les mères peuvent allaiter.

En outre, un nombre croissant de preuves supportent l'importante recommandation mondiale selon laquelle **l'initiation de l'allaitement doit se faire dans la première heure qui suit la naissance**.<sup>1</sup>

Des actions en rapport avec l'ANJE sont souvent mises en œuvre dans le cadre des programmes prioritaires de la survie et du développement de l'enfant de l'UNICEF et l'OMS, ainsi que dans le cadre des plans de nombreuses nations. La justification scientifique de cette décision est claire, avec plusieurs décennies de documentation scientifique sur ce sujet, y compris plusieurs séries d'articles du Lancet sur la Survie de l'enfant 2003 [3], Nutrition 2008 [4], Santé du nouveau-né 2005 [5] Développement de l'enfant, 2007 [6] reconfirmant le rôle essentiel de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en tant que facteur important dans la survie, la croissance et le développement de l'enfant.

De nouvelles informations importantes sont maintenant disponibles sur ce qui est efficace pour améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Les résultats des essais d'efficacité biologique (expérimentale) et d'efficacité réelle (dans la pratique) ont démontré les effets des approches communautaires pour améliorer l'allaitement maternel et les pratiques d'alimentation de complément. De nouvelles technologies alimentaires pour améliorer l'alimentation des enfants de 6-23 mois d'âge ont été développées et testées.

Les documents de politique et de stratégie produits par l'OMS et l'UNICEF au cours des 25 dernières années constituent une base solide pour l'action. Cela a abouti à la priorisation de l'ANJE dans les programmes de nombreux pays, conduisant à des améliorations dans les pratiques d'allaitement maternel dans ces pays aujourd'hui comparativement à la fin des années 1980 et au début des années 1990, ainsi que les réalisations en matière de réduction de retard de croissance dans les pays qui ont progressivement adopté des approches plus globales en matière d'ANJE. En dépit des réalisations, des progrès peuvent encore être faits pour améliorer la programmation afin d'améliorer les pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Ceci inclut à la fois le renforcement et le maintien de bonnes pratiques d'allaitement maternel ainsi que des interventions pour améliorer l'alimentation de complément.

**Alors, pourquoi s'en préoccuper maintenant?** Avec des priorités concurrentes, des interventions spécifiques ciblant certaines maladies, et un intérêt pour les technologies, les campagnes et les produits, l'impact d'une bonne alimentation du nourrisson et du jeune enfant sur la santé et la nutrition est souvent sous-estimé. Les interventions visant à améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant nécessitent une plus grande attention et un plus fort engagement pour que des réalisations durables dans la survie, la croissance et le développement de l'enfant soient atteintes. Des interventions réussies en matière d'ANJE s'appuient sur un changement de comportement et un changement social, mis en œuvre à grande échelle, qui ne peuvent être atteints que grâce à l'engagement politique, l'allocation de ressources adéquates, le renforcement des capacités et une communication efficace. Les investissements actuels en matière de nutrition en général et en ANJE en particulier, sont très faibles étant donné l'ampleur du problème et l'impact potentiel.

---

<sup>1</sup> La recommandation sur l'initiation précoce n'a pas été mentionnée dans le GSIYCF, mais est supportée par des preuves est l'une des dix Étapes pour l'allaitement réussi et est l'un des indicateurs de base pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (édition 2008)

Ce document résume la compréhension actuelle de l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant et présente la justification scientifique (voir l'annexe Ressources 1-1) et les bases de la politique et de la stratégie. Les recommandations pour les stratégies nationales et les actions sont basées sur des preuves d'efficacité biologique (expérimentale) et d'efficacité réelle (dans la pratique), l'expérience des pays et les leçons apprises. La conclusion est claire: le succès dans l'expansion des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est basée sur l'engagement pour la mise en œuvre d'une programmation globale, basée sur l'évidence, à grande échelle adaptée au contexte local.

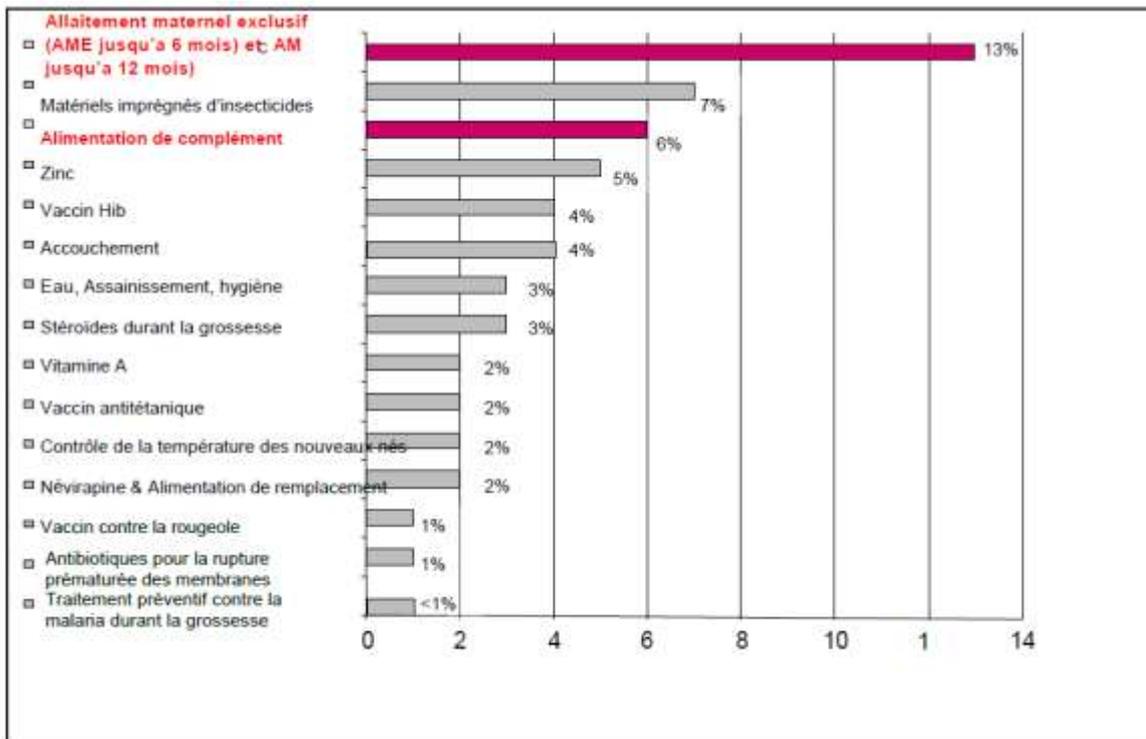
## 1.2 ANJE et son rôle dans la Survie, la Croissance et le Développement de l'Enfant

### ANJE et survie de l'enfant

De toutes les interventions de prévention en santé et nutrition qui ont fait leur preuve, l'ANJE à elle seule a le plus grand potentiel d'impact sur la survie de l'enfant. Par conséquent, la réduction de la mortalité infantile ne peut être atteinte que lorsque la nutrition durant la petite enfance et l'ANJE spécifiquement sont deux grandes priorités dans les politiques et stratégies nationales.

La série d'articles du Lancet sur la Survie de l'Enfant 2003 [3] a classé les 15 meilleures interventions préventives sur la survie de l'enfant pour leur efficacité dans la prévention de la mortalité chez les moins de cinq ans. L'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois et l'allaitement jusqu'à 12 mois étaient en première position, et l'alimentation de complément à partir de six mois arrivait en troisième position. On a estimé que ces deux interventions à elles seules peuvent prévenir près d'un cinquième de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans (Figure 1).

**Figure 1: Pourcentage des décès d'enfants qui pourraient être évités avec une couverture de 99% des interventions préventives**



Source: Lancet Child Survival Series 2003 [2]

La série Lancet 2008 sur la nutrition [4] a également renforcé l'importance de l'ANJE optimale sur la survie des enfants. Il a été estimé que l'ANJE optimale et l'allaitement maternel exclusif en particulier, pouvait potentiellement prévenir 1,4 million de décès chaque année chez les enfants de moins de cinq ans (sur environ 10 millions de décès annuels). Selon la série Nutrition, plus d'un tiers de la mortalité infanto-juvénile est causé par la malnutrition, les mauvaises pratiques d'allaitement et une alimentation de complément inadéquate jouant un rôle majeur. (Voir Ressources Annexe 1-1 pour des références et ressources appuyant l'évidence de l'impact de l'ANJE sur la réduction de la mortalité chez les enfants âgés de moins de

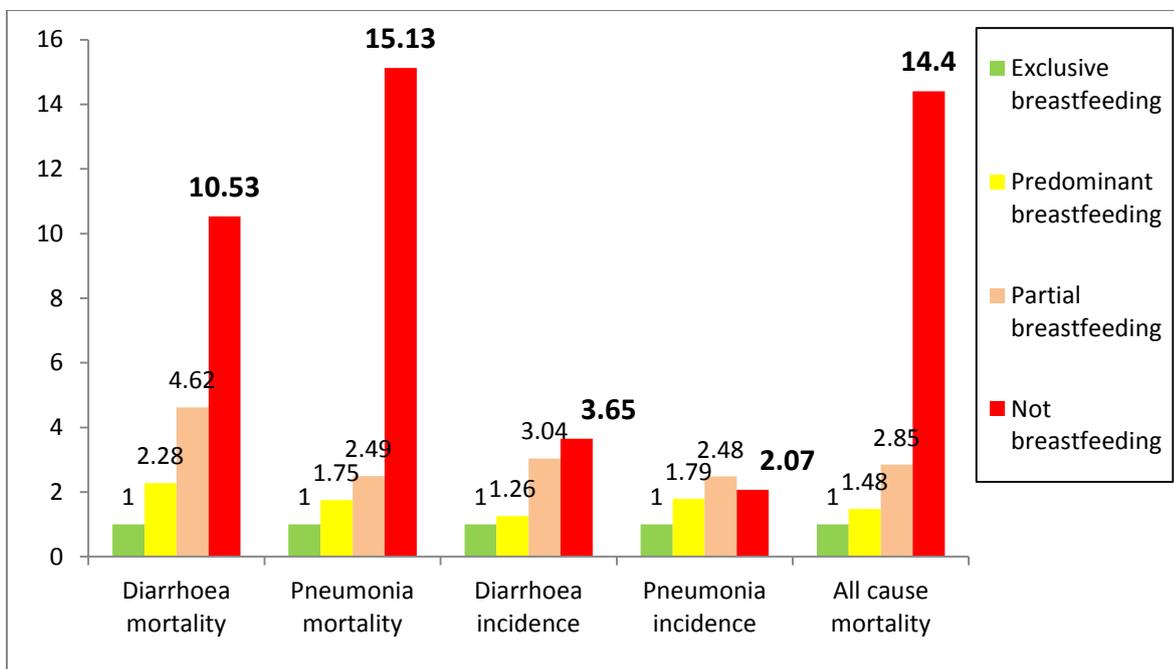
cinq ans).

Il existe un niveau de preuve croissant en faveur de l'impact de **l'initiation précoce de l'allaitement** sur la mortalité néonatale. Une étude réalisée en 2006 dans les régions rurales du Ghana [7] a montré que l'initiation de l'allaitement dans les premières heures qui suivent la naissance pourrait prévenir 22% des décès néonataux et l'initiation durant la première journée, 16% des décès, tandis qu'une étude réalisée au Népal [8] a révélé qu'environ 19,1% et 7,7% de tous les décès néonataux pourraient être évités avec l'initiation de l'allaitement maternel universel dans la première heure et le premier jour de vie respectivement.

L'allaitement maternel, en particulier **l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie**, a un effet significatif sur la réduction de la mortalité grâce à son effet sur les deux plus grandes causes de la mortalité infantile: la diarrhée et la pneumonie (Figure 2), ainsi que sur la mortalité, toutes causes confondues [4].

L'édition 2008 du Lancet nutrition de la série [4] a également renforcé l'importance de l'ANJE optimale sur la survie des enfants. Il a été estimé qu'une ANJE optimale et l'allaitement maternel exclusif en particulier peut potentiellement éviter 1,4 million de décès chaque année chez les enfants de moins de cinq ans (sur les quelques 10 millions de décès annuels). Selon la série Nutrition, plus d'un tiers de la mortalité infanto-juvénile est causée par la malnutrition, dans laquelle les pauvres pratiques d'allaitement et une alimentation de complément inadéquate jouent un rôle majeur. (Voir l'annexe 1-1 pour des ressources et des références appuyant la preuve que l'ANJE réduit la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans).

**Figure 2: Risque relatif d'infections et de décès chez les enfants âgés de 0 à 5 mois non allaités par rapport aux enfants du même groupe d'âge allaités exclusivement**



Source: Lancet 2008 [3].

En outre, les preuves à l'appui bénéfiques spécifiques de **la continuation de l'allaitement** de 6 à 23 mois sur la survie de l'enfant suggèrent une protection continue contre les maladies telles que la diarrhée et les infections respiratoires, avec des niveaux similaires observés pour les deux [9].

L'encadré 1 résume les principaux bénéfices basés sur des preuves pour la survie et la santé du nourrisson<sup>1</sup>. Les bénéfices à long terme sont résumés dans une autre section du document.

<sup>1</sup> Une revue des bénéfices de l'allaitement se trouve dans -Quantifying the benefits of breastfeeding. Leon-Cava et al 2002. Voir Resources Annex 1-1), malgré que les études les plus récentes ne soient pas incluses

### **Encadré 1: Résumé de la justification scientifique des bienfaits de l'allaitement**

**Le lait maternel ne peut être reproduit par aucun moyen artificiel [10].** Unique dans sa composition et sa fonction, le lait maternel :

- Contient des nutriments en quantités équilibrées que l'enfant peut facilement digérer, ainsi que des enzymes digestives.
- Change au fil du temps, et même au cours d'une journée, pour répondre aux besoins changeants de l'enfant qui grandit [11].
- Contient des substances essentielles pour le développement optimal du cerveau de l'enfant, avec des effets sur les fonctions à la fois cognitives et visuelles [12].
- Fournit des facteurs de croissance qui se combinent pour favoriser la maturation de l'intestin du nourrisson [13].
- Fournit au nourrisson des facteurs immunitaires conçus pour lutter contre les maladies spécifiques à l'environnement de la mère et du nourrisson [14].
- Contient des composantes qui sont découverts régulièrement comme les oligosaccharides (sucres), qui favorisent le développement de la microflore intestinale normale, recouvrant la paroi de l'intestin du bébé et le protégeant [15].
- Est particulièrement bénéfique pour le nouveau-né prématuré [16], [17]; Le lait maternel contient des concentrations plus élevées d'immunoglobulines, d'autres facteurs anti-infectieux tels que le lysozyme, la lactoferrine et l'interféron, et des composantes anti-inflammatoires et immunomodulatrices [18], fournissant ainsi une certaine protection contre les infections à ces nouveau-nés vulnérables. Le lait maternel frais ou pasteurisé aide à réduire les taux d'infections [19]. L'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois apporte tous les nutriments nécessaires au nourrisson [20]

**Les études démontrent de manière constante que les interventions de santé publique visant à améliorer l'allaitement maternel sont essentielles pour la survie de l'enfant [21] :**

- Une étude menée en 2006 dans les régions rurales du Ghana [22] a montré que l'initiation précoce de l'allaitement maternel dans les premières heures de la vie pourrait prévenir 22% des décès néonataux, et l'initiation le premier jour de vie, 16% des décès, tandis qu'une étude réalisée au Népal [23] a montré qu'environ 19,1% et 7,7% de tous les décès néonataux pourraient être prévenus avec l'initiation de l'allaitement respectivement dans la première heure et le premier jour de vie de façon universelle.
- Une étude menée en Inde a montré que la mortalité néonatale et post-néonatale était environ 5-6 fois plus faible chez les nourrissons qui avaient reçu le colostrum par rapport à ceux qui ne l'avaient pas reçu [24].
- L'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois et l'allaitement maternel jusqu'à 12 mois a le plus gros potentiel d'impact sur la réduction de la mortalité infantile selon la série du Lancet sur la Survie de l'enfant [3], tandis que l'alimentation de complément à partir de six mois avec continuation de l'allaitement a été classée # 3. D'après les estimations, ces deux interventions à elles seules peuvent prévenir près d'un cinquième de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans les pays en voie de développement. La série du Lancet sur la Nutrition 2008 [4] a également renforcé l'importance de l'ANJE optimale sur la survie des enfants.
- Le plus grand impact est considéré en termes de réduction de la morbidité et la mortalité par la diarrhée [25], [26] et la pneumonie [27], [28]. L'allaitement a un effet protecteur sur Haemophilus B, l'un des agents responsables d'infections respiratoires [29], [30].
- Il y a une réduction de l'incidence de l'entérocolite nécrosante [31], des infections des voies urinaires [32], de la septicémie [33] de l'asthme [34] et de la méningite [35] chez les nourrissons allaités.
- Les enfants non allaités ont un risque 250% plus élevé d'être hospitalisés pour la pneumonie ou l'asthme [12].
- Le lait maternel offre une protection contre les otites [36]. Les enfants non allaités ont un risque 60% plus élevé d'otites récurrentes [37].
- Les enfants allaités ont un risque moins élevé de développer les deux maladies inflammatoires de l'intestin les plus courantes (maladie de Crohn, colite ulcéreuse [38], et maladie cœliaque [39])
- L'allaitement facilite le bon développement de la mâchoire, des dents [40] et du langage [41] et les enfants allaités ont moins de caries dentaires [42].
- Les bénéfices de la continuation de l'allaitement maternel jusqu'à 12-23 mois incluent notamment une protection continue contre les infections, en particulier contre la diarrhée et les infections respiratoires [43].
- L'allaitement maternel aide à prévenir le retard de croissance, en particulier car elle réduit le risque de maladies [44], [45], [46], [47].

- L'allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois a des bénéfices additionnels, et est associé à une diminution de la morbidité: L'incidence des maladies infectieuses est réduite par l'allaitement maternel exclusif, au-delà de l'impact de l'allaitement à lui seul [9].
- Les nourrissons allaités exclusivement sont 3-4 fois moins susceptibles de contracter l'infection par le VIH par le lait maternel d'une mère VIH-positive par rapport aux nourrissons exposés au VIH dans les 6 premiers mois recevant une alimentation mixte [48].

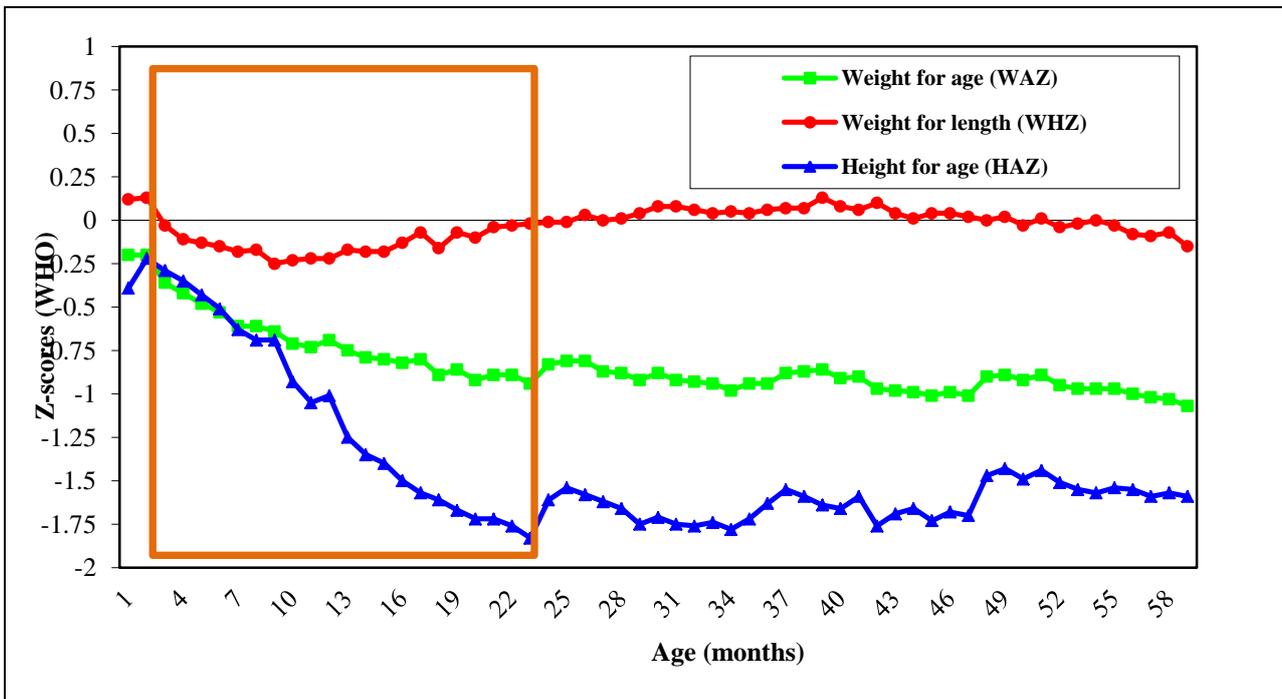
**Les enfants allaités sont en meilleure santé que les enfants non allaités dans tous les contextes, y compris dans les pays industrialisés:**

- De nombreuses évidences en faveur des bénéfices de l'allaitement maternel dans les pays industrialisés ont été compilées [49]. Cette compilation montre, par exemple, une diminution de 72% du risque d'infection des voies respiratoires inférieures, une diminution de 64% du risque d'infection gastro intestinale, une diminution de 50% du risque d'otite moyenne, une diminution de 42% du risque de l'asthme, une diminution de 39% du risque de diabète de type II et de 19-27% pour les type I, et une diminution de 27% du risque d'obésité.
- Une étude de la mortalité post-néonatale aux États-Unis a trouvé une diminution de 21% du risque de mortalité chez les nourrissons allaités [50].
- Les études dans les pays industrialisés confirment les bénéfices de l'allaitement sur la survie en prévenant les décès dus à la mort subite du nourrisson (MSDN) [51], [52], [53].
- L'allaitement maternel diminue le risque de développer certains cancers chez l'enfant, comme la leucémie, avec une diminution du risque de 30% s'il a été allaité pendant 6 mois, [54] et les lymphomes [55].

**ANJE et croissance de l'enfant**

L'ANJE optimale est essentielle pour la croissance des enfants. La période au cours de la grossesse et les deux premières années de la vie d'un enfant sont considérées comme une «fenêtre d'opportunité critique» pour la prévention des troubles de la croissance. De récentes données anthropométriques des pays à faible revenu confirment que les niveaux de malnutrition augmentent de façon marquée à partir de 3 mois et jusqu'à 18-24 mois (figure 3). [56].

**Figure 3: La “fenêtre d'opportunité critique” pour prévenir la malnutrition**



Source: Victora *et al*, *Pediatrics* 2010: montrant l'écart-type moyen des indices anthropométriques: Poids pour Age, Poids pour Taille et Taille pour Age pour 54 pays à bas et moyen revenu, 1994-2007, utilisant les normes de l'OMS [56].

Le déclin de la partie descendante de la courbe est plus fort pour l'indicateur de retard de croissance (comme indiqué par une petite Taille pour l'Age). Au même moment, la vulnérabilité à l'émaciation (manifestation de la malnutrition aiguë traduite par un poids faible pour la taille) se produit également au cours de la même période<sup>1</sup>. La malnutrition aiguë chez les enfants est généralement plus répandue parmi le groupe d'âge 6-23 mois, avec 16% des cas survenant chez les nourrissons de moins de 6 mois [57], ce qui est cohérent avec la nouvelle analyse des modèles de croissance chez les enfants de la figure 3. Le déclin de la partie descendante de la courbe mettant en évidence l'insuffisance pondérale est significatif (comme indiqué par un faible poids pour l'âge), ce qui reflète à la fois le retard de croissance et l'émaciation, soit séparément ou en combinaison.

Le faible poids et la petite taille (longueur) à la naissance sont quelques-uns des facteurs qui déterminent la croissance de l'enfant plus tard. La croissance intra-utérine d'un enfant est déterminée par la santé et l'état nutritionnel de la mère, avant et pendant la grossesse. Un mauvais état nutritionnel d'une femme pendant la grossesse (en particulier un faible IMC et l'anémie [4]) est parmi les facteurs contribuant au retard de croissance intra-utérin (RCIU), avec accouchement prématuré, ainsi que d'autres complications de santé maternelle [4]. Ainsi, la lutte contre les causes de RCIU aura certainement des effets sur la réduction de la malnutrition chez le jeune enfant

Après la naissance, la capacité d'un enfant à satisfaire les normes de croissance de l'OMS est déterminée par **la qualité de l'apport alimentaire** (qui dépend de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, les pratiques de soins et la sécurité alimentaire), **ainsi que par l'exposition aux maladies** [58]. La dénutrition et les infections sont étroitement liées dans un cycle vicieux de synergie. Par conséquent, le soutien à des pratiques de qualité d'alimentation de l'enfant (l'allaitement maternel et l'alimentation de complément) et l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages, ainsi que les programmes de prévention et de contrôle des maladies sont les interventions les plus efficaces pour réduire considérablement la malnutrition aiguë et le retard de croissance au cours des deux premières années de la vie.

Cette fenêtre d'opportunité pour prévenir la malnutrition correspond à la période où les pratiques recommandées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont appliquées : allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois, continuation de l'allaitement jusqu'à 2 ans ou au-delà associé à des aliments de complément adéquat, surs et appropriés de 6 à 23 mois. Par conséquent, les pratiques sous optimales d'allaitement et d'alimentation de complément exposent les enfants des pays en voie de développement à un haut risque de malnutrition et à ses conséquences avec des répercussions considérables et difficile à inverser par la suite. De nombreuses études ont également démontré que l'impact le plus fort des interventions peut être observé chez les enfants de moins de deux ans [59]. Profitant pleinement de cette fenêtre d'opportunité, les pratiques optimales d'allaitement et d'alimentation de complément peuvent permettre aux enfants d'atteindre leur plein potentiel de croissance et de prévenir le retard de croissance irréversible, ainsi que la malnutrition aiguë.

**L'allaitement maternel** agit sur la croissance de plusieurs façons, comme par la réduction de la morbidité due aux infections, une meilleure réponse immunitaire aux maladies en raison du transfert des anticorps maternels et à la provision de nutriments de façon équilibrée, des facteurs de croissance, des enzymes, des hormones et d'autres facteurs bioactifs. Par exemple, les revues des preuves sur les effets de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois sur la santé de l'enfant et la croissance ont montré une morbidité moins élevée due à des maladies gastro-intestinales et allergiques, ce qui peut à son tour prévenir le retard de croissance dû à ces maladies [60].

Le lait maternel à lui seul peut satisfaire tous les besoins nutritionnels des nourrissons pendant les six premiers mois de la vie. Après l'âge de six mois, d'autres aliments doivent être ajoutés au lait maternel pour répondre à tous les besoins nutritionnels de l'enfant, bien que le lait maternel continue d'être une source importante de nutriments et agit également sur la morbidité et la mortalité [3]. A cet âge les enfants ont des besoins nutritionnels élevés pour une croissance rapide, et une **alimentation de complément appropriée** fournit les nutriments clés (par exemple le fer et d'autres micronutriments, les acides gras essentiels, protéines, énergie, etc.) Une alimentation de complément inadéquate en qualité et en quantité peut limiter la croissance et compromettre la survie et le développement de l'enfant.

---

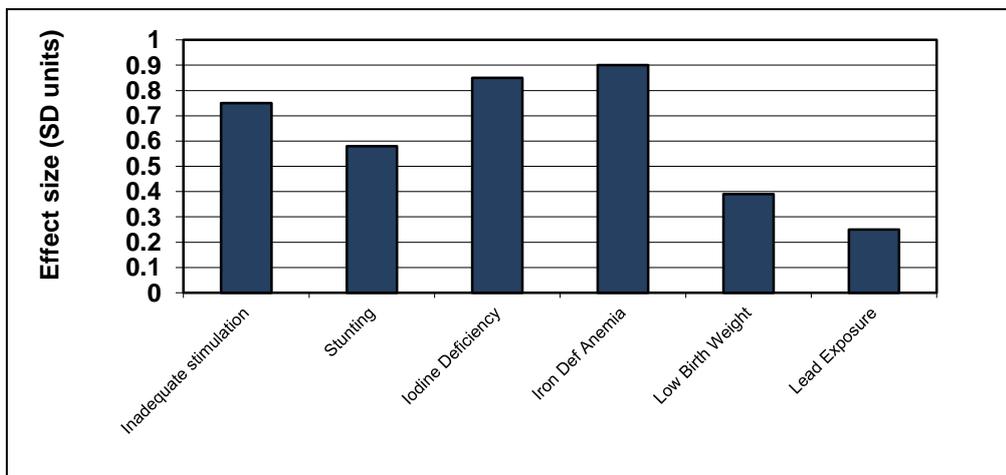
<sup>1</sup>Pendant cette période, la vulnérabilité à la malnutrition œdémateuse est également élevée, telle que mesurée par la présence de œdèmes bilatéraux. Il est aussi appelé le kwashiorkor, qui signifie "l'enfant déposé".

## ANJE et développement de l'enfant

La période de la naissance à environ 36 mois est une période critique dans le développement de la petite enfance pour stimuler un bon développement cognitif et en particulier dans les milieux où la maladie et la malnutrition sont courantes [61]. En outre, une récente série du Lancet sur le développement de l'enfant [62] a reconnu la lutte contre le retard de croissance et la carence en fer comme deux des quatre interventions les plus efficaces du développement de la petite enfance, ainsi que le contrôle de la carence en iode et la stimulation cognitive (figure 4). Par conséquent, en réduisant le retard de croissance et la carence en fer, l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant peut avoir un effet significatif sur le développement de l'enfant.

De plus, l'allaitement maternel et une alimentation adaptée fournissent constamment des interactions positives entre la mère et l'enfant, ce qui peut contribuer au développement émotionnel et psychologique des nourrissons. Il y a aussi de fortes preuves démontrant une performance plus élevée aux tests d'intelligence chez les sujets qui ont été allaités lorsqu'ils étaient nourrissons<sup>1</sup> [63].

**Figure 4: Facteurs de risque pour le développement avec des preuves suffisantes pour recommander des interventions**



Source: Tiré du *Lancet Child Development Series* 2007 [5].

## Bénéfices à long terme de l'ANJE optimale pour l'enfant

L'ANJE optimale garantit la protection de l'enfant à la fois contre la sous-nutrition et la surnutrition et leurs conséquences par la suite. Une analyse de plusieurs études a montré que l'allaitement peut avoir un effet protecteur sur la prévalence de l'obésité et est une intervention « coût-efficace » contre l'obésité [64], [65].

En plus de la protection contre l'obésité, les nourrissons allaités ont un risque réduit de plusieurs maladies chroniques plus tard dans la vie par rapport aux nourrissons nourris artificiellement, y compris l'asthme, le diabète [66], les maladies cardiaques [67], [68] et les facteurs de risque cardiaques tels que l'hypertension artérielle [69] et les niveaux élevés de cholestérol [70], ainsi que les cancers tels que la leucémie infantile [71] et, plus tard, le cancer du sein [72].

La forte relation entre la qualité de l'alimentation et l'obésité indique que l'alimentation de complément appropriée avec des aliments riches en nutriments variés, peut avoir un effet protecteur contre le surpoids et l'obésité. Pour les pays qui sont sous l'effet de la transition nutritionnelle<sup>2</sup> et font face à la double charge de la malnutrition (à la fois sur et sous-nutrition), l'ANJE optimale et les interventions précoces sont encore plus importantes pour s'assurer que les investissements ciblent les enfants de moins de deux ans afin d'éviter tout

<sup>1</sup> La différence moyenne dans le score d'intelligence est : 4.9; (95% CI: 2.97–6.92)

<sup>2</sup> La transition nutritionnelle est un phénomène épidémiologique liée à une prévalence élevée du surpoids dans les pays à moyen et faible revenu, en raison des changements dans les régimes alimentaires traditionnels, avec une consommation élevée d'aliments riches en sucres, calories, graisses et l'utilisation accrue d'aliments transformés

risque de souffrir à la fois de retard de croissance et d'obésité.

Pour les nourrissons qui ont déjà une croissance inappropriée, un rattrapage rapide du poids dans les deux premières années est important pour la prévention à long terme de la sous-nutrition et la réduction des taux de morbidité et de mortalité. Si un enfant n'a pas la possibilité de rattraper le retard avant l'âge de deux ans, le gain de poids rapide plus tard au cours de l'enfance n'est pas souhaitable car il augmente considérablement le risque de maladies chroniques. Pour les maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires et métaboliques, le pire des scénarios est un bébé de faible poids de naissance, qui a un retard de croissance et une insuffisance pondérale durant la petite enfance et gagne du poids rapidement durant l'enfance et la vie adulte, devenant en surpoids [73].

### Bénéfices de l'allaitement pour la mère

L'allaitement a également un certain nombre de bénéfices pour la santé maternelle. L'initiation de l'allaitement maternel immédiatement après l'accouchement aide à contracter l'utérus, à expulser le placenta, et à réduire le saignement. L'allaitement peut aussi conduire à un retour plus rapide au poids d'avant la grossesse. L'allaitement maternel exclusif peut retarder le retour de la fertilité, réduisant ainsi l'exposition aux risques associés à des intervalles de naissance courts. À plus long terme, les mères qui allaitent, en particulier pour une plus longue durée, ont tendance à avoir un risque moins élevé de cancer du sein en pré-ménopause et de cancer de l'ovaire.

#### Encadré 2: Bénéfices de l'allaitement pour les mères

- Les femmes qui ont allaité sont moins susceptibles de développer un cancer de l'ovaire et un cancer du sein en pré ménopause [74], [75], [76]. L'augmentation du risque lié au non allaitement est de 39% pour le cancer du sein chez la mère et 26% pour le cancer de l'ovaire. Plus une femme allaite pendant longtemps plus les bénéfices augmentent.
- L'allaitement maternel réduit l'ostéoporose [77], [79].
- Les mères qui allaitent jouissent d'une récupération plus rapide après l'accouchement, avec une expulsion plus rapide du placenta et un risque réduit de saignement post-partum [79].
- L'allaitement maternel aide à diminuer les besoins en insuline chez les mères diabétiques, et l'allaitement diminue de 14% le risque de développer le diabète type II chez la mère. [ 80].
- Les mères qui allaitent sont plus susceptibles de retrouver leur poids d'avant grossesse que les mères qui nourrissent artificiellement leurs bébé [81].
- L'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois, en l'absence de règles, est efficace à 98 pour cent pour prévenir une nouvelle grossesse. Le retour retardé du cycle menstruel de 20 à 30 semaines peut également réduire le risque d'anémie [77].
- On rapporte que les mères qui allaitent sont plus confiantes, calmes et moins anxieuses que les mères qui nourrissent artificiellement leurs bébés [82]. L'allaitement maternel contribue à un sentiment d'attachement entre une mère et son enfant.

### Bénéfices économiques

L'alimentation sous-optimale du nourrisson est un facteur déterminant du retard de croissance. Parallèlement, le retard de croissance n'est pas seulement un facteur important dans la mortalité infantile et le développement, mais aussi dans la **productivité et le développement économique futur**. La prévention du retard de croissance peut prévenir les pertes de productivité pour l'avenir [83]. Il a été démontré que la taille du corps à l'âge de deux ans est clairement associée aux capacités humaines à l'âge adulte [84]. L'importance de l'amélioration de la qualité de l'alimentation des enfants pour le développement économique futur et la productivité d'une nation a été reconnue comme étant aussi importante que les plus larges approches de politique économique telles que la libéralisation du commerce [85]. Par exemple, l'amélioration des interventions d'alimentation de complément peut même avoir un effet significatif sur les salaires des adultes - un programme, par exemple, a abouti à une augmentation de 46% du salaire moyen des adultes (bien que les résultats soient significatifs seulement pour les hommes, probablement en raison d'un manque d'engagement des femmes dans les emplois rémunérés dans le cadre de cette étude) [86].

Il est important de mettre en évidence également les avantages économiques de l'allaitement maternel. Une absence d'allaitement maternel ou les mauvaises pratiques d'allaitement conduisent à des coûts élevés de

soins de santé pour le ménage et les services de santé en raison de l'augmentation de la morbidité infantile, ainsi que les coûts des soins de santé pour faire face aux conséquences du non-allaitement, y compris les conséquences à long terme liés à l'obésité et les maladies chroniques. Le taux de mortalité beaucoup plus élevé associé au non-allaitement représente aussi un drain sur les économies nationales. Lorsque les mères s'absentent du travail en raison d'enfants malades, les ménages, les employeurs et l'économie sont tous touchés. Une absence d'allaitement maternel a également un impact sur le développement du capital humain. En outre, l'alimentation artificielle conduit à des dépenses supplémentaires et augmente la charge de travail pour les ménages.

Les graphiques suivants sont utilisés pour résumer les avantages de l'allaitement optimal du nourrisson et les risques de l'alimentation artificielle pendant les sessions de formation sur l'alimentation du nourrisson.

Figure 5: Bénéfices de l'allaitement- : Un exemple de diapositive d'une formation<sup>1</sup>

## Bénéfices de l'allaitement maternel

**Pour l'enfant:**

- Moins de risques de décès
- Moins de diarrhées et d'infections respiratoires
- Moins d'infections auriculaires, de désordres gastro-intestinaux, de problèmes de peau et de syndrome de mort subite du nourrisson

**POUR LA MERE:**

- La mère a moins de risques de tomber enceinte dans les premiers mois
- Moins de risques de cancers (des ovaires et du sein)



- Améliore la croissance et le statut nutritionnel
- Favorise l'attachement
- Moins de risques de maladies chroniques (diabète, maladies cardiaques, asthme, certains cancers)
- Moins de risques de surpoids et d'obésité
- Amélioration du développement moteur et cognitif
- Accélère le rétablissement et la perte de poids
- Moins de dépression post-partum

Figure 6: Risques de l'alimentation artificielle : Un exemple de diapositive d'une formation

## Risques de l'alimentation artificielle

**Pour le bébé:**

- Augmente les risques de décès
- Davantage de diarrhées et d'infections respiratoires
- Augmente les infections auriculaires, les désordres gastro-intestinaux, les problèmes de peau et le syndrome de mort subite du nourrisson.
- Nuit à l'attachement

**POUR LA MERE:**

- Les mères peuvent retomber enceintes dans les premiers mois
- Augmente le risque de cancers (des ovaires et du sein)



- Nuit à la croissance et au statut nutritionnel
- Augmente le risque de maladies chroniques (diabète, maladie cardiaque, asthme, certains cancers)
- Favorise le surpoids et l'obésité à l'âge adulte
- Moins bon résultats aux tests d'intelligence
- Rétablissement de la mère moins rapide et perte de poids post partum plus limitée
- Davantage de dépression post partum

<sup>1</sup> Adapté de : WHO/UNICEF Integrated IYCF counseling course, 2007.

Figure 7: Bénéfices de l'alimentation de complément – un exemple suggéré pour une diapositive de formation



### 1.3 Résumé de la situation globale

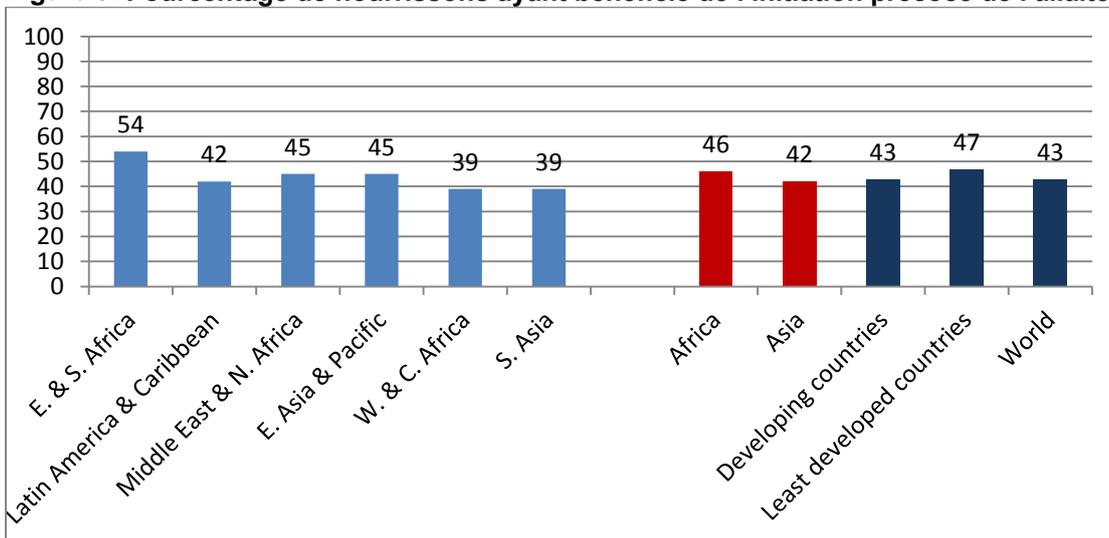
Au cours des deux dernières décennies, des progrès considérables ont été accomplis dans les politiques, les pratiques et les programmes d'ANJE. Le résumé qui suit met en évidence ces réalisations ainsi que les domaines dans lesquels peu de progrès ont été réalisés.

#### Progrès global en rapport avec l'allaitement

Les indicateurs clés de l'allaitement qui sont importants à suivre incluent l'initiation précoce de l'allaitement (durant la première heure), l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de six mois et la continuation de l'allaitement maternel après six mois (à 12-15 mois et 20-23 mois).

Le taux global de l'initiation précoce de l'allaitement maternel reste autour à 40 pour cent (Figure 8)

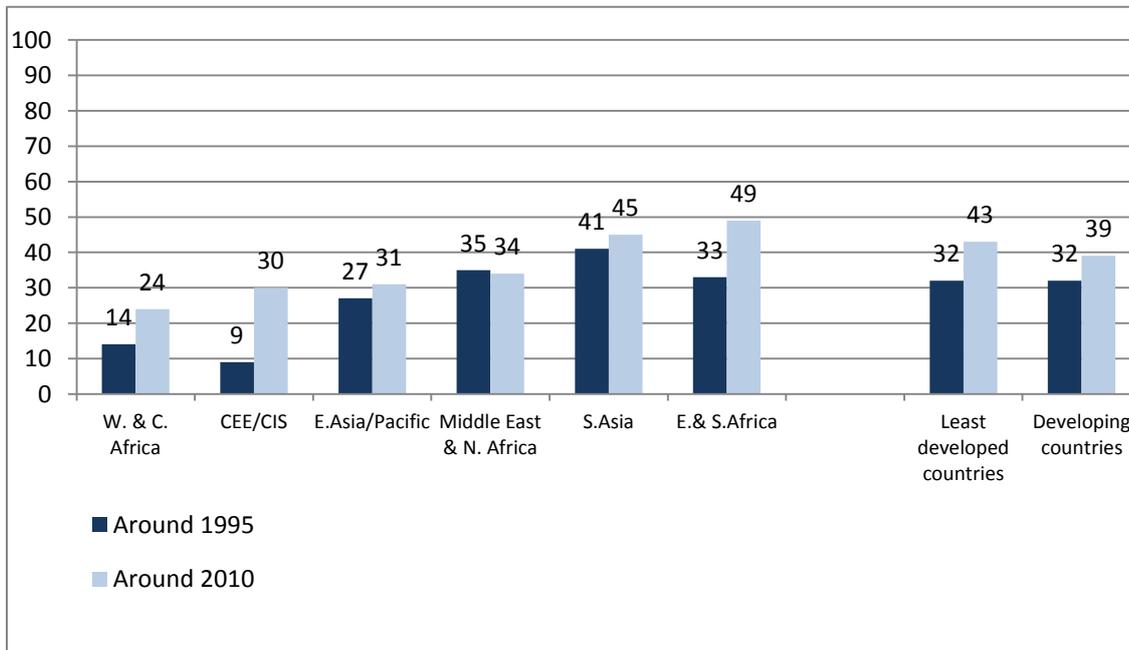
Figure 8: Pourcentage de nourrissons ayant bénéficié de l'initiation précoce de l'allaitement



Source: UNICEF Base de données 2012.

Entre 1995 et 2010, les taux d'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie dans 86 pays en voie de développement disposant de données de tendance disponibles n'ont que légèrement augmenté, passant de 32 à 39 pour cent (figure 9). Toutefois, ces données de tendance indiquent également que l'allaitement augmente dans deux tiers de ces nations.

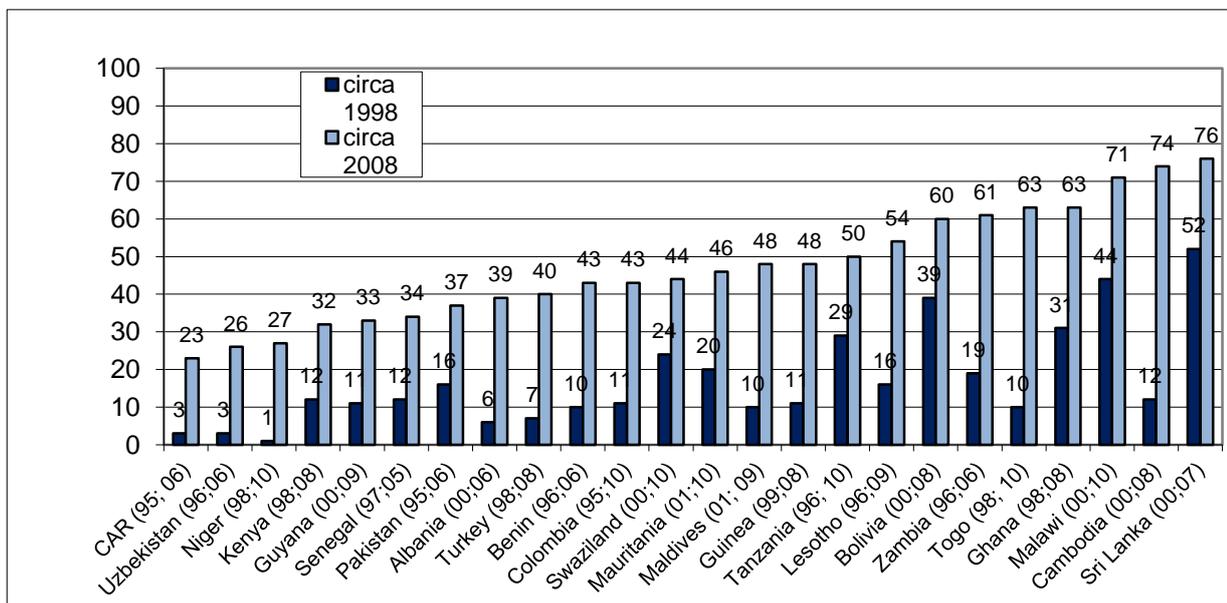
**Figure 9: Nourrissons âgés de moins de six mois allaités exclusivement (%)**



Source: UNICEF Base de données 2012. \* Exclut la Chine et Amérique Latine.

Bien que les données mondiales indiquent des progrès très lents dans l'amélioration de la situation globale de l'allaitement exclusif, les pays qui ont montré un fort engagement et qui ont investi massivement dans l'ANJE montrent des progrès significatifs (Figure 10). Depuis environ 1996, les taux d'allaitement maternel exclusif ont augmenté de plus de 20 points de pourcentage en moyenne dans ces 24 pays, avec plusieurs pays présentant des augmentations remarquables de près de 60 points de pourcentage. Ces pays ont démontré sans équivoque qu'il est possible de changer les pratiques d'alimentation des nourrissons. C'est un point important pour le plaidoyer, notamment pour contrecarrer la perception courante selon laquelle les pratiques d'alimentation sont d'ordre culturel et ne peuvent pas être modifiées.

**Figure 10: 24 pays avec une grande augmentation de l'allaitement maternel exclusive**



Source: UNICEF Base de données 2012.

Les facteurs de succès comprennent la mise en œuvre à grande échelle de programmes globaux visant à promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement maternel avec un fort leadership gouvernemental et des partenariats élargis. De tels programmes impliquent une action au niveau national, y compris des politiques, des stratégies et des plans pour mettre en œuvre les principaux objectifs opérationnels de la **stratégie mondiale de l'UNICEF OMS / Global pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (2003)** (**Ressources- Annexe 1-1**) y compris l'adoption de la législation nationale sur la commercialisation des substituts du lait maternel<sup>1</sup> et la protection de la maternité pour les mères qui travaillent en dehors de chez elles, s'assurer que les services de maternité sont amis des bébés<sup>2</sup>, en fournissant un appui de qualité par les prestataires de santé et les travailleurs communautaires, et en soutenant les groupes de soutien aux mères dans la communauté. Les actions incluent également des stratégies de communication efficaces et ciblées pour promouvoir l'allaitement maternel, en utilisant de multiples canaux et des messages adaptés au contexte local et aux obstacles spécifiques à l'allaitement maternel.

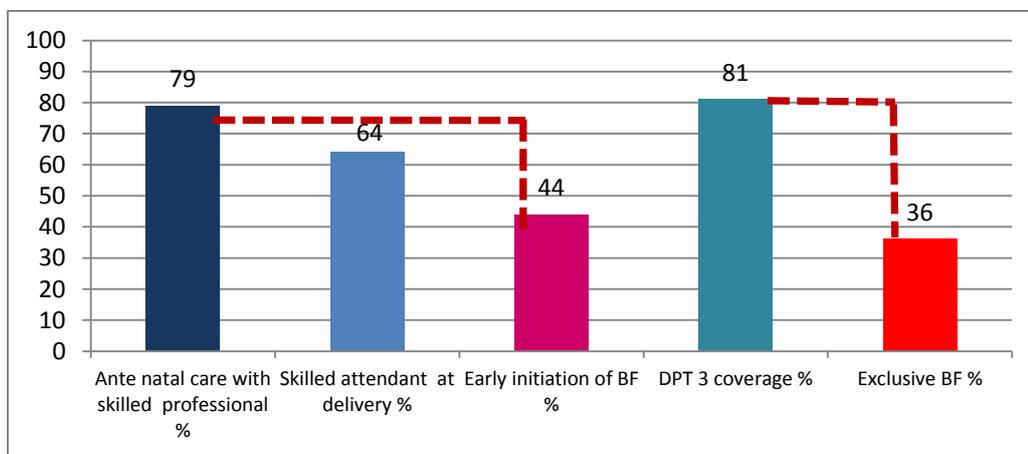
**Encadré 3: Les revues ont montré que le succès de l'allaitement maternel peut être atteint en :**

- Mettant en œuvre un paquet complet d'interventions (complet, pertinent, paquet basé sur des preuves, basé sur l'évaluation des besoins et de la situation)
- Concevant des stratégies efficaces et en s'assurant d'une mise en œuvre de qualité (en appliquant les meilleures pratiques, en utilisant des stratégies appropriées, en dispensant une formation et une supervision appropriées)
- Travaillant à tous les niveaux (national, système de santé, communauté, communication)
- Parvenant à une couverture universelle (vision et planification à l'échelle nationale et assurer l'équité)
- Assurant la continuité (soutenue, mise en œuvre continue, entièrement institutionnalisée)

Certains faits encourageants sont les pourcentages d'enfants encore allaités à 12-15 mois dans les pays en développement (73 pour cent) et à 20-23 mois (56 pour cent). Ce chiffre monte à 90 pour cent et 68 pour cent respectivement dans les pays moins développés<sup>3</sup>, où les nourrissons et les jeunes enfants sont confrontés aux plus grandes menaces pour la survie.

D'autre part, il est important de souligner les occasions manquées au long du continuum des soins (Figure 11), où on peut voir que les soins de santé fournis ne supportaient pas nécessairement les pratiques d'alimentation appropriées: tandis que la couverture des soins prénatals dans les pays en développement est de 79 pour cent et la couverture des accouchements assistés par un personnel qualifié est de 64 pour cent, une différence spectaculaire est vu en termes de l'initiation précoce de l'allaitement maternel, où la couverture n'est que de 44 pour cent. De même, tandis que la couverture pour trois doses de vaccin DTP, qui est généralement atteint vers 3-5 mois, est de 81 pour cent, le taux d'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de six mois n'est que de 36 pour cent.

**Figure 11: Opportunités manquées au long du continuum de soins**



Source: UNICEF SOWC 2011

<sup>1</sup> Jusqu'en Avril 2011, 84 pays ont promulgué des lois mettant en application toutes ou la plupart des dispositions du Code et des résolutions pertinentes subséquentes de l'Assemblée mondiale de la santé, 19 pays ont intégré au moins quelques-unes des dispositions du Code dans leurs systèmes juridiques nationaux, et 14 pays ont des projets de lois en attente d'adoption.

<sup>2</sup> En 2010, plus de 21.000 services de maternité dans le monde entier avait été désignés amis des bébés (M.Labbok / WABA) mais ces données sont incomplètes et non mises à jour pour tous les pays

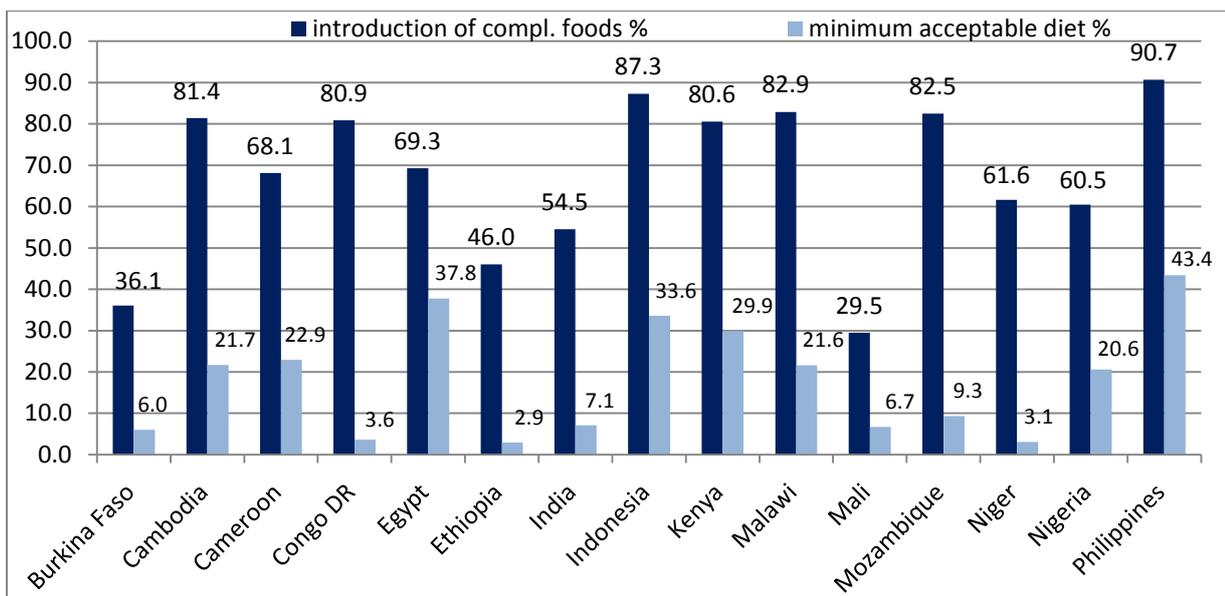
<sup>3</sup> UNICEF Base de données 2010.

## Progrès global en rapport avec l'alimentation de complément et le retard de croissance

L'aperçu du progrès mondial sur l'alimentation de complément est moins clair. La nouvelle série d'indicateurs [87] pour l'évaluation globale et l'analyse de tendance des 10 principes directeurs de l'alimentation de complément [88] a récemment été mise au point par l'OMS, l'UNICEF et leurs partenaires, et doivent être opérationnalisés par les pays. Toutefois, les données disponibles sur la situation mondiale de l'alimentation de complément [89] donnent un aperçu de l'ampleur du problème. Selon la situation des enfants dans le monde 2010, seulement 58 pour cent des enfants âgés de six à 9 mois allaités dans les pays en développement ont reçu au moins un aliment de complément dans les dernières 24 heures.

Suite à la publication des nouveaux indicateurs, plusieurs pays ont commencé à rapporter sur un ensemble complet d'indicateurs sur l'alimentation de complément, y compris le nouvel indicateur: la diversité alimentaire et l'indicateur composite « régime minimal acceptable » (voir chapitre 2.2 pour de plus amples explications sur les indicateurs). De récentes enquêtes nationales montrent que les pratiques d'alimentation de complément sont loin d'être acceptables (figure 12). Tandis que l'introduction en temps opportun des aliments de complément (à 6-8 mois) est une pratique courante dans de nombreux pays, la qualité de l'alimentation est pauvre. En Inde, pays avec le plus grand nombre d'enfants souffrant de retard de croissance, seulement 54,5 pour cent des enfants âgés de six à huit mois<sup>1</sup> avaient reçu au moins un aliment de complément durant la journée précédente, et seulement 7 pour cent des enfants âgés de 6 à 23 mois allaités ont satisfait tous les critères du « régime minimal acceptable ». Au Nigeria, le troisième pays ayant le plus grand nombre d'enfants souffrant de retard de croissance, seulement 21 pour cent des enfants allaités reçoivent le régime minimal acceptable en termes d'alimentation de complément. De même, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) (2005) menée en Ethiopie montre que seulement 2,9 pour cent des enfants de 6-23 mois ont un régime alimentaire minimal acceptable. Ces résultats appuient fortement la nécessité d'une amélioration des pratiques d'alimentation de complément.

**Figure 12: Statut de l'alimentation de complément dans certains pays disposant de données sur le « régime minimal acceptable » (enfants allaités de 6-23 mois), et "l'introduction d'aliments de complément» (Enfants âgés de 6-8mois allaités et non allaités)**



Source: EDS, plus récente enquête de chaque pays, de 2002-2008

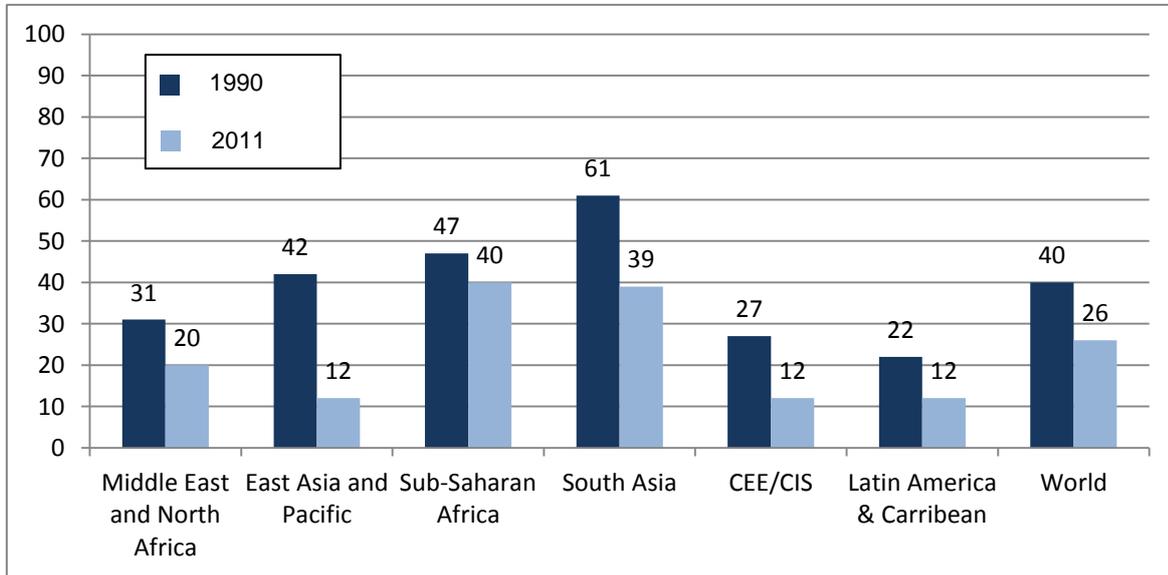
En plus des données sur les pratiques d'alimentation, l'analyse des tendances en matière de retard de croissance peut encore nous renseigner sur la qualité des pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Dans les pays en développement, les taux de retard de croissance ont diminué lentement, passant de 40 pour cent à 26 pour cent entre 1990 et 2011, mais dans certaines régions et certains pays il n'y a pas eu de progrès significatifs. La Figure 13 montre que, malgré les progrès réalisés dans certaines régions (par exemple CEE/CEI, Asie de l'Est et Pacifique), les statistiques sont alarmantes. L'Afrique sub-

<sup>1</sup> Le nouvel indicateur pour- Introduction des aliments de complément comprend le groupe d'âge de 6-8 mois chez les enfants allaités et non allaités par rapport à l'ancien indicateur qui comprenait 6-9 mois et seulement pour les enfants allaités.

saharienne n'a fait pratiquement aucun progrès durant la période entre 1990 et 2011, et les progrès ont été lents dans certaines autres régions. Les opportunités vitales pour sauver des millions de vies sont perdues, et beaucoup d'enfants n'ont pas une croissance normale et un développement normal.

En 2012, on a estimé que 165 millions d'enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement avaient un retard de croissance. La plupart de ces enfants vivaient dans seulement 14 pays très touchés. D'autre part, 51.5 millions d'enfants sont émaciés en 2012 [90].

**Figure 13: Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant un retard de croissance par région (entre 1990 et 2011)**



Source: UNICEF Base de données globale (2012)

## 1.4 Les bases de la politique sur l'ANJE

Les objectifs mondiaux de ANJE, ainsi que les politiques et les stratégies traduisent l'importance qui est accordée à l'ANJE dans les stratégies et programmes de l'UNICEF et d'autres partenaires de développement.. Il s'agit notamment de:

- **1990 la Déclaration d'Innocenti sur la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement maternel** [91].
- **La Convention de 1990 relative aux droits de l'enfant** [92] (article 24) qui stipule que les gouvernements doivent lutter contre la maladie et la malnutrition, à travers, notamment, la fourniture d'aliments nutritifs appropriés et veiller à ce que tous les secteurs de la société soient informés, aient accès à l'éducation et soient soutenus dans l'utilisation des connaissances de base de la santé et la nutrition de l'enfant, y compris les avantages de l'allaitement:

**CDE Article  
24 (e):**

Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;

- **La Déclaration du Millénaire de 2000 [93]** établissant des objectifs et des cibles de santé et de développement (Objectifs du Millénaire pour le développement) pour 2015.
- **Un Monde digne des enfants (2002) [94]**, qui stipule clairement «réduire la sous-nutrition chez les enfants de moins de cinq ans d'au moins un tiers, avec une attention particulière pour les enfants de moins de deux ans » e » protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois et la continuation de l'allaitement avec une alimentation de complément sûre, appropriée et adéquate jusqu'à deux ans et au-delà » .
- **OMS / UNICEF Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2003)**, adoptée par le Conseil exécutif de l'UNICEF et l'Assemblée mondiale de la Santé [1]
- **La Déclaration d'Innocenti de 2005 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [95]** qui célèbre le 15ème anniversaire de la Déclaration de 1990 [96], engage des actions urgentes, et fixe des objectifs concrets.

## 1.5 Résumé des évidences sur les interventions efficaces

Des évidences scientifiques ont été recueillies sur l'efficacité d'un certain nombre d'interventions visant à améliorer les pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation de complément. Il s'agit notamment:

### Interventions pour améliorer les pratiques d'allaitement et promouvoir l'allaitement :

- **Pratiques de soins à la maternité:** Il a été démontré que les changements institutionnels dans les pratiques de soins à la maternité augmentent les taux d'initiation et de durée de l'allaitement [97, 98,99]
- **Soutien professionnel:** Il a été démontré que les conseillers professionnels sont les plus efficaces pour prolonger la durée de tous les types d'allaitement [100].
- **Soutien par les conseillers non professionnels et soutien par les pairs:** Il a été démontré que les conseillers non professionnels sont les plus efficaces pour accroître l'initiation et la durée de l'allaitement maternel exclusif [101].
- **Promotion de l'allaitement maternel en milieu communautaire et le soutien:** Différents types de promotion et de soutien à l'allaitement en milieu communautaire peuvent améliorer les pratiques de l'allaitement maternel dans les pays en développement, selon des études dans les pays en développement [102].
- **Les médias et le marketing social:** Il a été montré que les campagnes médiatiques améliorent les attitudes envers l'allaitement maternel et augmentent les taux d'initiation [103]. Le marketing social a été établi comme un modèle de changement comportemental efficace pour un large éventail de questions de santé publique, y compris l'allaitement maternel [104]
- **Soutien à l'allaitement maternel en milieu de travail:** L'expérience des pays industrialisés a montré comment les programmes de soutien en milieu de travail augmentent la durée de l'allaitement [105].

### Interventions pour améliorer l'alimentation de complément des jeunes enfants

Une revue systématique a identifié un certain nombre d'interventions efficaces pour améliorer les pratiques d'alimentation de complément [106]. Les interventions notées sont les suivantes:

- **L'éducation nutritionnelle améliore les pratiques des gardien/nes d'enfants** à travers les stratégies suivantes [107,108]:
  - Donner des informations aux gardien/nes d'enfants au sujet des aliments locaux, des aliments de complément transformés industriellement, et la fortification des aliments à domicile.
  - Promotion de pratiques appropriées d'alimentation du jeune enfant (voir **les Principes directeurs pour l'alimentation de complément de l'enfant allaité (OPS / OMS 2003)** ([Ressources annexe 1-2](#)).
  - L'utilisation de canaux multiples pour éduquer et conseiller les gardien/nes d'enfants (de la communication de masse à travers les médias au counseling individuel).
- **L'utilisation des aliments de haute qualité disponibles localement améliore l'alimentation de complément en:**
  - Combinant des aliments disponibles localement à faible coût pour créer des aliments de complément adéquats (par exemple en utilisant la programmation linéaire) [109].
  - Utilisant des procédés traditionnels pour améliorer l'adéquation des aliments de complément d'origine végétale (comme la germination, le trempage, la fermentation) ou pour augmenter la densité énergétique (par exemple en ajoutant l'amylase aux aliments) [110].

- Incluant les aliments d'origine animale (AOA) pour améliorer la qualité de l'alimentation [111].
- Faisant la promotion des jardins potagers, l'élevage et la production de volaille pour augmenter la disponibilité des aliments de haute qualité au niveau des ménages.
- **L'utilisation de suppléments** (comme les poudres de vitamines et de minéraux, et suppléments de nutriments à base de lipides) **améliore la qualité des aliments de complément** [112, 113].
- **L'utilisation des aliments de complément fortifiés** améliore l'alimentation de complément en assurant la disponibilité des aliments de complément de qualité, transformés localement ou industriellement, et promouvoir leur consommation [114].
- **L'utilisation d'un mélange d'aliment de complément avec des poudres de multi-micronutriments et des conseils sur les pratiques d'alimentation de complément** a davantage amélioré la croissance que la seule provision de l'aliment. [115].
- **Un soutien spécial pour les populations souffrant d'insécurité alimentaire améliore la nutrition des jeunes enfants** [116] par le biais:
  - Des plans sociaux, des modèles économiques pour garantir l'accès à des aliments de complément.
  - De la distribution des micronutriments et autres produits riches en micronutriments.
  - De la distribution des aliments de complément enrichis aux familles dans le besoin.
  - De régimes de protection sociale qui lient la fourniture de conseils et d'éducation avec des suppléments en nature ou des bons pour des produits spécifiques. Ces régimes ont été mis en œuvre dans un certain nombre de pays d'Amérique latine, la plupart du temps avec des résultats positifs en termes de réduction des taux de retard de croissance [117], [118].

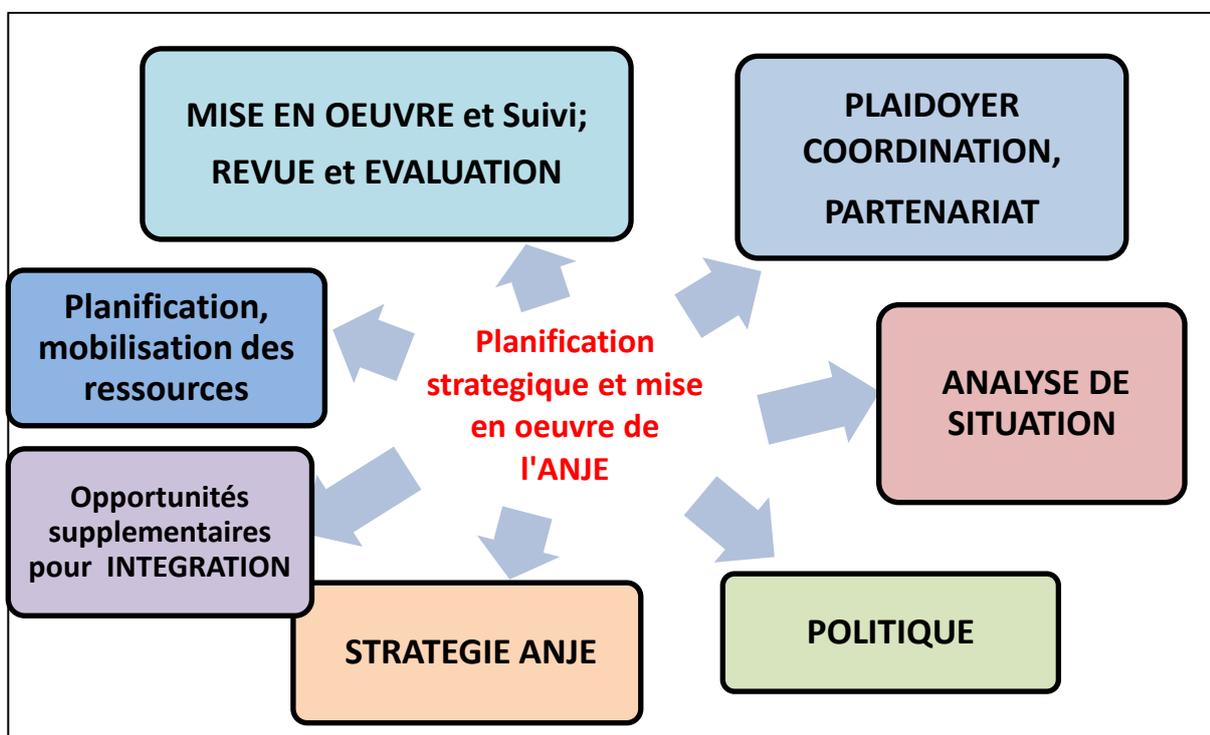
## 2. PLANIFICATION STRATEGIQUE POUR L'ANJE AU NIVEAU NATIONAL

### Développement, planification et implémentation de la stratégie nationale d'ANJE

- 2.1 Plaidoyer, partenariat et coordination
- 2.2 Evaluation de la situation
- 2.3 Développement d'une politique nationale d'ANJE
- 2.4 Développement d'une stratégie complète d'ANJE; identification et « priorisation » des interventions d'ANJE
- 2.5 Utilisation d'opportunités supplémentaires pour l'intégration
- 2.6 Développement de plans d'action nationaux et sous-nationaux et mobilisation de ressources
- 2.7 Implémentation, suivi, revue et évaluation

La planification nationale pour l'ANJE est organisée autour de sept processus fondamentaux en vue du développement, de la planification et de l'implémentation d'une stratégie nationale complète de l'ANJE, telle que présentée plus bas et dans la figure 14. La planification stratégique au niveau national inclut le processus d'analyse de situation, de développement de politique, de systèmes, de stratégies et de plans et leur suivi, révision et évaluation, avec supervision et coordination pertinentes. La figure 14 illustre de manière graphique le processus de planification stratégique:

**Figure 14: Processus fondamentaux du développement, de la planification et de la mise en œuvre d'une approche complète en vue de l'amélioration de l'ANJE**



Les pays ont différents points de départ et se trouvent à des étapes différentes de l'évolution de leurs programmes d'ANJE. Par exemple, une bonne partie des informations requises pour l'analyse de situation peut déjà exister, une politique peut être en place ou une stratégie déjà développée, et les documents existants peuvent simplement avoir besoin d'être révisés et mis à jour en comblant leurs lacunes. Cependant, un pays ne devrait pas attendre jusqu'à ce qu'une politique mise à jour soit adoptée ou que toutes les recherches soient accomplies avant d'entamer le développement des plans d'action.

**Ainsi, ces procédés ne sont pas nécessairement suivis de manière rigide et en séquence progressive dans tous les contextes;** cela dépendra des résultats de l'évaluation de situation, de l'existence de

politiques, de stratégies et de plans complets, de la maturité des programmes, de l'expérience et des résultats d'implémentation, etc.

## 2.1. Plaidoyer, partenariat et coordination

### Développement, planification et Mise en œuvre de stratégie nationale d'ANJE

#### 2.1 Plaidoyer, partenariat et coordination

2.2 Evaluation de la situation

2.3 Développement de politique nationale d'ANJE

2.4 Développement de stratégie complète d'ANJE; identification et priorisation d'intervention d'ANJE

2.5 Utilisation d'opportunités additionnelles en vue de l'intégration

2.6 Développement de plans d'action nationaux et sous-nationaux et mobilisation des ressources

2.7 Mise en œuvre, suivi, revue et évaluation

#### 2.1.1 Plaidoyer et partenariats

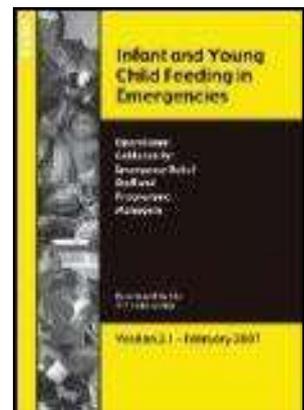
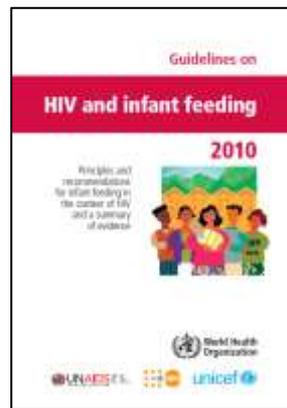
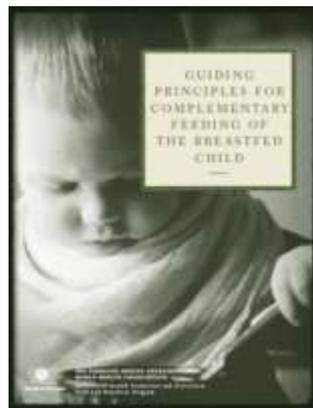
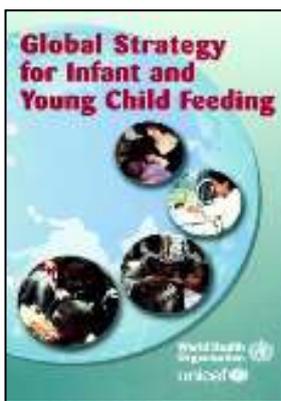
Les concepteurs de politiques et les partenaires influents de l'ANJE seront identifiés comme faisant partie du processus de conversion de la [Stratégie mondiale pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants \(2003\)](#) ([Annexes des ressources 1-1](#)) en une stratégie et un plan d'action nationaux. Il est évident que dans beaucoup de pays, l'ANJE n'est pas un programme nouveau, mais dans beaucoup de cas sa portée et son échelle ne sont pas proportionnelles aux besoins et à son impact potentiel. Le plaidoyer devra prendre en compte les disparités spécifiques, les goulots d'étranglement et les problématiques. Ainsi les concepteurs de politiques et autres acteurs/concernés auront besoin d'informations factuelles, sur mesure, relatives au rôle de l'ANJE dans la croissance et la survie des enfants, aux interventions effectives de l'ANJE, y compris les nouvelles composantes.

La nutrition maternelle optimale et l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants est un domaine transversal qui va au-delà de la nutrition et de la santé uniquement, impliquant un grand nombre de secteurs tels que l'agriculture et la sécurité alimentaire, les corps législatifs, la protection du consommateur, l'éducation, les affaires de genres et de femmes. En conséquence, la sensibilisation et l'information des concepteurs de politiques et des acteurs clés devraient être augmentées, de manière à inclure le plan national complet de l'ANJE dans les secteurs de santé, de nutrition, de protection sociale et autres secteurs pertinents, selon la situation. Le plaidoyer vise aussi à les motiver à agir et à rendre des ressources disponibles et devrait donc avoir des objectifs et actions clairs, utilisant des outils pertinents selon la situation. Le plaidoyer n'est pas une action ponctuelle: il doit être continu et à plusieurs niveaux. Les actions suggérées comprennent:

- **Planification de la composante plaidoyer:** la planification des besoins en plaidoyer doit considérer les objectifs ciblés, l'auditoire dont il s'agira et quelles approches et quelles méthodes seront les plus appropriées à appliquer. Le plaidoyer devrait tenir compte des principaux problèmes ou des changements requis dans les politiques existantes et composantes de programmes, aussi bien que l'introduction de nouvelles composantes.
- **Choix de porte-paroles et de cibles de plaidoyers:** un passage en revue des acteurs clés qui ont un rôle à jouer dans le programme d'ANJE et qui pourraient être influencés par le plaidoyer – ex. systèmes de santé, de bien-être social et d'agriculture pour développer et mettre en œuvre les composantes respectives de la stratégie d'ANJE, le bureau du Procureur général pour réviser et changer les lois et règlements de commercialisation des substituts du lait maternel et la protection de la maternité, les législateurs de politiques sur les conditions de travail et les employeurs pour garantir des lieux de travail accueillants pour mères et bébés, des officiels des départements de formation des écoles médicales/d'infirmières pour l'incorporation ou la mise à jour du curriculum d'ANJE, les administrateurs des hôpitaux locaux pour mettre en application les Dix Étapes, les officiels des gouvernements locaux pour l'affectation des ressources, etc. D'autres acteurs peuvent aussi être choisis pour devenir des porte-paroles et exprimer les messages des plaidoyers.
- **Des événements d'orientation et de sensibilisation** pour garantir que les concepteurs de politiques reconnaissent l'importance de la nutrition et comprennent clairement les principes de l'alimentation appropriée des nourrissons et des jeunes enfants.
- **Dissémination des dernières évidences** sur l'importance de se focaliser sur l'ANJE de façon à améliorer la survie, la croissance et le développement de l'enfant, sur l'importance des interventions

précoces durant la « fenêtre d'opportunité »<sup>1</sup>. Le plaidoyer devrait inclure la nécessité d'intervenir à la fois sur l'allaitement maternel et l'alimentation de complément, cette dernière ayant en général reçu beaucoup moins d'attention. L'évidence scientifique, y compris la plus récente série du Lancet sur la survie de l'enfant, la nutrition et d'autres sujets (voir le chapitre 1), sont une source importante de matériel de plaidoyer. La science traitant de l'impact potentiel des interventions d'ANJE doit être complétée par des évidences sur ce qui fonctionne pour réaliser cet impact – ex. recherche sur les interventions telles que les études en référence à la section 1.5, aussi bien que les leçons apprises à partir de la revue et de l'évaluation des programmes.

- **Dissémination des politiques clés et des documents techniques de l'ANJE** (ex. entre autres, la politique nationale d'ANJE, Stratégie mondiale pour l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants (2003), Principes directeurs pour l'alimentation de complément de l'enfant allaité (2003), Principes directeurs sur le VIH et l'alimentation de l'enfant (2007), Instructions opérationnelles sur l'alimentation de l'enfant dans les situations d'urgences (2007), aussi bien que les principales références scientifiques qui fournissent la base d'évidences des interventions et de l'impact de l'ANJE) parmi les représentants appropriés du gouvernement, les organisations internationales, les ONG et d'autres partenaires potentiels à l'intérieur du pays (ex. l'industrie, les groupes de la société civile, etc.) travaillant dans le secteur de la nutrition et de la santé et d'autres secteurs connexes (ex. agriculture, protection sociale)



- **Des partenariats stratégiques** devraient être poursuivis entre non seulement différents secteurs des gouvernements nationaux, mais aussi avec des agences des Nations Unies, des ONG nationales et internationales, bailleurs et partenaires du secteur privé, prenant en compte leurs différents mandats et agendas. Leur but commun devrait être d'augmenter la synergie pour protéger, promouvoir et soutenir l'ANJE comme un contributeur essentiel aux objectifs de survie, de croissance et de développement des jeunes enfants. Le plan de plaidoyer devrait inclure de rejoindre tous les partenaires valables, pour obtenir l'engagement envers l'ANJE et garantir qu'elle reçoive une plus grande attention.

## 2.1.2 Coordination

Il est important que l'ANJE soit administrée et coordonnée de manière effective et placée de manière évidente sur l'agenda du gouvernement et des partenaires à tous les niveaux. Un pays peut décider d'avoir un forum dédié à la coordination nationale pour l'ANJE, ou d'inclure l'ANJE dans un mécanisme de coordination plus large de la nutrition.

Que l'ANJE soit coordonné par le biais d'un corps qui lui est entièrement consacré, un mécanisme de sous-groupe de coordination de nutrition ou de santé, ou comme un domaine majeur de travail au sein d'un corps unique de coordination de santé et de nutrition, la structure nationale de coordination joue un triple rôle pour : 1) élaborer la stratégie et planifier, 2) superviser la mise en œuvre, et 3) faire le suivi et évaluer. Il a l'autorité et la responsabilité d'assurer l'accomplissement des objectifs fixés de l'ANJE, en établissant des cibles pour

<sup>1</sup> Par exemple, la récente série du Lancet sur la dénutrition chez la mère et l'enfant (Janvier 2008), Lancet Series on Child Development (Janvier 2007)

les résultats clés de l'ANJE, basés sur des standards internationaux mais adaptés à la situation locale. La structure nationale de coordination maximise aussi les synergies entre les partenaires pour éviter la duplication des services, garantir l'harmonisation des messages, curricula et matériels, acquérir des prises de participation et des engagements de la part de tous les acteurs vis-à-vis des objectifs du plan d'action de l'ANJE, assurer la couverture maximale entre les partenaires et les programmes, et appuyer et encourager la coopération et la collaboration.

Spécifiquement, la structure nationale:

- S'assurera que la politique nationale, le programme/stratégie et plan d'action de l'ANJE sont développés, font l'objet d'un consensus et sont distribués à tous les acteurs pertinents et que la stratégie est largement adoptée et appliquée.
- Supervisera la législation destinée à protéger l'alimentation optimale du nourrisson, telle la commercialisation des substituts de l'allaitement maternel, et la protection de la maternité.
- Supervisera les standards d'éducation et de formation des travailleurs de santé, tels que les curricula d'alimentation des nourrissons pour la formation continue ou la formation initiale.
- S'assurera que les actions en vue d'améliorer les pratiques d'allaitement dans les maternités, y compris l'IHAB, sont totalement institutionnalisées dans le cadre du système national de santé, y compris dans les hôpitaux privés, et fera un plaidoyer pour que la mise en œuvre et le suivi des Dix Étapes vers l'Allaitement Maternel Réussi devienne une composante obligatoire des procédures standards d'opération et de supervision pour les hôpitaux et partie intégrante de l'accréditation des hôpitaux, en incluant les hôpitaux privés.
- Fournira la supervision et la coordination des activités d'ANJE à base communautaire pour en garantir une grande couverture, une approche harmonisée et un suivi efficace.
- Supervisera la mise en œuvre de la stratégie et du plan national de communication.
- Garantira l'intégration d'actions pertinentes de l'ANJE tels que les conseils, l'appui et la formation dans les programmes de santé concernés (ex.: soins maternels et aux nouveau-nés, PTME, PCC, PCIME-C, PCMA) ou sociaux (ex. Développement de la Petite Enfance, transfert de cash ou autre système de protection sociale, programmes de sécurité alimentaire, etc.).
- Assurera un suivi efficace et de façon routinière des activités d'ANJE à tous les niveaux, analyse des données programmatiques sur l'allaitement maternel et l'alimentation de complément et des activités d'évaluation appropriées.

Au sein de l'entité nationale, il sera nécessaire d'avoir de plus petits **sous-groupes pour travailler sur des questions spécifiques**, par exemple un sous-groupe de communication et un sous-groupe d'alimentation de complément. Ces deux domaines exigeront la participation de spécialistes de ces domaines respectifs et peuvent impliquer la participation de plusieurs autres secteurs.

L'entité nationale développera un plan d'action sur plusieurs années et tiendra régulièrement des réunions pour évaluer les progrès vers chaque objectif, aussi bien que pour évaluer les progrès vers des objectifs établis de manière consensuelle. Pour remplir ses fonctions, l'entité nationale devrait être partie intégrale du système gouvernemental, avec un mandat approuvé et des fonds fournis par le gouvernement national. L'entité nationale devrait être indépendante et libre de toute influence commerciale de la part d'entreprises commerciales, d'industries ou d'ONG et fondations, puisqu'il pourrait exister un conflit d'intérêt.

Il est également important d'assurer une coordination effective au **niveau sous-national**, spécialement dans les grands pays. Des forums appropriés de coordination en santé/nutrition déjà existants au niveau sous-national doivent être identifiés afin qu'ils affichent de façon évidente l'ANJE à leur agenda, ou un forum de coordination dédié pourrait être établi.

Pour adopter une approche complète de l'ANJE, le groupe peut nécessiter qu'il soit élargi en plus de ses partenaires traditionnels appuyant les programmes d'allaitement maternel. Le gouvernement peut travailler via les systèmes de protection sanitaire et sociale recommandant l'utilisation d'aliments de complément de qualité supérieure, plaidant pour des pratiques d'alimentation appropriées, et fournissant de l'aide aux familles dans le besoin, tandis que les organisations et les ONG internationales peuvent combler les vides laissés par les services gouvernementaux. En même temps, l'industrie privée sera particulièrement importante dans l'apport d'aliments de complément fortifiés de qualité supérieure et bon marché et de suppléments alimentaires sur le marché.

## 2.2. Evaluation de la situation

### Développement, planification et Mise en œuvre de stratégie nationale d'ANJE

2.1 Plaidoyer, partenariat et coordination

#### 2.2 Evaluation de la situation

2.3 Développement de politique nationale d'ANJE

2.4 Développement de stratégie complète d'ANJE; identification et priorisation d'interventions d'ANJE

2.5 Utilisation d'opportunités additionnelles en vue d'intégration

2.6 Développement de plans d'action nationaux et sous-nationaux et mobilisation des ressources

2.7 Mise en œuvre, suivi, revue et évaluation

### Introduction

- Des niveaux différents de programmation d'ANJE peuvent être trouvés dans différents pays, avec certains d'entre eux disposant déjà d'une base de politique et de programmes complets et d'autres ayant réalisé des progrès minimes. Une base de politique et de stratégie d'allaitement et d'actions à différents niveaux est déjà en cours dans plusieurs cas, mais très peu de pays ont entrepris une évaluation de situation complète concernant l'alimentation de complément ou disposent de politiques et de stratégies pertinentes. Dans certains cas une recherche formative est nécessaire. De plus il peut exister des informations détaillées disponibles sur les activités de service en santé, mais des informations limitées sur les activités à base communautaire ou des obstacles à l'ANJE, et sur l'environnement communicationnel à différents niveaux. En conséquence, il est important de compléter une évaluation de situation adaptée au contexte local et de combler les manques d'informations spécifiques au pays.
- L'évaluation de la situation doit inclure des données de base de l'ANJE (indicateurs sur les pratiques d'alimentation) et le statut de la mise en œuvre des programmes d'ANJE avec des résultats pertinents et documenter les interventions réussies et les échecs, pour s'assurer que toutes les leçons apprises soient prises en compte dans le développement des nouvelles stratégies et plans d'action. Elle doit inclure des évaluations participatives avec les communautés si possible (voir Section 2.3 Actions d'ANJE à base communautaire) et des recherches formatives sur les connaissances, les attitudes et les pratiques.
- L'évaluation de la situation doit aussi prendre en compte les questions de genre. La lutte contre les inégalités de genre doit rendre les programmes généralement plus efficaces et améliorer les perspectives nutritionnelles pour filles et garçons. (Voir aussi [Directives Opérationnelles Annexe des Ressources 1-1](#)) sur l'analyse et la programmation des questions de genre avec des détails spécifiques sur les problèmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant). Globalement, il n'y a aucune différence selon le genre dans les taux de retard de croissance et d'insuffisance pondérale et aucune différence dans les taux d'allaitement maternel [119]. Cependant, dans certaines régions, il y a des différences dans les taux de retard croissance [120,121] selon le genre. Divers obstacles à l'optimisation de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant peuvent aussi avoir des aspects spécifiques au genre qu'il faut analyser et résoudre. Par exemple, le statut social inférieur des femmes est considéré comme l'un des principaux facteurs de la malnutrition au cours du cycle de vie [122]. En outre, une analyse des résultats de l'enquête dans 17 pays en développement confirme une association positive entre l'éducation maternelle et le statut nutritionnel des enfants âgés de 3 à 23 mois, bien qu'une grande partie de ces associations soit le résultat du lien étroit entre l'éducation et l'économie des ménages [123]. Ces aspects doivent être inclus dans l'évaluation de la situation pour une image complète.

### 2.2.1 Compléter une matrice d'évaluation

La **Matrice d'Evaluation**<sup>1</sup> ([Annexe des Ressources 1-1](#)) complétée fournira une vue d'ensemble détaillée de la portée et de l'ampleur de l'état de la programmation et de la mise en œuvre de l'ANJE dans le pays. Le résultat le plus utile de cet exercice est l'identification des failles dans les informations, politiques et programmes pour guider le développement de la stratégie et le plan national de l'ANJE. Elle aidera aussi à

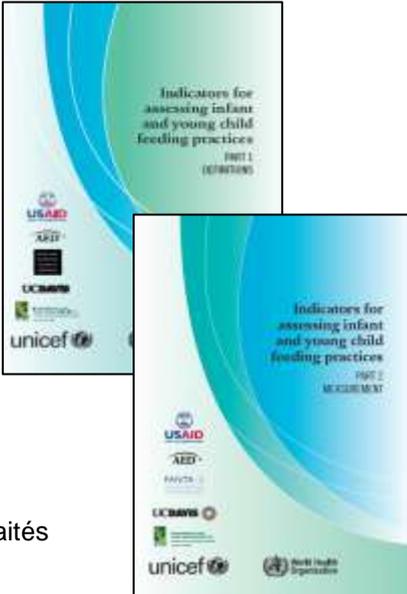
<sup>1</sup> La matrice d'évaluation a été développée par le siège de l'UNICEF en 2008-2009 pour avoir une image complète de la portée et l'ampleur des programmes d'ANJE. En mai 2011, 65 pays l'avaient complétée.

résumer les principales activités qui ont déjà eu lieu dans le pays et planifier leur expansion, et permettre de trouver des ressources pour ces districts qui ont reçu très peu de support. La matrice peut aussi servir pour des rapports périodiques sur les progrès.

## 2.2.2. Obtenir des données de base sur les pratiques en utilisant les indicateurs révisés d'ANJE

Il est recommandé d'utiliser les *Indicateurs pour Evaluer les Pratiques d'Alimentation des Nourrissons et Jeunes enfants (2008)* (*Ressources Annexe 1-4*) récemment révisés pour mesurer l'alimentation des enfants de 0 à 24 mois<sup>1</sup>. Ces indicateurs incluent des indicateurs fondamentaux et optionnels qui permettent l'évaluation de la situation en ce qui concerne les problèmes de l'allaitement et de l'alimentation de complément (voir Figure 15).

**Figure 15: Indicateurs d'ANJE mis à jour (2008)**

<p><b>8 Indicateurs de base:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Initiation précoce de l'allaitement maternel</li> <li>2. Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois</li> <li>3. Continuation de l'allaitement maternel à 1 an</li> <li>4. Introduction des aliments solides, semi-solides ou mous</li> <li>5. Diversification alimentaire minimale</li> <li>6. Fréquence minimale des repas</li> <li>7. Apport alimentaire minimal acceptable</li> <li>8. Consommation d'aliments riches en fer ou enrichis en fer</li> </ol> <p><b>7 Indicateurs Optionnels:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enfants qui ont été allaités</li> <li>2. Continuation de l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans</li> <li>3. Allaitement maternel en fonction de l'âge</li> <li>4. Allaitement maternel prédominant en-dessous de 6 mois</li> <li>5. Durée de l'allaitement maternel</li> <li>6. Alimentation au biberon</li> <li>7. Fréquence des repas à base de lait pour les enfants non allaités</li> </ol>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

## Définitions des indicateurs de base<sup>2</sup>

Il faut noter que l'ensemble de tous les indicateurs doivent être pris en compte pour la programmation. Examiner l'un sans les autres peut fournir une image incomplète, parfois trompeuse. Par exemple, dans un pays, on peut observer un taux élevé d'introduction opportune et une fréquence des repas appropriée, mais la diversité des aliments est tout à fait limitée (les enfants reçoivent seulement des aliments de base, pauvres en vitamines, minéraux, et autres nutriments importants).

### Allaitement

1. **“Initiation précoce à l’allaitement”**: Proportion des enfants nés dans les derniers 24 mois qui ont été mis au sein dans l’heure suivant la naissance.

Cet indicateur n'était pas un indicateur de base dans l'ensemble des indicateurs de base de l'ANJE précédents (1991) [124]. Son importance est soulignée par son inclusion dans l'ensemble des indicateurs de

<sup>1</sup> La Partie I de la série d'indicateurs d'ANJE donne les définitions des indicateurs, tandis que la partie II fournit des outils pour la collecte et le calcul des indicateurs, principalement pour une utilisation pour des enquêtes à grande échelle. Elle traite de sujets spécifiques à la collecte de données tels que: a) Un exemple de questionnaire ; b) Un exemple des instructions pour l'enquêteur; c) Suggestions pour adapter le questionnaire au contexte de l'enquête; d) Instructions pour le calcul des indicateurs

<sup>2</sup> Les indicateurs de base à l'exception de l'indicateur sur l'initiation précoce de l'allaitement sont basés sur le rappel de l'alimentation du jour précédent pour des enfants d'un groupe d'âge spécifique.

base, compte tenu surtout des récentes données sur son impact sur la mortalité néo-natale. Cet indicateur est basé sur un rappel historique pour tous les enfants (vivants et morts) nés au cours des 24 mois.

**2. “Allaitement Exclusif”:** *Proportion des nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui sont nourris exclusivement au lait maternel*

Il est confirmé que l'**indicateur d'allaitement maternel exclusif (AME)** qui est un “indicateur de la situation actuelle” provient d'un rappel de 24 heures sur le mode d'alimentation de l'enfant. Les données recueillies représentent un échantillon d'enfants actuellement âgés de 0 à 5 mois. Il ne représente ni la proportion de bébés qui sont nourris exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à 6 mois, ni la proportion de bébés âgés exactement de 6 mois qui ont été nourris exclusivement au lait maternel le jour précédent. Le critère pour l'indicateur permet à l'enfant de recevoir du SRO, ce qui n'était pas le cas dans les définitions précédentes.

En révisant l'ensemble des indicateurs, il a été mondialement admis que l'indicateur de situation actuelle représente la meilleure façon d'évaluer l'AME. Les rappels basés sur tout autre période ou autre question ne sont pas valides et ne peuvent pas être inclus comme résultats dans les rapports d'enquête. Cependant, quelques enquêtes nationales examinent encore l'AME de manière non-standardisée, ce qui rend les résultats non valides. Les questions non-standardisées sur l'allaitement exclusif dans les enquêtes comprennent par exemple:

- demander à une mère si elle nourrit son enfant exclusivement au lait maternel
- pendant combien de temps a-t-elle allaité exclusivement

**3. “Continuation de l'allaitement”:** *proportion de nourrissons âgés de 12 à 15 mois qui sont nourris au lait maternel*

**4. “Continued breastfeeding”:** *proportion of infants aged 12-15 months who are fed breastmilk.*

L'importance de cet indicateur est soulignée par son inclusion dans la liste des indicateurs de base, et est liée aux données sur l'impact de la continuation de l'allaitement à un an au moins, par exemple dans la série du Lancet sur la Survie de l'enfant. Avant, “la continuation de l'allaitement” était couramment observée en utilisant l'indicateur optionnel “ continuation de l'allaitement jusqu'à 2 ans”.

### **Alimentation de complément**

Dans la version précédente des Indicateurs d'ANJE (OMS 1991) [123], il n'y avait qu'un seul indicateur qui reflétait l'alimentation de complément– “alimentation de complément régulière” (“*proportion des enfants âgés de 6 à 9 mois qui ont reçu du lait maternel et des aliments de complément*”). Cet indicateur permettait de savoir si les aliments de complément avaient été consommés au cours des dernières 24 heures dans le groupe d'âge 6 à 9 mois, et avaient couvert uniquement les enfants allaités. Le grand intervalle d'âge et le manque d'informations pour les enfants non allaités ont rendu les applications de cet indicateur très limitées. De plus, le manque d'informations sur des aspects importants de l'alimentation tel que la qualité du régime et la diversité nutritionnelle a créé un obstacle programmatique majeur.

Dans le nouveau set d'indicateurs d'ANJE 2008, l'indicateur a été révisé pour refléter l'intervalle d'âge de 6 à 8 mois et pour inclure les enfants allaités et non allaités, pour mieux refléter la situation générale de l'introduction des aliments de complément dans une population:

En outre, trois nouveaux indicateurs acceptés mondialement pour l'alimentation de complément sont disponibles maintenant. Ces indicateurs reflètent mieux la qualité et la quantité de nourriture donnée aux enfants âgés de 6 à 23 mois, et incluent les indicateurs suivants:

4. **“Introduction des aliments de complément”**: proportion des nourrissons âgés de 6 à 8 mois qui reçoivent des aliments solides, semi-solides ou mous.

5. **“Diversification alimentaire minimum”**: Proportion des enfants de 6 à 23 mois qui reçoivent des aliments de 4 groupes d'aliments ou plus\*.

\*Les 7 groupes d'aliments comprennent:

1. Graines, racines et tubercules
2. Légumineuses et noix
3. Produits laitiers (lait, yaourt, fromage)
4. Aliments carnés (viande, poisson, volaille, et foie/abats)
5. Œufs
6. Fruits et légumes riches en vitamine A
7. Autres fruits et légumes

Les 7 groupes d'aliments ont été identifiés sur la base de recherche montrant l'importance capitale de chacun dans le régime d'alimentation de complément, et ils peuvent être différents des groupes d'alimentation utilisés depuis longtemps dans des pays ou dans des enquêtes. Par exemple, les œufs comptent comme un groupe d'aliments séparés au lieu d'être catégorisés avec les autres aliments d'origine animale.

Les informations pour l'indicateur “diversité” sont collectées en utilisant un questionnaire de 17 questions (voir [Guide des Mesures](#), p. 9) [125], qui sont ensuite combinées dans les 7 principaux groupes d'aliments.

Le nouveau set d'indicateurs adopté contient un nouvel indicateur composite sur la mesure de la qualité et de la quantité de l'alimentation de complément appelé “ **Apport alimentaire minimal acceptable**”. Cet indicateur est un composite basé sur les indicateurs sur la **fréquence minimale des repas** et la **diversité alimentaire minimale** (ci-dessous).

6. **“Fréquence minimale des repas”** : Proportion des enfants allaités et non allaités âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent des aliments solides, semi-solides, ou mous (mais incluant aussi les nourritures à base de lait pour les enfants non allaités) le nombre de fois minimum ou plus: 2 pour 6 à 8 mois. 3 pour 9 à 23 mois. 4 pour 6 à 23 mois. (s'ils ne sont pas allaités).

7. Le nouveau **“apport alimentaire minimal acceptable”**: Proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui ont tant la fréquence minimale des repas que la diversité nutritionnelle (chez les enfants allaités et non allaités ).

Autrefois, les enquêtes auprès des ménages tels que EDS et EGIM mesuraient la fréquence de l'alimentation de complément, mais limitée aux enfants allaités et âgés de 6 à 23 mois. Le nouvel indicateur permet de la mesurer pour tous les enfants, et d'évaluer la fréquence sur la base des niveaux recommandés pour différents groupes d'âge.

Ceci est un indicateur composite qui reflète tant la qualité du régime que la fréquence de l'alimentation de complément. Tandis que les informations sur la fréquence et la diversité de l'alimentation étaient déjà recueillies par certaines enquêtes tel que l'EDS, ces indicateurs n'ont pas été rapportés universellement comme étant un ensemble d'indicateurs standardisés. L'EDS a recueilli des informations sur les groupes d'aliments qui reflètent différents groupements d'aliments qui ne sont pas entièrement compatibles avec les 7 groupes alimentaires indiqués ci-dessus et auraient besoin d'être ré analysés. En outre, les données sur la fréquence de l'alimentation provenant de l'EDS et EGIM ont été recueillies uniquement auprès des enfants allaités. Donc, n'importe quelle nouvelle analyse des données EDS pour obtenir l'“apport alimentaire minimal acceptable” peut refléter uniquement l'indicateur pour les enfants allaités. (Comme pour les données indiquées dans la Figure 12 ci-dessus). D'autres enquêtes telles que l'EGIM n'ont pas encore un ensemble complet d'indicateurs à cause des difficultés à assurer la qualité des données nutritionnelles. En conséquence, **il est très important d'explorer des opportunités comme des enquêtes nationales sur**

l'alimentation ou même des enquêtes spécifiques centrées sur l'ANJE pour l'inclusion d'un ensemble complet d'indicateurs.

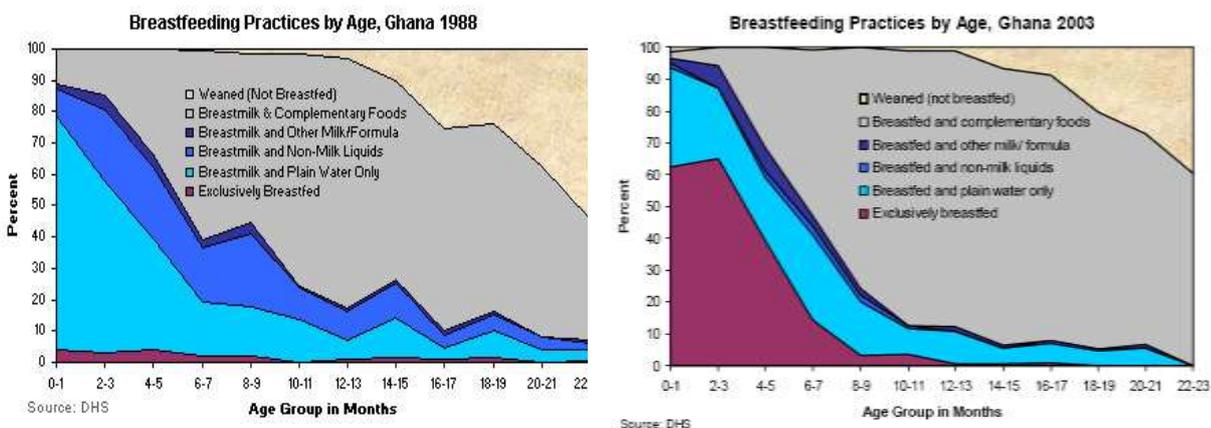
**8. "Consommation d'aliments riches en fer ou enrichis en fer":** Proportion des enfants de 6-23 mois qui reçoivent un aliment riche en fer ou enrichi en fer qui est spécialement conçu pour nourrisson ou jeunes enfants ou qui est enrichi à la maison.

Cet indicateur peut fournir des informations sur l'utilisation de micronutriments multiples en poudre ou de suppléments nutritionnels à base de lipides, aliments de complément fortifiés offerts sur le marché ou des produits similaires enrichis en fer. Cependant, une indication sur la façon de mettre en œuvre la collecte de données est difficile à normaliser et une importante adaptation-pays est nécessaire pour s'assurer que les noms locaux pour les aliments et les produits sont utilisés et qu'ils contiennent une quantité suffisante et convenable de fer.

### 2.2.3 Revoir les graphiques à deux dimensions pour un pays

Un graphique à deux dimensions offre une vue globale des pratiques d'alimentation du nourrisson telles que recueillies par l'EDS, EGIM ou d'autres enquêtes. Les graphiques soulignent le statut de l'alimentation du nourrisson dans un pays et les problèmes majeurs existants<sup>1</sup>. Les graphiques peuvent être utilisés à des fins de plaidoyer, d'identification de priorités programmatiques, et résoudre quelques-uns des obstacles majeurs à l'alimentation optimale. Les graphiques à deux dimensions fournissent aussi des précisions supplémentaires pour suivre les progrès accomplis. L'exemple ci-dessous montre que le pays est passé d'une quasi absence d'allaitement exclusif à un bien meilleur statut. (54% AME).

**Figure 16: Diagramme à deux dimensions pour le Ghana, 1988 et 2003**



### 2.2.4 Collecte de données quantitatives et qualitatives additionnelles

Sur la base des informations manquantes relevées dans la Matrice d'évaluation et de la revue des données existantes, un plan en vue de la collecte et de l'analyse d'informations supplémentaires devrait être développé et mis en œuvre en conséquence. Il est important de créer une carte des groupes parmi la population et des zones les plus vulnérables où une attention spéciale ou des interventions additionnelles peuvent être nécessaires. Les groupes à besoins spéciaux (ex.: enfants infectés par le VIH, mal nourris, vivant dans des situations d'urgence, etc.) devraient aussi être identifiés.

Les informations clés qui devraient être collectées comprennent:

- **Des données quantitatives sur les pratiques de l'ANJE:** Les données primaires comprennent au moins des informations sur les indicateurs de base de l'ANJE (les taux d'initiation de l'allaitement

<sup>1</sup> Le document "Introduction to Interpreting Infant and Young Child Feeding Area Graphs" rédigé par l'UNICEF donne des détails sur l'interprétation des graphes à deux dimensions. Des graphes à deux dimensions sont aussi disponibles et mis à jour périodiquement sur: [ChildInfo website](#)

maternel, l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de six mois et la continuation de l'allaitement maternel chez les enfants âgés de 12-15 mois, des données sur l'alimentation de complément (introduction opportune, fréquence, et diversité). La collecte de données primaires devrait être entreprise en utilisant une méthodologie d'enquête standard (ex. EGIM ou DHS) ou des outils tels que ProPAN (voir [Ressources Annex 1-3](#)), pour les introduire dans l'analyse de situation. Dans le cas des programmes sous-nationaux, la concentration devrait être au minimum sur les districts pour lesquels on planifie le programme.

- **Données qualitatives sur les comportements et pratiques, barrières, normes sociales, etc.** Il est nécessaire de réunir des informations sur des pratiques traditionnelles relatives à l'ANJE aussi bien que d'autres données qui seront utilisées dans la conception de la stratégie de communication et aideront à l'adaptation locale des outils de counseling (voir [Ressources Annexe 1-9](#) pour plus d'informations sur le développement de la stratégie et des outils de communication). Ces données peuvent être collectées via divers approches y compris la recherche formative et des études CAP pour obtenir toutes les informations concernant les normes socioculturelles, les facteurs influençant des comportements particuliers, aussi bien que le niveau de connaissance, les attitudes, pratiques et croyances. .
- **Des données secondaires pertinentes pour l'ANJE** peuvent inclure des enquêtes sur les dépenses des ménages, des enquêtes mesurant les standards de vie (LSMS), des évaluations de marché, des évaluations d'aliments et de récoltes, des enquêtes sur la sécurité alimentaire, des évaluations de vulnérabilité.
- **Politiques et cibles nationales de l'ANJE:** cette partie de l'évaluation se concentre sur les actions et les cibles clés identifiées dans la déclaration d'Innocenti et la stratégie mondiale pour l'ANJE<sup>1</sup>.
- **Programmes nationaux de l'ANJE:** Informations à collecter sur tous les aspects d'un programme complet de l'ANJE y compris la législation, l'éducation des travailleurs de santé la prestation des services en milieu institutionnel, les activités communautaires, la communication, et les programmes de l'ANJE dans les circonstances difficiles.

## Recherche formative/études CAP

La recherche formative permet aux programmeurs d'acquérir une meilleure connaissance des déterminants moins tangibles des résultats nutritionnels et de concevoir des interventions qui font la promotion des changements sociaux et de comportements. La recherche formative sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives à l'alimentation des enfants ajoute des informations qualitatives cruciales sur les raisons qui sous-tendent les modèles d'alimentation exhibés dans le graphe à deux dimensions. L'information obtenue par le biais de la recherche formative est cruciale à la conception de la stratégie de communication, dans le développement des matériaux pour les messages et les outils de counseling, et dans l'application d'approches appropriées de distribution des services pour les interventions dans le système de santé et au niveau communautaire.

Des méthodes de recherche formative participative et orientée vers des actions tels que le mapping de communautés, groupes de discussion, analyse de réseaux sociaux, observation du counseling, entrevue d'informateurs clés, évaluations au niveau institutionnel, et visites de communautés et de marchés sont utilisés pour mieux comprendre les obstacles et les facteurs favorisant les changements de comportement. Par exemple les groupes de discussions se sont révélés fort utiles pour analyser en profondeur les barrières et les facteurs démotivants concernant l'alimentation des nourrissons, tout en offrant en même temps un lieu pour éduquer les femmes et les prestataires de services participants. La recherche formative devrait être entreprise avec l'entière participation des communautés.

Les pratiques et comportements des fournisseurs de soins peuvent être influencées par plusieurs facteurs y compris le temps alloué à la mère, les connaissances, perceptions, attitudes, croyances culturelles, pratiques ou normes sociales, les compétences; la santé du fournisseur de soins et des membres de la famille; et les pressions et appuis sociaux [126,127].

La recherche formative en vue du développement de la stratégie de communication requiert des éléments additionnels (voir [Chapitre 3.4 sur communication](#)).

La recherche formative pour les programmes d'alimentation de complément est non seulement nécessaire en ce qui concerne la situation des fournisseurs de soins et leurs pratiques et croyances, mais aussi sur les prix

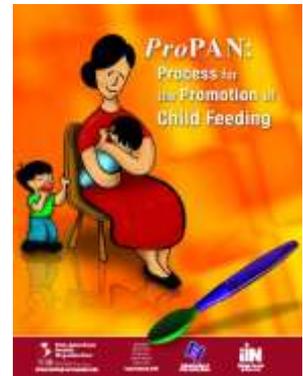
---

<sup>1</sup> Le manuel de l'OMS-Linkages intitulé "*Infant and Young Child Feeding: A Tool for assessing national practices, policies and programmes*" (2003) est un outil utile pour procéder à une évaluation des documents au niveau national

du marché, la disponibilité et l'accessibilité d'aliments locaux de qualité supérieure et la possibilité de suppléments additionnels. Une analyse des aliments disponibles localement appropriés à la consommation par les nourrissons, devrait être entreprise parmi différents sous-groupes géographiques, ethniques et socioéconomiques.

Divers outils sont disponibles pour la conduite de la recherche formative (voir [Ressources Annexe 1-3](#)). Les outils recommandés comprennent [Designing by Dialogue](#) et le [BEHAVE Framework](#).

Le manuel *The ProPAN* est aussi un outil complet pour la programmation de l'alimentation des nourrissons qui compte un module pour la collecte de données qualitatives et quantitatives se rapportant aux pratiques de l'ANJE et a été utilisé pour la recherche formative dans des contextes variés (voir [Ressources Annexe 1-3](#)).



L'évaluation des aliments et des pratiques d'alimentation de complément devrait viser à collecter des informations sur les divers aspects des "**Dix Principes directeurs de l'alimentation de complément**". Des données sur l'alimentation de complément y compris les croyances et pratiques actuelles concernant les aliments devraient être collectés dans différentes sous-populations, ex. urbaines vs. rurales, différents groupes socioéconomiques, des groupes régionaux, etc. (voir plus bas). Des groupes de discussions bien conçus peuvent fournir des informations utiles. Les domaines nécessitant des améliorations devraient être identifiés au cours de ce processus.

Une explication détaillée est donnée au [Chapitre 2.4.4](#), des informations à collecter sur trois principaux sujets: la **situation de la sécurité alimentaire, la disponibilité et l'accessibilité d'aliments de qualité et les pratiques d'alimentation des enfants âgés de 6-23 mois**.

Il faut noter que bien que des données nationales représentatives sont requises sur les indicateurs du statut nutritionnel tels que la prévalence du retard de croissance ou de l'insuffisance pondérale, ou pour des indicateurs de base pour l'ANJE, des évaluations additionnelles des pratiques d'alimentation de complément peuvent être entreprises au moyen d'études limitées concernant la population cible, avec des composantes qualitatives et quantitatives. De telles études exigent bien moins de ressources (comparées à une enquête EGIM), mais peuvent toujours guider le processus de programmation de manière considérable. Aussi, d'autres sources d'informations (par exemple des données sur la sécurité alimentaire, les prix des aliments, les marchés, etc.) peuvent être disponibles au moyen de diverses autres enquêtes déjà effectuées dans un pays.

Deux outils clés, recommandés pour être utilisés dans l'évaluation de situation, la conception, la planification et le suivi et l'évaluation (S&E) de l'alimentation de complément incluent la **programmation linéaire et ProPAN**.

Une fois que toutes les données auront été collectées ou compilées, elles doivent être analysées et les implications déterminées en termes de type ou d'approches des interventions qui peuvent être requises.

## 2.3 Développement de la politique nationale d'ANJE

### Développement, planification et Mise en œuvre de stratégie nationale d'ANJE

2.1 Plaidoyer, partenariat et coordination

2.2 Evaluation de la situation

#### 2.3 Développement de la politique nationale d'ANJE

2.4 Développement de stratégie complète d'ANJE; identification et priorisation d'interventions d'ANJE

2.5 Utilisation d'opportunités additionnelles en vue d'intégration

2.6 Développement de plans d'action nationaux et sous-nationaux et mobilisation des ressources

2.7 Mise en œuvre, suivi, revue et évaluation

### 2.3.1 Politique nationale d'ANJE

Une politique nationale d'ANJE est un important pré-requis pour une planification stratégique réussie<sup>1</sup>. Une politique complète peut garantir une attention optimale et des actions orientées vers l'alimentation des nourrissons et du jeune enfant à différents niveaux : dans le système de santé, au niveau communautaire et dans d'autres secteurs. La politique de l'ANJE peut être adoptée en elle-même ou incluse dans des politiques nationales de nutrition, de survie et de développement de l'enfant selon les possibilités, mais il faut s'assurer qu'elle est complètement prise en compte. Dans tous les cas, il faut s'assurer que les domaines d'intervention d'ANJE spécifiques au contexte et basés sur des évidences sont inclus et soutenus par la politique nationale.

**Contexte de la politique:** Si une politique/stratégie/ou un programme d'ANJE existe déjà, qu'elle soit autonome ou intégrée à des politiques de santé ou de nutrition nationales, une évaluation et une revue doivent être entreprises. La politique doit incorporer les toutes dernières directives sur les divers aspects de l'ANJE, tels que la stratégie mondiale pour l'ANJE de 2002, le Code international de Commercialisation des substituts du lait maternel (1981) et les résolutions subséquentes de l'AMS, les déclarations Innocenti sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel (1990 et 2005), les principes directeurs de l'alimentation de complément de 2003 et 2005, la directive opérationnelle de 2007 sur l'alimentation des nourrissons dans les cas d'urgence et ses addenda, et les recommandations de 2010 de l'OMS sur le VIH et l'alimentation des nourrissons [128].

#### Encadré 4: Définitions des termes utilisés dans ces directives : Politique d'ANJE

Une **politique ANJE** est habituellement un document formel établissant la position du gouvernement sur les pratiques d'ANJE recommandées et les principes d'action pour réaliser les objectifs nationaux des pratiques, tels que les cadres et les systèmes législatifs, les principaux domaines d'intervention et les responsabilités. Une politique peut être développée et peaufinée sur une période de temps plus longue tandis qu'elle est révisée et validée par les instances pertinentes.

*Tiré du du : Planning Guide for national Implementation of the GSIYCF. WHO/UNICEF. 2007.*

**Accent sur la nécessité d'une politique d'ANJE complète:** les politiques nationales relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant doivent être complètes afin de s'assurer que tous les services communautaires et de santé pertinents protègent, recommandent et soutiennent l'allaitement maternel, garantissent une alimentation de complément, sûre, appropriée et adaptée à l'âge pour les nourrissons et jeunes enfants de 6 à 24 mois, et incluent aussi bien des directives sur comment assurer une alimentation appropriée aux nourrissons et jeunes enfants vivant dans des circonstances extrêmement difficiles. En garantissant la protection de l'allaitement maternel, la politique devrait requérir qu'une législation conforme au Code et à la protection maternelle soit publiée et appliquée. La politique doit aussi exiger des normes et des standards appropriés dans les pratiques de maternité, les services de santé, les actions à base communautaire, et la communication.

Si le pays utilise une approche sectorielle large (SWAp), un Document stratégique de réduction de la pauvreté (DSRP), ou d'autres stratégies et initiatives similaires, le plaidoyer doit s'assurer que l'ANJE est reconnue comme un important contributeur à la réalisation des objectifs nationaux et qu'en conséquence elle est l'objet d'une attention adéquate. Tous les documents de politique, stratégie et planification et cadres de suivi et d'évaluation doivent avoir l'ANJE sur leur agenda de manière suffisante.

### 2.3.2 Politiques de renforcement de l'ANJE au sein des systèmes de santé

Les professionnels de santé sont souvent des personnalités influentes dans une société, et les messages, conseils et recommandations qu'ils donnent jouent un rôle crucial pour garantir des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Les expériences des mères et des nourrissons avec les services de soins de santé exercent une forte influence sur l'initiation de l'allaitement maternel et les comportements ultérieurs face à l'alimentation des nourrissons. D'un autre côté, les actions et conseils des prestataires de soins de santé peuvent aussi refléter un manque de connaissance des conseils et pratiques d'alimentation correctes, ou être biaisés vers des méthodes d'alimentation sous-optimales. Dans beaucoup d'environnements où des conseils et des appuis proactifs et corrects sont absents dans le système de santé, l'opportunité d'influencer les mères vers les pratiques optimales est perdue.

<sup>1</sup> Dans ce document les termes « politique », « stratégie », « programme » et « intervention » ont été utilisés avec des définitions distinctes et spécifiques. Voir les divers encadrés pour les définitions de ces termes comme ils ont été utilisés dans ce document. Voir aussi le glossaire pour les définitions de « politique », « stratégie » et « normes »

**Les interventions dans les services de santé pour l'ANJE** sont un des piliers clés de la stratégie et de la politique globales de l'ANJE, et sont cruciales même si la couverture et l'utilisation des services ne sont pas élevées pour tous les services de santé maternelle et infantile. Même si le système de santé est faible ou l'accessibilité est faible, des actions liées à l'ANJE devraient en constituer une part importante. Dans la plupart des pays il existe au moins un contact avec le système de santé - souvent des journées de soins de santé prénatale ou d'immunisation ou de la santé de l'enfant – qui pourrait servir d'un point d'entrée aux services d' ANJE.

Pour être incorporée au système des services de santé primaire, l'ANJE doit être incluse à titre d'une des principales interventions préventives dans les stratégies et politiques de santé nationales et sous-nationales, elle doit aussi être évaluée et suivie sur une base régulière, de préférence avec des indicateurs intégrés au système de gestion des informations sur la santé (HMIS). Aujourd'hui, beaucoup de pays font des efforts pour renforcer leur système national de santé, avec une attention spéciale pour la planification de la santé au niveau du district, des évaluations et estimations de la performance des systèmes de santé au niveau du district, aussi bien que le renforcement de l'organisation, la gestion et l'opérationnalisation des systèmes et services de santé au niveau du district. Le rôle des responsables nationaux et de district dans la prise en compte systématique des problèmes de nutrition des nourrissons et jeunes enfants est crucial pour garantir l'inclusion et la mise en œuvre à grande échelle des interventions d'ANJE.

Dans les pays où **les initiatives de renforcement des systèmes de santé sont une grande priorité**, des facteurs/éléments techniques et de plaidoyer peuvent être fournis pour garantir que la nutrition – et spécifiquement l'ANJE – est bien prise en compte au sein des différentes composantes des plateformes de renforcement des systèmes de santé, y compris ces exemples présentés dans la figure 17 :

**Figure 17: Plateformes RSS & ANJE**

<b>Leadership, politique et gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Politique ANJE, législation, stratégie, plans annuels, mécanisme de coordination , liens avec d'autres secteurs, normes &amp; standards</li> </ul>
<b>Developpement de paquets minimum de services standard</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Principales interventions en ANJE convenablement reflétées dans un paquet minimum de services pour les institutions de santé &amp; les soins de santé communautaires</li> </ul>
<b>Augmentation des competences et connaissances des ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Programmes d'études initiales, formation en milieu de travail pour tous les travailleurs de sante et les travailleurs communautaires concernés, descriptions du travail/des taches refletant l'ANJE,s tructures de travail modifiées pour inclure l' ANJE, encadrement &amp; supervision de soutien</li> </ul>
<b>Renforcement de la prestation des services de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Services ANJE entièrement institutionnalisés dans toutes les maternités, Sante materno-infantile &amp; soins de santé communautaire; supervision incluant l'ANJE &amp; faite régulièrement</li> </ul>
<b>Gestion des approvisionnements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Suppléments alimentaires, également aides-mémoire pour les travailleurs de sante et les travailleurs communautaires &amp; matériels de communication)</li> </ul>
<b>Financement/budgets</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Lignes budgétaires financées l' ANJE à des niveaux nationaux &amp; sous-nationaux</li> </ul>
<b>Système de gestion des informations sur la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Principaux indicateurs de l'ANJE et points de référence entièrement intégré dans le SGIS &amp; liee aux procédures d'opération standards &amp; mécanisme assurance de qualité</li> </ul>

### 2.3.3 Politiques de renforcement de l'ANJE dans les services communautaires

Dans beaucoup de milieux communautaires, **l'accès et l'utilisation des services de santé sont faibles**, et les services disponibles sont souvent débordés. Dans de tels contextes, des actions ANJE à base communautaire, de qualité, à l'échelle nationale sont particulièrement importantes pour garantir que les mères et les nourrissons sont touchés par les services de counseling et de soutien à l'ANJE. Même s'il existe de bonnes actions d'ANJE dans les services de santé, la promotion et le soutien au niveau communautaire sont essentiels à l'atteinte d'une couverture élevée et d'un impact satisfaisant. Des services d'ANJE communautaires sont également cruciaux pour **parvenir à une accessibilité équitable** pour tous les enfants de moins de deux ans, puisqu'ils visent à atteindre les communautés les moins desservies et les plus désavantagées.

En conséquence, il est nécessaire que la politique d'ANJE s'assure que les interventions ANJE sont bien prises en compte au sein des structures et des services de santé et de nutrition à base communautaire. De plus, **des politiques et des systèmes** doivent être mis en place pour soutenir et faciliter le programme communautaire, qu'il s'agisse d'un programme communautaire intégré de nutrition et de santé, ou d'un programme communautaire d'ANJE autonome. Très souvent des activités autonomes telles que la formation sont exécutées au bénéfice des travailleurs communautaires dans certaines zones sélectionnées, en absence d'une politique et d'un système d'appui solide en vue de garder et motiver les travailleurs communautaires et garantir leur supervision et leur suivi. Si ces aspects ne sont pas pris en compte dès le début du programme, les chances de succès sont réduites de manière substantielle.

Une **approche standardisée** de la part du gouvernement et des acteurs concernés, appliquant les meilleures pratiques et des systèmes et des stratégies éprouvés, devrait être poursuivie à travers tout le pays ou la totalité de la population cible. A éviter: des efforts fragmentés, non coordonnés à petite échelle visant à former les travailleurs communautaires, en absence de systèmes mis en place en appui continu, pour le fonctionnement des activités et la supervision des travailleurs. Dans les cas où il n'existe aucune politique gouvernementale sur les programmes communautaires ou la rémunération des travailleurs communautaires (beaucoup de temps peut s'écouler avant que ceux-ci soient formellement approuvés), il est toujours possible de poursuivre la mise en œuvre d'un programme ANJE à base communautaire à grande échelle, aussi longtemps que les acteurs concernés sont d'accord, et garantissent l'application des systèmes d'appui.

**Les éléments clés de politique et de système qui méritent d'être pris en compte comprennent les éléments suivants:**

- Les travailleurs communautaires doivent bénéficier de la reconnaissance officielle des autorités gouvernementales aussi bien que de la communauté; l'autorité des travailleurs de fournir des services et des produits, de référer les patients et donner des conseils doit être endossée et appuyée par des politiques gouvernementales.
- Le programme communautaire doit être bien relié au système de santé et en accord avec ses politiques.
- La politique doit indiquer la nécessité de développer la capacité, et implémenter, les services d'appui et de conseils pour l'ANJE au niveau communautaire, aussi bien que la promotion de d'ANJE (CCC).
- Les outils pour le counseling, la formation, la communication, fournis aux travailleurs communautaires doivent être en accord avec ceux fournis aux travailleurs de santé.
- Le travailleur communautaire doit avoir un profil et un rôle clairs.
- Le travailleur communautaire doit recevoir des encouragements appropriés ou une rémunération sur une base régulière.
- Le système d'approvisionnement et le système logistique doivent bien fonctionner.
- Un système de suivi régulier et de soutien de la supervision doit être établi et sa mise en œuvre doit être assurée (voir la section sur [Développement de capacité en counseling communautaire pour l'ANJE](#) pour plus de détails).

## 2.4 Développement d'une stratégie complète et priorisation d'interventions

### Développement, planification et Mise en œuvre de stratégie nationale d'ANJE

2.1 Plaidoyer, partenariat et coordination

2.2 Evaluation de la situation

2.3 Développement de la politique nationale d'ANJE

## **2.4 Développement de stratégie complète d'ANJE; identification et priorisation d'interventions d'ANJE**

2.5 Utilisation d'opportunités additionnelles en vue d'intégration

2.6 Développement de plans d'action nationaux et sous-nationaux et mobilisation de ressources

2.7 Mise en œuvre, suivi, revue et évaluation

### **Introduction**

Le développement d'une stratégie complète d'ANJE est un élément clé dans l'atteinte des objectifs et des buts de l'ANJE dans un pays. Le développement d'une stratégie nationale d'ANJE **aidera à unifier, centrer et guider** toutes les interventions et les programmes<sup>1</sup> liés à l'allaitement et à l'alimentation de complément mis en œuvre dans le pays par le gouvernement, les ONG et les autres partenaires des secteurs santé, nutrition, protection sociale etc. Il doit être entièrement intégré dans les systèmes et plateformes de mise en œuvre gouvernementaux existants et dans les budgets du gouvernement et des bailleurs.

Dans beaucoup de pays, le développement de plans annuels est décentralisé vers des niveaux inférieurs des structures gouvernementales, par exemple les régions, les provinces, et les états. Il est donc essentiel que la stratégie ANJE nationale soit disséminée dans ces niveaux inférieurs et qu'il existe un processus de revue des plans locaux au niveau national.

Une stratégie complète ANJE doit inclure un paquet d'interventions et d'actions spécifiques au contexte (voir encadré 5) à différents niveaux et qu'il faut implémenter ensemble. Elle comprend des actions à trois niveaux principaux, y compris:

- Processus et actions au niveau national ([Chapitre 2](#))
- Actions au niveau des services de santé ([Chapitre 3.2](#))
- Actions au niveau communautaire ([Chapitre 3.3](#))

Elle comprend aussi des approches qui incluent tous les niveaux et prend en compte:

- Les mesures réglementaires ([Chapitre 3.1](#))
- La communication en vue des changements de comportements et du changement social ([Chapitre 3.4](#))
- L'ANJE dans des conditions d'extrême difficulté, y compris le VIH/SIDA et les urgences ([Chapitre 3.5](#))

D'autres approches trans-sectorielles peuvent aussi être développées et mises en œuvre dans les pays, dépendant des circonstances et des structures existantes, par exemple des systèmes de protection sociale avec une composante de nutrition pour enfants, la distribution ou la commercialisation des aliments de complément, des interventions agricoles ou de sécurité alimentaire centrées sur la nutrition des enfants et le jardinage et le petit élevage ([voir le Chapitre 2.4.3](#)). Une expérience et des évidences à plus grande échelle

#### **Encadré 5: Définitions des termes utilisés dans cette directive: stratégie et interventions ANJE**

Une stratégie ANJE implique une réflexion stratégique nationale de haut niveau qui définit les raisons pour lesquelles la question de l'ANJE est prise en considération, quels en sont les objectifs spécifiques et le but fondamental, quels sont les principes clés qui seront observés, qu'est ce qui devrait être fait pour atteindre les objectifs et par qui. La stratégie ANJE devrait reposer sur les résultats et l'analyse de la recherche formative et guidée par la politique. Cependant, elle peut aussi servir de base à une action accélérée sur des interventions clés axées sur des évidences, tandis que le document de politique plus élaboré est en voie de développement ou attend d'être formellement endossé.

Le document stratégique est un large résumé prenant en considération et choisissant entre des options d'interventions et d'actions ANJE possibles, se concentrant sur les besoins les plus critiques, les opportunités particulières, laissant de côté les choix les moins prometteurs. Il offre une vue générale avec des directives à la fois sur le mélange équilibré des interventions à appuyer et des actions à entreprendre, et des liens entre elles et leur séquence dans le temps.

Une **intervention** est un domaine d'action spécifique basée sur des évidences scientifiques d'efficacité et d'efficience et conçue pour avoir un impact sur des pratiques d'ANJE identifiées. Des exemples d'interventions comprennent le counseling, la, communication, les suppléments alimentaires ou en micronutriments, les transferts d'argent, etc.

<sup>1</sup> Dans ce document les termes «politique», «stratégie», «programme» et «intervention» ont été utilisés avec des définitions distinctes et spécifiques. Voir les divers encadrés pour les définitions de ces termes comme ils ont été utilisés dans ce document.

doivent encore être réunies/produites avant que des recommandations de programmation et des directives détaillées puissent être fournies.

La stratégie nationale ANJE d'un pays doit comprendre **toutes les interventions et composantes clés qui sont pertinentes pour le pays et les situations sous nationales** (Voir le [Chapitre 2.4, 4](#) sur la Priorisation des interventions) et inclure à la fois l'allaitement maternel et l'alimentation de complément. En général, les pratiques optimales d'allaitement maternel ont été définies de manière plus claire et sont appuyées dans beaucoup de pays par l'intégration des stratégies d'allaitement maternel à des politiques de santé et des plans d'action nationaux. En même temps, dans bien des cas, le paquet des interventions d'allaitement maternel n'a pas été suffisamment complet – par exemple se concentrant seulement sur l'IHAB et le Code sans intervention au niveau des services de santé primaire ou communautaire et aucune stratégie de communication, ou en couvrant seulement la communication mais sans action au niveau du système de santé ou communautaire. D'un autre côté, l'intégration de stratégies en vue d'améliorer l'alimentation de complément n'a généralement pas eu lieu, bien qu'elle soit également cruciale à la survie, la croissance et le développement des enfants.

La stratégie nationale ANJE comprendra les composantes les plus appropriées sur la base de l'évaluation de la situation, le cadre de politique et l'exercice de priorisation des interventions. Le but de la stratégie nationale est de définir comment et par qui les interventions et les activités appliquées à chaque composante principale, seront réalisées. Au cas où il existe une stratégie ANJE, une révision des composantes existantes devrait être entreprise pour évaluer leur pertinence et déterminer celles qui sont nécessaires mais qui manquent ou sont inappropriées en termes de domaines couverts, d'approche de mise en œuvre et d'échelle.

Le **document de stratégie** pourrait inclure<sup>1</sup>:

- i. Le contexte et la justification, y compris un résumé de l'analyse de situation la plus récente
- ii. Les buts, objectifs et cibles.
- iii. Un résumé des déclarations de politique sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant recommandées, les aspects législatifs et les principales composantes de la stratégie du programme national.
- iv. Les Principaux domaines d'intervention & opportunités d'intégration.
- v. La mise en œuvre: résumés des actions; acteurs dans différents secteurs; perspectives pour la mise à l'échelle
- vi. Le suivi, la revue et l'évaluation.
- vii. Les implications sur les ressources.

## 2.4.1 Buts, objectifs et cibles de la stratégie nationale ANJE

La stratégie doit inclure les **buts et objectifs** généraux pour l'ANJE, s'assurant qu'ils sont **SMART**<sup>2</sup>([Ressources Annexe 1-4](#)). Il faut également souligner que les données ANJE doivent être désagrégées pour divers paramètres tels que les régions et groupes socio-économiques, de sorte que les objectifs puissent être fixés à des niveaux appropriés pour des populations ayant des points de départ très différents. Ceci est très important pour les principes d'équité, en vue de permettre aux programmes de se concentrer sur la réalisation de progrès en faveur des plus défavorisés.

La stratégie ANJE doit refléter non seulement les objectifs de résultats globaux mesurés par des indicateurs de base et optionnels ANJE, mais aussi les grands objectifs des résultats qui seront obtenus au cours de la période définie. Des exemples sont donnés dans le tableau 1 au [Chapitre 2.7](#).

**Une perspective de mise à l'échelle** devrait être le point de départ pour la stratégie et les plans d'action connexes. La réalisation de l'échelle est susceptible d'impliquer une approche progressive. Ceci impliquera

<sup>1</sup> Basé sur le Guide de planification de l'ANJE de l'OMS (2007)

<sup>2</sup> Des objectifs SMART sont décrits comme suit: 1. Spécifique: les objectifs devraient préciser ce qu'ils veulent atteindre 2. Mesurable: en mesure de quantifier les objectifs et les avantages; 3. Réalisable (Achievable): en mesure d'atteindre les objectifs (connaissance des ressources et des capacités). 4. Pertinent (Relevant): pertinence des objectifs à l'objectif; peut aussi signifier réaliste. 5. Limité dans le temps (Time-bound): en indiquant le délai dans lequel ils seront chacun accomplis. Un exemple d'un objectif SMART serait: "Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif des enfants de moins de six mois à l'échelle nationale de 30% en 2006 à 45% en 2011 et 60% d'ici à 2015".

que chaque région et district traduise la stratégie et le plan national dans des plans locaux et identifie les ressources nécessaires pour mettre en œuvre les plans. Des modèles de valeur qui peuvent être adaptés pour la planification au niveau local et national de l'ANJE, y compris des microprocessus de planification entrepris pendant des journées de la santé de l'enfant ou des services de vaccination.

Des projets pilotes pour évaluer la faisabilité, l'efficacité et l'efficacité de nouvelles interventions ou des méthodes innovatrices de mise en œuvre des interventions peuvent être effectués avant la reproduction de modèles différents à grande échelle, mais la stratégie nationale doit mettre l'accent sur la mise en œuvre des interventions éprouvées à l'échelle car il y a suffisamment de preuves de l'impact des principales interventions éprouvées, sans un long processus de modélisation.

## 2.4.2 Calculer le coût de la stratégie

Une perspective de mise à l'échelle ainsi que des stratégies claires pour assurer des interventions efficaces devrait guider la stratégie de mobilisation de ressources. Un exercice de calcul des coûts pour mettre en œuvre la stratégie est utile pour définir l'enveloppe des ressources qui sera nécessaire pour atteindre des niveaux élevés de couverture sur une période de temps définie dans un pays. Un plan bien budgétisé est essentiel pour mobiliser des fonds et veiller à ce que l'expansion de l'ANJE soit pleinement prise en compte dans les budgets gouvernementaux, y compris les documents de planification et de budgétisation tel que les Cadres de Dépenses à Moyen Terme (CDMT). Différents outils pour établir les coûts existent, y compris l'**outil de Budgétisation des Coûts Marginaux face aux goulets d'étranglement (MBB)** ([Ressources Annexe 1-1](#)) que l'UNICEF utilise dans certains pays. La Banque mondiale a également publié un modèle d'établissement des coûts pour une nutrition à grande échelle, y compris les interventions ANJE [129]. Le calcul du coût de la stratégie aidera aussi dans le développement de budgets annuels réalistes.

## 2.4.3 Les principales composantes et interventions de la stratégie ANJE

Une stratégie globale ANJE devrait inclure un certain nombre de composantes importantes et nécessaires pour atteindre des résultats importants et durables ainsi qu'une amélioration des pratiques d'alimentation à l'échelle. Leur importance et leur priorisation, cependant, doivent être adaptées à la situation et aux contextes

### **Encadré 6: Composantes et interventions pour une stratégie globale ANJE**

#### Législation:

1. Développement & application de la **législation nationale sur la commercialisation des SLM.**
2. Développement & application de la **législation sur la protection de la maternité.**

#### Interventions ANJE pour un soutien spécialisé par le système de santé:

3. Développement/mise à jour du **curriculum ANJE** intégré pour la formation initiale et en milieu de travail des prestataires de soins de santé.
4. Établissement d'**autres services de counseling et de soutien ANJE dans les centres de santé** auprès des contacts pertinents de santé materno-infantile dans les services de soins de santé primaires.
5. **Développement des capacités** en matière d'ANJE et de nutrition maternelle pendant la grossesse et l'allaitement pour les prestataires de soins de santé et les conseillers en lactation.
6. Institutionnalisation des Dix Étapes pour réussir l'Allaitement Maternel dans toutes les maternités (**IHAB**).

#### Interventions ANJE pour le counseling et le soutien communautaires:

7. Mise en place de **services de counseling ANJE communautaire intégrés au niveau communautaire** et **développement des capacités** des travailleurs communautaires.
8. Création de **groupes de soutien aux mères** pour l'ANJE dans la communauté.

#### Communication:

9. Mise en œuvre de **communication** pour un changement comportemental et social à travers de multiples canaux.

### Encadré 6:

#### Des composantes additionnelles d'alimentation de complément:

10. **Amélioration de la qualité des aliments** de complément grâce à des ingrédients disponibles localement à travers des stratégies du counseling et communication sur les pratiques alimentaires et les recettes améliorées
11. Mesures en vue d'augmenter la disponibilité et l'utilisation d'aliments locaux grâce à **la production agricole croissante** d'aliments locaux de haute qualité (par exemple, la production alimentaire de subsistance, élevage, parallèlement à la vulgarisation agricole).
12. Provision de **suppléments et d'aliments nutritifs** pour l'alimentation de complément (MNPs, LNS, aliments de complément enrichis, etc.) chez les populations en situation d'insécurité alimentaire et **marketing social & commercial** de suppléments et d'aliments nutritifs pour l'alimentation de complément dans la population en général.
13. Régimes de **Protection sociale** avec la composante nutrition – alimentation de complément. (par exemple, sous forme d'aliments de complément en nature, bons, transferts d'argent).

#### ANJE dans des circonstances difficiles:

14. **VIH et alimentation du nourrisson.**
15. **ANJE dans les situations d'urgence.**

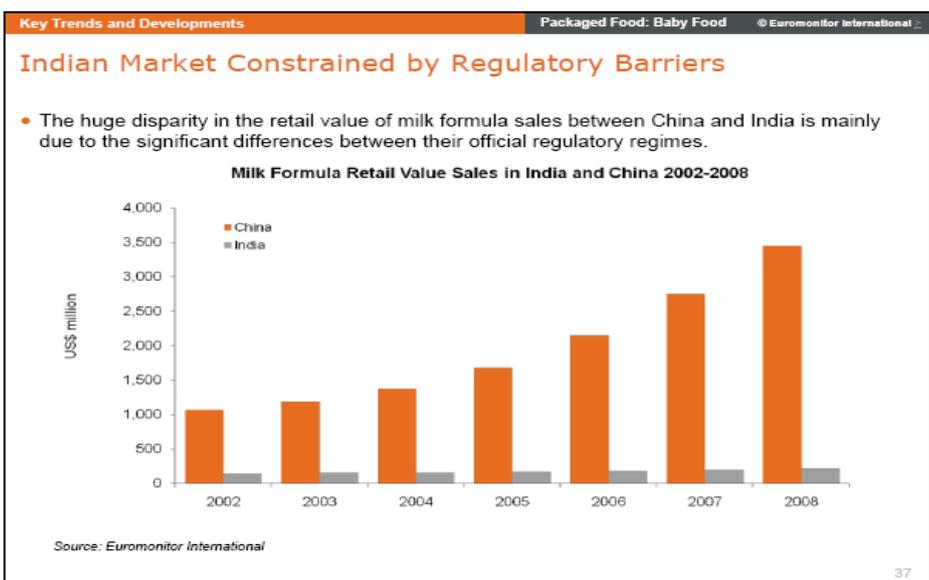
locaux. L'encadré 6 donne la liste des composantes et interventions qui peuvent être considérées pour être inclus dans la stratégie globale ANJE.

## Composante de la stratégie: Législation

### 1. Développement & application de la législation sur la commercialisation des SLM

Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé doivent être traduits dans la législation et la réglementation nationales, intégrées dans les cadres législatifs et réglementaires du pays.

Il ne fait aucun doute que l'industrie des substituts du lait maternel (SLM) dépense beaucoup d'argent pour persuader les mères d'utiliser du lait artificiel pour leur nourrisson, ce qui représente une menace sérieuse pour l'allaitement maternel. Par exemple, en cinq ans, de 1999 à 2004, l'industrie du lait artificiel a dépensé un total de presque \$223 millions en publicité pour le lait artificiel pour nourrisson [130]. Des études récentes montrent l'impact des activités de promotion sur la décision des femmes d'allaiter leurs bébés. Par exemple, le changement de pourcentage dans les taux d'allaitement maternel a eu tendance à diminuer lorsque la fréquence des publicités pour l'alimentation artificielle avait augmenté [131] et la distribution des échantillons gratuits de lait artificiel pour nourrisson aux mères à l'hôpital ont conduit à une baisse du taux d'allaitement maternel [129]. Il est également prouvé que l'adoption de législation ou de règlements pour implémenter le Code International conduit à une réduction dans la quantité de substituts de lait maternel qui sont achetés. La figure ci-dessous<sup>1</sup> montre la disparité dans la valeur de la vente au détail du lait artificiel pour nourrisson entre la Chine, qui ne dispose pas de dispositions réglementaires, et l'Inde, qui est souvent considéré comme l'un des pays qui dispose du Code de législation le plus efficace.



**Figure 18: Analyse de l'industrie du lait artificiel pour nourrisson sur les ventes de lait artificiel pour nourrisson en Inde vs. Chine**

onitor est une agence d'intelligence

Source: Euromonitor International

Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a été adopté par l'Assemblée Mondiale de la Santé en 1981 pour résoudre ce problème. Le Code recommande que les gouvernements adoptent des lois qui interdisent la publicité et toute autre forme de promotion des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines. L'Assemblée Mondiale de la Santé revoit régulièrement la question ANJE et a adopté des résolutions ultérieures pour lever des ambiguïtés dans le Code et s'attaquer aux nouvelles façons innovantes des entreprises pour commercialiser des produits en contournant le Code. Dans ce document, toutes les références au "Code" comprennent les Résolutions subséquentes de l'AMS.

Le document le plus récent a été adopté en mai 2010, lorsque la soixante-troisième Assemblée Mondiale de la Santé a encore une fois demandé aux États Membres d'implémenter le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et toutes les Résolutions de l'Assemblée Mondiale de la Santé subséquentes (le Code). A cet égard, l'AMS a formulé les observations suivantes:

*« Reconnaissant que la promotion des substituts du lait maternel et des aliments commerciaux pour nourrissons et jeunes enfants sape les progrès réalisés dans l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant;*

*Exprimant sa profonde préoccupation devant les rapports persistants de violations du Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel par certains fabricants et distributeurs d'aliments pour nourrisson en matière de promotion visant les mères et les travailleurs de la santé;*

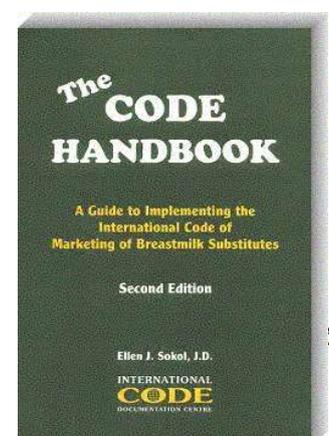
*Exprimant également sa préoccupation devant des rapports d'inefficacité des mesures, particulièrement des mesures volontaires, en vue de veiller au respect du Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel dans certains pays;»* en conséquence, a demandé aux gouvernements:

*“(2) de renforcer et d'accélérer l'implémentation durable de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune en insistant notamment sur l'application de l'objectif et des principes du Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel ...;*

*(3) de développer et/ou renforcer les mesures législatives, réglementaires et/ou d'autres mesures efficaces pour contrôler la commercialisation des substituts du lait maternel en vue d'appliquer le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et des résolutions pertinentes adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé »*

### Les principaux éléments pour une implémentation réussie du Code sont:

- La création d'une masse critique de défenseurs du Code à l'aide de formation de sensibilisation sur le Code, de campagnes médiatiques et d'autres moyens de communication. Ces défenseurs et alliés sont nécessaires pour garder l'implémentation du Code parmi les grandes priorités figurant sur l'agenda politique et législatif.



- Une formation poussée à l'intention des responsables de l'élaboration des politiques et des avocats est essentielle pour s'assurer que la législation nationale sera bien rédigée.
- Des règlements du Code clairement rédigés qui incorporent toutes les dispositions du Code et toutes les résolutions subséquentes de l'AMS en tant que norme minimale et renferment les dispositions d'implémentation et d'application nécessaires en identifiant une entité indépendante responsable du suivi. Cette entité, à qui les violations sont signalées, agit comme un forum pour l'arbitrage et peut déterminer des sanctions et des processus réglementaires comme moyens pour dissuader les auteurs des violations du code. Sans des réglementations clairement rédigées et un système efficace pour l'implémentation et l'application, les violations vont continuer, sapant davantage l'allaitement maternel.
- Un suivi régulier et indépendant, libre des intérêts commerciaux, qui utilise des protocoles standards pour documenter des violations. Des rapports réguliers de suivi de tous ceux qui sont impliqués dans le suivi du Code (pourraient inclure le système de santé, les ONG, les groupes de consommateurs, etc.) permettent de vérifier que le Code est implémenté dans tous les endroits concernés (hôpitaux, médias, places publiques, etc.).

## 2. Développement & application de la législation nationale sur la protection de la maternité

Dans de nombreux pays, très peu a été fait par les gouvernements ou partenaires pour encourager l'adoption de la protection de la maternité appropriée. En conséquence, "retourner au travail" est souvent cité comme l'une des principales raisons pour arrêter l'allaitement maternel.

La **Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune enfant (2003)** ([Ressources Annexe 1-1](#)) souligne à nouveau l'importance de la protection de la maternité:

*"Les femmes qui ont un emploi rémunéré peuvent obtenir de l'aide pour continuer l'allaitement en leur fournissant des conditions minimales favorables, comme le congé de maternité payé, les modalités de travail à temps partiel, des crèches sur le lieu de travail, des espaces pour extraire et stocker le lait maternel et des pauses pour l'allaitement."*

*« Les mères doivent également être en mesure de continuer à allaiter et de prendre soin de leurs enfants après leur retour au travail. Ceci peut se faire en appliquant la loi sur la protection de la maternité et les mesures connexes conformément à la Convention de la Protection de la Maternité de l'OIT, 2000 No.183 et les Recommandations sur la Protection de la Maternité, 2000 No. 191 Le congé de maternité, les services de garderie et les pauses d'allaitement payées doivent être disponibles pour toutes les femmes qui travaillent en dehors de chez elles ».*

### Convention sur la Protection de la Maternité de l'OIT

L'Organisation Internationale du Travail (OIT) élabore des normes internationales du travail, y compris ceux qui concernent les ajustements de charge de travail pour les femmes dans un milieu de travail régulier. Les nations qui ont ratifié les Convention de l'OIT sont dans l'obligation légale d'implémenter les dispositions de la Convention par le biais d'une législation appropriée.

Jusqu'à présent, trois Conventions sur la Protection de la Maternité (No. 3, 1919; No. 103, 1952; et No. 183, 2000) [132] et deux Recommandations sur la Protection de la Maternité (No. 95, 1952 et No. 191, 2000) [133] ont été adoptées par la Conférence Internationale du Travail. La Convention 183 est rentrée en vigueur le 7 Février 2002 (voir

#### Encadré 7 Convention de la Protection de la Mère, C-183 (2000)

Les principales dispositions de la Convention de 2000 peuvent être résumées ainsi:

- S'applique à toutes les femmes employées, « y compris celles qui sont dans une forme atypique de travail dépendant ».
- Accorde **14 semaines de congé de maternité** (12 semaines dans la Convention précédente de 1954).
- Le congé de maternité inclura une période de six semaines de congé obligatoire après la naissance de l'enfant.
- Lorsque les prestations en espèces sont payées durant le congé sur la base du salaire antérieur, cela doit être d'au moins 2/3 du salaire antérieur.
- Inclut le droit de retourner au même poste ou un poste équivalent avec le même salaire à la fin du congé de maternité.
- Inclut le droit à une pause ou plus journalières ou à la réduction des heures journalières de travail pour allaiter son enfant.
- Ces pauses ou la réduction des heures journalières de travail seront comptabilisées comme temps de travail et rémunérées en conséquence.

encadré 7). En mars 2009, 17 gouvernements ont ratifié C-183<sup>1</sup>.

Bien que la protection de la mère ait été une préoccupation à l'OIT depuis 1919, les progrès réalisés pour répondre aux normes de l'OIT ont été lents. Seulement 77 nations ont ratifié au moins une des trois conventions depuis 1919. La majorité des pays dans le monde, cependant, ont élaboré une législation nationale qui garantit que les femmes qui travaillent bénéficient d'une certaine forme de congé de maternité payé avant et après la naissance. **L'actuelle législation nationale doit être analysée et comparée à la Convention 183.**

La législation sur la protection de la maternité ne protège pas les femmes qui ont des activités non-rémunérées, comme le travail dans les champs familiaux ou les étals de marché, ou encore des activités rémunérées dans le secteur informel. Ces femmes ont aussi besoin de soutien et d'encouragements pour donner aux enfants le meilleur départ dans la vie. Des programmes et des messages doivent encourager les autres membres de la famille ou de la communauté à s'assurer que la mère qui allaite a moins de travail.

### **Composante de la stratégie: Interventions dans le système de santé**

3. Développement/mise à jour du **curriculum ANJE** intégré pour la formation initiale et la formation continue des prestataires de soins de santé.
4. Établissement d'**autres services de counseling et de soutien ANJE dans les centres de santé** lors des contacts de sante materno-infantile pertinents dans les services de soins de santé primaires.
5. **Développement des capacités** en matière d'ANJE et de nutrition maternelle pendant la grossesse et l'allaitement pour les prestataires en soins de santé et les conseillers en lactation.
6. Institutionnalisation des Dix Étapes pour réussir l'Allaitement Maternel dans toutes les maternités (**IHAB**).

L'influence des prestataires de soins de santé va au-delà des institutions où ils travaillent et des gardien/nes d'enfants avec qui ils sont en contact. Les cadres supérieurs et les prestataires de soins de santé qui travaillent dans le Ministère de la Santé national, les grands centres et hôpitaux, les services de santé de district et de provinces, et dans les instituts de formation sont souvent en charge de la supervision, du renforcement des capacités, et de la fourniture de conseils sur les politiques et les protocoles. Il est essentiel qu'ils comprennent très bien les moyens les plus efficaces de programmation d'ANJE. Au cas où la capacité et la compréhension en ANJE sont limitées, l'engagement et la performance de l'ANJE sont nettement compromis. Dans de nombreux cas, un plaidoyer vigoureux est nécessaire pour convaincre ce groupe de professionnels de l'importance de l'ANJE et des actions requises.

Une composante clé dans la stratégie est donc le développement des capacités du personnel de santé. Que ce soit pour la **formation continue ou initiale**, la nécessité de constituer des équipes de formateurs est essentielle. Il existe d'excellents exemples de pays qui ont pu implémenter la formation en counseling pour l'allaitement maternel dans tout le pays en renforçant systématiquement la capacité des directeurs de district et des cliniciens chevronnés pour planifier et mener des formations dans le milieu du travail. Il est nécessaire de répliquer ces succès pour aboutir à davantage de formation intégrée en nutrition du nourrisson et du jeune enfant à l'échelle qui inclurait à la fois l'allaitement et l'alimentation de complément. Il est également important de veiller à ce que la formation des prestataires de soins de santé ne soit ni la première, ni la dernière étape dans le processus de renforcement des capacités. Des sessions de formation à elles seules ne produisent pas les capacités et l'implémentation durable des services ainsi que la réalisation des objectifs. Les systèmes et les structures appropriés pour mettre en œuvre les services de counseling en ANJE doivent être développés, et les mécanismes de supervision et de suivi de la performance doivent être mis en place pour garantir une implémentation durable. Ceci est particulièrement important dans les contextes où les ressources humaines sont limitées ou les systèmes de santé sont faibles. Pour le **développement ou la mise à jour de programmes d'étude en formation initiale ou continue** afin qu'ils abordent adéquatement l'ANJE, le [Chapitre modèle de l'ANJE de l'OMS](#) peut servir de modèle.

**L'amélioration des pratiques d'alimentation du nourrisson dans les services de maternité** par le biais des Dix Étapes pour Réussir l'Allaitement Maternel dans toutes les maternités doit être un élément important de la stratégie nationale. La stratégie ANJE doit définir la vision pour une pleine intégration des principes des Dix Étapes pour réussir l'Allaitement Maternel dans les procédures de fonctionnement standards pour les services de maternité, y compris les capacités requises et la formation de personnel et des systèmes de suivi. Toutes les interventions ANJE dans le système de santé doivent être correctement institutionnalisées au sein

---

<sup>1</sup> Albania, Austria, Belarus, Belize, Bulgaria, Cuba, Cyprus, Hungary, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Mali, Republic of Moldova, the Netherlands, Romania and Slovakia

du système national de santé national en vue d'assurer la continuité et la durabilité. La mise en œuvre d'activités ou de projets ANJE de type parallèle et vertical devrait être évitée.

Il est également important de mettre en œuvre des actions ANJE dans le système de santé au-delà des services de maternité: en particulier au niveau des soins de santé primaire. Même dans les pays où le taux d'accouchement en milieu hospitalier est élevé, le **counseling et le soutien** de l'ANJE sont nécessaires après la sortie, ce que les maternités ne peuvent pas organiser. Ce soutien est mieux fourni s'il y a des multiples points de contacts mère/enfant avec le système de soins de santé primaire en vue de maximiser les opportunités pour qu'un personnel compétent fournisse des conseils adaptés à l'âge. La tâche de mener le counseling ANJE doit être intégrée dans les tâches standards et les descriptions de tâches du personnel de santé materno-infantile, ainsi que dans les systèmes de suivi de la performance et dans les cartes de santé infantile et maternelle. Le soutien et le counseling ANJE par les services de soins de santé primaire doivent être complétés par des activités communautaires là où il n'existe pas de prestataires de soins de santé.

Les recommandations sur le **VIH et l'alimentation du nourrisson**, basées sur les dernières directives (2010), doivent être entièrement intégrées dans les directives, matériels, sessions de formation et contact de counseling ANJE dans les services de santé. (Des questions spécifiques sur le VIH et l'alimentation du nourrisson dans les services de santé sont abordées dans le chapitre séparé sur le VIH et l'alimentation du nourrisson dans ce document d'orientation.)

Le suivi **des services ANJE dans le système de santé** doit également être conçu avec soin afin de s'assurer qu'il capte des informations pertinentes sur les indicateurs prioritaires, y compris les sessions de counseling tenues avec chaque prestataire de soins et les pratiques d'alimentation observées. Les outils peuvent inclure des feuilles de pointage simples résumées en graphiques ou tableaux au centre de santé et agrégées pour être rapportées à chaque niveau supérieur du système de santé. D'autres outils de suivi sont les cartes de santé infantile et maternelle, qui peuvent être modifiées pour refléter les contacts de counseling et faire état des pratiques d'alimentation; ces cartes peuvent aussi enregistrer des problèmes avec l'alimentation. Les professionnels de santé, particulièrement ceux qui sont au niveau des services de santé primaire, ont également un rôle dans la supervision des cadres communautaires, et ils doivent avoir la capacité nécessaire pour exécuter cette tâche.

Le système de santé peut jouer aussi un rôle dans la **distribution des suppléments pour l'alimentation de complément** (ex. suppléments nutritionnels à base de lipides ou suppléments de micronutriments multiples, ou des coupons pour les aliments de complément enrichis pour enfants âgés de 6 à 23 mois chez les groupes vulnérables, en situation d'insécurité alimentaire, liés aux services de counseling ANJE et santé materno-infantile (voir [Chapitre 3.2.6](#)). Le système de ciblage, de livraison et de suivi de ces produits, ainsi que la prévision des demandes, les réquisitions et la gestion dans les services de santé, doivent être clairement définis. Le lien avec les services de counseling ANJE doit être également clairement articulé et suivi. La distribution des produits à ces groupes peut servir efficacement d'incitatif à fréquenter les centres de santé plus fréquemment et ainsi offrir une occasion de fournir des services de counseling ANJE [134].

**La nutrition maternelle, en particulier pendant la grossesse et l'allaitement**, est cruciale pour une bonne santé maternelle, le bon déroulement de la grossesse, la santé infantile et la nutrition. Les services de santé devraient fournir un ensemble d'interventions pendant la grossesse et l'allaitement visant à garantir que les femmes consomment une alimentation adéquate équilibrée, y compris des suppléments et des aliments enrichis si disponibles, et qu'elles atteignent et maintiennent un poids souhaitable. Les interventions comprennent l'évaluation régulière de l'état nutritionnel, des conseils sur l'alimentation et des soins, la supplémentation en micronutriments, la provision ou le référencement pour une supplémentation énergétique en cas de dénutrition et d'autres interventions liées à la santé.

## **Composante de la stratégie : les interventions ANJE communautaires**

7. **Établissement des services de counseling ANJE communautaire** au niveau communautaire et développement de la capacité des travailleurs communautaires.
8. **Établissement de groupes de soutien pour la mère** sur l'ANJE dans la communauté.

Les familles et les communautés ne sont pas seulement des bénéficiaires mais aussi des ressources indispensables dans la promotion et le soutien de l'alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant. **Il est prouvé** que l'allaitement maternel communautaire et l'alimentation de complément ainsi que le soutien peuvent se révéler efficaces dans l'amélioration de l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant et

de la santé infantile. Des évaluations ont montré que les pratiques d'allaitement peuvent changer sur une période relativement courte, mais ont besoin d'être renforcées de manière durable [135].

Idéalement, les **programmes et les activités ANJE communautaires devraient être construits sur la base de Programmes de santé et de nutrition existants** le plus souvent possible, plutôt que de créer des structures séparées et parallèles. Plusieurs cadres de programmes peuvent offrir des occasions pour la promotion et le soutien de l'ANJE communautaire – des programmes existants offrent des points d'entrée utiles pour l'ANJE dans certains pays, alors que dans d'autres milieux il peut être nécessaire de concevoir et d'introduire de nouveaux cadres de programme adaptés au contexte local. Dans tous les cas, le programme doit être conçu et mis en œuvre de façon à ce que la composante ANJE ne se perde ni ne se dilue parmi beaucoup d'autres activités et soit abordée de manière complète et de manière à assurer une bonne qualité. . .

Dans beaucoup de programmes, le rôle des cadres communautaires dans l'ANJE est d'abord promotionnel, ce qui en lui-même est important. Cependant, les travailleurs communautaires peuvent, s'ils sont convenablement formés et soutenus, être des ressources indispensables pour **le counseling et le soutien pratique** aux mères sur l'allaitement maternel et l'alimentation de complément, et peuvent aider à résoudre des problèmes courants. Ces aptitudes demandent une formation plus approfondie et plus pratique que celle qui est dispensée en général. En outre, des travailleurs communautaires déjà formés ont besoin d'encadrement et d'encouragement. Il doit aussi être clair dès le départ, que les aptitudes en counseling ANJE doivent être distinguées de la communication d'informations de base sur les pratiques ANJE souhaitables à travers la communication pour un changement de comportement. Les travailleurs communautaires ont besoin d'aptitudes pratiques additionnelles pour soutenir les mères qui allaitent et résoudre des problèmes, aptitudes en counseling et négociations avec les gardien/nes d'enfants et des aptitudes dans la facilitation des sessions interactives de groupes et d'autres activités de communication. En conséquence, **les communications pour des activités de changement de comportement doivent être accompagnées de counseling et de soutien par des travailleurs communautaires qualifiés.**

Les gardien/nes d'enfants doivent recevoir des informations et du soutien tant sur l'allaitement maternel que sur l'alimentation de complément, y compris des informations sur des aliments disponibles localement et des options additionnelles pour améliorer tant la qualité des aliments disponibles que les pratiques alimentaires elles-mêmes. (Voir [Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child and Feeding Non-breastfed Children 6-24 Months of Age](#) dans [Ressources Annexe 1-2](#)). Les travailleurs communautaires doivent être en mesure d'offrir des services de counseling sur une alimentation de complément appropriée, la meilleure utilisation des aliments disponibles et acceptables localement, les pratiques alimentaires souhaitées et la résolution de problèmes. Le renforcement de ces compétences doivent faire partie de la formation initiale et de la formation continue. Le développement des messages a besoin d'une évaluation soignée des problèmes d'alimentation les plus graves et l'utilisation de concepts simples que les mères comprennent dans le contexte local. Par exemple, il est démontré que les interventions qui mettent surtout l'accent sur des aliments riches en nutriments pourraient avoir un effet sur la croissance de l'enfant plutôt que les interventions avec des messages plus généraux sur l'alimentation de complément [136]. (Ex. il est plus efficace de se concentrer sur le fait d'encourager les mères à "donner à l'enfant un œuf trois fois par semaine" que juste leur dire « donner des aliments d'origine animale », ou « offrez aux enfants un régime alimentaire plus diversifié »).

L'ANJE est souvent abordé pendant quelques heures comme partie d'un module de formation en prévention intégrée pour les travailleurs communautaires, mais ce type de formation ne permet pas d'acquérir des compétences en counseling, communication et résolution des problèmes et est trop superficiel pour donner

#### **Encadré 8: Le Paquet générique de Counseling Communautaire pour l'ANJE de l'UNICEF**

Jusque récemment, aucun paquet de formation globale pour des cadres communautaires n'existait. Pour combler cette lacune, en 2009-2010 l'UNICEF a développé et testé sur le terrain un Paquet générique de Counseling Communautaire pour l'ANJE ([Resources Annexe 1-8](#) et voir Chapitre sur la communauté pour les détails) fournissant un jeu de matériels entièrement intégrés pour une utilisation au niveau communautaire. Le paquet comprend neuf composantes, y compris des outils de support, de planification et d'adaptation au niveau du pays, des outils de counseling et de changement de comportement, de supervision, d'encadrement et de surveillance. Le paquet est basé sur une adaptation du Cours de counseling intégré de l'OMS/UNICEF 2006, adapté aux travailleurs peu alphabétisés. Il traite de l'allaitement maternel, l'alimentation de complément, la nutrition maternelle, les derniers principes directeurs sur le VIH et l'alimentation du nourrisson infantile, ANJE dans les situations d'urgence et ANJE dans le contexte de la MAS.

une bonne compréhension des aspects techniques des bonnes pratiques ANJE et les risques des mauvaises pratiques.

Des revues ont montré que beaucoup de programmes communautaires n'ont pas pu s'étendre. Ainsi, la **stratégie nationale doit avoir une vision pour l'expansion**. L'inclusion des actions ANJE communautaires dans tous les districts doit être poursuivie par étape et progressivement intégrée dans les plans et budgets de santé nationaux et de district. Le leadership, l'appropriation et la gestion des autorités sanitaires du district, ainsi que le soutien des partenaires sont des questions importantes à souligner dans ce processus.

## **Composante de la stratégie: Communication pour un changement comportemental et un changement social**

La communication pour l'ANJE apporte une contribution essentielle aux changements comportementaux et sociaux à grande échelle et devrait être un élément intrinsèque de tout programme national de Santé/Survie et de Nutrition de l'enfant. Une stratégie de communication efficace ANJE doit être basée sur les preuves et les résultats. La communication devrait être envisagée largement: non seulement comme une action communautaire, ou une campagne dans les media, mais aussi comme une stratégie nationale globale et un ensemble d'actions avec divers partenaires, et l'utilisation de multiples canaux de communication. Une stratégie de communication efficace peut être développée en utilisant des processus participatifs avec des intervenants et bénéficiaires et en analysant des données de recherche formative et d'autres évidences sur l'ANJE pour adapter un ensemble optimal d'objectifs, d'approches, d'activités, d'outils, de canaux de communication, et de messages. La communication dépasse largement **le plaidoyer, la mobilisation sociale, le marketing, et la communication comportementale et sociale**. (Voir [Annexe 2: Glossaire](#) pour les définitions de ces termes cités plus haut).

Il est important de tirer des leçons des expériences avec différentes approches de communication sur l'ANJE: un programme ne devrait pas s'attendre à ce que **la répétition des mêmes messages et approches qui ont été utilisés dans le passé avec un impact limité produiront des résultats différents**. Des programmes réussis ont montré que l'investissement dans le processus requis pour concevoir et mettre en œuvre une stratégie de communication basée sur des preuves et participative en utilisant de multiples canaux appropriés produira des résultats. Pour réaliser des changements sociaux et comportementaux, des observations soutiennent un changement dans l'approche vers un processus qui:

- Est systématique, stratégique, fondé sur des éléments probants, participatif et à l'échelle.
- A des objectifs de comportement et de processus mesurables.
- Reflète des valeurs, des contextes locaux et plus larges et des potentialités pour les membres de la famille, incluant des enfants, et beaucoup d'autres groupes participants, à être des agents de changement.
- Se concentre sur une transformation sociale pour des résultats durables.
- Est basé sur des principes de droits humains d'intégration, d'égalité et d'universalité.

Six étapes clés sont suggérées en vue de la conception et du développement d'une stratégie de communication et d'un plan de mise en œuvre :

1. Mise en place d'un mécanisme national de coordination, en ce qui a trait au volet communication de la stratégie ANJE nationale.
2. Entreprendre et analyser une évaluation et une recherche formative de la situation de communication.
3. Développement d'une stratégie de communication et d'un plan opérationnel.
4. Conception de messages et de matériel et choix de canaux.
5. Mise en œuvre du plan de communication
6. Suivi des résultats intérimaires de communication et évaluation de l'impact sur les comportements.

## **Composante de la Stratégie: interventions/composantes additionnelles d'alimentation de complément**

### **9. Amélioration de la qualité des aliments de complément à partir d'ingrédients disponibles localement.**

10. Mesures destinées à améliorer la disponibilité et l'utilisation d'aliments locaux par l'augmentation de la production agricole en produits locaux de qualité (ex.: jardinage de subsistance, élevage, liaison avec la vulgarisation agricole).

11. Distribution **des suppléments nutritionnels et des aliments** pour l'alimentation de complément (MNP, LNS, aliments de complément enrichis) aux populations en insécurité alimentaire et **marketing social et commercial** des suppléments nutritionnels et des aliments pour l'alimentation de complément dans la population générale, y compris la stimulation de la production locale de qualité.

**12 Projet de protection sociale** avec une composante nutrition.

#### 9. Amélioration de la qualité des aliments de complément au moyen d'ingrédients disponibles localement.

Des aliments disponibles et acceptables localement devraient être utilisés pour l'alimentation de complément à chaque fois que cela s'avère possible. L'identification de ces aliments devrait être priorisée de sorte que les résultats clés puissent être incorporés à l'éducation et aux conseils en nutrition. Des techniques familiales traditionnelles pouvant améliorer le contenu en nutriments d'aliments à base de plantes consommés communément, de même que la disponibilité et la consommation d'aliments d'origine animale devraient être évaluées et exploitées. De plus, les analyses des régimes alimentaires typiques doivent prendre en considération la présence d'anti nutriments et d'inhibiteurs d'absorption en évaluant l'adéquation de la consommation de nutriments. L'analyse des régimes alimentaires permettra l'identification des principaux déficits en nutriments et les prétendus "nutriments qui posent problème" les plus fréquents dans un environnement particulier. Dans beaucoup de pays en développement, le fer, l'iode, le zinc, la vitamine A et la vitamine D sont, entre autres, des nutriments qui posent problème. Les besoins en fer, iode, zinc et vitamine D sont très difficiles à satisfaire à partir de régimes alimentaires à base végétale, et, en conséquence, deviennent problématiques dans bien des contextes où des aliments d'origine animale ou enrichis sont rares. En plus d'être déficients en micronutriments, les régimes alimentaires sont souvent déficients en acides gras essentiels. Il y a de plus en plus de preuves que les acides gras essentiels affectent la croissance des nourrissons et des jeunes enfants [137].

Il existe des outils qui peuvent être utilisés pour identifier et maximiser l'usage d'aliments disponibles localement et permettent de concevoir des programmes d'alimentation de complément. **ProPAN est** un outil qui prend en compte les éléments essentiels nécessaires à la conception et à l'évaluation des interventions en vue d'améliorer l'ANJE par le biais de :

- L'identification de problèmes diététiques et nutritionnels spécifiques;
- La compréhension du contexte dans lequel se manifestent ces problèmes;
- La présentation d'une méthode d'identification, de classement et de sélection de pratiques qui sont concrètes, faisables et acceptées par la communauté et potentiellement efficaces si adoptées.

**La programmation linéaire (ou « Optifoods »)** ([Ressources Annexe 1-3](#)) est un outil pour analyser la valeur nutritionnelle d'aliments disponibles localement et recommander les meilleures combinaisons pour répondre aux besoins des nourrissons/enfants. Elle peut aussi être utilisée pour développer des régimes d'alimentation de complément moins chers. Ce processus requiert des informations sur les types d'aliments disponibles localement, leurs coûts, et une estimation de la quantité maximale de chaque aliment que les nourrissons et jeunes enfants devraient consommer.

Améliorer la biodisponibilité des nutriments dans les aliments locaux est une autre importante méthode d'amélioration de la qualité des régimes alimentaires locaux. Les méthodes de traitements traditionnels, telle que la fermentation, la germination, et le rôtissage, sont simples et bon marché et ont été mises en pratique pendant des générations dans beaucoup de pays. Les traitements traditionnels peuvent produire des aliments avec de nombreux atouts, telle qu'une texture avantageuse mais aussi de bonnes qualités organoleptiques, un encombrement réduit, une plus longue durée de conservation, une élimination partielle ou complète des facteurs antinutritionnels, un temps de cuisson réduit, et une valeur nutritionnelle améliorée. Ces méthodes ont souvent été utilisées seules ou en combinaison l'une avec l'autre en vue de la préparation d'aliments de complément pour nourrissons, et le profil nutritionnel de ces aliments a été rapporté [138]. Il est donc recommandé de réviser les techniques disponibles et acceptées au niveau local et d'encourager leur utilisation pour augmenter l'absorption de nutriments à partir des régimes alimentaires traditionnels.

#### 10. Mesures destinées à augmenter la production agricole d'aliments locaux de qualité.

Puisque l'importance des aliments d'origine animale a été spécifiquement démontrée pour améliorer la qualité du régime alimentaire durant la période d'alimentation de complément, le développement de directives pratiques et de bonnes pratiques dans la conception des interventions sur le bétail (avec collaboration

intersectorielle) peut être un important contributeur à la nutrition, à la sécurité alimentaire, et à la réduction de la pauvreté [139]. Les interventions de développement du bétail dans les pays à bas revenus ont généralement comme objectif primordial de produire des revenus en faveur des ménages élevant du bétail. Néanmoins, le bétail peut être utilisé pour fournir les nutriments cruciaux nécessaires à l'amélioration du statut nutritionnel des membres du ménage, et sécuriser l'actif le plus fondamental parmi leurs moyens d'existence, à savoir leur capital humain, et aider alors à réduire la pauvreté intergénérationnelle. En conséquence, améliorer l'alimentation de complément peut devenir un élément important d'interventions intégrées sur le bétail.

**La production domestique d'aliments (PDA)** est une approche possible pour augmenter la disponibilité des aliments locaux. Un paquet global et intégré incluant des jardins de subsistance, la production de petit bétail et de l'éducation nutritionnelle s'est révélé capable d'améliorer la production alimentaire domestique et la qualité des régimes alimentaires; et a aussi permis de garantir l'autonomisation des femmes, des ménages et des communautés par le biais du développement social et économique [140].

Les stratégies d'implémentation des PDA doivent être mieux conçues en vue de cibler le groupe d'âge des 6-24 mois et leurs fournisseurs de soins. Les programmes peuvent être utilisés pour améliorer la qualité et la variété des aliments de complément pour jeunes enfants en se concentrant par exemple sur la production domestique d'aliments d'origine animale (ex. les œufs). Des initiatives agricoles permettant d'augmenter la production de légumes à feuilles vertes se sont aussi révélées être un moyen d'augmenter les revenus des ménages, mais aussi de fournir une meilleure variété diététique [141].

En plus d'avoir un impact sur la nutrition du point de vue de la production, les programmes de vulgarisation agricole peuvent aussi offrir une opportunité de fournir des informations sur la nutrition, les conseils d'orientation et la résolution des problèmes au niveau communautaire et des ménages, en vue d'améliorer les pratiques. Ces programmes peuvent être originellement conçus à travers les ministères de l'agriculture et concentrés davantage sur la prise en compte de la production agricole. Cependant ils peuvent aussi donner accès aux ménages sur une base régulière en vue de transmettre des informations en nutrition, spécialement sur la préparation et la consommation d'aliments de qualité supérieure. Diverses études ont démontré le faible ratio coût -bénéfices pour de tels programmes, et les impacts sur l'amélioration de la qualité de la diète alimentaires des ménages et l'amélioration des comportements [142,143], démontrant ainsi que les services de vulgarisation agricole peuvent être utilisés pour prendre en considération les pratiques alimentaires des prestataires de soins, et peuvent jouer un rôle significatif dans la provision de services de nutrition au niveau communautaire [144].

#### **Encadré 9. Projet de production alimentaire domestique du Bangladesh**

Au Bangladesh, la production domestique d'aliments (PDA) a amélioré la sécurité alimentaire pour près de 5 millions de gens vulnérables. Au Cambodge, au Népal, et aux Philippines, la PDA a amélioré la sécurité alimentaire et les moyens de vie de plus d'1 million de ménages. La programmation PDA a commencé à prendre racine en Afrique subsaharienne (Burkina Faso, Mozambique, Niger, Sénégal, et Tanzanie), le plus souvent à plus petite échelle, allant des jardins d'écoles au Burkina Faso à la promotion de patates douces à chair orange biofortifiées au Mozambique, et moins centrée sur la production animale.

### **11. Suppléments nutritionnels et aliments pour l'alimentation de complément.**

#### **Utilisation de la supplémentation en micronutriments ou la fortification au point de consommation (Fortification à domicile):**

Dans les cas où l'analyse des aliments disponibles démontre que, bien que la composition en énergie et protéine des aliments est adéquate ou peut être améliorée en utilisant des aliments localement disponibles, les besoins en certains micronutriments ne sont pas possible à satisfaire avec les aliments disponibles localement, alors l'ajout de suppléments (Fortification à domicile) dans différentes populations devrait être envisagé.

L'usage de micronutriments en poudre avec des aliments de complément peut être une option peu coûteuse pour améliorer la composition en micronutriments des aliments de complément. L'utilisation de tels produits en grande quantité exigera des distributions supplémentaires en nature, l'éducation des familles pauvres et un marketing social en raison d'une augmentation de la demande de la part de ceux qui peuvent s'offrir ces produits. Ces produits peuvent être particulièrement utiles dans les zones où les problèmes découlent surtout des déficiences en micronutriments et où l'accès/l'accessibilité financière des aliments de complément fortifiés d'origine industrielle est limité.

Les déficiences en micronutriments sont souvent accompagnées d'un régime alimentaire complètement inadéquat et peu diversifié. Il faudrait donc noter que, si une population souffre à la fois de, déficiences en micronutriments et de retard croissance des interventions additionnelles seront nécessaires pour améliorer la croissance [145,146]. Afin d'améliorer l'alimentation de complément des nourrissons et des jeunes enfants, la distribution de suppléments de micronutriments pourrait aussi servir d'incitatif additionnel pour que les donneurs de soins suivent les recommandations et reviennent effectuer des visites. L'utilisation des suppléments de cette manière, en combinaison avec une amélioration de la qualité des conseils prodigués, de l'accès aux aliments et d'une bonne supervision peut avoir un impact significatif sur la croissance (ex.: réduire le retard de croissance) [147].

### **Utilisation de suppléments de nutriments à base de lipides et autres types d'assistance alimentaire dans les environnements d'insécurité alimentaire ou de privation socioéconomique (n'inclue pas les situations d'urgence)**

Dans certaines conditions, la distribution de suppléments de nutriments à base de lipides et d'autres types d'assistance alimentaire peut être requise pour assurer une alimentation de complément adéquate dans des sous-populations identifiées comme étant en insécurité alimentaire. Ces populations peuvent souffrir de sérieux manques en nutriments, à la fois en micro et macro nutriments. La distribution de suppléments peut avoir différents critères d'inclusion, ex. les ménages avec des enfants ayant un mauvais état nutritionnel, les familles les plus pauvres d'une communauté ou toutes les familles des communautés les plus pauvres d'une zone ciblée, ou une distribution massive dans une zone durant la saison de famine.

Les approches à grande échelle peuvent inclure la distribution de suppléments d'aliments de complément tels que des suppléments nutritionnels à base de lipides (LNS), contenant à la fois des micro et des macronutriments, à des groupes cible sélectionnés (, [Description des suppléments et aliments de complément disponibles](#) pour les détails de divers produits). Ces groupes peuvent inclure les familles les plus socio économiquement démunies, des communautés ou zones géographiques plus larges avec des niveaux élevés d'insécurité alimentaire. Le choix du produit devrait se faire en fonction du contexte, à partir du degré d'insécurité alimentaire et de la qualité des aliments disponibles localement, et de l'évidence d'un impact potentiel élevé. Dans certains cas, il peut devenir nécessaire de fournir le produit sur un plus long terme, ou de le fournir sur un plus court terme durant la période de soudure ou une période de récupération au lendemain d'une situation d'urgence, par exemple.

Actuellement, les évidences tendent à indiquer que, pour démontrer un impact sur la croissance, les suppléments dans le contexte du counseling pour l'ANJE doivent être fournis pendant au moins six mois, avec le plus fort impact évident après six mois d'approvisionnement dans un contexte d'une petite étude contrôlée [111]. Cependant, la décision d'inclure ces suppléments au programme ANJE national exige des consultations supplémentaires au niveau national pour évaluer les besoins, la preuve de l'impact et les bénéfices potentiels pour les enfants âgés de 6 à 23 mois. On doit noter que l'évidence augmente graduellement dans ce secteur; en conséquence il est nécessaire que l'on utilise les informations les plus récentes avant de prendre des décisions programmatiques.

Bien que dans certains contextes il existe un besoin de fournir des suppléments pour corriger les déficiences nutritionnelles dans le régime alimentaire, l'attention ne devrait pas se fixer uniquement sur les produits. Il n'est pas recommandé de développer un programme lié à un produit en soi, mais il est préférable d'avoir un programme ANJE complet, dans lequel cette distribution de produits peut être intégrée au besoin.

Il faut noter qu'une alimentation de complément appropriée fournit une base solide pour la prévention des retards de croissance, mais aussi pour stopper la progression des retards de croissance vers une malnutrition modérée et sévère.

Le cadre programmatique général de l'ANJE fournit une base de départ pour garantir les meilleures pratiques de prévention de la malnutrition dans toutes les situations, y compris les contextes de non-urgence et les "situations acceptables" en accord avec des directives pertinentes. Dans les circonstances où aucune ration alimentaire spécifique n'est fournie, le soutien et le counseling ANJE garantissent que les donneurs de soins d'enfants dont la croissance est altérée ou qui souffrent de retard de croissance, peuvent faire face aux problèmes et améliorer les pratiques d'alimentation. En conséquence, l'[arbre de décision](#) de l'alimentation de complément pourrait être appliqué aux interventions pour la prévention de tous les types de malnutrition.

Il peut exister différents scénarios de transition entre l'alimentation de complément et des interventions de supplémentation alimentaire généralisée. Par exemple, un programme d'urgence de supplémentation alimentaire généralisé en faveur de tous les enfants de 6 à 59 mois, peut évoluer vers un programme plus concentré, procurant des suppléments alimentaires de complément aux enfants de 6 à 18 mois durant la phase de récupération, ou une intervention en alimentation de complément pour enfants de 6 à 18 mois, dans une zone d'insécurité alimentaire chronique, ou une intervention périodique au cours de la période de soudure annuelle, peut évoluer vers un programme d'alimentation généralisée plus large, si la situation se détériore. Des interventions mises en œuvre comme faisant partie d'un programme de réponse à une urgence peuvent servir de catalyseurs à une programmation à plus long terme destinée à améliorer l'alimentation de complément, spécialement dans les situations où il n'y avait eu auparavant aucun programmes visant l'alimentation de complément.

### **Utilisation possible d'aliments de complément enrichis de qualité, produits industriellement**

Il est important d'évaluer la disponibilité d'aliments de complément enrichis produits industriellement mis sur le marché pour jeunes enfants, spécialement dans un contexte d'urbanisation croissante où l'accès est très élevé. La capacité de l'industrie locale à produire des aliments de complément de qualité supérieure, et la viabilité de cette option pour améliorer la qualité des aliments de complément pour enfants pauvres pourrait être évaluée et appuyée également. D'autres partenaires privés potentiels peuvent être identifiés en vue du développement d'aliments de complément fortifiés adéquats produits industriellement ou des produits pour la fortification à domicile.

Cette option peut être particulièrement importante pour des groupes de population qui peuvent se le permettre. Des aliments de complément produits industriellement doivent être à un prix abordable, disponibles commercialement, et promus de manière à générer de la demande sur le marché. La production et le marketing par le secteur privé doivent observer des directives d'éthique et les messages appropriés sur l'allaitement maternel et l'alimentation de complément (en accord avec les Principes directeurs). De plus, ces aliments peuvent aussi être fournis gratuitement par un système de bons à ceux qui ne peuvent pas se permettre de les acheter même à des prix subventionnés. Dans certaines situations, par exemple parmi les travailleurs urbains pauvres en Amérique Latine, des aliments de complément fortifiés produits industriellement, à bon marché ou subventionnés, ont été utilisés avec succès comme interventions efficaces pour améliorer l'ANJE.

Les aliments de complément doivent respecter les besoins en nutriments des enfants âgés de 6 à 23 mois par des portions de dimension appropriée. Des facteurs tels que le temps de cuisson, les propriétés organoleptiques, la conservation et l'emballage devraient être considérés. Actuellement, des informations sont disponibles sur l'étiquetage, les pratiques d'hygiène, les standards concernant les aliments pour nourrissons et jeunes enfants produits à base de céréales (à travers le code alimentaire) [149]. Une composition idéale des aliments de complément produits industriellement et des recommandations pour leur production ont aussi été proposées [150].

De plus, d'autres modalités de production et de marketing d'aliments de complément fortifiés sur le plan local, méritent d'être explorées. Celles-ci pourraient inclure de nouvelles approches et de nouveaux modèles qui améliorent à la fois la disponibilité d'aliments de qualité supérieure et les revenus dans les familles. Un exemple de la sorte est une coopérative de femmes qui produit des aliments de complément pour la vente. Ce type d'approche fournit non seulement une assistance financière aux mères travaillant dans les coopératives, mais en même temps garantit la disponibilité d'aliments de complément de qualité supérieure, et des opportunités pour une éducation par les pairs. Cette approche et d'autres approches similaires doivent être mises en œuvre pour garantir un meilleur accès aux aliments de complément de qualité supérieure dans les communautés. On doit noter que de telles stratégies n'ont pas été mises en œuvre à échelle et peuvent ne pas atteindre les plus vulnérables, qui ne peuvent pas acheter les produits.

### **12. Plans de protection sociale avec une composante nutrition**

Des plans de protection sociale qui lient la fourniture de conseils et d'éducation à des suppléments en nature, des bons pour des produits spécifiques ou des transferts conditionnels d'argent liquide [151], comptent parmi les approches importantes destinées à améliorer l'alimentation de complément. Ces plans ont été mis en application dans un certain nombre de pays d'Amérique latine, le plus souvent avec des résultats positifs en ce qui concerne la diminution du taux de retard de croissance [152], [153]. Des exemples d'impact positif

comprennent le Pérou et le Guatemala, le Mexique et d'autres (voir [Chapitre 1.5](#) sur l'évidence de l'impact de ces programmes).

Aujourd'hui, beaucoup de programmes de protection sociale comportent de plus en plus une forte composante nutrition en vue d'atteindre leurs objectifs de réduire la pauvreté et la faim extrêmes et de développer des opportunités pour les pauvres. Des programmes qui ont fourni une éducation en nutrition, communication et counseling, aussi bien qu'une supplémentation ciblée, ont pu rapporter une consommation adéquate d'aliments et des régimes alimentaires plus variés (avec beaucoup plus d'aliments d'origine animale) et même des réductions dans le risque de retard de croissance parmi les jeunes enfants [154]. Il est d'une importance cruciale que l'ANJE soit inclus aux toutes premières phases de la planification des programmes à grande échelle, de sorte à garantir que les groupes cibles, la nourriture et d'autres paquets de bénéfices incluent des enfants de moins de deux ans et que des liens soient établis avec des services de counseling pertinents.

## Composante de la Stratégie : l'ANJE dans des circonstances exceptionnellement difficiles

### 13. Le VIH et l'alimentation des nourrissons

L'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans le contexte du VIH/SIDA présente des défis significatifs à cause des risques de transmission du virus par l'allaitement maternel. Avant la parution des dernières directives sur le VIH et l'alimentation du nourrisson, qui reposent sur l'évidence de résultats positifs concernant la survie sans infection par le VIH, grâce à la fourniture de médicaments antirétroviraux aux nourrissons allaités exposés au VIH, l'évitement ou la cessation précoce de l'allaitement paraissait logique et approprié. Cependant les répercussions sur la santé et la survie des nourrissons étaient sérieuses, avec des études montrant un plus fort taux de mortalité dû à la diarrhée, la malnutrition et d'autres maladies chez les nourrissons non allaités. Ainsi, l'effort se concentre maintenant sur la garantie de **survie sans VIH**, pas seulement sur la prévention de la transmission. Les nouvelles [directives sur le VIH et l'alimentation du nourrisson](#) (2010) [126] fournissent un chemin bien plus clair vers cet objectif.

L'évidence montre que l'administration de traitement antirétroviral (TAR) à toutes les mères VIH+ avec un compte de CD4 < 350 pendant toute la durée de l'allaitement, ou l'administration de prophylaxie antirétrovirale aux nourrissons nés de mère VIH positive avec un compte de CD4 >500 en même temps qu'une prophylaxie pour la mère, peut réduire la transmission postnatale de manière significative. Avec l'administration de médicaments antirétroviraux, **l'allaitement maternel devient significativement plus sûr** et "la balance de risques" entre l'allaitement maternel et l'alimentation de remplacement est changée de manière fondamentale. La santé de la mère est aussi protégée. Cette nouvelle évidence transforme fondamentalement le contexte dans lequel sont prises les décisions sur les pratiques d'alimentation des nourrissons par les mères de façon individuelle, les autorités nationales de la santé et les partenaires de développement international.

Les directives de 2010 contiennent neuf principes clés et sept recommandations qui doivent être reflétés dans la stratégie et la politique nationale ANJE, aussi bien que des versions mises à jour de toutes les directives nationales pertinentes, des structures de gestion de la planification et de l'approvisionnement, du matériel de formation et de counseling et des stratégies de communication.

**Recommandations nationales en alimentation du nourrisson:** Les autorités nationales ou sous-nationales de la santé devraient choisir et décider laquelle des deux options d'alimentation devraient être supportées par le système de santé comme la stratégie la plus apte à donner aux nourrissons la meilleure chance de survie sans VIH:

- allaitement maternel et recevoir des interventions TAR **ou**
- éviter tout allaitement maternel,

A la suite de cette décision de politique, les services de santé devraient conseiller et assister **toutes** les mères infectées par le VIH en suivant les recommandations sélectionnées par le pays, par opposition à l'approche précédente consistant à conseiller chaque mère sur le choix des options : allaiter ou alimenter artificiellement son nourrisson.

Cette décision doit être basée sur des recommandations internationales et la prise en considération des contextes socio-économique et culturel des populations desservies par les services de santé maternelle et infantile, la disponibilité et la qualité des services de santé, l'épidémiologie locale y compris la prévalence du

VIH parmi les femmes enceintes et les causes principales de mortalité chez les nourrissons et les jeunes enfants et de dénutrition chez l'enfant. Les pays ayant un taux élevé de mortalité infantile sont aussi susceptibles d'avoir un taux élevé de mortalité dû au manque d'allaitement maternel et devraient en conséquence considérer soigneusement cet équilibre des risques contre la transmission du VIH par un allaitement maternel plus sûr avec des médicaments antirétroviraux.

Les interventions et les actions pour prendre en considération l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH comprennent:

- i. Aboutir à un consensus national, développement/mise à jour de politiques reflétant les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (2010) aussi bien que des directives et des matériels sur le VIH et l'alimentation du nourrisson, et une dissémination à grande échelle.
- ii. Intensification des efforts de mise en œuvre et d'application du Code.
- iii. Mise en œuvre d'actions associées au VIH et à l'alimentation du nourrisson dans le système de santé, y compris la garantie de la mise en place du counseling ANJE comme partie intégrante des services PTME et le développement de la capacité des prestataires de soins de santé sur les nouvelles directives de l'OMS.
- iv. Mise en œuvre du counseling ANJE dans les communautés utilisant les outils de counseling qui comprennent les directives relatives au VIH et l'alimentation du nourrisson de 2010, et du support pour le suivi des mères infectées au VIH et des nourrissons exposés au VIH et garantissant l'observance des régimes antirétroviraux et des recommandations pour l'alimentation du nourrisson.
- v. La communication sur l'alimentation du nourrisson et le VIH comme faisant partie de la stratégie de communication globale, avec des messages soigneusement conçus sur la sécurité et l'importance de l'allaitement maternel dans le contexte de la garantie de la survie sans infection par le VIH, l'importance de l'observance des régimes à base de médicaments antirétroviraux, et des messages sur l'importance de l'allaitement maternel exclusif, même en absence de médicaments antirétroviraux.
- vi. Considérations pour le suivi et évaluation du VIH et l'alimentation du nourrisson, y compris le suivi routinier des pratiques alimentaires, la révision de l'impact des programmes de VIH et de PTME sur le taux d'allaitement maternel et d'autres aspects de l'alimentation du nourrisson et la recherche opérationnelle.

#### 14. L'ANJE dans les situations d'urgence

Les stratégies nationales ANJE doivent spécifiquement prendre en compte la programmation ANJE dans les situations d'urgence pour les raisons suivantes :

- L'allaitement maternel est sûr, gratuit et constitue une intervention vitale cruciale, pour les enfants vulnérables dont les risques de mortalité augmentent manifestement dans les situations d'urgence.
- Les situations d'urgence exacerbent les risques pour les enfants non allaités et ceux qui reçoivent une alimentation mixte.
- L'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ainsi que l'allaitement maternel continu après 6 mois sont cruciaux pour la réduction des risques de diarrhée et d'autres maladies chez les enfants plus âgés, exacerbés dans les situations d'urgence.
- Les dons de SLM sapent l'allaitement maternel et augmentent le risque de maladie et de décès.
- L'ANJE joue un rôle central dans la réduction des risques élevés de dénutrition durant les situations d'urgence.
- Une alimentation de complément sûre, adéquate et appropriée, qui contribue de manière significative à la prévention de la dénutrition et de la mortalité chez les enfants de plus de 6 mois, est souvent compromise durant les situations d'urgence et nécessite une attention particulière.

**[Le Guide opérationnel de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence](#)** (voir [Ressources Annexe 1-11](#)) contient 6 "mesures pratiques" pour des actions ANJE dans les situations d'urgence qui devraient être planifiées comme éléments de la stratégie ANJE nationale et de préparation aux urgences :

1. Endosser ou développer des politiques.
2. Former le personnel.
3. Coordonner les opérations.
4. Evaluer et assurer le suivi.
5. Protéger, promouvoir et appuyer l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant.
6. Minimiser les risques d'alimentation artificielle.

Les principales actions prioritaires durant les situations d'urgence sont mises en évidence dans le [Chapitre 3.5.2](#) de ce programme et comprennent les sections suivantes:

- i. **Planification et préparatifs d'urgence.**
- ii. Protéger, rétablir et appuyer l'allaitement maternel.
- iii. Empêcher et gérer les dons de SLM et de lait en poudre.
- iv. Garantir une alimentation appropriée aux enfants n'ayant aucune possibilité de recevoir le lait maternel.
- v. **Assurer la disponibilité et l'utilisation des aliments de complément et suppléments appropriés**
- vi. **Assurer l'intégration du counseling ANJE aux programmes d'urgence pour la gestion des cas de malnutrition aigüe et sévère<sup>1</sup>.**

#### 2.4.4 Priorisation des interventions

L'analyse de la situation ainsi que le cadre de politique constituent la base de décision des composantes et des interventions que doit comprendre la stratégie. Les interventions doivent être priorisées sur la base de leur capacité à atteindre les populations les plus vulnérables et/ou à avoir la plus grande couverture. Le paquet d'interventions doit être inclusif, incluant à la fois les interventions d'allaitement maternel et d'alimentation de complément et être également adapté à la situation et au contexte du pays.

#### Prioriser les interventions pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel

La stratégie ANJE doit prendre en considération dans son ensemble la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel dans tous les pays. Il n'existe pas un "meilleur" paquet unique et universel d'interventions en allaitement maternel à cause des situations variées dans différents pays et milieux. Il existe cependant des interventions ayant fait leur preuve dans l'amélioration des pratiques d'allaitement maternel ([voir Chapitre 1.5](#)), et il existe des moyens d'utiliser des données spécifiques au pays, en se basant sur l'évaluation de situation, pour mieux informer le processus de prise de décision en vue du choix d'interventions pouvant faire la différence.

Dans les situations où les fabricants de lait pour nourrissons font une promotion agressive de leurs produits et **la législation sur la commercialisation des substituts du lait maternel est absente ou non appliquée**, les interventions visant à prendre en compte les cadres juridiques pour cette législation et renforcer son suivi devraient bénéficier de la plus haute priorité. Les interventions en communication ainsi que les interventions au niveau des services de santé et de la communauté doivent contrecarrer le marketing des laits pour nourrissons par une forte protection de l'allaitement maternel.

Dans les contextes disposant d'une force de travail féminine significative dans le secteur formel, il existe un besoin de prioriser des interventions en vue d'améliorer **les politiques relatives aux milieux de travail et les pratiques liées à l'allaitement maternel**, de mettre en place des activités pratiques de counseling et de soutien pour aider les mères qui travaillent à continuer à allaiter.

Améliorer les pratiques d'allaitement maternel des maternités est importante à la fois pour l'initiation de l'allaitement et pour l'établissement de pratiques correctes d'alimentation du nourrisson en général. Cependant, l'amélioration des pratiques d'allaitement maternel des maternités par le procédé IHAB sur la base d'une mise en œuvre hôpital-par-hôpital s'est révélée généralement lente. Dans la section sur les actions dans le système de santé, des suggestions concrètes sont faites pour accélérer et institutionnaliser le

<sup>1</sup> Les trois points en gras ont été ajoutés ou adressés de façon plus détaillée dans ce document comparé aux Directives opérationnelles. Les Directives Opérationnelles doivent être mises à jour en 2011

processus. Dans les pays où **les taux d'accouchement en milieu institutionnel sont élevés**, les interventions dans les maternités, tel le IHAB, peuvent avoir un impact significatif sur les taux d'initiation précoce de l'allaitement maternel et permettent d'établir des pratiques optimales d'alimentation. En conséquence, elles méritent d'être hautement priorisées. Comme les maternités peuvent avoir seulement un impact limité sur l'allaitement maternel exclusif et continu après la sortie, même dans ces pays, un appui continu par le biais de soins de santé primaires (SSP) et des services communautaires est requis pour garantir l'allaitement exclusif et continu. Cependant, dans les pays où **les taux d'accouchement en milieu institutionnel sont très bas**, des interventions ANJE à base communautaire y compris le renforcement des soins à base communautaire des nouveau-nés et le counseling sur l'alimentation du nourrisson devraient être hautement priorisées, bien que le développement de capacité du système de santé devrait encore être pris en considération du fait qu'il établit un exemple de services très professionnels et de qualité.

Dans les contextes ayant des **systèmes de santé très faibles** et un faible accès et une faible utilisation des services de santé, parallèlement au renforcement de la capacité des systèmes de santé pour le soutien et le counseling en ANJE, la communication et des actions au niveau communautaire devraient être priorisées, particulièrement pour garantir un accès équitable. Cependant, même dans de pareils contextes ayant de très faibles systèmes de santé, des actions ANJE devraient encore être poursuivies dans les institutions de santé, parce que les prestataires de soins sont souvent des figures influentes et les messages qu'ils donnent doivent être en conformité avec ceux disséminés au niveau communautaire et par la stratégie de communication. De plus, puisque les prestataires de soins sont souvent les formateurs et les superviseurs des cadres communautaires, il est important que leurs capacités soient développées.

**Dans les contextes disposant de systèmes de santé forts avec une large couverture**, les interventions en soutien et counseling pour l'ANJE dans le système de santé doivent être priorisées sur une grande échelle. Les services ANJE devraient être complètement intégrés aux différentes plateformes d'initiatives de renforcement des systèmes de santé. De tels pays ou de tels milieux à l'intérieur d'un pays (ex.: les zones urbaines) peuvent ne pas disposer de structures communautaires et leur création peut ne pas être justifiée.

Si la recherche formative identifie **des déficits majeurs de connaissance ou des barrières** qui peuvent avoir un gros impact sur l'allaitement maternel ou sur les pratiques d'alimentation de complément, les interventions prioritaires devront inclure une **communication et un counseling** appropriés pour prendre en compte cette situation, et devront être basées sur la recherche formative plutôt que sur des messages génériques concernant les bénéfices des pratiques optimales d'alimentation. Les canaux et les techniques de communication et de counseling doivent être sélectionnés en se basant sur leur efficacité potentielle à toucher les groupes cibles.

### **Prioriser et sélectionner des interventions pour améliorer l'alimentation de complément: l'arbre décisionnel**

Des interventions multiples seront requises pour améliorer l'alimentation de complément des enfants âgés de 6 à 23 mois. L'impact de beaucoup d'interventions est spécifique au contexte et dépend de facteurs tels que la situation de la sécurité alimentaire, les pratiques d'alimentation de complément, et la disponibilité et l'accessibilité d'aliments locaux de qualité.

Comme pour l'allaitement maternel, il n'existe aucun 'meilleur' paquet unique universel d'interventions d'alimentation de complément, à cause des variations de pays et de contextes. Dans tous les contextes – et dans les situations de sécurité alimentaire et d'insécurité alimentaire – trois zones d'action fondamentales sont suggérées. Elles comprennent:

1. Counseling et communication pour l'ANJE sur les pratiques de soins et d'alimentation optimales
2. Utilisation optimale des aliments localement disponibles
3. Des stratégies pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité d'aliments de qualité. .

De plus, des composantes "additionnelles" doivent être choisies pour le programme, dans les contextes où il existe une insécurité alimentaire généralisée et dans ceux où des aliments locaux adéquats sont disponibles mais des suppléments peuvent être nécessaires pour combler les déficits nutritionnels des régimes alimentaires locaux dans certains groupes ou zones. L'alimentation de complément améliorée doit être identifiée et priorisée à partir de l'évaluation de la situation et comme faisant partie du processus de transformation de la ***Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2003)*** ([Ressources Annexe 1-1](#)) en une stratégie nationale ANJE.

Un exemple d'**arbre décisionnel** pour guider la sélection des interventions au niveau des ménages et pour identifier le type de suppléments à envisager pour l'alimentation de complément est présenté sur la figure 19. **On doit noter que pour chaque étape de l'arbre décisionnel, des évaluations préalables sont nécessaires.** Il peut être nécessaire de prendre en considération des facteurs additionnels selon le contexte local.

Un tel arbre décisionnel permet la priorisation de stratégies et la sélection d'interventions appropriées pour chaque contexte local. Comme les populations en sécurité alimentaire et celles en insécurité alimentaire peuvent être à la fois présentes dans un pays ou à l'intérieur d'une certaine région, les stratégies de programmes peuvent aussi être différentes au niveau sous-national. Par exemple, un pays peut avoir une couverture universelle avec counseling ANJE et ensuite fournir des suppléments dans des zones souffrant de déficits nutritionnels ne pouvant être résolus avec des aliments disponibles localement. Des stratégies différentes peuvent être requises pour différentes populations de manière à améliorer la qualité des aliments de complément et améliorer les pratiques d'alimentation; cependant les aliments localement disponibles devraient être utilisés lorsque c'est possible et leur usage optimisé par des séances de counseling et de démonstration de recettes améliorées.

L'explication dans la section suivante fournit une vue d'ensemble détaillée du processus d'analyse et de priorisation présenté dans l'arbre décisionnel. (Voir aussi le chapitre 2.2 sur [l'évaluation de situation](#) et le [Chapitre 2.4](#) sur les interventions de counseling dans le système de santé et la communauté et les composantes de l'alimentation de complément de la stratégie ANJE).

**Figure 19: Exemple d'un arbre de décision pour des options programmatiques axées sur la population pour améliorer la qualité des nutriments des aliments de complément et les pratiques d'alimentation dans les situations non-urgentes**

Ceci est un arbre de décision pour des approches en santé publique dans une perspective de population, ne s'appuyant pas sur un dépistage individuel. Pour tous les contextes, le counseling et l'éducation des mères au sujet des pratiques d'alimentation et de soins optimales et l'utilisation d'aliments locaux sont essentiels, aussi bien que les stratégies pour améliorer la disponibilité et l'accessibilité d'aliments locaux de qualité (\*voir les notes plus bas pour plus de détails). L'arbre de décision aiderait dans le choix de composantes additionnelles pour le programme, et dans les contextes où des aliments locaux adéquats sont disponibles mais des suppléments peuvent être nécessaires pour combler les déficits nutritionnels des régimes alimentaires locaux dans certains groupes ou dans certaines zones, ou bien là où il existe une insécurité alimentaire généralisée. Les exemples de stratégies et de suppléments ne sont pas exhaustifs.

**Analyse de situation:**

**1. Pratiques d'alimentation de complément**

Besoins en macronutriment pour les enfants âgés de 6-23m sont SATISFAITS dans une régime alimentaire typique mais des déficits de micronutriment sont présents

Besoins en macronutriment & micronutriment pour les enfants âgés de 6-23m NE SONT PAS SATISFAITS

**2. Disponibilité et accessibilité d'aliments**

Des mets appropriés pour l'alimentation de compl. avec suffisamment de macro- & micronutriments sont localement disponibles et abordables

Les mets appropriés pour l'alimentation compl. avec suffisamment de macronutriments sont localement disponibles et abordables mais avec des micronutriments inadéquats

Des mets appropriés pour l'alimentation compl. ne sont pas disponibles et/ou sont inabordables. Des macro et micronutriments inadéquats un facteur limitatif pour la croissance de l'enfant et son statut de nutrition

Régime alimentaire de base limité de de mauvaise qualité disponible

Pratiquement aucun régime alimentaire de base convenable n'est disponible

**Interventions:**

**a) Optimiser l'utilisation d'aliments locaux** selon le contexte et les déficits nutritionnels spécifiques (i.e. utiliser Optifoods/programmation linéaire) en privilégiant l'utilisation de sources alimentaires animales, les aliments riches en micronutriments, les amylases ; en développant et en enseignant des recettes améliorées d'AC, la résolution des problèmes, les pratiques d'alimentation, de soins et d'hygiène à travers :

1. Le counseling en ANJE
2. La communication pour le changement de comportement et le changement social est basé sur l'évidence de barrières à une AC optimale et utilise plusieurs canaux.

**b) Améliorer la disponibilité d'aliments locaux de qualité:** améliorer la production à travers un marketing commercial et social d'aliments locaux de haute qualité, les productions à domicile, l'élevage de bétail à domicile et les liens avec l'agriculture d'extension.

**c) Améliorer l'accessibilité financière des aliments de haute qualité:** vouchers/coupons, transferts d'argent conditionnés ou autres mesures de protection sociale, ou à travers des distributions gratuites

Suppléments en micronutriments multiples (poudre)

Suppléments nutritionnels à base de lipides

Divers aliments de complément fortifiés

## Processus de prise de décision suggéré utilisant un exemple de l'arbre de décision

### Analyse de Situation

Afin d'être capable de prendre des décisions basées sur les évidences concernant le choix des meilleures interventions additionnelles pour améliorer l'alimentation de complément, il est important de collecter certaines informations pour évaluer la situation qui prévaut en ce qui concerne l'alimentation des enfants âgés de 6 à 23 mois et compléter l'analyse de la situation. Une partie de ces informations requises peut déjà être disponible par des mécanismes de collecte de données existants tels que les systèmes nationaux de surveillance et les enquêtes nationales. L'achèvement de l'analyse de situation requiert deux **étapes principales**:

1. *Pratiques d'alimentation de complément*
2. *Evaluation de la disponibilité et de l'accessibilité des aliments*

#### 1. Pratiques d'alimentation de complément

La deuxième étape (étape 2) est basée sur des informations concernant une panoplie de pratiques d'alimentation de complément dans la population cible, évalue les pratiques typiques d'alimentation, et permet d'identifier les déficits en micro et macronutriments dans les régimes alimentaires typiques d'enfants âgés de 6 à 23 mois. Ceci pourrait être obtenu en observant une panoplie de pratiques d'alimentation de complément au niveau de la population, et aussi en conduisant des évaluations à plus petite échelle les pratiques d'alimentation de complément en utilisant les outils disponibles<sup>1</sup>. De plus, il est utile d'évaluer les aliments de complément donnés aux enfants de 6 à 24 mois parmi différentes sous-population (ex. urbaines, rurale, extrêmement pauvres, régionales, etc.), aussi bien que les suppléments en vitamines et minéraux ou les aliments de complément fortifiés, produits industriellement qui sont utilisés. Cette information sera utile à des étapes ultérieures pour évaluer quelle des interventions a le plus fort potentiel de succès.

**Comme résultat de l'analyse, les régimes alimentaires typiques des enfants âgés de 6 à 23 mois seront classés et portés sur l'arbre de décision comme satisfaisant les besoins en macronutriments mais avec des déficits en micronutriments (dans les situations de sécurité alimentaire), ou comme ne satisfaisant ni besoins en macro ni les besoins en micronutriments (à la fois dans les situations de sécurité et d'insécurité alimentaire).**

#### 2. Disponibilité et accessibilité financière d'aliments locaux

La troisième étape (étape 3) propose d'évaluer la disponibilité et l'accessibilité économique des aliments locaux. A cette phase, il est important de regarder les données concernant les aliments disponibles dans la communauté, leur contenu nutritionnel et leur acceptabilité comme aliments pour nourrissons. Dans beaucoup de cas, il existe des aliments de qualité supérieure qui sont disponibles localement, mais qui ne sont pas donnés aux jeunes enfants pour plusieurs raisons. Ce niveau de l'arbre de décision tente d'identifier le potentiel des aliments locaux à améliorer le régime alimentaire des enfants de 6 à 24 mois. Les groupes d'aliments particuliers qui ont besoin d'être évalués du point de vue de leur disponibilité et accessibilité financière (y compris l'agriculture de subsistance et le marché) comprennent les aliments de base, les aliments riches en micronutriments ou fortifiés, les fruits et légumes, les aliments d'origine animale, les aliments sources de protéine et de graisse.

**Dans l'arbre de décision les aliments locaux seront classés comme:**

- **Disponibles et accessibles financièrement pour satisfaire à la fois les besoins en macro et micronutriments.**
- **Disponibles et accessibles financièrement pour satisfaire les besoins en macronutriments mais non en micronutriments.**
- **Non disponibles et/ou non accessibles financièrement à la fois pour les besoins en macro et micronutriments.**

A la suite des trois étapes de l'analyse de situation et à partir des résultats de catégorisation, diverses options d'interventions (**Encadrés 1-4**) sont suggérées **dans l'arbre de décision**.

---

<sup>1</sup> Pour plus d'information, aller au Chapitre 2.2.4(ProPAN)

## Interventions

Il est important de souligner que, bien que différentes options se présenteront dans l'arbre de décision (Encadrés 1-4) pour des besoins en aliments additionnels en vue d'améliorer les régimes locaux, il y a trois interventions majeures (a, b, c) qui ont besoin d'être priorisées dans tous les cas. Cependant, toutes les trois interventions apparaissent dans tous les encadrés avec des solutions additionnelles spécifiques au contexte.

### a) Counseling et communication ANJE

Un élément important dans toutes les options d'intervention est le counseling sur les meilleures pratiques et résolutions des problèmes pour les donneurs de soins en vue d'améliorer les pratiques d'alimentation de complément. Des données disponibles montrent que les mères sont prêtes à préparer des aliments de complément s'ils sont culturellement acceptables, et que l'amélioration des connaissances de la mère et des pratiques d'alimentation peut conduire à l'augmentation de l'apport alimentaire et améliorer la croissance des enfants. Les *Principes Directeurs pour l'Alimentation de complément de l'Enfant Allaité* (2003) [157] ont été développés pour unifier les messages donnés aux donneurs de soins sur les pratiques d'alimentation de complément appropriée dans le monde. Dix principes directeurs traitent de la préparation, du contenu, et du stockage adéquat des aliments de complément, ainsi que des comportements pendant l'alimentation (tel que l'alimentation à la demande). Le counseling pour améliorer les pratiques d'alimentation des donneurs de soins doit être guidé par ces principes, ainsi que par les *Principes Directeurs pour l'Alimentation des Enfants Non allaités* [158] *Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant*, et d'autres documents pertinents. Ces principes doivent être transmis à travers des messages appropriés et des outils de counseling en vue d'aboutir à un changement de comportement. Il a été démontré que des messages généraux et génériques tel que « donner à votre enfant une variété d'aliments » peuvent ne pas avoir un impact significatif sur les pratiques d'alimentation de l'enfant, alors qu'un message plus spécifique « par exemple, donner des œufs à votre enfant trois fois par semaine » peut avoir un impact bien plus grand.

Des messages éducatifs peuvent être améliorés en intégrant les points de vue et suggestions des mères et donneurs de soins dans le processus de prise de décision. Augmenter les opportunités de counseling (par le biais de multiples canaux à des intervalles réguliers, particulièrement dans des moments critiques comme autour du 6ème mois lorsque l'introduction de l'alimentation de complément peut poser beaucoup de défis) peut aussi conduire à davantage d'amélioration dans les connaissances et les pratiques.

### b) Stratégies pour augmenter la disponibilité des aliments de qualité

Un autre aspect de l'amélioration de l'alimentation de complément est lié à l'accès général du ménage aux aliments de qualité pour les enfants. Une teneur insuffisante en nutriments dans les aliments de complément peut être lié au fait que les aliments de complément sont principalement à base de plantes et ont souvent une faible teneur en macro et micronutriments et une forte teneur en éléments anti-nutritifs. L'ajout de petites quantités d'aliments d'origine animale (AOA) peut aider à augmenter l'absorption du zinc et du fer en plus d'améliorer la qualité générale du régime. L'aide au jardinage de subsistance, l'élevage de volaille et du bétail peut augmenter la disponibilité des ingrédients de qualité supérieure pour l'alimentation de complément chez les pauvres dans les zones rurales.

La programmation linéaire est un outil qui peut être utilisé pour le développement d'aliments de complément à moindre coût. La programmation linéaire demande l'apport d'estimations précises des teneurs en nutriments des d'aliments et des ajustements pour des facteurs tels que la biodisponibilité et le taux d'absorption des nutriments.

Un lien avec l'agriculture peut se révéler efficace dans l'amélioration de l'accès de ces ménages à de meilleures options alimentaires. Des techniques traditionnelles au niveau du ménage tel que le décorticage, l'épluchage, le trempage, la germination, la fermentation et le séchage peuvent améliorer le contenu nutritionnel des aliments locaux, bien que ces techniques en elles-mêmes puissent ne pas aboutir à des quantités suffisantes de fer bio disponibles.

Lorsque les aliments locaux ne répondent pas suffisamment aux besoins des enfants en micro et macronutriments, le rôle des industries dans la production d'aliments de complément de qualité supérieure doit être analysé. La disponibilité des aliments de complément fortifiés industriellement et commercialisés pour les jeunes enfants doit être évaluée. Une liste de ces aliments et leur teneur en nutriments évaluée en

tant qu'aliments adéquats pour les enfants de 6 à 23 mois peut être établie. L'accessibilité de ces aliments chez différentes sous-populations (y compris les populations urbaines, rurales, et extrêmement pauvres) doit être évaluée.

### **c) Stratégies pour rendre des aliments de qualité plus abordables financièrement**

L'incapacité d'acheter des aliments de qualité supérieure destinés aux enfants de 6 à 23 mois constitue un facteur limitant important dans le régime alimentaire des enfants dans beaucoup de communautés, particulièrement dans les quintiles de revenus les plus faibles et les groupes les plus défavorisés et les plus démunis. Ces groupes se retrouvent tant dans des milieux ruraux qu'urbains. Les personnes pauvres des zones urbaines peuvent avoir des vulnérabilités spécifiques étant donné leur plus grande dépendance vis-à-vis des revenus en argent liquide pour les achats, la plus grande participation des femmes dans la force de travail, et le plus grand nombre de femmes comme chefs de ménage comparativement aux pauvres des zones rurales. Ceci pose souvent de plus grandes contraintes de temps pour les donneurs de soins et augmente la tendance à utiliser des aliments transformés. Cependant beaucoup de ces aliments sont de mauvaise qualité. Comme indiqué ci-dessus, des stratégies pour augmenter l'accès des ménages à de meilleures options alimentaires doivent être envisagées, tel que des bons d'échange, des coupons, et des liens avec des programmes de protection sociale.

#### ***Améliorer l'alimentation de complément dans les ménages qui sont en situation de sécurité alimentaire (Encadré 1&2 dans Arbre de décision)***

Même lorsque les ménages ne sont pas confrontés aux défis de l'insécurité alimentaire, il y a de nombreux défis pour fournir une alimentation de complément optimale aux enfants. Par conséquent, même si les aliments sont disponibles, l'alimentation de complément n'est pas forcément appropiée..

**En situation de sécurité alimentaire où les aliments locaux appropriés pour l'alimentation de complément avec des macro et micronutriments suffisants sont disponibles et abordables financièrement, mais pas toujours donnés aux enfants, l'accent doit être mis sur l'amélioration des pratiques d'alimentation de complément.** La principale stratégie devrait être d'améliorer les pratiques, en optimisant les approches d'utilisation des aliments disponibles et acceptables localement. L'identification de ces aliments devrait être prioritaire pour que les principaux résultats puissent être utilisés dans l'éducation et le counseling nutritionnel. Les trois principales interventions décrites ci-dessus – **a) counseling & communication, b) augmentation de la disponibilité des aliments locaux et c) amélioration de l'accessibilité financière** – devraient être appliquées sans qu'aucune intervention additionnelle ne soit nécessaire tel que le montre l'Encadré 1 dans l'Arbre de Décision.

**En situation de sécurité alimentaire, où les aliments locaux appropriés sont disponibles pour assurer une alimentation de complément contenant des macronutriments en quantité suffisante, mais manquant de micronutriments, l'accent doit être mis sur l'amélioration de l'alimentation de complément avec un apport additionnel de micronutriments.** Le rôle de la fortification à domicile d'aliments de complément dans différentes populations (i.e. rurale vs. urbaine) avec des poudres de micronutriments multiples doit être exploré. La sélection des meilleures options additionnelles doit être basée sur l'évaluation des situations locales et des déficits, tel qu'expliqué plus bas ici. L'utilisation répandue de suppléments, tels que les vitamines et minéraux sous forme de poudre ou de tablette, peut améliorer la qualité nutritionnelle de l'AC local à faible coût. L'utilisation des suppléments demande un marketing social et/ou une distribution aux familles nécessiteuses. Ces produits peuvent être particulièrement utiles dans les zones rurales où l'accès aux aliments de complément industriels enrichis est limité. Les trois principales interventions décrites ci-dessus – **a) counseling/communication, b) amélioration de la disponibilité des aliments locaux et c) amélioration de l'accessibilité financière** – devraient être appliquées avec des distributions de **suppléments en micronutriments multiples**, tel qu'indiqué dans l'Encadré 2 dans l'Arbre de décision.

#### ***Alimentation de complément face à l'insécurité alimentaire dans les ménages (Encadrés 3 & 4 dans l'Arbre de décision)***

La disponibilité, l'accessibilité physique et financière aux aliments de qualité supérieure pour les enfants sont des facteurs clés pour évaluer la capacité des donneurs de soins à fournir une alimentation de complément

optimale aux enfants. Par conséquent, en situation d'insécurité alimentaire, le régime alimentaire typique n'est pas habituellement en mesure de répondre aux besoins nutritionnels des enfants. L'incapacité à répondre aux besoins alimentaires peut être transitoire, par exemple durant les périodes de faim **saisonnaire anormale ou normale**, durant la phase de récupération suite à une urgence ou à la suite d'une augmentation soudaine des prix des produits alimentaires. Dans de telles situations, la fourniture de suppléments peut être considérée comme une mesure provisoire à court terme.

**En situation d'insécurité alimentaire, où les aliments locaux appropriés ne sont ni disponibles ni abordables pour assurer une alimentation de complément contenant des macro et des micronutriments en quantité suffisante, mais qu'un régime alimentaire de base limité et de qualité inférieure est disponible, le plus important est d'améliorer l'alimentation de complément par la provision d'aliments de qualité supérieure tels que les suppléments nutritionnels à base de lipides (SNL) ou des produits similaires.** L'utilisation répandue de suppléments demande un marketing social et/ou une distribution aux familles nécessiteuses. Ces produits peuvent être particulièrement utiles dans les zones rurales où l'accès aux aliments de complément industriels fortifiés est limité, ou dans des circonstances particulières telles que pendant la saison de la faim, dans les camps de réfugiés ou dans le contexte du VIH. Les trois principales interventions décrites ci-dessus – **counseling/communication, augmentation de la disponibilité des aliments locaux et augmentation de l'accessibilité financière** – doivent être appliquées et accompagnées de suppléments nutritionnels, tel qu'indiqué dans l'**Encadré 3 dans l'Arbre de Décision**.

**En situation d'insécurité alimentaire, où les aliments locaux appropriés ne sont ni disponibles ni abordables, pour assurer une alimentation de complément contenant des macro et des micronutriments en quantité suffisante et l'alimentation de base est rare et de mauvaise qualité nutritionnelle, l'accent pourrait être mis sur l'amélioration de l'alimentation de complément par la fourniture d'aliments de complément enrichis, produits industriellement.** Ces aliments ont été élaborés pour améliorer l'alimentation de complément dans beaucoup de pays [159]. En outre, des aliments composés enrichis ou prêts à l'emploi ont été habituellement utilisés dans des programmes d'aide alimentaire dans des cas d'urgence et des situations d'insécurité alimentaire aigue. Les trois principales interventions décrites ci-dessus – **a) counseling/communication, b) amélioration de la disponibilité des aliments locaux et c) amélioration de l'accessibilité financière** – doivent être appliquées avec une provision d'aliments de complément enrichis, produit industriellement, tel qu'indiqué dans l'**Encadré 4 dans l'Arbre de Décision**.

## 2.5 Utilisation d'opportunités additionnelles en vue de l'intégration de l'ANJE

### Développement, planification et Mise en œuvre de stratégie nationale d'ANJE

2.1 Plaidoyer, partenariat et coordination

2.2 Evaluation de la situation

2.3 Développement de la politique nationale d'ANJE

2.4 Développement de la stratégie complète d'ANJE; identification et priorisation d'interventions d'ANJE

**2.5 Utilisation d'opportunités additionnelles en vue d'intégration**

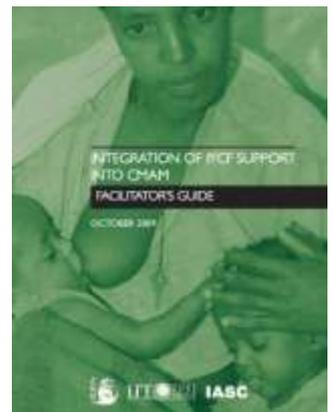
2.6 Développement de plans d'action nationaux et sous-nationaux et mobilisation des ressources

2.7 Mise en œuvre, suivi, revue et évaluation

En plus de développer une stratégie ANJE et de concevoir des interventions pertinentes, d'autres programmes ciblant les femmes et les jeunes enfants devraient être utilisés comme points d'entrée pour intégrer les éléments clés de l'ANJE. L'utilisation de contacts existants devrait être maximisée pour mettre en œuvre des actions ANJE. Cela aidera à atteindre une couverture élevée des interventions, en multipliant les ressources et en évitant les duplications, économisant ainsi du temps et des ressources et permettant d'atteindre davantage de personnes. Cependant, l'ANJE ne doit pas être mise en œuvre uniquement par le biais de l'intégration en écartant les composantes qui doivent être mises en œuvre séparément, comme cela a été observé dans certains cas.

Voici des exemples d'interventions et de points d'entrée pour intégration dans le système de santé:

- **Programmes de santé maternelle et néonatale:** Les contacts de soins de santé prénatale, les soins de maternité, les soins post-nataux / néonataux et la planification familiale donnent tous la possibilité de conseiller et de soutenir les femmes sur l'ANJE. Toutes les formations pertinentes devraient inclure le counseling sur l'alimentation du nourrisson comme l'un des modules de formation obligatoires. Un personnel ayant reçu la formation sur la gestion de la lactation et le counseling pour l'allaitement maternel devrait être l'une des principales exigences des services de maternité de qualité, ainsi que le respect des Dix Étapes.
- **Programme de santé infantile dans le système de santé:** les points de contact de vaccination systématique, la PCIME ou d'autres programmes de traitement de maladies infantiles dans les établissements de santé, la surveillance et la promotion de la croissance (SPC) et les journées de la santé de l'enfant sont tous des points d'entrée pour l'ANJE. Une structure doit être institutionnalisée, afin d'exiger et de permettre en même temps aux travailleurs de santé de procéder à l'évaluation de l'ANJE et à des activités de counseling comme faisant partie intégrante de leur travail quotidien (voir page 47 pour un tableau détaillé des contacts du système de santé concernant l'ANJE et des services suggérés à chaque contact)
- **Prise en charge à base communautaire/ de la malnutrition aigüe (PCMA) pour les patients en interne et externe.** Dans de nombreux pays la PCMA trace la voie en termes d'expansion des activités de nutrition, et représente un point d'entrée très important pour les actions d'ANJE. L'ANJE et la PCMA devraient être conceptualisées et conçues comme deux parties intégrantes d'un seul programme pour prévenir et traiter la dénutrition, et non pas comme deux programmes complètement séparés, comme c'est encore le cas dans certains pays. Dans d'autres pays, la PCMA fonctionne alors que des interventions communautaires ANJE n'ont même pas été lancées. Cela signifie que les programmes devront en permanence faire face à des interventions coûteuses pour répondre aux conséquences graves des pratiques inadéquates d'alimentation du nourrisson alors qu'ils pourraient réduire de façon significative la dénutrition si l'alimentation du nourrisson au niveau communautaire avait été une priorité majeure. Ainsi, la conception, la planification, la formation, la mobilisation, les activités des travailleurs de la santé, et les structures de supervision devraient traiter à la fois la PCMA et l'ANJE dans un seul paquet. Des ressources spécifiques sont disponibles pour l'intégration de l'ANJE dans la PCMA tel que le module IASC/AEN (voir [Ressources Annexe 1-11](#)), mais des outils et matériels nationaux, y compris les adaptations nationales du Paquet de Counseling Communautaire pour l'ANJE de l' UNICEF ([Ressources Annexe 1-8](#)) peuvent également être utilisés: le principe important est de veiller à ce que ANJE et PCMA soient considérées comme deux aspects connexes de la même stratégie pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition.
- **Programmes de santé et/ou de nutrition à base communautaire:** Une panoplie de programmes de santé et/ou de nutrition communautaires existe dans beaucoup de pays. Dans certains cas, il n'y a aucun outil et approche standardisés, alors que dans d'autres un cadre national de travailleurs sociaux existe. Ces programmes représentent des points d'entrée importants pour le counseling, la communication et les groupes de soutien à la mère pour l'ANJE.
- **Prise en charge à base communautaire (PCC) des maladies de l'enfance courantes:** PCC est réalisée pour traiter la malaria, la diarrhée et la pneumonie dans beaucoup de pays. Les pratiques d'allaitement maternel optimales sont essentielles à la réduction de la diarrhée et de la pneumonie, et les programmes PCC ont tout à gagner d'une attention appropriée aux activités ANJE. La formation en counseling ANJE pourrait être mise en œuvre comme un élément intégral des programmes PCC.
- **PTME et Traitement pédiatrique du SIDA:** la PTME est intimement liée à l'alimentation du nourrisson, et les programmes de PTME représentent un point d'entrée important pour l'ANJE. Plusieurs pays ont réalisé d'importants progrès dans l'expansion de l'ANJE (par exemple en Zambie, au Kenya) par le biais des programmes de PTME, et ont montré des résultats significatifs en termes de hausse des taux d'allaitement maternel exclusif. La composante alimentation du nourrisson a souvent été un grand défi dans les programmes de PTME, parfois pas suffisamment bien traitée, mais d'importantes leçons ont été apprises et peuvent être utilisées pour lever certaines des contraintes et concevoir et planifier la composante ANJE au sein de PTME de façon plus efficace.



- **Des programmes de développement de la petite enfance** fournissent une excellente occasion pour intégrer des interventions pour la nutrition du nourrisson et du jeune enfant. Le DPE et les interventions ANJE soulignent tous les deux l'importance des interventions précoces, des changements de comportement, de l'éducation et du counseling des mères et des donneurs de soins pour les pratiques optimales. Les classes d'éducation parentale peuvent combiner les messages DPE et ANJE pour plus d'impact à la fois sur la nutrition et les pratiques de soins. Au niveau communautaire, les mêmes travailleurs conseillant les mères sur les questions de nutrition peuvent mettre suffisamment l'accent sur les soins et le développement psychosocial. Le **"Module Soins pour le Développement"** ([Ressources Annexe 1-7](#)) développé par l'UNICEF et l'OMS est un outil recommandé pour ce type de programmation. Il dispose parallèlement d'un module de nutrition qui peut être opérationnalisé avec le module de soins dans le cadre du même programme.
- Un point d'entrée potentiel est l'initiative **d'Assainissement total initié par la communauté (CLTS)** mise en œuvre par le programme WASH, qui utilise des approches participatives pour générer une meilleure compréhension des voies de contamination des aliments et de l'eau et mobilise les communautés pour améliorer les pratiques de lavage des mains et d'utilisation de latrines. Il utilise des facteurs de motivations comme la honte et le dégoût, ainsi que la fierté dans l'adoption de nouvelles pratiques. Cela pourrait inciter les populations à arrêter de donner de l'eau et des aliments aux bébés de moins de six mois, souligner la vulnérabilité à la contamination des nourrissons, et promouvoir une préparation sûre des aliments de complément.
- **Des programmes de protection sociale** peuvent fournir un point d'entrée pour atteindre les mères et les donneurs de soins dans les ménages vulnérables, augmenter la disponibilité des aliments abordables et de qualité, et influencer leur pratiques d'alimentation et leurs pratiques de soins. Diverses interventions, y compris la fourniture de microcrédit, de suppléments alimentaires, de bons alimentaires, de subventions, de transferts monétaires conditionnels, etc. peuvent être évaluées dans le contexte de chaque pays et intégrées aux services ANJE pour des groupes cibles spécifiques. Des mécanismes efficaces sont nécessaires pour établir un lien entre le counseling ANJE et la réception de ces avantages sociaux.
- **Des programmes pour améliorer l'accès aux aliments locaux** peuvent aussi fournir un point d'entrée pour atteindre les mères et les donneurs de soins dans les ménages vulnérables et influencer leurs pratiques d'alimentation et de soin. Les lacunes dans la mise en œuvre des interventions à fort impact pour l'enfant de moins de deux ans peuvent être comblées par des approches intersectorielles qui intègrent l'ANJE, la nutrition et la santé publique dans des programmes agricoles, y compris l'élevage, le jardinage de subsistance, la vulgarisation agricole etc.

## 2.6 Développement des plans d'action ANJE nationaux et sous-nationaux et mobilisation des ressources

### Développement, planification et Mise en œuvre de stratégie nationale d'ANJE

2.1 Plaidoyer, partenariat et coordination

2.2 Evaluation de la situation

2.3 Développement de la politique nationale d'ANJE

2.4 Développement de la stratégie complète d'ANJE; identification et priorisation d'interventions d'ANJE

2.5 Utilisation d'opportunités additionnelles en vue d'intégration

**[2.6 Développement de plans d'action nationaux et sous-nationaux et mobilisation de ressources](#)**

2.7 Mise en œuvre, suivi, revue et évaluation

## 2.6 Développement des plans nationaux & sous-nationaux

### 2.6.1 Développer des plans nationaux et sous-nationaux

Sur la base de la stratégie nationale ANJE, un plan national avec une estimation des coûts sur une période définie doit être développé. Le plan doit englober toutes les interventions nécessaires pour atteindre des résultats à la fois pour l'allaitement maternel optimal et l'alimentation de complément des enfants de moins de deux ans. Le plan doit également refléter adéquatement la supervision et les activités de suivi à tous les niveaux.

Comme avec le développement de la stratégie nationale, le développement d'un plan national et pluriannuel pour l'ANJE aidera à cibler et à orienter les acteurs qui sont responsables de la mise en œuvre du plan au niveau local. Ce sera également une planification au niveau provincial ou des districts, en utilisant éventuellement des modèles avec des types d'activités pour inclusion dans un plan de district intégré, qui peut ensuite être adaptée à la situation locale. De même, les plans des établissements de santé et de la communauté peuvent être tirés des plans de district.

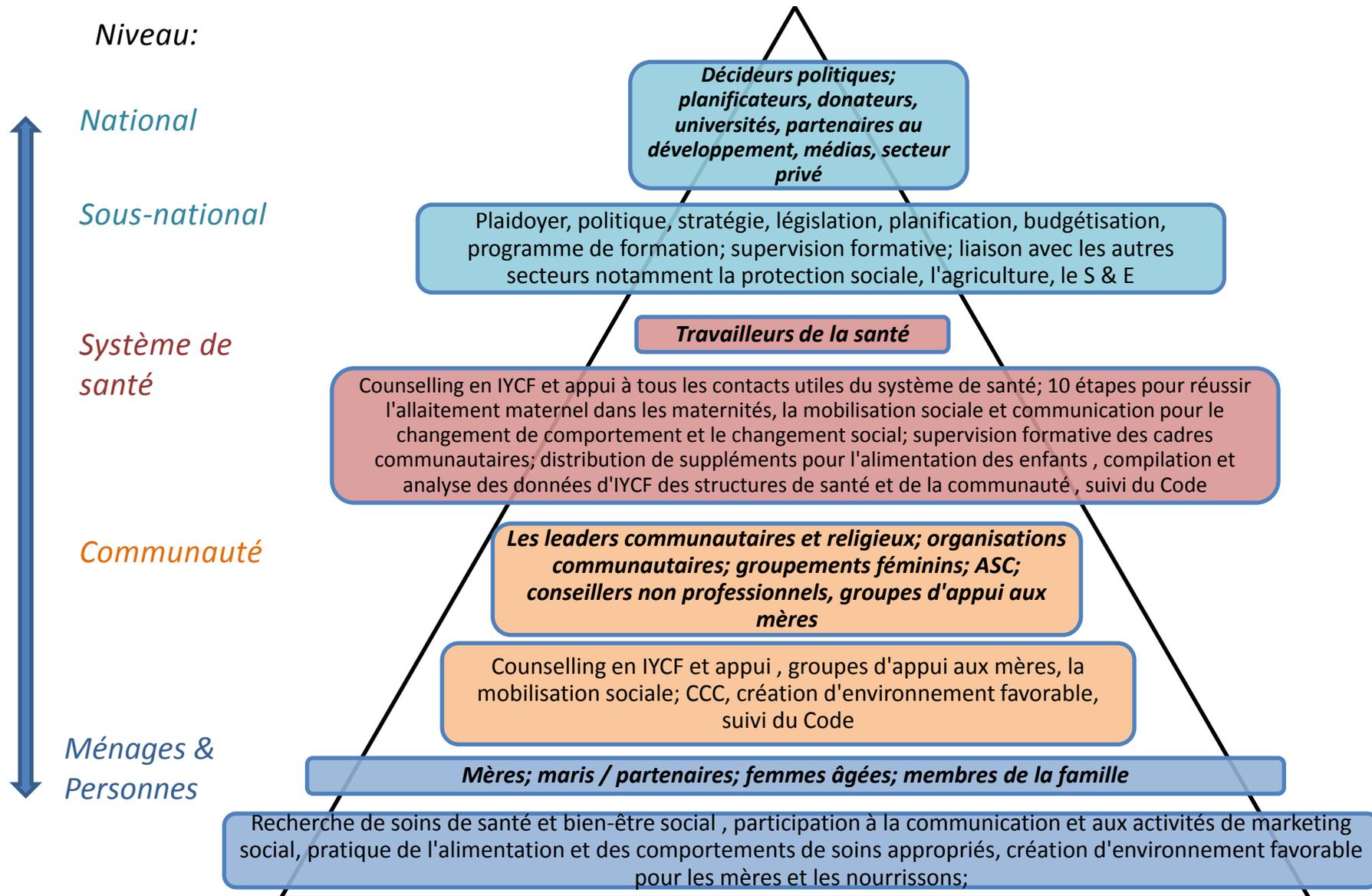
Le plan spécifique national ANJE est utile, il est très important de s'assurer également que toutes les activités ANJE sont pleinement intégrées dans les plans et les budgets pour les systèmes et les secteurs concernés aux niveaux national et sous-national, y compris les plans de la santé, l'éducation, la protection sociale, l'agriculture, et d'autres secteurs pertinents, si applicable. Cela aidera à créer une plus grande institutionnalisation de l'ANJE dans le système de santé et d'autres secteurs.

La consolidation des liens à tous les niveaux, ainsi que l'adoption de programmes, matériels et messages harmonisés sont cruciaux. La Figure 20 représente graphiquement les différents niveaux, les intervenants et les composantes d'une stratégie globale ANJE, avec des actions clés à chaque niveau et l'importance des liens étroits et l'harmonisation à tous les niveaux.

**Encadré 10: Définitions des termes utilisés dans ce guide: Plans ANJE nationaux**

La **plan** national ANJE rend opérationnel la stratégie ANJE et peut être un plan pluriannuel. Il aide à guider et orienter la planification ANJE annuelle dans laquelle les activités ANJE sont généralement intégrées dans les plans sectoriels nationaux et sous-nationaux. Une stratégie peut être plus narrative alors qu'un plan est souvent finalisé dans un format matriciel indiquant cibles, actions, parties responsables, budget et dans beaucoup de cas, la source de financement. Un **microplan** aide à détailler les activités et les contributions au niveau administratif le plus bas.

Figure 20: Partenaires ANJE, composantes et actions avec des liens forts à tous les niveaux



Le modèle de **micro planification** du programme PEV est un exemple d'outil utile pour l'élaboration de plans locaux ANJE et doit être adapté et ajusté à ANJE. Comme avec le PEV, plusieurs contacts sont nécessaires pour donner un counseling ANJE ajusté à travers le cycle de vie à un groupe prédéterminé de femmes enceintes et de donneurs de soins d'enfants de moins de 2 ans, avec diverses activités de formation et une supervision régulière. Par conséquent, le PEV et les mêmes types d'outils peuvent être utilisés pour refléter, par la plus petite unité administrative applicable (par exemple, l'autorité sanitaire de district), des activités telles que la formation des prestataires de santé et des travailleurs communautaires, la création de groupes de soutien aux mères, la communication, la supervision et le suivi, les distributions nécessaires, etc. Les centres de santé et les communautés pourraient également développer leurs propres micro-plans, en utilisant le modèle des services de vaccination. La planification de l'approvisionnement sera applicable si les suppléments pour l'alimentation de complément sont fournis. Les outils budgétaires du PEV peuvent également être adaptés à l'échelon local pour la budgétisation ANJE. (Voir [Ressources Annexe 1-1](#) pour un échantillon du format de micro-planification pour la stratégie de vaccination Atteindre Chaque District (ACD)).

## 2.6.2 Mobilisation des ressources et des partenaires

Le principal défi dans la conception du programme ANJE est de mener des interventions à l'échelle. En particulier, dans le cadre de la stratégie nationale globale, les programmes communautaires doivent aller au-delà des projets pilotes et les petits projets doivent s'intégrer dans les services de santé publique et primaire courants. Les partenariats au niveau des pays doivent veiller à ce que les éléments appuyés dans les programmes de pays soient interdépendants et synergiques, y compris l'évaluation, le renforcement national des capacités institutionnelles et humaines, l'appui au niveau communautaire, la communication, la supervision, et d'autres composantes, afin de permettre la réalisation des objectifs nationaux.

Le calcul des coûts des plans pluriannuels et annuels sera une étape importante pour s'assurer que les engagements adéquats du gouvernement et des partenaires sont identifiés, et que les ressources pertinentes sont mobilisées.

On a souvent affirmé ou observé que la mobilisation des ressources pour l'ANJE est une tâche difficile. Cela peut être dû à l'accent que l'ANJE met sur les interventions comme le counseling et le changement de comportement qui nécessitent un processus à plus long-terme et des efforts globaux, par opposition à un service unique, vertical, plus visible ou une approche axée sur un produit. Une autre raison possible est que, dans certains cas, des années de mise en œuvre d'interventions inefficaces et mal conçues n'ont pas donné de résultats, ce qui a peut-être découragé les investissements dans l'ANJE. Par conséquent, **des efforts de plaidoyer concertés**, soulignant les éléments de preuve d'efficacité et du rapport coût-efficacité des interventions, ainsi que des **programmes ANJE bien conçus et planifiés** par le gouvernement et les partenaires doivent être une haute priorité. En outre, il est nécessaire de veiller à ce que l'ANJE soit inclus comme une composante essentielle des programmes existants - par exemple de la prise en charge de la MAS, du VIH /SIDA, de la santé maternelle et infantile, de la prise en charge communautaire (CCM) des programmes de maladies infantiles, des régimes de protection sociale, etc. ainsi que de la nutrition et de la réalisation des OMD en général.

Etant donné que l'insécurité alimentaire dans de nombreux pays affecte tous les efforts déployés pour améliorer l'alimentation de complément, une attention supplémentaire devrait être accordée à la mobilisation des ressources et des partenaires qui travaillent dans le domaine de la **sécurité alimentaire**. Dans les zones à forte prévalence d'insécurité alimentaire, les interventions sur l'alimentation de complément qui incluent la distribution d'aliments supplémentaires ou des suppléments, ou des stratégies pour accroître la propre production des ménages, soutiennent non seulement l'amélioration des pratiques, mais ont également un potentiel beaucoup plus élevé d'être efficace.

Les planificateurs de la nutrition peuvent avoir à travailler en étroite collaboration avec le gouvernement dans la **conception de la sécurité sociale ou des régimes de protection sociale**, et à trouver des partenaires du secteur privé qui sont prêts à fabriquer des produits de qualité supérieure plus accessibles et plus abordables. Particulièrement, dans les pays ayant des niveaux plus élevés d'inégalité, l'amélioration de l'alimentation de complément pour différentes

sous-populations (c.-à-d. des régions rurales, urbaines, très pauvres, spécifiquement défavorisées, etc.) des interventions différentes et additionnelles sont parfois nécessaires, et des partenaires doivent déterminer leurs responsabilités entre ces groupes en fonction de leurs objectifs organisationnels, de leur couverture géographique et l'ensemble de leurs compétences.

Il existe beaucoup de partenaires qui sont en mesure de jouer un rôle important dans l'ANJE. Ce sont les ministères du gouvernement, les agences multilatérales, les ONG internationales et nationales, les réseaux communautaires (autorités religieuses, leaders communautaires, et groupes de femmes), les donateurs, les prestataires de soins de santé et les institutions académiques. Les ONG jouent un rôle essentiel dans le soutien apporté aux actions du district et de la communauté en tant que partie de ce plan national.

La cartographie de tous les partenaires potentiels peut précéder la mise en place des programmes pour l'ANJE ou avoir lieu lorsqu'il est prévu de passer de la mise en œuvre à petite échelle ou initiale à une approche gérée par le gouvernement et plus large. Dans les deux cas, il est important de prendre en compte le fait que l'implication des partenaires dans la mise en œuvre d'une stratégie globale ANJE ne devrait pas être une approche verticale et unique bien que les politiques et stratégies de base soient fixées. La façon dont l'approche est mise en œuvre et gérée doit être adaptée au contexte et à l'entité gestionnaire (par exemple, le MS ou les ONG).

**Un analyse des capacités existantes pour l'ANJE** tant au sein du système de santé, des ONG et d'autres partenaires devrait être entreprise afin de positionner et de concevoir une approche globale d'ANJE dans le pays tout en fournissant un soutien approprié, y compris un renforcement des systèmes de santé. La cartographie des capacités permet l'identification des lacunes et des faiblesses du système qui devront être abordées pour assurer le succès des partenaires tant nationaux qu'internationaux. L'analyse des lacunes en matière des capacités comprend une évaluation des capacités des ressources institutionnelles et humaines, une identification des déficits des capacités et conduit à l'élaboration d'une stratégie pour les aborder.

## 2.7. Mise en œuvre, Suivi, revue et évaluation

### Développement, planification et Mise en œuvre de stratégie nationale d'ANJE

2.1 *Plaidoyer, partenariat et coordination*

2.2 Evaluation de la situation

2.3 Développement de la politique nationale d'ANJE

2.4 Développement de la stratégie complète d'ANJE; identification et priorisation d'interventions d'ANJE

2.5 Utilisation d'opportunités additionnelles en vue d'intégration

2.6 Développement de plans d'action nationaux et sous-nationaux et mobilisation de ressources

**2.7 Mise en œuvre, suivi, revue et évaluation**

### Mise en œuvre et suivi

La mise en œuvre bien coordonnée des plans, avec des ressources rendues disponibles en temps opportun, et le contrôle de la qualité du processus de mise en œuvre globale sont la clé de la réalisation des objectifs de la stratégie. Dans de nombreux scénarios, des programmes ou des plans bien conçus n'atteignent pas les résultats escomptés en raison de difficultés liées aux capacités de mise en œuvre, au manque de ressources durables et cohérentes ou à une mauvaise gestion locale, une mauvaise organisation, et un mauvais contrôle de la qualité des activités. La qualité et le résultat final de chaque activité sont des questions importantes pour s'assurer que les interventions réalisent leur plein potentiel afin d'améliorer la situation de l'ANJE. Un suivi de qualité alerte les responsables de programme sur les faiblesses réelles et potentielles, les problèmes et les limites afin que des ajustements et des actions correctives puissent être faits à temps pour améliorer la conception du programme, le plan de travail, la stratégie de mise en œuvre et le plan d'action ANJE. Il permettra également de déterminer si diverses composantes de la stratégie ANJE ont été intégrées avec succès dans la politique

nationale, la planification, la mise en oeuvre, ainsi que d'augmenter la responsabilité des intervenants et des partenaires. Afin de faciliter la mesure des progrès dans la mise en oeuvre, un plan de suivi devrait être mis au point avec des objectifs clairs et mesurables, et des indicateurs (voir les exemples d'indicateurs de processus dans le tableau 1).

A chaque niveau de prestation de services (travailleur communautaire / poste de santé, établissement de santé, hôpital), le plus bas niveau administratif (par exemple l'autorité sanitaire du district), le niveau régional / provincial / de l'état et le niveau national, des outils simples peuvent être utilisés pour faciliter et suivre la mise en oeuvre par rapport aux objectifs annuels pour le nombre de donneurs de soins et d'enfants atteints, similaires à l'approche de suivi des progrès de la vaccination ou des soins prénataux.

#### Encadré 11: Définitions des termes utilisés dans ce guide: Programme ANJE

Un **programme ANJE** est une somme d'activités définies dans le temps, de budgets et d'autres ressources, visant à produire des résultats spécifiques pour atteindre les objectifs définis dans une stratégie globale. Dans certains pays, il peut y avoir un programme national ANJE placé sous la direction et la responsabilité du gouvernement. Toutefois, un gouvernement peut ne pas se référer à des programmes verticaux, mais plutôt à des approches sectorielles dans lesquelles des actions ANJE sont intégrées, ou le gouvernement peut ne pas avoir conceptualisé et développé un programme spécifique à l'ANJE du tout, ou il peut n'y avoir que de petits projets, ou encore uniquement certaines composantes sélectionnées qui sont mises en oeuvre. En même temps, les différents partenaires individuels peuvent également se référer à leurs programmes respectifs ANJE, qui soutiennent et contribuent à l'effort national.

La **représentation graphique** peut être utilisée à différents niveaux, par exemple adaptée à partir du « tableau de suivi » pour le suivi de la vaccination par l'établissement (voir annexe 2 pour une présentation possible pour le suivi du counseling pour l'ANJE adapté à partir du tableau de vaccination, et voir aussi Étape 7/pages 30-31 du guide de micro planification Atteindre Chaque District (ACD), [Ressources Annexe 1-1](#)) ou à l'aide d'un diagramme simple pour enregistrer le nombre cumulé d'enfants et de donneurs de soins qui ont été touchés par le counseling. Lors de la planification pour le counseling ANJE intégré dans les services de soins à la mère et à l'enfant, il sera important d'avoir le même nombre cible de femmes pour le counseling ANJE que pour les soins prénataux et le même nombre cible d'enfants de moins d'un an que pour la vaccination. Cela aidera à faire en sorte que le counseling ANJE soit bien intégrée et "ancrée" dans le suivi quotidien des activités d'un établissement de santé. Cela devrait être l'objectif minimal des contacts pour ANJE, et il peut bien sûr y avoir plus de counseling et des possibilités de suivi à d'autres contacts, par exemple, lors des séances régulières de suivi de la croissance, la mesure du périmètre brachial ou des contacts pour le traitement des maladies, qui devraient tous être notés et reflétés dans le tableau de suivi.

L'utilisation des **feuilles de pointage** simples peut également être adaptée pour des activités de counseling ANJE aux niveaux des établissements de santé et de la communauté, sur lesquelles chaque séance de counseling, quel que soit le contact par le biais duquel elle est fournie, peut être enregistrée et les décomptes agrégés sur la forme d'un rapport mensuel ou d'un système électronique. Des outils innovants tels que les SMS rapides en utilisant la technologie du téléphone cellulaire pourraient également être appliqués au suivi des services d'ANJE. La participation à des séances de communication de groupe peut également être enregistrée.

Les **Cartes de soin de santé prénatale et les cartes de santé infantile** devraient être adaptées pour inclure les contacts de counseling ANJE, qui aideront à assurer que le counseling devienne une des activités non seulement régulièrement effectuées et enregistrées, mais aussi suivies, et contribue également à vérifier les informations lors des enquêtes. Le nombre minimal de séances de counseling à suivre devrait être lié à la participation à la consultation prénatale, le PEV et la supplémentation en vitamine A, mais il est également possible d'entreprendre et de suivre des contacts supplémentaires et des séances de counseling, par exemple si l'enfant est venu pour la PCIME, la PCMA, TAR ou d'autres services et qu'il a reçu le counseling ANJE.

En outre, l'exécution des plans de formation doit être étroitement suivie afin de s'assurer que le nombre prévu des sessions de formation ont eu lieu, des visites de suivi ont été entreprises et la supervision de soutien ciblée a été mise en oeuvre.

Les outils pour le suivi des activités et la performance ANJE devrait être intégrés dans les cadres de suivi standard pour les établissements de santé et des services. Les pays peuvent créer leurs propres outils de mesure, ou peuvent adapter les outils existants. Par exemple, des outils de supervisions contenus dans le paquet générique de counseling communautaire pour l'ANJE de l'UNICEF (voir chapitre 3.3) pourraient être adaptés pour devenir une partie intégrante de listes de contrôle de suivi et des guides pour les différents niveaux du système de santé<sup>1</sup>.

Bien que des outils soient disponibles, il y a fréquemment de grandes lacunes dans le suivi et la supervision de routine qui doivent être abordées au stade de planification. Par conséquent, un suivi efficace nécessite une planification adéquate, des données de référence, des indicateurs de performance, et des résultats ainsi que des mécanismes de mise en œuvre pratique qui incluent des visites sur le terrain, des rencontres avec les intervenants, une documentation des activités du projet, des rapports réguliers, des revues formelles, une rétroaction et un suivi efficaces.

#### Encadré 12: Définition du suivi utilisée dans ce guide

Le suivi, la revue et l'évaluation sont souvent utilisés de façon interchangeable, mais ils représentent les différentes étapes du cycle de planification. Le suivi, la revue et l'évaluation sont essentiels dans les programmes de santé publique, mais ils ont des buts et des procédures différents.

**Le suivi du programme.** Le suivi du programme mesure les progrès accomplis dans la réalisation de résultats spécifiques par rapport à un plan d'exécution, que ce soit pour des programmes, des stratégies ou des activités. Il a la responsabilité de base pour une planification du travail et une revue efficaces. Le suivi est une activité de processus, qui est programmé et qui aide à orienter les ajustements requis à n'importe quel stade du cycle ; C'est donc un outil de gestion.

*De UNICEF Programme, Policy and Procedures (PPP) manual*

Il est également important d'intégrer les indicateurs clés du programme ANJE dans l'actuel Système de Gestion de l'Information Sanitaire (SGIS) et de s'assurer de la collecte et de l'analyse de données qualitatives à tous les niveaux.

Le développement des plans de suivi devrait être fait au moment de la conception et de la planification des interventions, en même temps que les plans pour la revue et l'évaluation des programmes, et adopté en tant que **PSE (Plan de suivi et d'évaluation)** avant le début de la mise en œuvre. Les PSE pluriannuels et annuels devraient inclure au minimum :

- a. Le suivi de routine des intrants et des extrants du programme (y compris les indicateurs de processus) à travers un système de suivi et d'information, mettant l'accent sur quelques indicateurs clés qui peuvent être recueillis et seront utiles pour le programme;
- b. L'analyse et l'évaluation du programme, y compris les indicateurs de résultats tels que les indicateurs ANJE standard, ainsi que des indicateurs de comportement liés à la communication et aux messages de counseling (voir le chapitre sur la communication (chapitre 3.4) pour plus de détails sur le suivi des indicateurs comportementaux et sociaux).

**La révision périodique des progrès réalisés par rapport aux micro-plans** au niveau local et par rapport aux plans au niveau national (agrégat des progrès locaux) est important pour s'assurer que la mise en œuvre suit la bonne voie, et pour cibler le soutien coordonné pour des composantes de programmes ou des districts/provinces qui font face à des goulots d'étranglement et qui ne sont pas sur la bonne voie. Cette révision périodique peut être un des points de l'agenda des réunions des structures de coordination ANJE à différents niveaux.

Des réunions de revue régulières entre niveau national et sous-national sont nécessaires pour évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre et pour ajuster le plan d'action selon la situation.

## Évaluation des résultats et impact du programme

L'évaluation des résultats (voir des exemples dans le Tableau 1) et l'impact du programme national pour améliorer l'ANJE fourniront des données sur les pratiques d'alimentation et l'état nutritionnel qui peuvent être utilisées pour mesurer les progrès réalisés vers les objectifs et les

<sup>1</sup> Il faut noter que le cours de Counseling pour l'ANJE destiné aux prestataires de soins de santé de l'OMS/UNICEF ne contient pas des outils de supervision.

cibles nationaux ainsi que pour réviser et améliorer le plan d'action ANJE. De grandes enquêtes auprès des ménages comme EDS et EGIM offrent une opportunité pour obtenir des données sur l'ANJE en utilisant les indicateurs ANJE révisés. De plus, des enquêtes nutritionnelles nationales et sous-nationales et d'autres enquêtes pertinentes doivent être utilisées pour obtenir des informations complètes. Beaucoup de pays réalisent des enquêtes **SMART** ([Ressources Annexe 1-4](#)), où l'indicateur d'allaitement maternel exclusif au moins peut être ajouté à ces enquêtes.

L'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) peut être utilisé pour suivre les résultats concernant quelques pratiques essentielles ANJE. Cette méthodologie consiste en un court questionnaire qui peut être donné aux donneurs de soins (gardiennes d'enfants) pendant les visites de supervision, et qui est simple, facile à utiliser et moins coûteuse que les enquêtes auprès des ménages (voir le manuel développé par Linkages dans [Ressources Annexe 1-4](#))

Il est recommandé d'utiliser les [Indicateurs pour Évaluer les Pratiques d'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant \(2008\)](#) ([Ressources Annexe 1-4](#)) récemment révisés pour mesurer les progrès liés aux pratiques recommandées. Une analyse additionnelle des données existantes peut être effectuée pour comprendre les déterminants de disparités dans les pratiques (par exemple l'éducation maternelle, le statut socio-économique, les facteurs géographiques et ethniques, etc.) et les pratiques d'alimentation dans des contextes particuliers.

## Revue et évaluation de programme

La mise en œuvre de la stratégie ANJE doit être révisée sur une **base annuelle** pour évaluer si les plans annuels ont été mis en œuvre conformément aux objectifs pour l'année. Ceci peut constituer une partie des revues de programmes annuels intégrés du secteur santé et d'autres secteurs, si applicable, pour s'assurer que les activités ANJE soient reflétées adéquatement. La matrice d'évaluation ANJE peut être utilisée comme un outil pour mettre à jour périodiquement la situation concernant la composition et la couverture des programmes d'ANJE dans le pays.

Il est aussi recommandé de réaliser des **revues et/ou des évaluations périodiques plus profondes (interne et externe)**, en fonction du contexte, pour évaluer si la mise en œuvre des composantes et des interventions est sur la bonne voie selon les paramètres de progrès qualitatif et quantitatif définis au début du programme. Ceci permettra la construction de nouvelles stratégies et de revoir les stratégies, les interventions et les actions en cours sur la base des leçons apprises. Chaque pays aura besoin de déterminer sa propre périodicité pour les révisions de programme; cependant, le maximum recommandé est de cinq ans.

En tant qu'aspect important des revues/évaluations de programmes, il est important de documenter les **meilleures pratiques et approches dans la programmation**, [160] par exemple pour l'évaluation de la situation, la conception et la mise en œuvre de programme<sup>1</sup>.

### Encadré 13: Définition de la revue et de l'évaluation de programmes utilisés dans ce guide

La **revue de programme** est définie comme l'évaluation périodique ou *ad hoc* souvent rapide de la performance, qui n'applique pas le processus d'évaluation plus en profondeur. Les revues tendent à souligner les problèmes opérationnels.

L'**évaluation de programme** est un exercice qui essaie de déterminer aussi systématiquement et objectivement que possible la valeur ou la signification d'une intervention, d'une stratégie ou d'une politique ANJE. Elle requiert une conception soigneuse antérieure et spécifique et est habituellement faite après une période initiale, à la fin des activités ou après une certaine période de mise en œuvre. Elle est une importante source d'évidences de la performance/qualité et de l'efficacité d'une politique, d'une stratégie, d'un programme, d'un projet d'intervention, d'une activité, d'un sujet, d'un thème, d'un secteur, d'un domaine d'opération, d'une institution etc.; à savoir si les résultats ont été obtenus, soit selon leurs résultats (résultats de programmes) ou impacts (résultats de santé et de nutrition). Elle doit être crédible et synthétiser les perspectives de tous les intervenants en ANJE.

*Tiré du Manuel des Programmes, Politique et Procédures de l'UNICEF (PPP)*

<sup>1</sup> Au minimum une meilleure pratique doit: 1) démontrer la preuve du succès; 2) affecter quelque chose d'important et, 3) avoir le potentiel d'être reproduite ou adoptée dans d'autres contextes. Compte tenu du changement de la définition de ce qui est «meilleur», il y a une préférence croissante pour parler de «bonnes pratiques» ou «pratiques prometteuses» ou «leçons apprises» ainsi que «Histoires à succès»

Un exemple de revue en profondeur du programme ANJE récente est la *Revue du Programme d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune enfant: Rapport Consolidé de Revue des Programmes d'Allaitement Maternel de six pays subventionnés* par l'UNICEF en 2008 et menés au Bangladesh, Bénin, les Philippines, Sri Lanka, Uganda et Ouzbékistan. Le rapport contient une série de questions qui ont été utilisées pour guider cette revue. Le document [Infant and Young Child Feeding: A tool for assessing national practices, policies and programmes \(Ressources Annexe 1-1\)](#) contient également quelques checklist pour l'évaluation des statuts des programmes, qui peuvent être adaptés à la situation du pays.

## Indicateurs pour le suivi et évaluation

Des exemples de différents niveaux d'indicateurs: indicateurs de processus, indicateurs de résultats et indicateurs d'impact, pour le suivi, la revue et l'évaluation, sont indiqués dans le Tableau 1 (voir aussi les indicateurs suggérés pour la communication sur ANJE, [Chapitre 3.4.6](#))

**Tableau 1: Exemples de différents niveaux d'indicateurs utilisés dans la programmation ANJE**

Indicateurs de processus
<p><b>Niveau National:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Toutes les dispositions légales du Code adoptées et appliquées, et activités de suivi mises en œuvre</li> <li>▪ Législation sur la protection de la maternité en place</li> <li>▪ Politique ANJE globale et mise à jour adoptée</li> <li>▪ Stratégie ANJE globale et multisectorielle en place</li> <li>▪ Plan d'actions ANJE multisectoriel et national en place, avec coûts et responsabilités pertinents des intervenants</li> <li>▪ Adaptation nationale de la politique OMS VIH et AN 2010 adoptée</li> <li>▪ Curricula d'études initiales (médicales, infirmières, etc.) incluent un contenu ANJE global et mis à jour</li> <li>▪ Curricula de formation continue reflètent le counseling ANJE intégré et la politique VIH et AN mise à jour</li> <li>▪ ANJE reflété dans les préparations en situation d'urgence et plan d'intervention</li> <li>▪ Politique et Curricula de TSC incluent le counseling ANJE</li> </ul>
<p><b>Intersectoriel:</b></p> <p><b>Politique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comité national multisectoriel de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est présent</li> <li>▪ Comité ANJE national inclut des membres du M. de l'agriculture, des finances, des services sociaux, de l'éducation, et d'autres secteurs connexes</li> <li>▪ DSRP inclut la nutrition</li> <li>▪ Politique de sécurité alimentaire inclut des interventions en matière de nutrition pour familles ayant des enfants de 0 à 24 mois</li> <li>▪ % du budget gouvernemental en faveur de la nutrition dans le budget total de la santé et le budget total du gouvernement</li> <li>▪ Les programmes de protection sociale incluent une composante/condition de nutrition de l'enfant</li> <li>▪ Les programmes de vulgarisation agricole incluent une composante formation en matière de nutrition</li> <li>▪ Les programmes de vulgarisation agricole incluent une composante production alimentaire de subsistance</li> <li>▪ Les programmes de vulgarisation agricole incluent un appui à la production animale</li> </ul> <p><b>Mise en œuvre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ # et % d'enfants de moins de 2 ans touchés par le régime de protection sociale (y compris le transfert d'argent) avec une composante nutrition infantile</li> <li>▪ % de districts/plus petites divisions administratives ayant des programmes de jardinage de subsistance centrés sur la production d'une variété de légumes et de fruits</li> <li>▪ % de districts/plus petites divisions administratives ayant des programmes d'élevage de petits animaux/volaille</li> </ul>

- % de districts/plus petite division administratives ayant des programmes agricoles/de sécurité alimentaire centrés sur la production de haute qualité avec l'accent sur la nutrition infantile ou une composante éducation
- % d'écoles ayant intégré dans leurs programmes la nutrition de l'enfant
- % d'activités planifiées de suivi du Code mises en œuvre

***Niveau du Système de Santé:***

**Suivi de routine:**

- % de districts ayant des micro-plans multisectoriels pour des activités ANJE
- # et % d'hôpitaux qui sont certifiés amis des bébés durant les cinq dernières années
- # et % d'hôpitaux mettant en œuvre les 6 mesures prioritaires pour un allaitement maternel réussi (1,3, et 6-9)
- # et % de travailleurs de la santé formés en counseling ANJE intégré
- # et % d'établissements de santé ayant au moins un TS formé en counseling ANJE
- % de visites de suivi/supervision de soutien planifiées effectuées pour des travailleurs de santé formés en ANJE
- # et % de mères qui ont reçu le counseling ANJE pendant les visites pré natales au moins une fois
- % de mères d'enfants ciblés de moins de 2 ans qui ont reçu le counseling ANJE, incluant:
  - # et % qui ont reçu le counseling sur l'alimentation du nourrisson pendant la période prénatale
  - # et % qui ont reçu le counseling en allaitement maternel et du soutien pendant la période néonatale
  - # et % de mères/gardiennes d'enfants de moins de 6 mois qui ont reçu le counseling ANJE
  - # et % mères/gardiennes d'enfants 6-23 mois qui ont reçu le counseling ANJE

**Enquêtes des établissements hospitaliers ou autre, entrevue à la sortie:**

- % d'établissements de santé ayant des travailleurs ANJE formés qui rapportent avoir réalisé le counseling ANJE
- % de travailleurs de la santé formés en ANJE qui ont utilisé au moins 4 des 6 compétences en counseling pendant le counseling individuel
- % de travailleurs de la santé formés qui ont utilisé au moins 3 des 4 compétences en communication pendant les sessions de groupes
- % de gardiennes d'enfants <2 ans qui ont déclaré avoir reçu au moins une session individuelle de counseling ANJE durant les xx derniers mois.
- % de gardiennes d'enfants <2 ans qui ont déclaré avoir reçu au moins une session de formation en groupe sur ANJE dans les xx derniers mois
- % de gardiennes d'enfants <2 ans qui ont été capables d'identifier correctement au moins 3 pratiques essentielles d'allaitement maternel
- % de gardiennes d'enfants <2 ans qui ont été capables d'identifier correctement au moins 3 pratiques essentielles d'AC
- % d'établissements de santé ayant des indicateurs ANJE présentés comme faisant parties des mécanismes de suivi de routine (SGIS, PTME<etc.)

***Niveau communautaire:***

**Suivi de routine:**

- # et % de travailleurs communautaires (TC) formés en counseling et soutien ANJE
- % de visites planifiées de supervision pour les TC formés en ANJE effectuées
- # et % de zones d'administration locales (sous-district) ayant des TC formés menant des activités planifiées en ANJE
- # et % de zones d'administration locales (sous-district) ayant des réunions des groupes de soutien à la mère /menant des activités au moins une fois par mois

**Enquêtes ménages /Enquêtes rapides/SQUEAC<sup>1</sup>**

- % de zones d'administration locales (sous-district) ayant des travailleurs communautaires actifs qui fournissent le counseling en ANJE.
- % de zones d'administration locales (sous-district) ayant des réunions de groupes de soutien

<sup>1</sup> SQUEAC = Évaluation Semi Quantitative de l'Accessibilité et de la Couverture. La méthodologie peut être utilisée pour obtenir des données sur la couverture soutenue des services de counseling en ANJE. <http://www.brixtonhealth.com/squeaclq.html>

<p>à la mère menant des activités au moins une fois par mois</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % de TC qui ont déclaré avoir reçu au moins une visite de supervision durant les derniers xx mois</li> <li>▪ % de gardiennes d'enfants &lt; qui ont déclaré avoir reçu au moins une session individuelle ANJE durant les xx derniers mois</li> <li>▪ % de gardiennes d'enfants &lt;2 qui ont déclaré avoir reçu au moins une session de formation de groupe sur ANJE durant les xx derniers mois</li> <li>▪ % de gardiennes d'enfants &lt;2 qui ont été capables d'identifier correctement au moins 3 pratiques essentielles d'allaitement maternel</li> <li>▪ % de gardiennes d'enfants &lt;2 qui ont été capables d'identifier correctement au moins 3 pratiques essentielles AC</li> <li>▪ % de gardiennes d'enfants de 6-23 mois qui déclarent avoir reçu [le type de supplément distribué dans le pays] (selon le cas)</li> <li>▪ % de gardiennes d'enfants de 6-23 mois qui déclarent avoir donné des aliments enrichis en fer ou des suppléments en fer durant les dernières 24 heures</li> </ul>
<b>Indicateurs de résultats</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % de nourrissons qui ont initié l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance</li> <li>▪ % de nourrissons de moins de 6 mois allaités exclusivement</li> <li>▪ % de nourrissons entre 6 et 8 mois ayant reçu des aliments de complément</li> <li>▪ % d'enfants toujours allaités à 12-15 mois</li> <li>▪ % de jeunes enfants toujours allaités entre 20-23 mois d'âge</li> <li>▪ % de nourrissons ayant eu un régime alimentaire diversifié minimal</li> <li>▪ % de nourrissons ayant eu la fréquence minimale de repas</li> <li>▪ % de nourrissons et jeunes enfants de 6-23 mois ayant reçu un régime minimum acceptable</li> <li>▪ % de nourrissons de 6 à 23 mois ayant reçu un MNP, LNS ou des aliments de complément enrichis dans des régions ciblées</li> </ul>
<b>Indicateurs d'Impact</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ % d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance (TAZ &lt; - 2),</li> <li>▪ % d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale (PAZ &lt; - 2),</li> <li>▪ % d'enfants moins de 5 ans émaciés (PTZ &lt; - 2)</li> <li>▪ % d'enfants de moins de 5 ans ayant un surpoids</li> </ul>

**NB Certains indicateurs sont suggérés pour des résultats sur les comportements intermédiaires** reflétant une combinaison de Connaissances, Attitudes, et Pratiques (CAP) liées à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et figurent dans le [Chapitre 3.4.6 sur S&E de la communication](#), ainsi que d'autres indicateurs pour la stratégie de communication.

## 3. DOMAINES D'ACTION POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'ANJE

### 3.1 Actions régulatrices

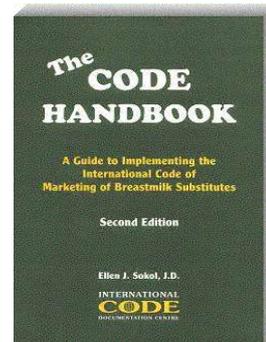
#### Vue d'ensemble de la section pour les actions régulatrices:

- 3.1.1 Mise en œuvre de la législation nationale sur la commercialisation du SLM (Code)
- 3.1.2 Mise en œuvre de la législation nationale sur la protection de la maternité et les politiques sur le milieu de travail

#### 3.1.1 Mise en œuvre de la législation nationale sur la commercialisation des SLM (Code)

Il est important d'assurer une surveillance à l'échelle nationale du processus global de mise en œuvre du Code, incluant le plaidoyer et la communication, le développement de capacité, l'élaboration de la législation du Code, et d'assurer son adoption, son suivi et son exécution. [Les Ressources en Annexe 1-5](#) fournissent des liens vers de plus amples informations et des outils sur la mise en œuvre du Code. Les activités spécifiques comprennent :

- i. **Vérifier le statut de la législation du Code.** Le Code est une norme minimale, et seulement les pays de la catégorie 1 qui incorporent toutes les dispositions du Code international et des Résolutions subséquentes de l'AMS sont conformes en réalité à cette norme minimale. Si un pays n'a pas atteint cette norme minimale, la législation en vigueur dans le pays, s'il y en a une, devrait être évaluée afin d'identifier les écarts, et révisée afin d'inclure les conditions nécessaires permettant d'être conforme au standard d'une loi complète.
- ii. **Encourager le Ministère de la Santé à adopter une politique provisoire en appliquant le Code à tous les établissements de santé avec effet immédiat.** L'adoption d'une législation pour mettre en œuvre le Code peut impliquer un long processus, tandis que le Ministère de la Santé peut être en mesure d'adopter une politique ou circulaire de manière relativement rapide afin d'appliquer les dispositions du Code et les Résolutions subséquentes de l'AMS au système de soins de santé. Quoique cette approche n'offre pas une protection complète contre la commercialisation non éthique et non appropriée pratiquée par les fabricants de substituts du lait maternel, de biberons et de tétines, elle les empêchera au moins de promouvoir leurs produits dans les établissements de soins de santé.
- iii. **Elaborer ou mettre à jour la législation du Code,** telle qu'applicable, et la garantie de son adoption par l'autorité nationale compétente suivant les structures législatives du pays. Le **Guide du Code** est un manuel technique d'élaboration du Code contenant des chapitres sur chaque disposition du Code; une Loi Modèle; 6 lois nationales; le Code en entier; toutes les résolutions et un index très utile (disponible sur IBFAN).
- iv. **S'assurer que la législation contienne des mécanismes d'exécution efficaces et des sanctions, en nommant un organisme indépendant, comme mentionné ci-dessus.**
- v. **Faire le suivi de la conformité du Code.** S'il y a une législation en place, le suivi révélera si elle est adéquate et/ou mise en œuvre et appliquée de manière efficace. En absence de législation, le suivi fournira la preuve dont on a besoin pour persuader les décideurs sur la nécessité de la mise en œuvre du Code. Des protocoles génériques de suivi sont disponibles à l'échelle mondiale. Une bonne ressource est le **Kit de Suivi du Code**, contenant une gamme complète de directives et de formulaires pour le suivi du Code (disponible sur IBFAN).



- vi. **S'assurer que la pandémie du VIH et les situations d'urgence ne soient pas utilisés pour réintroduire les donations commerciales de SLM au système de soins de santé.** Là où le gouvernement décide de mettre des SLM gratuits ou subventionnés disponibles pour les mères VIH positives ou les mères éligibles affectées par les situations d'urgence, l'achat par l'intermédiaire de chaînes d'obtention normales devrait être assuré (voir les chapitres ci-dessous sur le VIH et l'alimentation du nourrisson et dans les situations d'urgence).
- vii. **S'assurer que le SLM fourni à travers les plans de protection sociale ou les hôpitaux ne soit pas détourné vers des enfants qui n'en ont pas besoin, et ne viole aucune des dispositions des Codes nationaux.** Comme dans les situations d'urgence, des critères strictes devraient être appliqués au niveau des plans de protection sociale qui fournissent du SLM gratuit afin d'identifier et d'enregistrer seulement ces nourrissons qui n'ont pas la possibilité d'être allaités (ex : ceux dont les mères sont décédées ou ceux qui sont séparés de leur mère, ou quand s'applique l'une des raisons énumérées dans les "Raisons médicales acceptables pour l'usage de substitut du lait maternel"

***Dans le cadre de la PTME, les bureaux de l'UNICEF peuvent fournir un support pour assurer l'approvisionnement et la distribution du SLM dans le respect du Code, mais ne devraient pas faire l'acquisition ou fournir du SLM (voir les chapitres sur l'ANJE dans le cadre du VIH)<sup>1</sup>.***

Parmi les Ressources additionnelles pour le développement et l'implémentation du Code on trouve **Les Essentiels du Code 1, 2 et 3**, qui donnent aux défenseurs de l'allaitement maternel des informations fondamentales concernant la nécessité de réguler la commercialisation des aliments pour nourrissons (incluant les laits pour nourrissons), des biberons et des tétines. Ils aideront les législateurs, les décideurs et les éducateurs de santé à comprendre comment la promotion commerciale sape l'allaitement maternel, et offriront des conseils pratiques sur la mise en œuvre et le suivi du Code (disponible sur IBFAN).



### **3.1.2 Mise en œuvre de la protection de la maternité et les politiques d'AM sur le milieu de travail**

Il y a plusieurs actions qui peuvent être entreprises pour soulever une prise de conscience et soutenir la mise en œuvre d'une législation appropriée sur la protection de la maternité et aller à l'encontre de la fausse croyance suivant laquelle les mères qui travaillent ne peuvent pas allaiter:

- i. Mettre en œuvre des activités de communication ciblant les mères qui travaillent, afin de soutenir la continuation de l'allaitement maternel, par exemple à travers l'expression, le stockage en lieu sûr, et l'allaitement à la tasse du lait maternel exprimé.
- ii. Développer des messages et des matériels de plaidoyer, culturellement appropriés, concernant la façon dont la protection de la maternité est au bénéfice de toute la société : femmes et hommes, employés, employeurs, gouvernements, et surtout les bébés. Souligner

<sup>1</sup> Voir UNICEF: "Alimentation du nourrisson et transmission du VIH de la mère à l'enfant: Notes sur les Directives opérationnelles " CF/PD/PRO/2002-003 (ref. 132)

que toutes les mères travaillent et que les mères allaitantes ont besoin de soutien et de temps pour allaiter leurs bébés.

- iii. Développer des matériels de plaidoyer pour « l'Initiative Milieu de travail Ami des Bébé » à l'intention des industries et des usines, mettant l'accent sur l'intérêt de l'employeur à offrir 14 semaines de congé maternité, des crèches et des pauses d'allaitement (amélioration du moral, réduction du taux d'absentéisme, amélioration de la productivité et de l'image de la compagnie).

## 3.2. Actions au niveau des services de santé

### **Vue d'ensemble du chapitre sur les actions au niveau des services de santé:**

- 3.2.1 Counseling et soutien sur l'ANJE dans les **curricula** de formation initiale et de formation continue.
- 3.2.2 **Développement de capacité** des travailleurs de santé en counseling sur l'ANJE, à travers des formations initiales et la formation continue, le mentorat et le suivi.
- 3.2.3 **Counseling et soutien** sur l'alimentation du nourrisson **dans les services de santé** : counseling et soutien personnalisé et approprié à l'âge pour la mère et l'enfant, sur l'alimentation du nourrisson, dans tous les contacts du système de santé
- 3.2.4 Institutionnalisation complète des **Dix Etapes pour un Allaitement Maternel Réussi**.
- 3.2.5 **Counseling/communication de groupe** dans les services de santé.
- 3.2.6 Renforcement de l'**alimentation de complément** de qualité à travers des recommandations basées sur les aliments et suppléments dans certaines situations.
- 3.2.7 Counseling et soutien sur la **nutrition maternelle** pendant la grossesse, la lactation, et les suppléments.

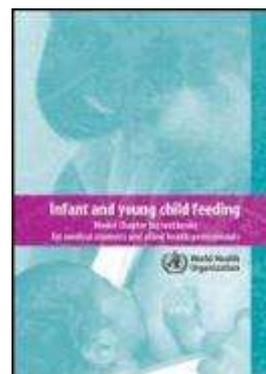
### Introduction

Les professionnels de la santé sont souvent des personnages influents dans une société, et les messages, le counseling et les points de vue qu'ils fournissent jouent un rôle crucial dans la garantie de pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Le terme professionnel de santé fait référence non seulement aux médecins et aux infirmières dans la pratique générale, mais également aux pédiatres, aux obstétriciens/gynécologues, et aux médecins généralistes. Les expériences des mères et des enfants dans les services de soins de santé exercent une forte influence sur l'initiation de l'allaitement maternel et le comportement lié à l'alimentation du nourrisson plus tard. D'autre part, les fonctions des prestataires de santé peuvent aussi refléter un manque de connaissance au sujet des pratiques et conseils corrects sur l'alimentation ou un biais vers une alimentation sous-optimale du nourrisson. Par exemple ils peuvent encourager l'utilisation de préparation pour nourrissons ou donner de l'eau pendant l'allaitement. Dans plusieurs structures où le soutien et les conseils proactifs au sujet de l'alimentation sont absents dans le système de santé (et souvent au niveau de la communauté également), l'opportunité d'influencer les mères vers des pratiques optimales est perdue, et les mères sont susceptibles d'être influencées par de mauvais conseils, par exemple par des prestataires de santé qui ont une connaissance erronée et des idées biaisées, ou par le marketing inappropriée de substituts au lait maternel par des sociétés..

L'influence des prestataires de santé s'étend au-delà des services où ils travaillent et des donneurs de soins avec qui ils sont en contact. Les prestataires de santé senior et les directeurs travaillant dans les grands établissements et les hôpitaux, les bureaux de santé régionaux et départementaux, le Ministère de la Santé et les instituts de formation sont souvent des professionnels qui forment d'autres personnes, conduisent des supervisions et qui conseillent sur les politiques et les protocoles. Il est important qu'ils soient complètement formés sur les moyens les plus efficaces de programmer l'ANJE. Dans le cas où leur capacité ou compréhension de l'ANJE est limitée, leur engagement et leur performance envers l'ANJE seront compromis de manière significative. Dans plusieurs exemples, un fort plaidoyer est nécessaire pour convaincre ce groupe de professionnels de l'importance de l'ANJE et des actions requises.

### 3.2.1 Compétences en Counseling et soutien sur l'ANJE dans les curricula de formation initiale et de formation continue

L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est généralement un aspect négligé dans la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé au niveau mondial et nécessite une grande priorisation. Le fait d'inclure des sujets sur l'ANJE dans le curriculum de base des professionnels médicaux et paramédicaux semble être le moyen le plus faisable et durable de combler le manque de connaissances actuel. La norme pour le curriculum de formation initiale devrait se baser sur le récent *Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant: Chapitre modèle pour les ouvrages à l'intention des étudiants en médecine et des professionnels de la santé associés (OMS 2009)* ([Ressources Annexe 1-7](#)).

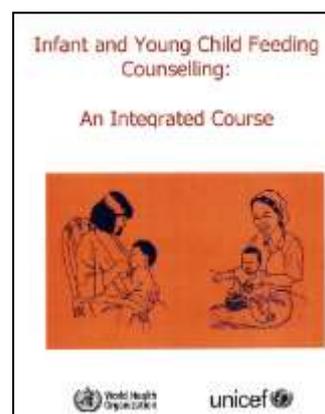


Il est important d'éviter d'avoir des systèmes de formation parallèles et souvent contradictoires, un scénario courant dans plusieurs pays. Le soutien le plus approprié est de s'assurer que les divers curricula de formation initiale pour médecins, responsables de santé, nutritionnistes, sages-femmes, infirmières, assistant-infirmières, etc. comporte le contenu approprié sur l'ANJE, et que les curricula de formation initiale et de formation continue soient harmonisés.

L'implication des universitaires et du personnel enseignant dès le début, quand le nouveau curriculum et les cours sont introduits, et dans la formation des formateurs, s'est révélée être une approche efficace. De plus, investir dans la qualité du contenu de l'ANJE dans les kits de formation de base, et assurer des mises à jour régulières peut aussi contribuer au développement d'un réseau de défenseurs de l'ANJE très bien formés dans le monde universitaire, ce qui représente une importante ressource pour un programme d'ANJE. Des universitaires de haut niveau et influents, peuvent à leur tour devenir des champions clés pour l'ANJE dans un pays.

Les curricula de formation initiale et de formation continue doivent alors mettre l'accent sur le développement des compétences professionnelles en soutien et counseling sur l'ANJE, aussi bien à travers le stage durant la résidence qu'au cours d'autres programmes dans le milieu de travail, où les compétences peuvent être pratiquées. Dans plusieurs pays, l'ANJE est incluse comme un module à l'intérieur d'un programme plus large de formation en nutrition. C'est un bon début qui aide dans la promotion générale de l'alimentation appropriée du nourrisson, mais qui nécessite un développement de capacité ultérieur centré sur l'ANJE, afin de conseiller adéquatement les mères, de négocier avec elles, de résoudre leurs problèmes et de fournir un soutien pratique.

*Le Cours Intégré en Counseling sur l'ANJE (OMS/UNICEF 2006)*, d'une durée de 5 jours, qui contient des modules sur l'allaitement maternel, l'alimentation de complément, le VIH et l'alimentation du nourrisson, est un bon modèle qui fournit suffisamment de détails tout en proposant une mise en œuvre à grande échelle faisable. Il peut être adapté au contexte local et peut être utilisé pour le curriculum de formation initiale. Cependant, il n'a pas de cartes de counseling ni d'outils de travail. Les cartes de counseling développées par l'UNICEF pour les cadres communautaires peuvent aussi être utilisées par les prestataires de soins de santé primaire. En plus, l'aspect VIH du cours de formation en ANJE doit être mis à jour, suivant les directives 2010 de l'OMS sur le VIH et l'alimentation du nourrisson *Directives sur le VIH et l'Alimentation du Nourrisson – Principes et Recommandations et un résumé des évidences* (OMS 2010).



Une formation spécialisée sur la prise en charge de la lactation à

l'intention de prestataires de santé sélectionnés peut utiliser le <sup>1</sup>.

### 3.2.2 Développement des capacités des prestataires de santé en counseling sur l'ANJE

Que ce soit pour la formation continue ou l'éducation initiale, le besoin de développer des équipes de formateurs expérimentés est crucial. Il y a d'excellents exemples de pays qui ont été capable de mettre en œuvre la formation en counseling sur l'allaitement maternel à l'échelle nationale, en développant systématiquement la capacité des responsables de districts et des cliniciens seniors à planifier et à faciliter la formation continue. Le même succès doit être reproduit pour une formation plus intégrée sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant à grande échelle qui inclurait l'allaitement maternel et l'alimentation de complément. En outre, pendant que plusieurs pays ont accordé la priorité à la formation continue, il est nécessaire d'accentuer un système d'éducation initiale, afin de s'assurer que toutes les nouvelles cohortes de prestataires de santé ont les capacités appropriées, et d'éviter le besoin de formation continue sur le long terme. Impliquer l'équipe des institutions académiques et des institutions de formation, ainsi que les équipes de formateurs fonctionnant au sein des institutions d'enseignement va aussi éviter la création de systèmes parallèles avec différentes approches et contenus, et va conduire à la continuité et la durabilité.

#### Encadré 14: Principales compétences de counseling:

1. Accepter ce que la mère pense ou ressent
2. Reconnaître et féliciter ce que la mère et le bébé font bien
3. Donner de l'aide pratique
4. Donner peu d'informations, mais des informations pertinentes
5. Utiliser un langage simple
6. Faire une ou deux suggestions, non des ordres

Il est aussi important de définir avec précision des critères de qualité pour la formation, et s'assurer qu'il y ait des sessions de pratiques cliniques adéquates sur le terrain, et assurer le suivi de la formation de façon continue. Il y a plusieurs expériences d'utilisation d'un certain nombre de kits de formation sur l'ANJE – par exemple, le cours intégré sur l'ANJE ou une adaptation locale, le counseling sur l'allaitement maternel, le cours de 20 heures sur l'IHAB, ou des kits de formation qui contiennent des éléments sur l'ANJE – tels que les cours sur la PCIME, la PCMA, l'AEN, la PTME, un cours sur le VIH et la nutrition, et un cours de formation initiale des techniciens en nutrition. La dernière décision sur le contenu devrait se baser sur la considération des objectifs et approprié aux fonctions du participant à la formation.

Il est aussi important de s'assurer que la formation des prestataires de santé ne soit pas la première et la dernière étape du processus de développement de capacité. Les sessions de formation à elles seules ne produisent pas la capacité, la mise en œuvre durable des services et l'atteinte des résultats. Les systèmes et les structures appropriés pour la mise en œuvre des services de counseling sur l'ANJE doivent être développés, les mécanismes de supervision et de suivi de performance doivent être mis en place pour assurer une mise en œuvre durable. Il est spécifiquement important dans les contextes où les ressources humaines sont restreintes ou les systèmes de santé faibles.

Quand la formation en counseling sur l'ANJE est fournie, le **suivi après la formation**, le mentorat et la supervision de soutien doivent être entrepris pour s'assurer que les compétences théoriques soient mises en pratique de manière efficace. Au moins une visite de suivi devrait être réalisée dans les 4-6 semaines après la formation sur l'ANJE. *Le Cours Intégré en Counseling sur l'ANJE* a des [directives sur le suivi après la formation](#) qui peuvent être utilisées pour guider cet aspect du processus de développement de capacité. Le suivi de l'approche PCIME, le mentorat continu et la formation de recyclage peuvent être appliqués au développement des capacités en ANJE.

---

<sup>1</sup>WHO/UNICEF 1993 Breastfeeding Counselling Course est en train d'être révisé (2011).

## Suivi de la performance

Suite à la visite initiale de suivi après la formation, on doit mener un suivi régulier et durable de la performance des prestataires de santé sur l'ANJE, et ceci devrait être une composante intégrale des activités de l'ANJE, des plans locaux et nationaux. La portée dépendra des systèmes de suivi de performance existants, de l'atteinte des objectifs, de la prestation des services, etc. dans le système de santé du pays. Le système de suivi doit tenir compte, de manière réaliste, de la façon dont les services de santé sont structurés et organisés, et quelle structure est la mieux placée pour mener la supervision. On devrait l'intégrer dans le système interne de supervision existant, ou de suivi de la performance dans la hiérarchie des services de santé.

Par conséquent, le système de routine de suivi de la performance des services en ANJE sera probablement adapté pour s'assurer que :

- Les prestataires de santé formés sur l'ANJE mettent en œuvre les services spécifiques de counseling sur l'ANJE.
- Le counseling sur l'ANJE est réellement organisé de façon routinière dans le service de santé materno-infantile désigné.
- Les objectifs par rapport au nombre de femmes enceintes et allaitantes sont atteints.
- Les données concernant le counseling sur l'ANJE sont collectées (ex. suivi du pourcentage d'établissements rapportant sur l'ANJE).

**Les Outils** pour le suivi des activités et de la performance de l'ANJE devraient être incorporés dans les cadres de suivi standard pour les établissements et les services de santé. Les pays peuvent créer leurs propres outils adaptés ou peuvent adapter les outils existants. Par exemple, les outils de supervision que contient le paquet générique communautaire de counseling sur l'ANJE de l'UNICEF ([voir chapitre 3.3](#)) pourrait être adapté pour devenir une composante intégrale des listes de contrôle de suivi et des guides à différents niveaux du système de santé<sup>1</sup>.

Notez que ce type de suivi de performance de routine, n'aborde pas en profondeur la qualité du service de counseling. Dans plusieurs structures de soins de santé dans les pays en développement, il peut ne pas être faisable ou réaliste d'évaluer et de superviser la qualité du counseling sur l'ANJE ou de faire le mentorat pour les prestataires de santé. Les visites de supervision de routine peuvent ne pas être la pratique standard, et leur portée peut ne pas être appropriée pour évaluer la qualité de la performance et les compétences en counseling du personnel en counseling et mentorat. Toutefois, des enquêtes périodiques dans les établissements de santé, similaires aux [enquêtes des établissements de santé](#) de la PCIME, avec un échantillonnage aléatoire, peuvent être utilisées pour conduire cet aspect du suivi et évaluation des services de counseling sur l'ANJE.

Cependant, s'il y a déjà en place dans un pays, un système de supervision régulière et approfondie des prestataires de santé, l'évaluation du counseling et du mentorat de l'ANJE pourrait être intégrée dans ce système, spécialement en cas de préoccupations ou de besoins particuliers. Les superviseurs doivent avoir les capacités de supervision et de mentorat de l'ANJE, et il peut être nécessaire de développer ces capacités. On devrait souligner que ce type de supervision n'est pas régulateur ou punitif, mais plutôt un processus interactif de soutien et de mentorat, de résolution de problèmes et de feedback. Les préoccupations et les problèmes des prestataires de santé peuvent aussi être abordés pendant les visites de supervision.

## Suivi des prestataires de santé formés

Le suivi des prestataires de santé qui ont été formés sur les différents cours relatifs à l'ANJE doit être systématique, et une vue d'ensemble mise à jour et complète devrait être disponible au niveau central. L'exercice de cartographie de la couverture des travailleurs de santé formés sur l'ANJE (voir le format dans la **Matrice d'Évaluation, Ressources Annexe 1-1**) aidera à obtenir une telle vue d'ensemble et facilitera le développement d'un plan national de formation continue afin de renforcer les compétences en counseling et le soutien de l'ANJE pour différents cadres parmi les travailleurs de santé, basé sur les lacunes identifiées durant l'exercice de cartographie.

---

<sup>1</sup> Notez que le cours de counseling sur l'ANJE pour les prestataires de santé de l'OMS/UNICEF ne contient pas des outils de supervision

La cartographie rétrospective des prestataires de santé formés sur l'ANJE devrait être suivie par l'introduction d'une approche systématique pour repérer tous les prestataires de santé formés subséquentement. Le circuit de rapportage partant des districts au niveau national, les données peuvent être alors compilées et cartographiées au niveau central.

### Supervision de soutien des cadres communautaires

Les professionnels de la santé, particulièrement ceux des services de soins de santé primaire, ont aussi un **rôle dans la supervision des cadres communautaires**, et ils doivent avoir la capacité appropriée pour accomplir cette tâche. Ce rôle peut être soutenu par des ONG, suivant le contexte. Les outils et les listes de contrôle pour la supervision des cadres communautaires peuvent être trouvés dans le paquet générique de counseling sur l'ANJE de l'UNICEF. Il faut souligner que cette tâche de supervision doit être intégrée dans les structures et les plans de travail du système de santé.

### 3.2.3 Counseling et Soutien sur l'ANJE dans les services de santé

Le counseling sur l'ANJE est particulièrement important pour l'initiation et l'**établissement des bonnes pratiques d'allaitement maternel**, et pour résoudre des problèmes dès le début. Le counseling peut être une activité et un contact principal spécialisé, spécialement pour les mères ou les donneurs de soins aux nouveau-nés. La prise en charge spécialisée de la lactation ou les contacts de counseling sur l'ANJE, spécialement au début de la vie du nouveau-né, devraient être pris en compte, en fonction de la disponibilité du personnel, de la structure des services de santé, de leur accès et de leur utilisation. Les visites à domicile peuvent être une option appropriée si le personnel est en effectif suffisant.

Le counseling est aussi un moyen efficace pour **améliorer les pratiques d'alimentation de complément**. Dans beaucoup de cas, les mauvaises pratiques d'alimentation ne sont pas nécessairement dues à un manque d'aliments de bonne qualité au niveau des ménages, mais au fait que les donneurs de soins n'ont pas la connaissance et les compétences pour mettre en œuvre les pratiques d'alimentation appropriées. Les prestataires de santé peuvent conseiller les donneurs de soins en vue d'une utilisation optimale des aliments disponibles au niveau local pour l'alimentation de complément, lors des divers contacts avec les donneurs de soins aux enfants âgés de 6 à 23 mois. Ce counseling devrait se baser sur les résultats de la recherche formative, les tests des Pratiques Améliorées et des méthodes similaires afin de comprendre le contexte local, les aliments disponibles et les barrières contre les pratiques optimales.

Le counseling sur l'ANJE à différentes étapes du cycle de vie et un continuum de soins devraient être partie intégrante des services de soins de santé, et les opportunités de mise en œuvre du counseling approprié sur l'ANJE pour les femmes et les enfants devraient être maximisées lors des divers contacts avec le système de santé.. La couverture des divers services, ainsi que la structure des services, devraient être évaluées afin de déterminer quels contacts seraient les plus efficaces pour atteindre une grande couverture et un counseling sur l'ANJE de bonne qualité.

Il est important de créer un **réseau de référence de professionnels ayant des compétences spécialisées sur la prise en charge de la lactation**. Un mécanisme de référencement efficace doit nécessairement être créé et géré, pour assurer l'accès aux femmes qui ont besoin de soutien plus spécialisé pour résoudre leurs problèmes.

Voici quelques suggestions d'éléments sur l'ANJE qui pourraient être intégrés dans différents contacts ou programmes.

**Table 2: Contacts avec le système de santé et Actions d'ANJE proposées (incluant la nutrition maternelle)**

<b>Etapes du Cycle de vie</b>	<b>Programme ou Contact</b>	<b>Activités d'ANJE appropriées à l'âge</b>
<b>Grossesse</b>	Soins de santé prénatale (incluant la PTME)	<p>Pesée, dépistage du PB de la mère et counseling sur la nutrition pendant la grossesse.</p> <p>Distribution de suppléments en micronutriments (fer-acide folique et multi-micronutriments si approprié) et suppléments protéiques et énergétiques pour les mères dénutries</p> <p>Services de PTME, incluant le counseling sur les options d'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH.</p> <p>Counseling sur l'allaitement maternel, spécialement sur l'initiation précoce, la prise du colostrum, l'allaitement maternel exclusif.</p> <p>Counseling/communication de groupe sur la nutrition maternelle et l'alimentation du nourrisson.</p>
<b>Accouchement</b>	Soins de maternité (établissement de santé ou maison)	Support pour l'initiation précoce de l'allaitement maternel, la prise du colostrum, et l'allaitement maternel exclusif.
<b>Période néonatale</b>	Soins postnataux / nouveau-né incluant soins au nouveau-né dans la communauté	<p>Suivi de la lactation et soutien pour la résolution des problèmes;</p> <p>Counseling sur l'allaitement maternel exclusif</p> <p>Counseling sur la nutrition maternelle pendant l'allaitement</p> <p>Suppléments en Vitamine A pour la mère (de l'accouchement jusqu'à 8 semaines)</p>
	Gestion de la lactation** <b>Nouveau contact possible</b>	<p>Suivi de la lactation et soutien pour la résolution des problèmes</p> <p>Counseling sur l'établissement et le maintien de l'allaitement maternel exclusif</p>
<b>0-12 mois</b>	<u>PEV</u>	<p>Revue des pratiques d'alimentation, counseling sur l'allaitement maternel exclusif, l'allaitement maternel continu et counseling sur l'alimentation de complément au moment opportun, sûre, appropriée et adéquate, après l'âge de 6 mois. Chaque contact PEV du calendrier d'immunisation devrait inclure l'ANJE, et les services devraient être réorganisés. Dépistage de l'IMC de la mère, counseling sur la nutrition pendant la lactation, référence pour la provision de suppléments alimentaires si elle dénutrie.</p> <p>Démonstration de préparation d'aliments et partage de recettes, pour une utilisation optimale des aliments disponibles au niveau local pour les enfants âgés de plus de 6 mois.</p> <p>Distribution de multi-micronutriments ou autres suppléments/bons pour les aliments de complément après l'âge de 6 mois – si applicable.</p> <p>Counseling/communication de groupe sur l'ANJE.</p>
<b>0-23 mois</b>	Suivi et promotion de la croissance	<p>Revue des pratiques d'alimentation, counseling sur l'allaitement maternel exclusif, l'allaitement maternel continu et counseling sur l'alimentation de complément au moment opportun, sûre, appropriée et adéquate, après l'âge de 6 mois.</p> <p>Dépistage de l'IMC de la mère allaitante, counseling sur la nutrition pendant l'allaitement, référence pour la provision de suppléments</p>

Etapas du Cycle de vie	Programme ou Contact	Activités d'ANJE appropriées à l'âge
		<p>alimentaires si elle est dénutrie.</p> <p>Démonstration de préparation d'aliments et partage de recettes pour une utilisation optimale des aliments disponibles au niveau local pour les enfants âgés de 6-23 mois.</p> <p>Distribution de multi-micronutriments ou autres suppléments si applicable.</p> <p>Counseling individuel /communication individuelle ou de groupe sur l'ANJE.</p>
	PTME	<p>Révision des pratiques d'alimentation, counseling et soutien sur les options d'alimentation ;</p> <p>Dépistage nutritionnel de la mère et du nourrisson</p> <p>Suivi actif dans la communauté</p> <p>Distribution de multi-micronutriments ou autres suppléments – si applicable</p> <p>Communication pour le changement de comportement et le changement social</p>
	Traitement ARV pédiatrique	<p>Revue des pratiques d'alimentation, counseling et soutien sur les options d'alimentation ;</p> <p>Dépistage nutritionnel du nourrisson/du jeune enfant</p> <p>Distribution de multi-micronutriments ou autres suppléments – si applicable</p>
	PCIME/consultation de l'enfant malade	<p>Revue des pratiques d'alimentation, counseling sur l'allaitement maternel exclusif, l'allaitement maternel continu et counseling sur l'alimentation de complément au moment opportun, sûre, appropriée et adéquate, après l'âge de 6 mois.</p> <p>Counseling sur la nécessité de continuer à nourrir l'enfant pendant sa maladie et de le nourrir plus souvent après sa guérison afin de soutenir le regain rapide du poids perdu pendant la maladie et de prévenir l'insuffisance pondérale et l'émaciation chez l'enfant.</p> <p>Distribution de multi-micronutriments ou autres suppléments – si applicable.</p>
	Planification familiale	<p>Si applicable, revue des pratiques d'alimentation et counseling sur la nutrition maternelle, l'allaitement maternel exclusif et continu, counseling sur l'alimentation de complément au moment opportun, sûre, appropriée et adéquate, après l'âge de 6 mois..</p>
	<p>Programmes communautaires de santé et/ou de nutrition</p> <p>(incluant les TC, les conseillers non professionnels, les groupes de soutien à la mère</p>	<p>Revue des pratiques d'alimentation et counseling sur l'allaitement maternel exclusif ou continu, counseling sur l'alimentation de complément au moment opportun, sûre, appropriée et adéquate (après l'âge de 6 mois).</p> <p>Démonstration de préparation d'aliments et partage de recettes pour une utilisation optimale des aliments disponibles au niveau local pour les enfants âgés de 6-23 mois.</p> <p>Communication pour le changement de comportement et le changement social.</p>

Étapes du Cycle de vie	Programme ou Contact	Activités d'ANJE appropriées à l'âge
	Jours de la santé de l'Enfant	Distribution de multi-micronutriments, si applicable, accompagnés de messages clés sur l'ANJE appropriés. Suppléments en Vitamine A (enfants âgés de plus de 6 mois) Déparasitage (enfants âgés de plus de 12 mois) Messages de communication sur l'ANJE Dépistage du PB et référencement des enfants dénutris (enfants âgés de plus de 6 mois) Distribution de suppléments en zinc pour la prise en charge de la diarrhée
	Prise en charge intégrée de la malnutrition sévère aigue  (patient interne, patient externe et communautaire)	Communication/counseling sur les pratiques optimales d'alimentation pendant le dépistage nutritionnel Avant la sortie du centre, revue des pratiques d'alimentation de l'enfant dénutri et counseling sur l'allaitement maternel exclusif ou continu, et counseling sur l'alimentation de complément au moment opportun, sûre, appropriée et adéquate, après l'âge de 6 mois pour prévenir la malnutrition aigue Démonstration de préparation d'aliments et partage de recettes pour une utilisation optimale des aliments disponibles au niveau local pour les enfants âgés de 6-23 mois Distribution de multi-micronutriments ou autres suppléments si applicable à la sortie du centre

### 3.2.4 Institutionnalisation des 10 étapes pour un Allaitement Maternel Réussi

#### Contexte

**L'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB)** a été lancée par l'UNICEF et l'OMS en 1992 et comprend le développement des directives pour la mise en œuvre, au niveau hospitalier et national, des critères mondiaux, d'un cours de prise en charge de la lactation et des outils d'évaluation. L'IHAB fait la promotion de la mise en œuvre des "**Dix Étapes pour l'Allaitement Maternel Réussi**" (Encadré 15).

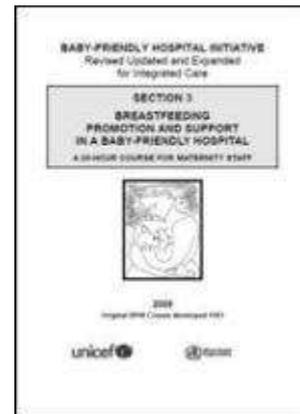
**L'expérience en soins maternels** exerce une influence unique, sur l'initiation de l'allaitement maternel et sur le comportement ultérieur de l'alimentation du nourrisson. Même si le séjour à l'hôpital est typiquement très court, les événements qui se produisent au cours de cette période ont une signification durable. Par conséquent, le séjour à l'hôpital est connu comme étant une période critique pour l'initiation de l'allaitement maternel. Il a été démontré que les changements institutionnels dans les pratiques de soins maternels ont effectivement augmenté le taux d'initiation de l'allaitement maternel et sa durée [162].

En outre, une étude a trouvé une relation entre le nombre d'étapes mis en place dans un service de maternité parmi les Dix Étapes pour l'Allaitement Maternel Réussi, et la réussite de l'allaitement maternel chez une mère [163]. Il a été démontré que les mères n'ayant aucune expérience des Dix Étapes pour l'Allaitement Maternel Réussi requis dans le cadre de l'IHAB au cours de leur séjour, étaient huit fois plus enclines à arrêter l'allaitement maternel avant six semaines que celles ayant expérimenté cinq étapes. Ces résultats soulignent l'importance de la mise en place de changements progressifs dans le milieu hospitalier.

L'IHAB a été traditionnellement organisée autour d'un processus d'auto évaluation de

l'établissement, de formation, d'évaluation externe et de certification de l'établissement comme « ami des bébés », établissement par établissement. Le statut « Ami des bébés » d'un établissement est supposé être réévalué par une équipe d'évaluateurs externes et l'établissement re-certifié tous les 5 ans. **Les matériels de l'IHAB** (OMS 2009) qui soutiennent ce processus, disponibles sur les sites internet de l'UNICEF et de l'OMS, contiennent 5 sections :

- **Section 1: Contexte et Mise en œuvre**
- **Section 2: Renforcer et rendre durable l'Initiative Hôpital Ami des Bébé : un cours pour les décideurs**
- **Section 3: Promotion et soutien de l'Allaitement maternel dans un Hôpital Ami des Bébé, un cours de 20 heures pour l'équipe de maternité**
- **Section 4: Auto-évaluation et Suivi en milieu Hospitalier**
- **Section 5: Evaluation externe et Réévaluation** (distribution limitée, disponible à l'UNICEF et l'OMS sur demande).



**Le cours de formation original de 18 heures sur la prise en charge de la lactation** à l'intention du personnel hospitalier a été développé en support à l'IHAB en 1993<sup>1</sup>. A la lumière de l'expérience de la mise en œuvre de l'IHAB, les directives fournies par la nouvelle Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant en 2002 et les défis posés par la pandémie du VIH, il y a eu un intérêt croissant et une urgence de mettre à jour les directives et les modules de l'IHAB. La nécessité d'aborder « Soins ami des mères » au sein de l'Initiative, d'étendre et d'intégrer les principes d'ami des mères et des bébés dans les structures de soins de santé au-delà des hôpitaux, a été également soulevée par un nombre de groupes. Le processus de mise à jour des matériels de l'IHAB a commencé en 2004 et les modules ont été tous mis à jour et révisés, basé sur la décennie de connaissances et d'expériences accumulées et sur les nouveaux développements. Une version finale mise à jour des matériels de l'IHAB a été diffusée en 2009. Cependant, la section sur le VIH doit être mise à jour à la lumière des recommandations de l'OMS 2010 sur le VIH et l'alimentation du nourrisson [126]. La version actualisée met fortement l'accent sur la durabilité et les options d'expansion et d'intégration de l'IHAB dans le système de soins de santé. De plus, des changements significatifs ont été réalisés au niveau des matériels de formation. Par exemple, ils contiennent des directives pour la mise en œuvre de l'IHAB dans les structures à haute prévalence de VIH, des informations techniques mises à jour et des sessions de pratique clinique additionnelles. Les outils d'auto-évaluation et de suivi de l'hôpital incluent des critères globaux révisés, un outil d'auto-évaluation renforcé et une gamme d'outils de suivi, alors que les outils d'évaluation et de réévaluation externe ont révisé les outils de collecte de données, les diapositifs pour la formation des évaluateurs et

**Encadré 15: Dix Etapes pour l'Allaitement Maternel Réussi (dans les services de maternité)**

- 1 Avoir une politique écrite liée à l'allaitement maternel qui est communiquée régulièrement à tout le personnel de santé.
- 2 Former tout le personnel de sante en matière de compétences nécessaires pour appliquer cette politique.
- 3 Informer toutes les femmes enceintes sur les avantages et les modalités de l'allaitement maternel.
- 4 Aider les mères à démarrer l'allaitement dans la demi-heure qui suit la naissance du bébé.
- 5 Montrer aux mères comment elles doivent allaiter et comment maintenir la lactation, même si elles sont séparées de leur nourrisson.
- 6 Ne pas donner aux nourrissons d'autres aliments ou liquides que l'allaitement maternel, à moins qu'indiqué *médicalement*.
- 7 Mettre dans la même pièce la mère et le nouveau-né pour qu'ils restent ensemble 24 heures par jour.
- 8 Encourager l'allaitement maternel à la demande.
- 9 Ne pas donner de tétines artificielles aux bébés allaités
- 10 Encourager la création de groupes de soutien de l'allaitement maternel et orienter les mères vers ces groupes, lorsqu'elles quittent l'hôpital ou la clinique.

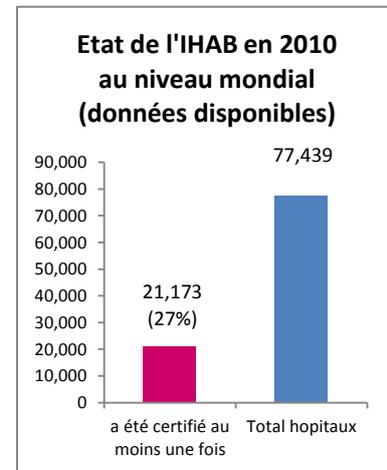
<sup>1</sup> Le cours actualisé (2006; 2009) est de 20 heures maintenant.

un outil informatique mis à jour pour calculer et présenter les résultats ainsi que de nouveaux modules centrés sur le Code, le VIH, et l'accouchement selon la méthode « ami des mères ». Les pays qui mettent en œuvre l'IHAB sont encouragés à utiliser les modules actualisés comme composante de leur curriculum national de formation initiale et de formation continue et des programmes de formation pour le personnel des maternités.

### Statut global de l'IHAB

A la fin de 2010, plus de 21,000 hôpitaux ont été certifiés parmi 154 pays à travers le monde. Ceci représente un peu plus de 25% du total de plus de 77,000 hôpitaux/établissements de maternité existant dans ces pays selon les rapports. Cette image reflète le statut de « a été certifié au moins une fois », puisque plusieurs établissements n'ont jamais été re-certifiés ou puisqu'il n'a pas été possible d'obtenir des données actualisées.

La **Matrice d'Evaluation** de l'UNICEF sur la programmation de l'ANJE contient une section pour refléter le statut actuel des hôpitaux mettant en œuvre les 10 Etapes et/ou certifiés amis-des-bébés au cours des 4-5 dernières années. Cet outil va permettre, par la suite, la collecte des données sur l'IHAB dans les pays en développement.



### Nouvelle approche suggérée pour institutionnaliser l'IHAB

La complexité et l'approche d'implémentation établissement-par-établissement du processus d'IHAB est l'un des plus grands facteurs empêchant l'expansion rapide et large de l'initiative et mettant en danger sa durabilité. Dans plusieurs cas, l'IHAB est dépendante des donateurs. Elle est souvent perçue comme un projet, et n'a pas été correctement institutionnalisée.

Le soutien à l'IHAB doit être centré sur l'intégration des **10 Etapes pour un Allaitement Réussi** dans les procédures standards de fonctionnement et d'accréditation de l'hôpital, plutôt que faire l'objet d'un soutien externe continu à l'initiation de l'IHAB, d'une formation et d'une certification comme un projet vertical, ce qui dans le passé n'a pas conduit à un fonctionnement durable des établissements amis-des-bébés et a révélé que dans la plupart des pays, seulement une faible proportion des établissements ont été certifiés au moins une fois.

En tant que nouvelle approche pour améliorer les pratiques d'allaitement maternel dans les maternités à l'échelle nationale, il est alors suggéré que l'amélioration des pratiques de maternité peut, à long terme, être une composante d'une gamme complète de changements afin d'institutionnaliser **complètement** les principes de l'IHAB, i.e. les Dix Etapes. Le processus d'institutionnalisation des Dix Etapes comme composante des procédures standards des soins de maternité devrait impliquer l'intégration d'une version adaptée des listes de contrôle et des outils contenus dans les matériels au sein des protocoles de supervision de routine des autorités, des contrôles de qualité, des conditions d'accréditation et des systèmes

#### Encadré 16: Etapes prioritaires sélectionnées pour une mise en œuvre rapide

1. Avoir une politique écrite liée à l'allaitement maternel qui est communiquée régulièrement à tout le personnel de santé.
3. Informer toutes les femmes enceintes sur les avantages et les modalités de l'allaitement maternel.
4. Aider les mères à démarrer l'allaitement dans la demi-heure qui suit la naissance du bébé.
6. Ne pas donner aux nourrissons d'autres aliments ou liquides que le lait maternel, à moins qu'indiqué médicalement.
7. Mettre dans la même pièce la mère et le nouveau-né pour qu'ils restent ensemble 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement maternel à la demande.
9. Ne pas donner de tétines artificielles aux bébés allaités

d'évaluation (voir aussi le [Chapitre 2.3.2](#) ci-dessus sur *le renforcement des systèmes de santé* et le [Chapitre 2.4.4](#) sur *la priorisation des interventions*).

A court terme, il pourrait y avoir une approche progressive, avec une mise en œuvre initiale obligatoire à l'échelle nationale des étapes prioritaires sélectionnées. Ceci inclut une mise en œuvre obligatoire à l'échelle nationale de quelques étapes telles que mettre la mère et le bébé dans la même chambre, encourager un contact peau-à-peau précoce, l'alimentation à la demande, la cessation des pratiques néfastes (ex. aliments lactés, donner de l'eau, des SLM, etc.). Cette approche peut être mise en œuvre rapidement et par niveau, tout en travaillant à des améliorations institutionnelles plus larges.

Dans le but d'atteindre une couverture beaucoup plus large de la mise en œuvre des actions afin d'améliorer les pratiques d'allaitement maternel dans les maternités, il est proposé que sept des Dix Étapes soient priorisées pour une mise en œuvre rapide et par niveau (**Étapes 1, 3, 4, 6, 7, 8 et 9** indiquées en gras dans l'Encadré 14).

Ces sept étapes font référence spécifiquement aux politiques nationales et aux conditions de fonctionnement des hôpitaux et peuvent être mises en œuvre sans formation spéciale du personnel. Elles peuvent être mises en place immédiatement au niveau de tous les hôpitaux pour des résultats rapides, visibles et positifs sur les pratiques d'allaitement maternel. Une instruction provenant du Ministère de la Santé ou d'une autre autorité compétente demandant à toutes les maternités de mettre en œuvre ces sept étapes pourrait être une action réalisable et efficace pour rendre tous les établissements ami-des-bébés.

Pendant la mise en œuvre progressive de ces étapes à l'échelle nationale, un plan doit être développé afin d'institutionnaliser complètement les principes d'IHAB comme composante des procédures standards d'opération des services de maternité, incluant la réalisation du cours de 20 heures (Étape 2) comme partie intégrante du renforcement des soins de maternité (ex. comme un module standard pour la formation initiale et continue de tous les membres du personnel, comme pour les soins néonataux et les soins obstétricaux d'urgence). Pour assurer une institutionnalisation plus forte et une couverture plus grande avec des prestataires de santé formés, le Ministère de la Santé pourrait imposer une condition selon laquelle tout gradué des institutions de formation devrait suivre la formation de 20 heures sur l'IHAB, le cours intégré de 5 jours de counseling sur l'ANJE ou le Chapitre Modèle, avant de commencer à travailler dans une maternité. Le counseling sur l'allaitement maternel/la prise en charge de la lactation devrait être considéré comme étant l'un des modules de formation essentiels, sur lesquels le personnel travaillant dans les maternités devraient être formés. En plus, un plan de formation doit être développé afin d'inclure systématiquement le personnel des maternités existant dans l'un des cours ci-dessus. Ceci va permettre au personnel de mettre en œuvre les Étapes 4 et 5 correctement. La planification et l'implémentation pour le soutien à l'allaitement maternel après la sortie de l'hôpital devraient être intégrées dans les services de santé primaire et communautaire (Étapes 10). L'Étape 10 ne relève pas directement du mandat du service de maternité.

La durabilité des principes de l'IHAB et l'appropriation au niveau du service de maternité va aussi exiger des efforts continus et le développement sur-le-tas des capacités des nouveaux membres du personnel au sein de l'hôpital. Toutefois, un point focal d'allaitement maternel pour l'établissement de maternité devrait être identifié afin de suivre la mise en œuvre et d'assurer la conformité, aussi bien pour servir de formateur désigné pour l'hôpital, mais aussi pour fournir une formation continue sur l'allaitement maternel (utilisant le cours de 20 heures de l'IHAB si possible), pour effectuer le mentorat et une formation périodique de recyclage.

Le système national de suivi doit retracer la proportion des établissements de maternité qui sont en conformité avec les 9 étapes, et cette information doit être compilée dans une base de données nationale.

### **3.2.5 Education et communication de groupe dans les services de santé**

Des sessions d'éducation de groupe sur divers sujets autour de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant peuvent être offertes aux mères et aux donneurs de soins dans les centres de santé. Dans certains pays, ces sessions sont souvent offertes avant que commencent la

consultation de l'enfant en bonne santé ou les sessions d'immunisation. Ces sessions offrent une bonne occasion pour la communication sur l'ANJE. Les messages, spécifiques au contexte, sur l'alimentation du nourrisson, identifiés à travers le processus de développement de la stratégie de communication, (voir le chapitre sur la [Communication sur l'ANJE](#)) devraient être disponibles pour les travailleurs de santé, ainsi que des outils de travail et des matériels de communication<sup>1</sup>.

Il est important que le personnel qui réalise ces sessions dans les établissements de santé soit **formé sur les techniques de communication interpersonnelle et les approches participative à la facilitation de groupe**, en plus des informations techniques clés. Une communication interactive utilisant des techniques efficaces et des compétences appropriées est essentielle pour aider à produire un changement de comportement durable, contrairement à la manière traditionnelle de délivrer les messages d'éducation en matière de santé, qui est souvent une manière didactique à sens unique. La formation sur les techniques de communication efficace pourrait couvrir les sujets tels que les barrières et les motivations au changement de comportement et au changement social, les étapes du changement de comportement, la négociation dans le changement de comportement, les techniques de communication participative, l'usage de jeu de rôles et le théâtre interactif, la résolution des problèmes et le travail de groupe orienté vers l'action (référence aux ressources sur la formation en techniques de communication dans [l'Annexe 1-9](#)).

### 3.2.6 Renforcement de l'alimentation de complément: supplémentation

Il existe divers modèles de ciblage et de distribution des différents produits pour l'amélioration de la qualité de l'alimentation de complément, inclus à travers le système de santé, mais devant être adaptés au contexte local et testés avant la mise en œuvre à grande échelle, avec la phase d'introduction massivement documentée. La distribution des produits pour l'alimentation de complément doit être complètement intégrée dans le système de santé, incluant le système de gestion de l'approvisionnement et les systèmes de suivi. Diverses approches pour la distribution ont été testées.

Une fois la méthode de ciblage déterminée, les approches pour la distribution, la prévision et la commande/la gestion des stocks de produits doivent être établies.

Parmi les modèles possibles de distribution dans le système de santé, on peut citer:

- Les produits pour l'alimentation de complément peuvent être fournis aux familles les plus pauvres/plus vulnérables éligibles, soit directement à ceux qui participent ou fréquentent les services de santé, soit par des coupons.
- Certains suppléments compacts tels que les poudres de micronutriments multiples, les suppléments nutritionnels à base de lipide et les produits similaires peuvent être distribués de façon régulière et soigneusement supervisée à travers les **services de santé de routine**, tels que pendant le suivi mensuel de la croissance ou les visites de l'enfant en bonne santé. Les produits les plus volumineux peuvent ne pas pouvoir être distribués à travers les services de santé, car leur logistique et stockage peut ne pas pouvoir être intégré dans les systèmes d'approvisionnement pharmaceutiques/médicales. Les suppléments peuvent être distribués sur une base mensuelle, ou tous les deux mois. Au fur et à mesure que l'enfant grandit, la fréquence de contact peut être réduite.
- Les poudres de micronutriments multiples (ex. *Sprinkles*) peuvent aussi être distribuées aux parents deux fois par an pendant **les jours de la santé de l'enfant ou les événements nationaux ou sous-nationaux similaires [164]**.
- Les services de santé peuvent aussi référer les familles éligibles au **système d'assistance sociale**, aux programmes de protection sociale ou autres organisations afin de collecter des produits tels que les aliments de complément fortifiés, incluant les farines mélangés, ou afin de collecter les coupons.

Parmi les interventions au niveau du système de santé, le counseling et la communication sur l'utilisation optimale des aliments disponibles localement devraient être le point de départ et

---

<sup>1</sup> Exemples de paquets de formation sur la communication pour le changement de comportement : [Behaviour Change Communication for Improved Infant Feeding Training of Trainers \(AED/Linkages 2004\)](#).

devraient toujours compléter toute distribution d'un produit (voir le [Chapitre 2.4, 4](#) sur l'identification et la priorisation des interventions pour l'alimentation de complément).

### 3.2.7 Counseling et Soutien dans le système de santé sur la nutrition maternelle durant la grossesse et l'allaitement.

Aborder la nutrition maternelle pendant la grossesse et l'allaitement est important pour la santé maternelle, le déroulement de la grossesse et la nutrition du nourrisson. Il y a des interventions réalisables et efficaces par rapport au coût, pour améliorer le statut nutritionnel des femmes pendant la grossesse et l'allaitement<sup>1</sup>, se basant sur la garantie d'une consommation adéquate de nutriments. Le suivi du gain de poids pendant la grossesse est une activité importante dans les services de santé.

**Grossesse:** Pendant la grossesse, il est important d'assurer qu'il y ait un gain de poids adéquat, une consommation de nutriment appropriée (macro et micronutriments) et une réduction de la charge de travail afin de garantir la croissance intra-utérine du fœtus et de prévenir la dénutrition de la mère : les actions pour aborder ceci incluent les suivantes :

- **Counseling sur la nutrition et les soins maternels appropriés pendant la grossesse.** En plus du counseling sur les soins généraux et la santé pendant la grossesse, les femmes devraient être conseillées sur la façon d'augmenter l'utilisation des aliments disponibles localement afin d'assurer un régime approprié et adéquat. La provision de counseling personnalisé pour les femmes enceintes (et allaitantes), adaptés au stade du cycle de vie, devrait être intégrée dans les soins prénataux et les consultations de santé de l'enfant et les autres contacts avec les mères enceintes et allaitantes. Les sessions de counseling/communication de groupe sur la nutrition maternelle par les prestataires de santé peuvent aussi être planifiées au sein de l'établissement de santé et pendant les séances de travail communautaire. On devrait promouvoir la diversification du régime alimentaire, accompagnée de la production d'aliments ou d'activités génératrices de revenus, afin de rendre disponible davantage de diversité alimentaire au niveau des familles. On devrait promouvoir les aliments fortifiés là où ils sont disponibles et à un prix abordable.
- **Pesée régulière afin de suivre le gain de poids** et aussi dépistage de la dénutrition par la mesure du **périmètre brachial (PB)**.
- **Des mesures appropriées pour satisfaire aux besoins en nutriments** pendant la grossesse et l'allaitement comprennent par exemple la provision ou la référence pour les suppléments alimentaires dans les circonstances socio-économiques faibles, ou pour les femmes qui ne prennent pas suffisamment de poids, ou dans les situations d'insécurité alimentaire et dans les situations d'urgence. L'alimentation thérapeutique et supplémentaire pour les femmes dénutries, selon les protocoles nationaux pour la prise en charge de la malnutrition aiguë, devraient être fournies si disponibles<sup>2</sup>. Les transferts d'argent comme composante du plan de protection sociale, pourraient aussi être considérés, liées à la fréquentation des cliniques de soins prénataux et la consultation des enfants en bonne santé.
- La provision quotidienne de suppléments en **fer/acide folique** à travers les soins prénataux, tels que dans les recommandations de l'OMS [165] et dans les protocoles nationaux. Un minimum de 90 jours de suppléments est recommandé.
- Pendant les situations d'urgence seulement, selon la Déclaration Commune sur l'usage de micronutriments multiples pour les femmes enceintes et allaitantes [166], on peut fournir à ce

---

<sup>1</sup> L'accent est mis sur le statut en micronutriment et le poids durant la grossesse et l'allaitement, comme une augmentation de la taille ne peut pas être atteinte une fois que l'adolescente atteint sa taille adulte. Une amélioration dans la taille maternelle requiert donc une approche de cycle de vie en augmentant le poids de naissance, en améliorant la croissance chez les enfants âgés de moins de deux ans et en améliorant la nutrition et la croissance de l'adolescent.

<sup>2</sup> Pour les femmes, un PB <210 mm est considéré comme le seuil pour la malnutrition sévère. En utilisant l'indice de masse corporelle (IMC), un IMC <16 signifie une dénutrition aiguë sévère et un IMC entre 16 et 18,5 signifie une dénutrition légère à modérée. L'IMC ne peut pas être utilisé pour classer la dénutrition chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes au cours des six premiers mois de vie du bébé.

groupe de femmes des **suppléments en multi-micronutriments**, qui contiennent 15 vitamines et minéraux essentiels<sup>1</sup>.

- **Lactation:** La nutrition maternelle pendant l'allaitement doit être abordée comme composante du programme complet sur l'ANJE. L'importance de l'augmentation de la consommation d'aliments de qualité pour les mères allaitantes, la consommation d'aliments riches en nutriments ou de suppléments en micronutriments, et la réduction de la charge de travail doivent être abordées dans le but d'assurer un statut nutritionnel maternel adéquat. Le counseling des mères allaitantes sur la consommation d'aliments en quantité et en qualité adéquates, afin de répondre à leurs besoins en termes d'énergie et leurs besoins en micronutriments pendant la lactation (i-e, fer, iode et vitamine A).

Ceci doit être fait en même temps que le renforcement du message suivant lequel, uniquement dans des cas exceptionnels, (tels que la dénutrition sévère<sup>2</sup>) les femmes ne peuvent pas allaiter. Les actions incluent:

- La prise de poids régulière et le dépistage de la dénutrition par la mesure du périmètre brachial (PB), et la provision de **suppléments alimentaires appropriés ou d'aliment thérapeutique** si la femme souffre respectivement de malnutrition modérée ou de malnutrition sévère [167].
- La provision de fortes doses de **supplément en vitamine A** pendant les six premières semaines après l'accouchement dans les zones de forte déficience.
- Des suppléments en fer-acide folique jusqu'à trois mois après l'accouchement devraient être fournis dans les situations où la prévalence de l'anémie au cours de la grossesse est supérieure à 40%.
- La provision de **suppléments en micronutriments**, tel qu'exigée pendant les situations d'urgence.

### 3.3 Action au niveau communautaire

#### **Vue d'ensemble du chapitre sur les actions communautaires de l'ANJE:**

- 3.3.1 Evaluation, conception et planification pour l'ANJE au niveau communautaire
- 3.3.2 Développement de capacité et mise en œuvre du counseling sur l'ANJE
- 3.3.3 Création de groupes de support à la mère
- 3.3.4 Supervision de soutien, suivi et évaluation

#### **Introduction**

Les aspects concernant les systèmes et politiques sur l'ANJE au niveau communautaire sont abordés dans le [Chapitre 2.3.3](#). Pour résumer, les actions clés de l'ANJE au niveau communautaire peuvent inclure le fait de faciliter l'établissement de structures communautaires et la participation, le counseling et le soutien par des travailleurs communautaires formés, la distribution de suppléments suivant la politique gouvernementale, et la communication pour le changement de comportement (CCC). Pour un impact optimal, il est suggéré que les activités de l'ANJE au niveau communautaire, comprennent – au moins – le counseling et la promotion de

<sup>1</sup> Les multi-micronutriments pour les femmes sont disponibles sous forme de capsules, comprimés ou de poudre. Il a été démontré qu'il y a une meilleure compliance avec la poudre dû à moins d'effets secondaires. Si la compliance aux suppléments de fer et acide folique est très faible dans un pays, ces solutions peuvent être envisagées. Actuellement, des directives sur les multi-micronutriments pendant la grossesse et l'allaitement sont données uniquement par la déclaration conjointe sur la supplémentation en micronutriments dans les situations d'urgence [réf. 164]

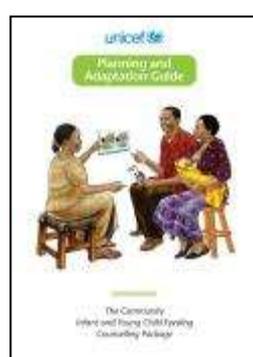
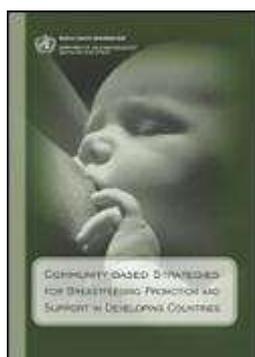
<sup>2</sup> Les contenus énergétique et protéique du lait maternel sont peu affectées par l'état nutritionnel de la mère qui allaite, à moins que la dénutrition soit sévère [4]. Les mères ayant une malnutrition légère à modérée peuvent donc allaiter avec succès, bien que leurs propres réserves corporelles de tous les éléments nutritifs soient épuisées. La concentration de certains nutriments dans le lait maternel, y compris la vitamine A, l'iode et les vitamines du groupe B, ainsi que les acides gras essentiels, dépend de l'état de la mère et de son apport en nutriments. Le déficit chez le nourrisson est augmenté en cas de carence maternelle.

l'ANJE, soit à travers un conseiller non professionnel d'ANJE formé et engagé, ou à travers un cadre communautaire existant, formé en counseling sur l'ANJE (ex. travailleurs de santé communautaire, agents de santé et conseillers non professionnels) et une forme appropriée de groupe de soutien à la mère.

Il est fondamental de mener d'abord une évaluation afin de comprendre les programmes, les systèmes et structures communautaires existants, d'identifier les points d'entrée appropriés et de comprendre les pratiques et barrières locales en matière d'alimentation (voir aussi la section sur l'évaluation de la situation ci-dessous) ; de mobiliser et de porter les communautés et les systèmes de soutien à s'engager dans le programme et à participer dans sa conception et sa planification. Il est alors possible ensuite de conduire des activités de développement de capacités, ce qui inclut le mentorat continu et la supervision de soutien régulière. Les sessions de formation sont relativement faciles à planifier et à mettre en œuvre, mais une planification sérieuse et des systèmes de fonctionnements solides sont importants pour produire des résultats de façon durable. Trop de programmes communautaires se sont concentrés uniquement sur la formation des cadres communautaires, mais n'ont pas prêté une attention adéquate aux systèmes existants pour une mise en œuvre continue des activités et assurer leur supervision. Ceci conduit souvent à une faible durabilité des programmes, une faible motivation, une faible qualité et un gaspillage de ressources avec de faibles résultats.

### 3.3.1 Evaluation, Conception et Planification de l'ANJE à base communautaire

Le design des composantes de l'ANJE dans un programme communautaire de santé et de nutrition devrait être réalisé avec la participation active des communautés. Une étude de cas qui peut se révéler utile dans la conception des interventions communautaires serait: *Apprendre des Programmes Communautaires à Grande Echelle pour Améliorer les Pratiques d'Allaitement Maternel: Rapport d'études de cas de dix pays (2008)* [168]. D'autres ressources pourraient être *Stratégies Communautaires pour la Promotion et le Soutien de l'Allaitement Maternel dans les Pays en Développement* de l'OMS [169].



*Le Guide de Planification et d'Adaptation* du Paquet générique de counseling communautaire sur l'ANJE de l'UNICEF ([Ressources Annexe 1-8](#)) comporte les 5 étapes essentielles proposées dans la conception d'une nouvelle intervention communautaire:

- i. Réaliser ou mettre à jour une évaluation de la situation des services communautaires existants et des CAP
- ii. Développer ou mettre à jour des politiques et des systèmes pour soutenir l'ANJE au niveau communautaire
- iii. Identifier, sensibiliser et impliquer les partenaires communautaires
- iv. Renforcer les cadres communautaires ou en créer de nouveaux pour animer les activités sur l'ANJE
- v. Concevoir et planifier le programme communautaire d'ANJE (formation, counseling et changement de comportement, supervision et mentorat, suivi et évaluation).

La discussion suivante résume brièvement les étapes suggérées.

## Evaluation de la situation et recherche formative sur les CAP

Avant de démarrer les activités communautaires sur l'ANJE, il est important de réaliser une évaluation de la situation des communautés ciblées, en vue d'avoir une bonne compréhension des programmes et structures communautaires existants en ce qui concerne la participation communautaire relative à la santé et la nutrition ainsi que les pratiques et les comportements actuels face à l'ANJE au sein de ces communautés. Cette information est importante pour s'assurer que le programme d'ANJE puisse être intégré de façon efficace et se construise à partir des programmes existants et également que les outils de counseling, les messages promotionnels, les matériels de formation et les stratégies de communication au niveau communautaire, soient adaptés de manière appropriée, afin de prendre en compte les barrières aux pratiques optimales d'ANJE. L'évaluation devrait inclure une recherche formative avec des études de Connaissance, Attitudes et Pratiques (CAP), une cartographie des activités communautaires de santé et de nutrition existantes, une compilation et une révision de toutes les évaluations et programmes communautaires d'ANJE. Les évaluations devraient être menées dans différentes zones géographiques et parmi différents groupes de population, car la programmation communautaire actuelle et les pratiques et barrières de l'ANJE existantes peuvent varier de manière significative dans différentes structures et parmi différents groupes.

Les données quantitatives et qualitatives sur l'ANJE, incluant les études CAP et les recherches formatives, peuvent déjà avoir été collectées comme composante de l'évaluation globale de la situation. Si non, des études CAP devraient être menées afin de déterminer les barrières à l'ANJE optimale. Voir la section au [Chapitre 2.2](#) pour des informations concernant la conduite d'une évaluation de situation, et [Ressources Annexe 1-3](#) pour des informations sur la recherche formative et les études CAP.

Il n'est pas nécessaire de mener une recherche formative/études CAP pour la composante communauté et communication du programme global d'ANJE de façon séparée. C'est un processus unique. Les outils de counseling qui en résultent et qui sont utilisés par les cadres communautaires, ainsi que les messages et matériels de communication devraient être harmonisés.

Les programmes communautaires de santé et de nutrition existants devraient être cartographiés afin de déterminer la couverture des programmes, la portée des activités, le type de structure communautaire, les incitations et le soutien qu'ils reçoivent. La **Matrice d'Evaluation** ([Ressources Annexe 1-1](#)) peut être utilisée pour faciliter cette cartographie. Les projets communautaires d'ANJE existants devraient être revus, afin de déterminer quel modèle permet d'atteindre les résultats souhaités avec une mise en œuvre à grande échelle faisable.

## Politiques et systèmes

Il faut mettre en place des politiques et des systèmes pour soutenir et faciliter le programme communautaire, que ce soit un programme communautaire intégré de santé et de nutrition ou un programme communautaire autonome d'ANJE. Pour assurer le fonctionnement durable du programme, il est important d'aborder ces questions avant de débiter la formation des cadres communautaires

## Défis à la durabilité

Quelques défis à la durabilité des interventions communautaires sur l'ANJE (et le counseling communautaire sur l'ANJE et les groupes de soutien à la mère) sont le manque de support et de supervision, l'abandon des travailleurs communautaires ou des membres des groupes de soutien, le manque de motivation à continuer les activités, aussi bien que les contraintes financières au niveau du gouvernement et des partenaires pour former suffisamment de travailleurs ou de groupes communautaires et les superviser régulièrement. Le turn-over est souvent le résultat des responsabilités familiales, et d'un manque de reconnaissance et d'acceptation des volontaires par les prestataires de santé. Ces défis ont été abordés en mettant l'accent sur une ou deux activités, en faisant correspondre les tâches au temps disponible, et en fournissant des compensations. Certains programmes ont abordé les contraintes financières en initiant des activités génératrices de revenu. Le manque de collaboration avec les autres services de santé menace aussi la durabilité. En règle générale, le travail en réseau et la collaboration

avec les agences gouvernementales et les ONG sont des liens importants qui peuvent faciliter le référencement dans les deux sens, des formations conjointes, et des opportunités d'assistance technique. Une structure de support forte et solide, avec des individus engagés, doit être mise en place pour soutenir les travailleurs et les groupes communautaires.

### **Impliquer les décideurs et groupes communautaires, gagner leur engagement et leur support**

Il est important de sensibiliser et de gagner l'engagement et l'implication des membres clés de la communauté, étant donné leur profonde connaissance, leurs réseaux au sein des communautés et leur habileté à influencer les pratiques. Leur implication et leur engagement peut aider à s'assurer que le programme reçoit leur approbation et leur validation, que le potentiel de durabilité augmente, que les communautés soient efficacement mobilisées, que les pratiques et les comportements soient influencés de manière positive et que les cadres communautaires soient soutenus. Ces membres clés de la communauté peuvent inclure les leaders communautaires et religieux, les politiciens locaux, les administrateurs, les professeurs, les infirmières, les agents communautaires, les organisations communautaires, les leaders des groupes de femmes, les leaders des comités de santé, les accoucheurs qualifiés (AQ), les accoucheurs traditionnels (AT)<sup>1</sup> et les autres cadres communautaires. Une attention spéciale aux femmes d'influence et aux groupes et initiatives menés par des femmes est importante pour les programmes d'ANJE. Leur participation active devrait améliorer l'appropriation du programme.

L'implication de ces personnes et groupes influents est importante aux étapes initiales de la conception et de la planification du programme, et leur participation continue au niveau du contrôle de la mise en œuvre et de la supervision est aussi fondamentale. Les étapes pour l'engagement peuvent inclure :

- Des consultations avec les communautés, les autorités locales et les partenaires afin d'identifier les membres influents et les décideurs de la communauté.
- Identification des groupes et des individus à impliquer dans les activités relatives à l'ANJE.
- Des sessions d'orientation et de plaidoyer avec les groupes identifiés afin de gagner leur support, de les engager dans la planification et la mise en œuvre, et de motiver les différents groupes pour l'action.

### **Concevoir des « Communautés Amis des Bébé »<sup>2</sup>**

Comme composante du processus de planification participative avec les communautés, on peut décider de désigner la communauté comme Communauté Ami-des-Bébé (CAB), telle que mise en œuvre dans certains pays (ex. Gambie), en vue de :

- Étendre les pratiques et les critères d'IHAB au niveau des services de santé communautaires.
- Étendre les pratiques d'IHAB au niveau des structures d'accouchement, là où il n'y a pas d'établissement de santé.
- Renforcer les dix étapes vitales, en assurant les meilleures pratiques et du soutien pour chaque mère.

Les modules d'IHAB fournissent les modèles de critères nationaux pour les directives de CAB, lesquels devraient au moins être adaptés à la situation communautaire locale et à partir du dialogue avec les communautés. Les critères pour une communauté ami-des-bébé pourraient être les suivants :

---

<sup>1</sup> Notez qu'il n'est pas proposé de faire participer les accoucheuses traditionnelles dans l'ANJE à travers les travaux liés au soutien des mères pour l'accouchement – les dernières directives de l'OMS sur cet aspect doivent être confirmées. Cependant, en tant que femmes de confiance dans la communauté, elles peuvent jouer un grand rôle dans la promotion de bonnes pratiques ANJE, en participant à des groupes de soutien aux mères et en encourageant la fréquentation ou en référant vers les établissements de santé. Impliquer les accoucheuses traditionnelles dans l'ANJE peut également représenter une approche potentielle pour leur donner un nouveau rôle dans leurs communautés.

<sup>2</sup> Voir les modules sur l'IHAB, Section 1.1 and 1.5, f pour plus de détails sur les communautés ami des Bébé.

#### **Encadré 17: Critères pour une Communauté Ami des Bébé (basé sur les modules de l'IHAB)**

- i. Leadership communautaire politique et social, l'homme et la femme sont engagés à effectuer un changement pour soutenir l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant.
- ii. Tous les établissements de santé qui comportent des services de maternité, ou qui procurent des soins de santé locale, sont désignés « Ami des Bébé » et soutiennent de manière active l'allaitement maternel précoce et exclusif (0-6 mois)
- iii. Si les accouchements à domicile constituent la norme, tous ceux qui assistent aux accouchements sont informés de l'importance de couper le cordon tardivement, l'importance du contact peau-à-peau immédiat et continu pour au moins 60 minutes, et l'importance de ne pas donner d'aliments autres que le lait maternel
- iv. Tous ceux qui assistent les accouchements dans les services de maternité et à domicile sont informés au sujet des pratiques de Travail et d'Accouchement qui sont « Ami-de-la-mère » telles que : encourager les mères à avoir de la compagnie pour apporter du soutien, minimiser les procédures invasives sauf si nécessaires médicalement, encourager les femmes à se déplacer et accepter la position de leur choix pendant le travail, etc.
- v. L'accès de la communauté au (x) site (s) de référence avec un soutien de qualité pour un allaitement précoce, exclusif et continu, est disponible
- vi. Du Soutien est disponible au sein de la communauté pour une alimentation de complément appropriée à l'âge, fréquente, et à la demande, en complément de l'allaitement maternel continu. Ceci signifiera généralement que des micronutriments ou des aliments d'origine animale sont disponibles, ainsi qu'un counseling adéquat pour assister les mères à faire des choix appropriés.
- vii. Système de soutien mère-a-mère, ou similaire, mis en place
- viii. Pas de pratiques, de distributeurs, de boutiques ou de services qui violent le Code International (tel qu'applicable) dans la communauté
- ix. Le gouvernement local ou la société civile se sont réunis, ont créé et soutiennent la mise en œuvre d'au moins un changement normatif politique ou social et/ou une activité additionnelle qui appuie activement les mères et les familles dans la réussite des pratiques de l'allaitement maternel précoce et exclusif (ex. partager des tâches, octroyer le droit de référencer les mères allaitantes si besoin, identification des « défenseurs/protecteurs de l'allaitement maternel » parmi les leaders communautaires, lieux de travail soutenant l'allaitement maternel, etc.)
- x. Des supports de travail simplifiés ont été développés et sont utilisés pour assister et pour évaluer les accouchements à domicile par des accoucheurs compétents.

#### **Créer et soutenir un système fonctionnel de cadres communautaires pour animer les activités sur l'ANJE**

Les structures communautaires existantes offrent plusieurs opportunités de promotion et de soutien à l'ANJE. Le Tableau 3 énumère les différents cadres et groupes potentiels, leurs caractéristiques communes et les avantages et inconvénients de chacun, dans la promotion et le soutien à l'ANJE au sein de la communauté. Notez que plusieurs de ces fournisseurs/cadres potentiels sont aussi des participants secondaires dans la stratégie de communication.

**Tableau 3: Fournisseurs Potentiels de Services Communautaires non professionnels de Promotion et de Soutien à l'ANJE**

Fournisseurs/Cadres	Caractéristiques communes	Avantages	Inconvénients
<b>Pairs / Conseillers non professionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Femmes avec une expérience actuelle ou récente de l'alimentation du nourrisson (conseillers pairs) ou un fort engagement envers l'alimentation du nourrisson (conseillers non professionnels)</li> <li>Caractéristiques socioculturelles similaires à celles des personnes concernées</li> <li>Peuvent fournir des conseils personnalisés à domicile, dans les établissements de santé, les groupes de soutien à la mère, les structures informelles</li> <li>Peuvent animer des sessions de counseling/ communication de groupes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentent les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson, dans le cas des conseillers pairs</li> <li>capacités à faire la démonstration de recettes améliorées et de préparation d'aliments pour les jeunes enfants</li> <li>Comprennent la situation des mères</li> <li>Sont accessibles</li> <li>Attention centrée sur les questions d'alimentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de turn-over souvent élevé parmi les volontaires</li> <li>Le travail à temps partiel limite le nombre de contacts</li> <li>Si purement volontaire, la motivation peut être faible</li> </ul>
<b>Travailleurs de santé communautaire polyvalents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peuvent être affiliés à un établissement de santé, un groupe communautaire, ou une ONG</li> <li>Peuvent fournir des conseils personnalisés à domicile, dans les établissements de santé, les groupes de soutien à la mère, les structures informelles</li> <li>Peuvent animer des sessions de counseling/ communication de groupes</li> <li>Peuvent recevoir un salaire ou une petite compensation</li> <li>Peuvent avoir ou ne pas avoir de l'expérience personnelle en allaitement maternel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégré à d'autres services de santé</li> <li>Couverture plus large</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutien à l'ANJE plus limité</li> <li>Peut être distrait par d'autres tâches</li> </ul>
<b>Travailleurs communautaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La sensibilisation s'étend au-delà des mères et des enfants</li> <li>Ensemble de questions plus large</li> <li>Peuvent mener la mobilisation sociale sur l'ANJE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liés à d'autres secteurs tels que l'agriculture</li> <li>Peuvent fournir de l'information et du soutien sur la production et l'utilisation d'aliments locaux appropriés et de qualité supérieure pour les jeunes enfants</li> <li>Renforcement des messages; pas de points de contact de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Temps de soutien à l'ANJE limité</li> <li>Equilibrer plusieurs tâches</li> </ul>
<b>Praticiens de santé traditionnels (accoucheurs traditionnels, guérisseurs, herboristes, etc.)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournissent des soins de santé utilisant les méthodes/produits traditionnels</li> <li>Peuvent avoir des connaissances en médecine traditionnelle et moderne</li> <li>Peuvent mener la mobilisation sociale sur l'ANJE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servent les femmes qui sont moins en mesure de fréquenter les établissements de santé primaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exige un programme de formation spéciale, du matériel et des formateurs</li> </ul>
<b>Défenseurs locaux de la nutrition de l'enfant (Grand-mères, leaders religieux et traditionnels, médias locaux, professeurs, groupes de femmes, membres des comités de santé du village, organisations communautaires ou confessionnelles)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leaders d'opinion au sein de la famille, de la communauté et du pays</li> <li>Peuvent mener la mobilisation sociale sur l'ANJE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réseau de soutien plus large, atteint les cibles secondaires</li> <li>Peuvent avoir des compétences spéciales en promotion et éducation communautaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Habituellement ne sont pas les candidats idéaux pour faciliter les groupes de soutien à l'alimentation du nourrisson</li> <li>Peuvent être réticents à abandonner les pratiques traditionnelles nuisibles</li> </ul>

Source: Adapté de WellStart Trilogy (1996) and Learning from Large Scale Community Based Breastfeeding Promotion (2008) [166].). Notez que plusieurs de ces travailleurs communautaires sont aussi des participants secondaires dans la stratégie de communication.

**Utiliser les structures existantes:** Les actions communautaires sur l'ANJE devraient, autant que possible, se développer à partir des structures existantes, plutôt que d'en créer des parallèles. Plusieurs pays en développement ont déjà quelques formes de programmes ou structures communautaires de santé et/ou de nutrition, tels que la prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe (PCMA), la PCIME et la prise en charge communautaire (PCC) des maladies de l'enfance, avec différents types de travailleurs communautaires et divers types de motivations, allant de travailleurs volontaires à des cadres payés par le gouvernement.

Les programmes communautaires de santé et de nutrition ne sont pas vus comme étant « *une panacée pour les systèmes de santé faibles* », mais comme une approche additionnelle pour atteindre les groupes vulnérables. Leur succès dépend de la capacité à motiver les TSC, à offrir des opportunités de développement et d'accomplissement personnel, à retenir les TSC après qu'ils aient été formés, à maintenir leur performance, et à fournir de la supervision, du support, et de la reconnaissance de la part du système de santé et de la communauté.

**Créer un nouveau système communautaire:** Dans certaines structures et dans certaines situations, il peut être nécessaire de créer un nouveau système communautaire. Ceci peut être nécessaire dans les cas où:

- Il n'existe pas de programme et structure communautaire de santé et/ou de nutrition à travers lequel le counseling sur l'ANJE peut être mis en place.
- Le programme existant n'est pas approprié pour ajouter ce service.
- Il est nécessaire de créer un système de conseillers consacré à l'alimentation du nourrisson, etc.

Dans ces cas, la mise en place du counseling en l'ANJE à travers les nouveaux systèmes communautaires peut servir de point d'entrée pour d'autres éléments de soins de santé et de nutrition au niveau communautaire, afin de devenir un paquet de soin complet pour la mère et l'enfant au niveau de la communauté.

Les conseillers en ANJE peuvent aussi faire partie des différentes activités de sensibilisation dans les communautés ciblées.

L'engagement communautaire est important durant le processus de planification et de détermination du modèle de counseling sur l'ANJE le plus approprié.

### **Conception et planification des activités communautaires sur l'ANJE**

Les questions suivantes doivent être abordées dans la conception et la planification du programme communautaire sur l'ANJE (mettant l'accent sur le counseling et les groupes de soutien à la mère):

- Décider du profil approprié d'un TC ou conseiller non professionnel pour les tâches de promotion, de counseling et de soutien sur l'ANJE, incluant le genre, le niveau académique minimum, le lieu de résidence, etc.
- Etablir un ratio réaliste et approprié de travailleurs communautaires pour les ménages. C'est un aspect important de la conception du programme communautaire. Un ratio trop élevé – ex. 1 TC pour 20 ménages – signifie que le passage à l'échelle ne se fera probablement jamais. Un ratio trop faible – ex. 1 TC pour 2,000 ménages – implique que le travailleur ne sera probablement pas capable d'atteindre toutes les personnes de sa zone d'intervention.
- Déterminer le nombre de travailleurs communautaires qui seront déployés et formés sur une période de temps spécifique
- Etablir comment, quand et où le counseling sur l'ANJE sera réalisé au sein de la communauté, et le temps d'engagement des travailleurs communautaires – i.e., identifier plusieurs points de contacts appropriés pour la promotion et les activités de counseling sur l'ANJE – ex. visites à domicile, poste de santé ou chez le travailleur communautaire, établissement de santé le plus proche, centres de soin de petite enfance, dépistage communautaire de la malnutrition sévère aigüe, suivi de la croissance et sessions de promotion, sessions d'immunisation, jours de santé et autres événements communautaires.

- Etablir des incitations pour les travailleurs communautaires – en nature, en cash, en transport, en matériels, etc.
- Créer un système approprié de groupes de soutien à la mère, incluant la définition d'objectifs concernant le nombre de groupes à créer sur une période de temps spécifique.
- Etablir le mode de fonctionnement des groupes de soutien à la mère, le temps d'engagement de leurs membres (ex. combien de rencontres, de sessions de groupe, de visites de sensibilisation, etc.) et comment les groupes vont être reproduits..
- Définir le type et la durée des formations à organiser pour les différents acteurs (ex. conseillers en ANJE et groupes de soutien à la mère) et les matériels à utiliser.
- Mettre à jour les connaissances et les compétences des professionnels de santé sur l'ANJE, afin d'assurer une formation et une supervision des cadres communautaires de bonne qualité.
- Planifier des sessions de formation à l'intention des travailleurs de santé /conseillers non professionnels identifiés dans la communauté, groupes de soutien à la mère et autres groupes disponibles, ou les systèmes fonctionnant à l'échelle communautaire (ex. les accoucheurs qualifiés, les accoucheurs traditionnels (voir les notes de bas de page à la page 86), les comités de santé et autres volontaires) sur l'ANJE.
- Concevoir un système efficace pour une supervision de soutien durable, le mentorat et les formations de recyclage des cadres et des groupes identifiés, et s'assurer que la supervision est incluse dans les plans annuels.
- Assurer un lien solide avec le système de santé, par exemple pour les référencements, le mentorat, la supervision et la collecte des données.
- Créer une structure pour le partage de connaissances sur l'ANJE au sein de la communauté, telles que les panneaux d'affichage, les rencontres communautaires régulières, les rassemblements religieux, l'utilisation systématique des travaux de sensibilisation et des jours de santé de l'enfant pour disséminer les messages sur l'ANJE, le théâtre communautaire et les groupes de musique, les unités de vidéo mobiles, etc.

### **3.3.2 Développement des capacités et mise en œuvre du counseling communautaire sur l'ANJE**

#### **Profil du conseiller communautaire sur l'ANJE**

Le counseling individuel sur l'ANJE est une intervention clé qui peut être fournie par un conseiller non professionnel\_ formé, un conseiller pair compétent, un visiteur de santé, un volontaire communautaire, un travailleur de santé communautaire payé ou un travailleur communautaire. Il y a de plus en plus d'expériences en ce qui concerne l'engagement réussi des conseillers communautaires dans le counseling et le soutien à l'ANJE, incluant le VIH et l'alimentation du nourrisson.. L'engagement de ces cadres dans le counseling sur l'ANJE pourrait aussi pallier au manque de temps des travailleurs de santé, et pourrait augmenter de manière significative la capacité en counseling dans un pays. Un conseiller pair compétent pour l'ANJE pourrait être typiquement une femme qui a donné naissance à au moins un enfant et est supposée avoir de bonnes compétences et connaissances sur l'allaitement maternel réussi et l'alimentation de complément – Cependant, son succès en tant que conseiller pair ne dépend pas seulement de ses expériences positives antérieures dans l'alimentation de ses propres enfants, mais aussi de sa formation et de sa capacité à transmettre cette connaissance et à négocier les meilleures pratiques avec d'autres femmes. Le conseiller non professionnel, d'autre part, peut ne pas avoir d'expérience personnelle ou récente en alimentation du nourrisson et du jeune enfant et peut être soit un homme, soit une femme. Les niveaux académiques peuvent varier mais il est préférable que le conseiller ait au moins le niveau scolaire de grade 5-8.

#### **Rôle, compétences et connaissances**

Le rôle des TSC/conseillers non professionnels n'est pas seulement de promouvoir de bonnes pratiques d'ANJE, mais aussi de fournir un soutien pratique aux mères et les aider à résoudre les problèmes communs sur l'ANJE. Le conseiller non professionnel doit avoir des connaissances et des compétences précises sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, il doit être en mesure de négocier des actions réalisables, aider à résoudre des problèmes et doit être capable d'inspirer de la confiance à la mère dans ses capacités. Une attention suffisante doit être

accordée, pendant la formation, au développement des compétences interpersonnelles en counseling, et pas seulement à la communication des connaissances techniques sur l'ANJE.

Les compétences de base en counseling incluent l'écoute et l'apprentissage, le développement de la confiance chez la mère ou le donneur de soins l'apport de soutien et d'aide pratique, et la négociation de comportements et de pratiques à travers l'application d'une forme simple du processus des trois A (Apprécier (Evaluer), Analyser et Agir).

## Formation

**La durée et la portée** du paquet de formation initiale pour les cadres communautaires sur la santé et la nutrition varient beaucoup entre les pays et les programmes, ce qui permet et nécessite une variété d'options de formation. Plusieurs opportunités pour l'intégration de la formation en counseling sur l'ANJE se présentent :

- Dans certains programmes, les travailleurs communautaires sont formés sur une période de six mois et couvrent une large gamme de sujets. Une option, alors, est d'intégrer le counseling communautaire sur l'ANJE dans le **paquet complet de formation initiale** à l'intention des cadres communautaires
- Dans d'autres programmes, les travailleurs communautaires peuvent recevoir une formation d'une durée d'une semaine sur les sujets clés de prévention en santé et en nutrition, dans laquelle l'ANJE peut être couverte dans une session de quelques heures. Ceci implique que les travailleurs communautaires reçoivent quelques informations de base afin de promouvoir les bonnes pratiques d'ANJE, mais le temps alloué à la composante ANJE dans la formation peut ne pas être suffisant pour développer les compétences spécifiques en counseling et en résolution de problèmes, nécessaires pour fournir un soutien pratique aux mères. Ceci signifie alors que les travailleurs communautaires doivent référer la mère et le nourrisson à l'établissement de santé le plus proche, s'il y a un problème d'alimentation – si la formation leur a fourni les compétences pour évaluer correctement les pratiques d'alimentation. Dans un tel contexte, il faut un plaidoyer afin d'ajouter un programme de formation pour ces travailleurs communautaires qui développe les compétences en counseling sur l'ANJE, la résolution des problèmes, la facilitation et la communication de groupe.
- Un nombre croissant de pays sont en train d'initier et d'étendre des **programmes** de prise en charge de la malnutrition aigüe (**PCMA**), mais plusieurs de ces programmes mettent l'accent sur le dépistage et le traitement à domicile des enfants malnutris, avec peu d'attention au counseling sur l'alimentation de l'enfant, afin de prévenir de futures épisodes de MAS et de promouvoir une bonne croissance. La création de nouveaux programmes de PCMA représente une bonne opportunité pour les actions de counseling et de soutien pour l'ANJE, à inclure dès le début comme un module « préventif » obligatoire, qui complète la formation sur l'identification et la prise en charge de la MAS. Dans les programmes de PCMA déjà établis, le contenu sur l'ANJE peut être intégré dans la formation de recyclage pour les cadres communautaires existants, et ajouté à la formation des travailleurs communautaires comme composante du processus de mise à l'échelle. (Voir *Ressources Annexe 1-8*)<sup>1</sup>.
- Là où il n'y a pas de travailleurs communautaires, la formation en counseling sur l'ANJE peut être fournie aux nouveaux travailleurs communautaires comme un module séparé. Dans ce cas, le programme d'ANJE peut servir de point d'entrée à d'autres activités communautaire sur la santé et la nutrition.

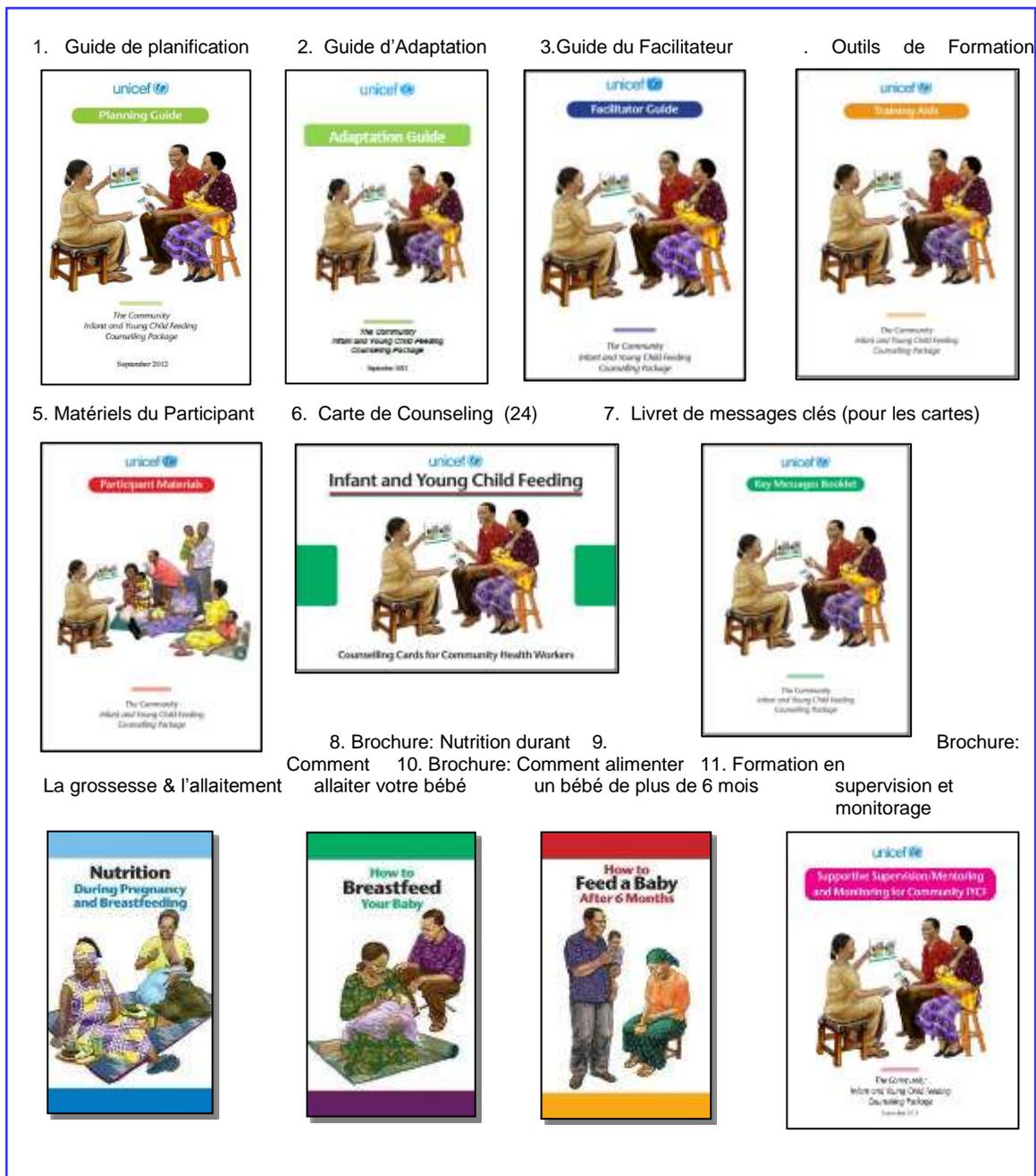
Le nouveau *Paquet de Counseling Communautaire pour l'ANJE de l'UNICEF* (voir *Ressources Annexe 1-8*) adapté au contexte local est recommandé pour la formation initiale et pour la formation continue des cadres communautaires. Des modèles de formation de trois jours et de cinq jours, ainsi qu'une formation de sept jours dans une approche modulaire sont disponibles dans le paquet. Une formation de trois jours avec des sessions adaptées au contexte de la MAS est aussi proposée. Le paquet couvre l'allaitement maternel, l'alimentation de complément, le VIH et l'alimentation du nourrisson (basé sur les directives 2010 de l'OMS), l'alimentation du

---

<sup>1</sup> *Integration of IYCF into CMAM: Facilitator's Guide (IASC/IFE/ENN 2009)* est un manuel de formation de courte durée (1,5 jours) pour former le personnel de soins de santé et les travailleurs de santé communautaires en tant que formateurs et animateurs dans l'intégration des pratiques recommandées de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) dans la PCMA.

nourrisson dans le contexte de l'urgence, la MAS et la nutrition maternelle. Il utilise les techniques de formation interactive de l'adulte, particulièrement adaptées aux personnes avec un faible niveau d'alphabétisation et inclut une gamme de 28 cartes de counseling. **La méthodologie de la formation a été développée et testée pendant plusieurs années, et représente une bonne pratique en termes de développement efficace de compétences et d'apprentissage de nouvelles connaissances.** Le paquet contient aussi un guide de planification et d'adaptation, avec une liste de contrôle détaillée sur le processus d'adaptation. Il souligne aussi les étapes d'adaptation des graphiques, utilisant des photos, les logiciels PhotoShop et In Design afin de reproduire les mêmes graphismes de haute qualité pour différents milieux.

**Figure 21: Le Paquet de Counseling Communautaire pour l'ANJE de l'UNICEF**



La planification de la formation sur l'ANJE utilisant les composantes de formation du *Paquet de Counseling Communautaire sur l'ANJE*, est couverte en détail dans l'introduction du *Guide du Facilitateur* du paquet.

## Utiliser de multiples contacts

Plusieurs occasions dans le milieu communautaire peuvent être utilisées pour le partage d'informations, le counseling individuel, et d'autres activités de changement de comportement par les cadres communautaires. On peut citer comme exemple les rencontres de groupe, les sessions de suivi de la croissance ou de dépistage de la malnutrition par le PB, les visites à domicile et les sessions de cuisine. Des visites de maison en maison des femmes enceintes et des jeunes mamans peuvent aussi être planifiées. Les programmes et les projets ont réussi à réaliser un travail de changement de comportement au niveau communautaire à travers plusieurs canaux et la combinaison de diverses méthodes, allant du counseling individuel par les établissements de santé et les travailleurs communautaires aux sessions communautaires de groupe et au partage d'informations par les canaux traditionnels et les médias locaux. Des contacts et des messages répétés aident à renforcer la connaissance et la pratique.

Il peut être utile pour les travailleurs communautaires d'établir des objectifs spécifiques par rapport aux activités, soit en tant qu'individu soit en tant que groupe : ex. pour le nombre de femmes enceintes et allaitantes dans la communauté qui auraient besoin de suivi, ou pour le nombre de sessions de groupe à réaliser, le nombre de groupes de soutien à créer, ou le nombre de contacts d'ANJE à faire chaque mois dans les sessions de suivi de la croissance, les rencontres communautaires, etc. Ces objectifs peuvent être discutés et établis pendant la formation, renforcés et suivis pendant le mentorat et la supervision. Etablir des objectifs donne une structure concrète et une attention spéciale aux activités et aide au suivi de la performance.

## Construire des liens

Le soutien et le counseling communautaire sur l'ANJE doivent être incorporés dans un contexte plus large d'activités de communication, qui diffusent des informations cohérentes et pertinentes aux mères, aux autres donneurs de soins, ainsi qu'à leur réseau de soutien, de manière répétitive et fréquente. En même temps, le programme communautaire doit être étroitement lié aux actions du système de santé et communiquer les mêmes messages sur les pratiques et les comportements optimaux. Le système de santé va souvent être impliqué dans la formation et la supervision des cadres communautaires, mais les ONG peuvent aussi être les principaux facilitateurs. Dans les deux cas, l'harmonie et la cohérence sont fondamentales. Il devrait y avoir un système solide de référence à double sens : les travailleurs de santé devraient mettre en contact les mères avec les conseillers non professionnels, les TC et les groupes de soutien à la mère pour le soutien et le counseling continu sur l'alimentation du nourrisson ; et les cadres et groupes communautaires devraient s'assurer que les femmes enceintes et allaitantes fréquentent les établissements de santé.

Un nombre croissant de pays est en train d'initier et d'étendre les programmes communautaires pour la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère et/ou modérée (généralement appelée PCMA). Plusieurs de ces programmes, cependant, se concentrent sur le dépistage et le traitement à domicile des enfants malnutris, avec que peu d'attention au counseling sur l'alimentation de l'enfant dans le but de prévenir des épisodes futures de MAS et de promouvoir une bonne croissance. La création des nouveaux programmes de PCMA présente une bonne opportunité pour les actions de counseling et de soutien sur l'ANJE, à inclure dès le début. En établissant des programmes de PCMA, le contenu en ANJE peut être intégré à la formation de recyclage pour les cadres communautaires existants et ajouté à la formation pour les nouveaux travailleurs communautaires dans le cadre du processus de mise à l'échelle, en utilisant le module d'intégration de deux jours développé pour le Groupe de travail sur la Nutrition [171] ou le Paquet Communautaire sur l'ANJE de l'UNICEF.

De même, de plus en plus de pays sont en train de mettre en œuvre des programmes de prise en charge communautaire (PCC) du paludisme, de la diarrhée et de la pneumonie. Il est possible faire la promotion de la formation en counseling sur l'ANJE en tant que module intégrant un nouveau programme de PCC, ou il est également possible de réaliser cette formation plus tard pour les travailleurs formés ou encore pendant les formations de recyclage. Le plaidoyer pour l'intégration devrait souligner le fait que les pratiques optimales d'ANJE ont un impact majeur sur la mortalité due à la diarrhée et à la pneumonie, et qu'un programme communautaire de counseling sur l'ANJE pourrait améliorer de manière significative les résultats du programme de PCC, en termes de réduction de la mortalité due à ces maladies.

Un autre facteur principal de succès dans la programmation qui a émergé de multiples revues [172] est l'implication des ONG locales, qui fournissent souvent d'excellents facilitateurs ainsi que des formations appropriées au contexte local. Elles font souvent preuve de responsabilité envers la communauté, ce qui facilite en grande partie la durabilité.

### 3.3.3 Groupe de soutien ANJE

#### Définition et portée

Le soutien de mère- à-mère pour l'alimentation du nourrisson signifie que des femmes aident des femmes, et c'est une méthode pour améliorer la santé et le bien-être des femmes et de leurs nourrissons. Les mères expérimentées en allaitement maternel font une démonstration des pratiques optimales d'allaitement maternel, partagent les informations et les expériences, et offrent un soutien aux autres femmes, dans une atmosphère de confiance et de respect. De même, les mères qui ont eu des bonnes expériences dans l'alimentation de leurs enfants de 6 à 23 mois peuvent faire une démonstration des pratiques optimales d'alimentation de complément dans le groupe. Le soutien de mère- à -mère est disponible au sein de la communauté dont fait partie la mère et fournit un complément essentiel au système de soins de santé. Les groupes devraient avoir pour but la création d'un espace de soutien et de sécurité pour les mères. Les membres du groupe de soutien à la mère peuvent, au besoin, se réunir au cours de rencontres régulières, fournir un soutien individuel aux mères, faciliter de plus grands événements communautaires, fournir une éducation de groupe dans les établissements de santé ou pendant les visites de sensibilisation ou toute autres activités.

Un groupe de soutien de mère- à -mère est initié et facilité par une mère qui anime le groupe. Elle peut avoir reçu une formation, mais sa qualification première est le fait qu'elle soit une mère avec de l'expérience en allaitement maternel<sup>1</sup>. Pendant les rencontres organisées par le groupe de soutien, les nouvelles mères ainsi que les mères expérimentées partagent des informations et sont encouragées à exprimer leurs doutes et leurs préoccupations. Un groupe de soutien aux mères peut aussi être facilité par un prestataire de soins de santé, un travailleur de santé communautaire ou quelqu'un qui est considéré comme étant un expert dans un certain domaine. Le facilitateur peut ne pas être une mère ou ne pas appartenir au même groupe de pairs. Les groupes de soutien aux mères peuvent avoir lieu dans le contexte de « clubs » formés dans les buts suivants : crédits, art/artisanat, jardins, couture, etc. Dans certains groupes de soutien aux mères, les nouvelles mères ainsi que les mères expérimentées partagent des informations et sont encouragées à exprimer leurs doutes et leurs préoccupations ; alors que dans d'autres, les informations sont données sous formes d'exposé ou de conférence.

#### Contexte et évidence

Les évidences montrent que l'amélioration des connaissances et des pratiques d'alimentation chez la mère peut conduire à une augmentation de la consommation alimentaire et la croissance des nourrissons [173]. Diverses approches pour les groupes de soutien à la mère ont été décrites dans les revues et les études de cas [166, 174]. Souvent, il est plus facile d'apprendre les

---

<sup>1</sup> Un exemple de soutien à la mère est la stratégie de déviance positive qui peut être utilisée d'une manière simple dans tous les groupes de soutien de mère à mère. La déviance positive est une approche basée sur "sur les forces" ou "sur l'actif" fondée sur la conviction que, dans chaque communauté, il y a certaines personnes (« déviants positifs »), dont les pratiques et les comportements spéciaux ou non courants leur permettent de trouver de meilleures façons de prévenir la malnutrition que leurs voisins qui partagent les mêmes ressources et font face aux mêmes risques. A travers un processus dynamique appelé l'enquête sur la déviance positive (EDP), le personnel du programme invite les membres de la communauté à découvrir les pratiques uniques qui contribuent à un meilleur résultat nutritionnel chez l'enfant. Puis, le personnel du programme et des membres de la communauté conçoivent une intervention pour permettre aux familles ayant des enfants souffrant de malnutrition d'apprendre et de pratiquer ces comportements et d'autres comportements bénéfiques. CORE a élaboré un manuel sur la déviance positive pour la réduction de la malnutrition (voir « Ressources »), qui peut être adapté (et simplifié) pour une utilisation dans les pays.

NB : Les approches de déviance positive ont seulement été appliquées à petite échelle dans les projets soutenus par des ONG.

pratiques positives par le biais d'autres mères au sein de la communauté. Par exemple, le développement des recettes et les démonstrations réalisées par les mères pour les mères au sein de la communauté peut être une méthode à succès pour améliorer la qualité et la quantité de l'alimentation de complément. Les démonstrations pratiques sur la façon d'augmenter la diversité nutritionnelle pour les jeunes enfants avec les aliments locaux, constituent un autre domaine susceptible d'être mis en œuvre par les groupes de soutien à la mère.

Les informations et conseils sur l'alimentation ont été fournis avec succès à travers les groupes de soutien à la mère spécialement créés à ce sujet, ainsi qu'à travers les groupes de soutien de mère-à-mère existants traitant des questions plus larges sur la santé et la nutrition. Les groupes de soutien à la mère permettent d'étendre les soins qui sont fournis au sein de la communauté et dans le système de santé jusqu'au domicile des familles. Dans le même temps, des mécanismes devraient être mis en place pour référer les mères et les bébés présentant des problèmes vers les établissements de santé. Les groupes de soutien de mère-à-mère sont aussi particulièrement importants dans les contextes où le taux d'accouchement institutionnel est faible et l'accès ou l'utilisation des services de santé est faible.

Tenant compte de cela, l'IHAB recommande l'établissement des groupes de soutien à la mère, comme une condition pour chaque Hôpital Ami-des-Bébés (Etape 10 des 10 Etapes pour un Allaitement Maternel Réussi). Chaque service de maternité, quel que soit son statut de certification IHAB, devrait établir des liens avec les groupes de soutien de mère-à-mère dans la zone d'intervention. Cependant, dans plusieurs milieux, l'hôpital lui-même peut ne pas être en position de créer, de former, de superviser et de soutenir les groupes (ceci a été l'une des plus faibles composantes de l'IHAB). D'autres institutions du gouvernement, des ONG ou des organisations communautaires peuvent être amenées à appuyer l'établissement et le fonctionnement des groupes.

### Conception et planification:

Dans la conception des programmes communautaires d'ANJE, qui comportent des groupes de soutien de mère-à-mère, une **vision pour la mise à l'échelle** est nécessaire, pour s'assurer que:

- Toutes les communautés sont progressivement touchées par les groupes de soutien à la mère
- Les tâches des groupes de soutien incluent le travail de sensibilisation
- La reproduction des groupes est mandatée
- Chaque groupe a un nombre cible de femmes enceintes et de mères d'enfants âgés de moins de deux ans au sein de la communauté que le groupe devrait atteindre
- Les leaders des groupes forment un réseau et se rencontrent de manière périodique pour discuter des activités, progrès et défis.
- Les groupes reçoivent un soutien continu, du suivi et de la motivation

Un bon exemple de pays où un réseau de soutien à la mère pour l'ANJE a été initié et est en train de s'étendre dans chaque district du pays est la **Sierra Leone**<sup>1</sup>.

#### Encadré 18: Résumé de l'étude de cas sur les groupes de support à la mère de Sierra Leone

Les activités communautaires d'ANJE impliquent la formation de groupes de soutien à la mère qui animent des activités de communication pour le changement de comportement, sur la santé et l'hygiène, fournissent un soutien aux mères allaitantes, réalisent des démonstrations d'aliments et font la promotion du jardinage.. Les groupes sont supportés par la création de « communautés ami-des-bébés » et sont étroitement liés aux établissements de santé et aux travailleurs communautaires qui réalisent le dépistage de la malnutrition aiguë, les activités de santé, etc.

Une ONG partenaire supporte tout un district dans la mise en œuvre d'activités communautaires sur la nutrition (ANJE et PCMA). A partir d'octobre 2009, les 12 districts ont établi et formé au

<sup>1</sup> Source: Notes de rapport de voyage, UNICEF HQ, Mai 2010

moins trois groupes de soutien à la mère par « chiefdom » (une subdivision administrative du district) soit environ 600 groupes. A la fin de l'année 2010, il est prévu que 1,600-1,800 groupes seront établis. Le coût estimatif d'établissement des groupes de soutien de mère-à-mère a été d'environ \$60,000 par district, et il y a eu des efforts concertés pour rationaliser les budgets.

Il est prévu d'étendre les groupes au fur et à mesure que les communautés réalisent les avantages et que les membres du groupe prennent des initiatives (et sont encouragés) à créer de nouveaux groupes. Il sera important de signaler si cette reproduction spontanée se fait réellement. Il est prévu que les groupes fassent partie d'un réseau national de soutien à la mère, « le Réseau We Pikin ». Il est souhaitable que le réseau grandisse pour devenir un mouvement pour les mères et les enfants, afin de créer et de soutenir un changement positif pour la survie, la croissance et le développement de l'enfant.

Les paquets de formation qui sont actuellement utilisés pour les groupes de soutien à la mère, comprennent une formation sur les approches de CCC et une formation sur la CCC pour divers sujets relatifs à la nutrition, l'hygiène, la diarrhée et les aspects sociaux tels que le genre. Le dernier paquet, une formation de trois jours, a été sélectionné par le forum des partenaires en nutrition convoqué par l'UNICEF, qui a révisé divers matériels et a sélectionné les paquets que les membres trouvent appropriés. Quelques-uns des sujets de ce paquet peuvent être un contenu davantage « bon à savoir » qu'un contenu important, prioritaire. Actuellement il n'y a pas de formation en counseling sur l'ANJE au niveau communautaire, le « lien manquant » du programme.

Un aspect positif de l'approche de communication est qu'elle n'est pas centrée sur la répétition des messages génériques, mais qu'elle encourage plutôt les débats sur les barrières à la mise en œuvre des bonnes pratiques dont chacun a entendu parler.

Le défi sera de s'assurer que toutes les mères et les nourrissons soient atteints, et pour cela un grand nombre de groupes et de travail de sensibilisation proactive est nécessaire, complété par une communication continue utilisant divers autres canaux tels que la radio, les leaders religieux, etc. Les groupes de soutien à la mère réalisent quelques travaux de sensibilisation et visites de maison-en-maison, mais il semble que certains limitent leurs activités aux débats sur la santé au centre de santé et aux rencontres bimensuelles en petits groupes, ce qui peut ne pas être suffisant pour effectuer un changement significatif parmi un grand nombre de mères.

## Formation

Les personnes impliquées dans la gestion des groupes de soutien devraient être orientées sur les points essentiels des bonnes pratiques d'allaitement maternel et d'alimentation de complément, ainsi que sur les techniques de counseling et de communication et les dynamiques de facilitation de groupe. Les travailleurs communautaires peuvent être des responsables de groupes de soutien à la mère. Le Paquet de formation en *Counseling Communautaire sur l'ANJE* inclut des sessions sur la façon d'établir et de faciliter des groupes de soutien à la mère. Une fois les groupes établis, les TC, supportés par les prestataires de santé ou le personnel des ONG si nécessaire, peuvent organiser une série de rencontres de groupe pour transmettre les aspects fondamentaux de l'allaitement maternel, de l'alimentation de complément, de la nutrition maternelle, de la façon de promouvoir et de communiquer, et le soutien aux mères. Des sessions et des matériels abrégés du paquet générique de l'UNICEF pour le Counseling sur l'ANJE peuvent être utilisés pour ces sessions – ex. quelques-unes des cartes de counseling. Ces matériels doivent être sélectionnés et préparés pour utilisation par les TC et un plan sur la façon de les utiliser pour conduire l'orientation des groupes doit être fourni. Les sessions initiales doivent être suivies et supportées par les superviseurs des TC.

Quelques programmes, tels que celui de la Sierra Leone (voir l'étude de cas dans l'Encadré 16 ci-dessus), ont entrepris un programme complet de formation sur l'ANJE et le BCC, à travers un atelier de formation de trois jours, pour les membres du groupe de soutien à la mère. Ceci a été fait en l'absence d'une formation communautaire en counseling sur l'ANJE et des conseillers en ANJE, mais l'approche semble ne pas être possible ou réaliste pour une mise en œuvre à grande échelle dans plusieurs pays.

### 3.3.4 Supervision de soutien, suivi et évaluation

#### Supervision sur une base régulière et durable

La supervision de soutien et le mentorat des travailleurs communautaires ainsi que la supervision des groupes de soutien à la mère sont des aspects fondamentaux pour la réussite d'un programme communautaire. La supervision est souvent le lien le plus faible dans un programme communautaire et demande une attention particulière dans la conception et la planification du programme. L'équipe responsable du programme communautaire devrait construire un système de supervision et de mentorat pour tous les différents canaux ou contacts de counseling (ex. Counseling ANJE-C comme un service séparé, PCMA, SPC, PCC, PCIME-C, travail de sensibilisation, etc.) où le counseling est donné. Les personnes responsables de la supervision doivent être clairement identifiées quand le programme communautaire d'ANJE est conçu et planifié. Ces personnes peuvent être des prestataires de santé des établissements de santé affiliés au programme communautaire, ou du personnel d'ONG, ou le personnel de district, par exemple. Les activités de supervision doivent être incluses dans les plans de travail réguliers, les budgets et les tâches de ces superviseurs, en s'assurant qu'ils ont le temps pour réaliser la supervision. Les activités de supervision ne devraient pas être vues comme une tâche optionnelle à réaliser seulement s'il en ont le temps ou les moyens logistiques tels qu'un véhicule disponible allant dans la direction souhaitée.. Elle devrait être « institutionnalisée » comme faisant partie des tâches attendues du personnel identifié, avec des objectifs agréés pour des visites de supervision régulièrement programmées. Les rapports de visite de supervision devraient faire partie des informations mensuelles et du feedback\_fournis au travailleur et à l'établissement où il ou elle travaille.

Le superviseur doit aussi recevoir une orientation sur la supervision de soutien et le mentorat des travailleurs communautaires, avec des outils (tels qu'une liste de contrôle de supervision) et des ressources (telles que des fonds pour le transport) pour entreprendre cette activité. Un kit d'outils pour la supervision se trouve dans le module de formation sur Supervision et Monitoring du *Paquet de Counseling Communautaire sur l'ANJE*.

Quelques méthodes de renforcement de la supervision qui peuvent se révéler plus efficaces que d'autres sont:

- Observer (utilisant une liste de contrôle) la performance d'une tâche
- Animer des sessions périodiques de recyclage en vue de développer les compétences des travailleurs communautaires pendant les visites de supervision
- Rassembler les feedbacks directs des donneurs de soins (ex. visites à domicile faites par le superviseur)
- Mener des révisions de groupe périodiques, à différents niveaux
- Ajouter des visites non programmées (ce qui veut dire que le travailleur n'est pas averti de la visite à l'avance) aux visites planifiées

Le feedback aux travailleurs communautaires sur leurs activités, les données qu'ils collectent et leur performance est fondamental au développement ultérieur de compétences, à la résolution des problèmes et à l'amélioration du programme en général.

#### Suivi & Evaluation (S&E)

Un nombre restreint d'indicateurs clairement articulés aide à garder la promotion et le soutien communautaire en ANJE centré sur l'essentiel, et fournit des données pour évaluer le progrès et informer sur les stratégies du programme. Suivre si les cibles définies pour les activités ont été atteintes pendant une certaine période est utile pour évaluer la performance des TC et des groupes de soutien à la mère<sup>1</sup>. Des exemples de cibles sont :

- % de femmes enceintes et allaitantes ciblées dans la communauté qui ont été conseillées au moins une fois

---

<sup>1</sup> Ces aspects sont considérés en détail dans l'Appendice 14: Kit d'outils de supervision dans le guide de planification et d'adaptation du paquet de Counseling Communautaire pour l'ANJE.

- % de mères ciblées qui ont assisté à une rencontre de groupe de soutien à la mère (par période)
- % de points de contact ciblés (ex. SPC ou sessions de dépistage de la malnutrition par la mesure du PB, visites) domicile par les agents de santé, session pour enfant en bonne santé/ session d'immunisation à l'établissement, rencontre communautaire, etc.) au cours duquel le counseling sur l'ANJE est fourni (par période)
- % de sessions de groupes conduits par rapport au nombre cible planifié.
- % de groupes de soutien créés par rapport au nombre cible planifié

Les principes de base essentiels concernant l'utilisation des informations pour l'action incluent la nécessité de : collecter seulement les données qui seront utilisées ; maximiser l'utilisation des données au niveau où elles sont collectées ; et collecter le minimum de données possible, nécessaires pour informer et améliorer les décisions conduisant à l'action.

Les enquêtes bien conçues et les études de coût vont permettre aux responsables de programmes de déterminer avec une plus grande confiance « ce qui marche » et « à quel coût ». Cette information est valide pour une future planification et mise en œuvre de programme, ainsi que pour un plaidoyer basé sur les preuves.

### 3.4 Communication

#### **Vue d'ensemble de la section pour la Communication sur l'ANJE:**

- 3.4.1 Etablissement d'un mécanisme de coordination nationale pour les aspects de communication de la stratégie nationale d'ANJE
- 3.4.2 Evaluation et analyse de la situation de communication, incluant la recherche formative
- 3.4.3 Développement d'une stratégie de communication et d'un plan opérationnel
- 3.4.4 Conception de messages et de matériels et sélection de canaux
- 3.4.5 Mise en œuvre du plan de communication
- 3.4.6 Suivi des résultats intérimaires de la communication, et évaluation de l'impact sur les comportements

#### **Introduction**

Cette section des Directives du Programme fournit des conseils généraux sur les approches pour concevoir et mettre en œuvre une stratégie de communication sur l'ANJE, basée sur les preuves<sup>1</sup> et les résultats, et contient six domaines d'actions d'un processus de type Triple-A. La communication pour l'ANJE, un élément essentiel qui contribue au changement comportemental et social à grande échelle, devrait être un élément intrinsèque de tout programme national de Survie/Santé et Nutrition de l'enfant.

Les pays où des progrès significatifs concernant les taux d'allaitement exclusif ont été observés (ex. Cambodge, Ghana, Madagascar et Malawi), ont inclut la communication comme composante d'une approche globale sur l'ANJE. La communication englobe largement **le plaidoyer, la mobilisation sociale, le marketing social et la communication comportementale et sociale**. (Voir [Annexe 2 : Glossaire](#) pour les définitions des termes notés ci-dessus)

L'Encadré 16 résume certains éléments clés d'une stratégie de communication réussie. Utilisant des processus participatifs avec les partenaires et les bénéficiaires, une stratégie de communication efficace peut être développée en analysant les données de la recherche formative et d'autres preuves sur l'ANJE, afin d'adapter les objectifs, les approches, les activités, les outils de communication, les canaux et les messages.

**Une approche participative** à travers le processus de développement et de mise en œuvre de

<sup>1</sup> UNICEF utilise le terme [Communication pour le Développement \(C4D\)](#) mais dans ce document d'orientation le terme « communication » est utilisé.

la stratégie de communication devrait aider à aborder les barrières réelles aux pratiques optimales en matière d'ANJE et à s'assurer que les comportements recommandés sont faciles à mettre en œuvre. Les barrières aux pratiques optimales en matière d'ANJE sont souvent relatives aux **normes sociales** – dans ce cas, la stratégie de communication doit se concentrer sur la transformation de ces normes.

Les boîtes ci-dessous résument quelques un des « à faire » et « à ne pas faire » en termes de communication pour l'allaitement maternel, basé sur les leçons apprises (et peuvent être appliqués également à la communication pour l'alimentation de complément).

Il est important d'apprendre des expériences avec les différentes approches de communication sur l'ANJE: Un programme ne devrait pas espérer que **le fait de répéter les mêmes messages et approches qui ont été utilisés dans le passé avec un impact limité va produire des résultats différents**.

Les programmes à succès ont démontré que l'investissement dans le processus nécessaire à la conception et à la mise en œuvre d'une stratégie de communication participative, basée sur les preuves, utilisant plusieurs canaux appropriés, produira des résultats. Pour atteindre un changement comportemental et social, les recherches soutiennent un changement dans l'approche vers un processus qui :

- Est systématique, stratégique, basé sur des preuves, participatif et à l'échelle.
- A des objectifs mesurables en termes de comportement et de processus.
- Reflète les valeurs, les contextes locaux les plus larges et le potentiel des membres de la famille, incluant les enfants, et plusieurs autres groupes participant à être des agents de changement.
- Met l'accent sur la transformation sociale pour des résultats durables
- Est basé sur les principes de droits humains d'inclusivité, d'équité et d'universalité

#### Encadré 19: Communication pour des pratiques améliorées en ANJE

**Dialogue pour la Politique et plaidoyer** afin de développer le soutien pour l'ANJE et la stratégie de communication

**Recherche formative**, incluant l'évaluation du comportement avec une analyse des avantages et des barrières au changement au sein de la population, l'évaluation des groupes participants, l'identification d'actions spécifiques, faisables par les différents groupes qui atteignent les résultats souhaités et évaluation des canaux de communication

**Développement de messages ciblés et concis** pour promouvoir, des actions « faisables », ainsi que de l'aide pratique

**Messages et matériels cohérents** à travers tous les canaux de communication du programme, et les programmes d'ANJE plus large afin d'aborder les mauvais comportements et les attitudes

**Développer des compétences en counseling et en communication** pour les travailleurs de santé, les travailleurs communautaires et autres communicants

#### A faire:

1. Utiliser des preuves provenant des études CAP et des analyses sur les barrières pour concevoir les stratégies (incluant les messages).
2. Mettre l'accent sur les risques de l'alimentation artificielle ou mixte, ainsi que sur les avantages de l'allaitement maternel.
3. Utiliser plusieurs canaux, avec l'accent sur la communication interpersonnelle et les approches communautaires.
4. Assurer la communication de manière continue, à plusieurs niveaux.

#### A ne pas faire:

1. Utiliser les messages génériques (ex. "le sein est meilleur » ou « l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois » ou « bébé allaité au sein = bébé en santé ») sans discussion sur le POURQUOI, et sans mise en contexte.
2. Mettre l'accent seulement sur les avantages de l'AM, sans mentionner les risques des pratiques d'alimentation sous-optimales.
3. Compter grandement sur l'information, l'éducation, la communication (ex. posters, slogans, médias de masse).
4. Espérer qu'une approche de campagne est suffisante à elle seule (ex. Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel).

L'opérationnalisation de ce changement dans l'approche est résumée dans les 6 étapes décrites ci-dessous.

### 3.4.1 Etablissement d'un mécanisme national de coordination de la communication.

Pour mettre l'accent sur les questions relatives à la communication sur l'ANJE, il est nécessaire de former une équipe nationale de coordination qui va coordonner le développement et la mise en œuvre des stratégies et des activités nationales. Les membres de l'équipe devraient être non seulement les responsables et planificateurs nationaux, mais aussi les partenaires de mise en œuvre, les experts en communication et en suivi et d'autres partenaires tels que les groupes communautaires. Les activités de communication pourraient être coordonnées par la même équipe qui coordonne l'ANJE au complet, mais des partenaires et des experts additionnels spécialisés en communication devraient également faire partie de cette équipe.

### 3.4.2 Entreprendre une évaluation et une analyse de la situation de communication

#### Evaluation de la situation

Une évaluation de la situation utilisant à la fois des méthodes quantitatives et des méthodes qualitatives, et se basant autant que possible sur des informations existantes devrait être entreprise afin de comprendre les pratiques et les comportements en matière d'ANJE (*voir le Chapitre 2.2* sur « l'Évaluation de la Situation en ANJE »)<sup>1</sup>. Les programmes de communication à succès font suite à des recherches formatives utilisant un mélange de méthodes quantitatives et de méthodes qualitatives. Comme déjà souligné, la recherche formative sur l'ANJE est utilisée pour concevoir la stratégie de communication, les outils de counseling pour les prestataires de santé, les conseillers et les travailleurs communautaires ainsi que les messages de plaidoyer pour les décideurs et les autres partenaires. Les divers outils devraient tous refléter les mêmes messages fondamentaux. **Plusieurs outils sont disponibles pour la réalisation d'une recherche formative** et quelques-uns d'entre eux sont spécialement adaptés pour l'ANJE. (*Voir Ressources Annexe 1-3*).

Une étude minutieuse des facteurs qui peuvent influencer les pratiques d'alimentation du nourrisson de différentes personnes de la communauté est une étape importante dans toute stratégie de communication sur l'ANJE. Une connaissance approfondie de ce que les mères pratiquent actuellement, de ce qu'elles valorisent et de ce qui les motive, de la façon dont leurs familles et leurs communautés les influencent et des avantages des pratiques optimales en ANJE qui les interpellent, permettra de concevoir une stratégie de communication efficace. Le temps, l'effort et les ressources nécessaires pour collecter et analyser les données de cette recherche formative et pour les utiliser dans la stratégie de communication valent la peine, car une stratégie développée sur la base de la recherche est en fin de compte plus susceptible d'atteindre les résultats.

**Les données quantitatives** fournissent des informations sur le taux d'allaitement maternel exclusif au sein de la population, et aide à comprendre « où » se trouve le problème. Ces données sont facilement disponibles dans plusieurs pays, à partir des enquêtes sur les ménages telles que l'EDS, EGIM et les études quantitatives de Connaissance, Attitudes et Pratiques (CAP). Il est recommandé de mener des études CAP si celles-ci n'ont pas été réalisées avant, ce qui peut aussi être utilisé pour le plaidoyer et la politique

**Les données qualitatives ou sociales** disent le "pourquoi" du problème, avec une compréhension approfondie des facteurs qui influencent et motivent les personnes. En vue de

---

<sup>1</sup> L'évaluation de la situation peut être menée comme un processus unique afin d'éclairer l'élaboration des composantes communautaires et de la communication du programme ANJE, ainsi que les outils de counseling pour les prestataires de santé

collecter les données qualitatives CAP relatives à l'ANJE, des méthodes telles que des études au sein des ménages, des discussions de groupes thématiques, des observations de counseling, des entrevues avec les informateurs clés, des évaluations au niveau des établissements, des petites études, des évaluations participatives rapides, et des visites communautaires et de marché, sont utilisés afin de mieux comprendre les barrières et la volonté de changement de comportements. La recherche doit se faire avec les communautés, si possible de manière participative.

Un aspect clé de la recherche qualitative est l'**évaluation comportementale**, ce qui est important pour déterminer les facteurs directs et les facteurs sous-jacents qui influencent les pratiques en ANJE. Ceci peut inclure l'évaluation de qui pratique ou ne pratique pas tel comportement qui contribue au problème, les facteurs sous-jacents et les influences pour les comportements et les pratiques des différents groupes. Il est important de comprendre les barrières aux comportements souhaités, les pratiques facilitatrices et positives actuellement adoptées qui pourraient *supporter* les comportements souhaités et les opportunités de changement de pratiques. Les questions relatives au genre, les pratiques et les points de vue divergents au niveau des différents groupes de la population, les relations de pouvoir, les réseaux sociaux et les pratiques communautaires sont tous des facteurs à explorer.

### Exemples de questions d'évaluation

- i. Quelles informations existent déjà au sujet des pratiques d'AME des différents groupes de femmes et des comportements des groupes qui peuvent les influencer ?
- ii. Quelles sont les raisons pour lesquelles les mères pratiquent ces comportements ?
- iii. Qui influencent les mères à pratiquer les comportements indésirables ?
- iv. Quels sont les rôles des différents membres du ménage dans l'alimentation du nourrisson, tels que les grand-mères ou les maris/partenaires ?
- v. Quels sont les points de vue des différents groupes participant sur les soins du nourrisson, l'allaitement maternel, l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois, la consommation des préparations pour nourrissons/ l'alimentation mixte, les rôles de la famille ?
- vi. Qui tire profit de la non-pratique des comportements souhaités ?
- vii. Quelles ressources pour l'allaitement maternel exclusif sont déjà en place ?
- viii. Quels sont les membres de la famille et de la communauté qui peuvent soutenir les mères pendant les 6 mois d'AME ?
- ix. Quelles sont les actions et les comportements pour améliorer les pratiques d'AME que vous voulez réaliser à chaque niveau comme résultat des activités planifiées, et surtout comme composante du processus global de transformation sociale ?
- x. Pourquoi ces résultats n'ont-ils pas été atteints jusqu'à présent ?

#### Encadré 20:

« Un problème auquel on a fait face au Ghana était " l'allaitement à la course". A chaque repas, les mères donnaient un petit peu de lait des deux seins, alors les enfants ne tétaient pas suffisamment pour obtenir le lait riche de fin de tétée. Pour cela, les mères étaient tentées de donner d'autres aliments puisqu'elles pensaient que leurs bébés avaient faim – et c'était le cas ! Le message standard qui consiste à donner le sein au moins 10 fois par jour était alors inapproprié pour le Ghana puisque les mères donnaient déjà le sein 20 fois par jour. »

*Linkages Ghana*

La recherche formative est susceptible de révéler un nombre de mythes et de croyances au sujet de l'alimentation du nourrisson, certains d'entre eux sont inclus dans l'Encadré 21. On doit répondre à plusieurs d'entre eux dans les messages de communication

**Encadré 21: Croyances Communes au sujet de l'Alimentation du Nourrisson qui ne sont Pas Vraies**

**Sur le lait maternel:**

- Le colostrum devrait être jeté.
- Le colostrum est sale
- Le colostrum est jaune parce qu'il est resté trop longtemps dans le sein et s'est gâté
- Un bébé ne devrait pas téter jusqu'à ce que « le lait blanc » arrive
- La plupart des femmes ne peuvent pas produire assez de lait, et doivent alors nourrir le bébé avec d'autres aliments/d'autres laits
- Donner d'autres aliments, de lait ou d'eau en même temps que le lait maternel dans les six premiers mois est nécessaire et n'est pas un problème
- Les bébés doivent recevoir les thés et médicaments traditionnels
- Chaque bébé a besoin d'eau
- Le lait maternel est trop léger.
- Le lait qui s'accumule quand la mère est séparée de son bébé ne devrait pas être donné au bébé
- Le lait maternel donne des allergies à certains bébés
- Un nourrisson malade devrait seulement prendre de l'eau de riz
- Donner de l'eau, d'autre liquides et des laits en plus du lait maternel est une bonne chose dans les pays industrialisés ou à revenu moyen, ou dans les familles plus riches avec des sources d'eau potable et de bons services sanitaires et hygiéniques, et ne causera pas la diarrhée.

**Sur les préparations pour nourrissons:**

- L'alimentation au biberon est non-dangereuse et hygiénique
- Les préparations pour nourrissons sont aussi bonnes que le lait maternel.
- Les préparations pour nourrissons sont la façon normale de nourrir un bébé.
- Dans les pays industrialisés ou à revenu moyen, on peut sans problème nourrir les bébés avec de l'eau ou des préparations pour nourrissons en même temps que le lait maternel, car les risques de contamination et de diarrhée sont minimes.

**Sur les pratiques des mères**

- L'allaitement maternel est trop difficile, pénible, salissant et inconfortable
- Les mères ne peuvent pas manger ou boire certains aliments ou liquides pendant l'allaitement et peuvent seulement allaiter si elles ont un régime alimentaire parfait
- Une mère ne peut pas allaiter et travailler
- Les seins d'une femme ont une connotation sexuelle et appartiennent au partenaire
- L'allaitement "détruit" vos seins
- L'allaitement est "grossier" et devrait seulement se faire en privé
- Une mère qui est fâchée ou qui a peur ne devrait pas allaiter
- Une mère qui est malade ne devrait pas allaiter
- Une mère qui est enceinte ne devrait pas allaiter
- Une mère qui est malnutrie ne peut pas produire assez de lait et ne peut pas allaiter.
- Une mère qui allaite ne peut pas avoir de relations sexuelles car le lait va se gâter ; elle devrait donc arrêter l'allaitement tôt pour que les relations sexuelles puissent reprendre.

**Il faudrait déterminer**, dans la mesure du possible, **lesquels de ces comportements relatifs à l'ANJE sont ciblés** avant que commence la recherche formative. Certains groupes, tels que les pères et les belles-mères, devraient être inclus dans la recherche formative ; d'autres tels que les employeurs peuvent aussi se révéler importants. Les résultats peuvent indiquer que différentes stratégies ou approches peuvent être nécessaires pour les différents groupes.

Une composante importante de la recherche formative est l'identification des **canaux de communication disponibles** dans les différentes zones ciblées et pour les différents groupes de population, et leur potentiel à être de bonnes sources d'informations sur l'alimentation de l'enfant/la nutrition/la santé publique. Les médias et les canaux de communication sont identifiés à travers les enquêtes nationales et les recherches formatives approfondies. Des exemples des différents canaux de communication incluent la communication interpersonnelle telle que le counseling individuel et la promotion ; les sessions de groupe tels que les rencontres de groupe de soutien à la mère ; les sessions d'éducation sur la santé ; les rencontres communautaires ; les canaux religieux ; les vidéos ; les spectacles ; les théâtres, etc., la presse écrite incluant les

magazines, les brochures, les dessins animés, etc. ; les mass-médias et les technologies de l'information et de la communication telles que les téléphones cellulaires et l'internet.

### Analyse de la recherche formative

L'analyse de la recherche formative englobe les comportements en matière d'ANJE, les groupes de participant potentiels pour la communication, les potentiels canaux de communication qui seront utilisés pour la stratégie de communication et l'analyse des expériences passées et des leçons apprises sur la communication pour l'ANJE:

- **Analyse du comportement:** Utilisant les résultats de la recherche formative, l'analyse du comportement va permettre d'identifier les incitatifs et les barrières à l'allaitement maternel. Ceci guide le développement de la stratégie de communication, les objectifs SMART<sup>1</sup> du programme et des activités. Ceci implique une révision et une discussion complète des données afin de comprendre les types de comportements, les raisons et les motivations, les facteurs facilitant et les barrières, ainsi que le contexte social, culturel, de genre, économique et politique dans lequel ils se produisent. Par exemple, est-ce la fierté de voir un enfant bien grandir et ne pas avoir de la diarrhée qui peut motiver un donneur de soins à ne pas donner de l'eau ou autres liquides et aliments avant 6 mois ? Ou bien est-ce une meilleure compréhension des risques d'une alimentation mixte et d'une alimentation artificielle ? ou encore comment les normes sociales dominantes au sein de la communauté les influencent-elles ?
- **Analyse des participants:** L'analyse devrait aussi être réalisée pour comprendre qui influence les pratiques d'alimentation et où sont actuellement les différents groupes en relation avec leur étape de conscientisation, de connaissance et de pratique des comportements souhaités. Le degré de volonté politique et les ressources gouvernementales pour les activités de communication sur l'ANJE sont examinés. Les informations sur le niveau d'engagement des donateurs sont aussi importantes et devrait être intégrées dans l'analyse globale.
- **Analyse des canaux,** elle examine la gamme de canaux de communication disponibles et la façon dont ils sont atteints et utilisés par les groupes de participants destinataires. La phase d'analyse détermine quels canaux sont susceptibles d'être les plus efficaces pour atteindre et influencer les différents groupes de participants, et quels sont ceux qui le sont moins.
- **Expériences de communication:** Les expériences de communication passées et actuelles des divers groupes dans la promotion des bonnes pratiques d'ANJE devraient être analysées, pour les leçons apprises et les reproductions possibles (ou évitement). L'analyse inclut la disponibilité des ressources humaines existantes pour la communication (telles que les travailleurs de santé communautaire, les groupes religieux ou les groupes de femmes) et leurs capacités.

### 3.4.3 Développement d'une stratégie de communication et d'un plan opérationnel

Le point de départ de la mise en œuvre des activités de communication devrait être une stratégie bien coordonnée, impliquant tous les partenaires. Une stratégie implique une réflexion de plus haut niveau qui définit pourquoi la question est abordée, quel est le but principal et les objectifs spécifiques, quels sont les principes clés qui seront observés et qu'est-ce qui devrait être fait pour atteindre les objectifs. Basé sur les résultats et analyses de la recherche formative, la stratégie de communication sur l'ANJE devrait compléter ou alimenter la stratégie globale nationale sur la nutrition de l'enfant, et être suivie du plan opérationnel détaillé indiquant les buts, actions, parties responsables et budget.

Il est aussi important de concevoir le système de suivi pour la mise en œuvre des actions de communication dès le début – pas plus tard qu'au début de la mise en œuvre – identifiant la

---

<sup>1</sup> Spécifique, Mesurable, réalisable (Achievable), Pertinent (Relevant), limité dans le temps (Time-bound)

façon dont l'information sera collectée, par qui, à quelle fréquence, avec quelles ressources et comment elle sera compilée et utilisée.

Voir [Ressources Annexes 1-9](#) pour quelques ressources et outils pertinents pour la planification de la communication et quelques exemples de stratégies de communication par pays<sup>1</sup>.

### Décider des objectifs de communication pour le changement de comportement

Une étape importante dans le processus de planification est de développer des objectifs pour la stratégie de communication, basés sur les résultats de l'évaluation et des analyses. Réaliser les objectifs de communication contribue à atteindre le but global du programme. Cependant, les principaux résultats des programmes de communication sont habituellement les comportements de santé et les comportements sociaux qui supportent le but global du programme.

Les stratégies de communication et de programmation peuvent parfois avoir des objectifs différents, même si elles peuvent partager certains éléments. En particulier :

- Les objectifs de résultats pour la stratégie de communication mettent l'accent sur ce qui peut être réalisé entièrement à travers la communication, abordant le changement comportemental et social et les objectifs de plaidoyer.
- Les objectifs de résultats pour un programme d'ANJE reposent sur une large gamme de stratégies qui incluent la communication.

Un objectif de communication pour le changement comportemental et social est SMART et indique qui-va-faire-quoi.

- Objectifs en matière de comportement** ils devraient être définis pour les groupes de participants primaires (ex. les mères, les pères, les grand-mères) ; par exemple :
  - *“Augmenter la proportion de mères de de nourrissons âgés de moins de six mois qui ne donnent pas d'eau pendant l'allaitement au sein”.*
  - *“Au moins 60 pour cent des femmes ayant des nourrissons âgés de moins de 2 ans rapportent au moins un contact avec un groupe de soutien à la mère”.*
- Objectifs en matière de changement social** pour les groupes de participants secondaires (ex. prestataires de santé, travailleurs communautaires, leaders religieux, etc.) ; par exemple :
  - *“Les prestataires de santé/TSC formés vont développer des plans pour animer des sessions de communication sur l'ANJE et mettre en œuvre au moins 70% des sessions planifiées”.*
  - *“Les prestataires de santé/TSC formés utilisent au moins 3 des 4 principales techniques de communication”* voir l'Encadré 22 ci-dessous).
  - *“Au moins 20% des leaders religieux sont sensibilisés et font la promotion des pratiques prioritaires en ANJE pendant leurs prières et cérémonies régulières et spéciales”.*
- Objectifs en matière de plaidoyer** pour les groupes de participants tertiaires (ex. politiciens, décideurs, autorités gouvernementales) ; par exemple:
  - *“50% des autorités gouvernementales locales (tous les directeurs et responsables de programmes) et des partenaires de développement sont sensibilisés au sujet de la Stratégie Nationale d'ANJE et commencent à allouer des ressources pour la mise en œuvre des principales sections du plan d'action”.*
  - *“Les journalistes et les éditoriaux de 50% des médias nationaux (presse écrite, émission, radio et internet)” réalisent une couverture de plus en plus grande sur les pratiques en matière d'ANJE et l'impact sur la mortalité, la nutrition, la santé et le développement de l'enfant ».*

---

<sup>1</sup> Y compris: *“Communication for development in IYCF: Improving exclusive breast feeding practices”*; *“Using Communication for Development in ACSD Programmes (under development, 2010) and Behaviour Change Communication in Emergencies: A Toolkit (UNICEF 2006)*, qui contient des outils pratiques pour l'élaboration d'une stratégie de communication qui peut être appliquée à des situations non urgentes aussi.. [Facts for Life \(UNICEF 2010\)](#) comprend également des informations de base sur l'allaitement maternel et peut être utile.

Voir la section sur le [Suivi et l'évaluation de l'effet de la communication sur le comportement](#) dans ce chapitre pour plus d'informations sur le suivi des résultats de la communication et la revue et évaluation des résultats.

#### **Encadré 22: Techniques de communication clés**

**1. *Etablit des rapports ou des relations amicales avec les membres de la communauté, parfois appelés « relations interpersonnelles paisibles»***

- Commence avec les salutations et engage les membres dans une conversation respectueuse, relaxante sur un sujet d'intérêt commun
- Favorise un environnement amical à travers les compliments, les expressions faciales souriantes, la posture, d'autres attitudes non-verbales.
- Inspire assurance et confiance en montrant qu'il/elle comprend et respecte les coutumes, les traditions et les normes locales, et parle la langue locale
- Evite les tons critiques.

**2. *Ecoute activement et attentivement:***

- Encourage tous les membres à exprimer leurs idées, leurs problèmes et leurs questionnements.
- Maintient un contact visuel approprié avec tous les membres
- Montre de la sympathie envers les membres en indiquant de l'intérêt dans la compréhension de leurs points de vue

**3. *Implique et inspire les membres dans un débat et dialogue amical afin d'exprimer leurs opinions, de discuter des problèmes/questionnements, de prendre des décisions et de s'entendre sur des actions collectives:***

- Dirige les discussions de groupe, la résolution des problèmes et des conflits.
- Pose des questions ouvertes pour vérifier la compréhension
- Utilise des exemples locaux, des anecdotes, de l'humour (si approprié), et engage les membres à partager leurs propres histoires pour illustrer/expliquer le sujet ou la question et pour réfléchir sur leur sentiments et actions (touche leur cœur et pas seulement leur pensée)
- Encourage le feedback, les idées, commentaires et suggestions
- Aide à examiner les conséquences de chaque option discutée
- S'il n'est pas de la communauté, forme et implique des mobilisateurs/animateurs communautaires pour faciliter

**4. *Explique le sujet et répond aux questions de manière claire, crédible et avec assurance***

- Encourage les filles et les garçons, les femmes et les hommes, les marginalisés et les handicapés et offre l'occasion d'en profiter
- Résume les points de discussion et les actions

#### **Identifier les groupes de participants pour le changement de comportement**

La communication pour le changement comportemental et social requiert la participation de nombreux partenaires et groupes, incluant les donneurs de soins aux nourrissons et aux jeunes enfants, les membres de la famille et de la communauté, les leaders communautaires, les travailleurs communautaires, les prestataires de santé, les institutions religieuses, les leaders d'opinion, les médias, les responsables, les décideurs, les politiciens et plusieurs autres groupes. Dans le processus de conception et de mise en œuvre de la stratégie de communication sur l'ANJE, un processus participatif est considéré comme très important. Par conséquent, les divers groupes dont le comportement et les normes sociales sont abordés sont appelés « groupes de participants » au lieu de « public cible », car le dernier implique une approche à sens unique.

Les programmes de santé publique et d'ANJE ne devraient pas se limiter aux interventions dirigées vers les mères – souvent considérées comme le groupe de participants primaire. Les comportements des autres participants primaires qui influencent la mère, tels que les membres de la famille, spécialement les pères et les femmes plus âgées, ainsi que des groupes de

participants secondaires et tertiaires, ne sont pas souvent abordés dans une stratégie de communication. Ils sont pourtant fondamentaux pour l'atteinte des résultats en ANJE.

La figure 22 montre les groupes de participants probables pour une stratégie de communication ANJE à différents niveaux et les approches de communication qui peuvent être utilisées pour chaque groupe de participants.

Figure 22: Groupes de participants en ANJE et les approches de communication

*Coordonner et harmoniser à travers différents niveaux pour un changement social et comportemental*



## Identifier les comportements et les pratiques à inclure dans les messages

La recherche formative devrait comparer **les comportements idéaux essentiels** à l'allaitement maternel exclusif, aux comportements réels observés pendant la recherche formative, et établir les principales barrières, mythes et normes qui conduisent aux déviations par rapport aux pratiques recommandées. C'est également vrai pour les comportements essentiels à l'alimentation de complément.

### **Encadré 23: Comportements essentiels à l'Allaitement maternel exclusif**

Une mère pratique l'allaitement maternel optimal pendant les six premiers mois quand elle :

1. Initie l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance
2. Donne le colostrum au bébé
3. Positionne et garde le nourrisson correctement au sein.
4. Allaité à la demande
5. Allaité régulièrement pendant la journée.
6. Allaité pendant la nuit.
7. Offre le second sein après que le nourrisson ait vidé le premier
8. Donne seulement du lait maternel; ne donne pas d'eau ou de thé ou autres liquides ou aliments.
9. Continue à allaiter quand elle est malade
10. Augmente la fréquence d'allaitement pendant et après la maladie du nourrisson, incluant la diarrhée
11. Recherche de l'aide auprès d'un travailleur de santé formé ou d'un conseiller si elle a des problèmes avec l'allaitement maternel
12. Mange suffisamment d'aliments nutritifs elle-même et prend des suppléments tel que recommandé par le prestataire de santé.

### **Encadré 24: Comportements essentiels à l'alimentation de complément**

Une mère pratique l'alimentation de complément optimale pendant la période de 6 à 23 mois de la vie du nourrisson quand elle :

1. Commence à nourrir l'enfant avec des aliments additionnels à l'âge de 6 mois.
2. Commence avec des aliments mous ou en bouillie en premier lieu, qui sont appropriés à l'âge et ne sont pas trop léger ou trop lourds, et graduellement change pour des aliments d'une consistance solide si l'enfant est prêt.
3. Continue avec l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà.
4. Offre des aliments solides ou semi-solides, 2-3 fois par jour quand l'enfant est âgé entre 6-8 mois, et 3-4 fois par jour après cela, et offre des collations nutritives 1 ou 2 fois par jour, au besoin
5. Offre une variété d'aliments, de tous les groupes d'aliments (céréales, racines et tubercules, légumineuses et noix, aliments d'origine animale, fruits et légumes) et augmente en variété et en quantité au fur et à mesure que l'enfant grandit
6. Pratique une bonne hygiène dans la préparation et le stockage des aliments de complément (incluant se laver les mains avant et utiliser de l'eau et des ustensiles propres)
7. Continue à allaiter et à donner des aliments de complément pendant les périodes de maladie
8. Donne à l'enfant des aliments riches en fer, tels que les aliments d'origine animale ou des suppléments en fer si les aliments riches en fer sont peu disponibles
9. Utilise les temps de repas pour interagir avec l'enfant, pour lui enseigner et stimuler le développement social ainsi que pour l'encourager à manger.

Cependant, il est important de souligner que cette liste de comportements corrects<sup>1</sup> ne devrait pas être vue comme le message exact à être reflété dans les matériels de communication. Ils doivent être adaptés pour usage avec les différents groupes de participants.

Souvent, les planificateurs restent fixés sur ce qui est médicalement correcte, et recommandent un comportement idéal sans examiner s'il est **faisable**. Recommander une longue liste de comportements ou des comportements compliqués réduit la crédibilité du conseil et les font paraître impossibles à réaliser. Un des résultats de l'analyse est de s'assurer que les messages font la promotion de comportements faisables et sont liés à d'autres activités qui aident à améliorer la

<sup>1</sup> Ces comportements idéaux sont tirés des recommandations de l'OMS sur les pratiques optimales. Ils peuvent également être trouvés dans Facts for Life (Resources Annexe 1-9).

faisabilité des comportements et pratiques recommandés. L'analyse doit aborder les exigences de pratique de chaque comportement souhaité (temps, ressources, techniques, produits), le niveau auquel les personnes y sont déjà engagées, son acceptabilité par les divers groupes participant, les avantages à court et à long terme, et les conséquences immédiates et à long terme de NE PAS s'engager dans les pratiques souhaitées. Pour adopter et maintenir la nouvelle pratique, les femmes doivent être entourées par une communauté qui la soutient, qui croit aussi dans les valeurs de la nouvelle pratique. Un environnement encourageant doit être créé et peut inclure une réduction de la charge de travail, du soutien des membres de la famille, des conseils corrects et pratiques des travailleurs de santé et du counseling de soutien pour clarifier les mauvaises conceptions au sujet de l'allaitement maternel. Par conséquent, des activités additionnelles doivent être réalisées pour rendre les messages sur les comportements faciles à mettre en œuvre dans le contexte local, tels que des établissements de santé favorisant, des politiques et pratiques sur le milieu de travail, des services de soutien, des assistances téléphoniques etc.

#### **Encadré 25: Exemples de considérations sur la faisabilité et l'adaptation au contexte des messages sur l'allaitement maternel**

- Le conseil adressé aux femmes qui doivent retourner au travail ou seront séparées de leur nourrisson pendant les mois d'AME est souvent « Exprimez le lait du sein et donnez le à votre bébé avec une tasse ». Mais est-ce faisable ? L'analyse du comportement peut attirer l'attention sur les comportements face à l'expression et au stockage du lait maternel. Quelle sont les techniques d'expression du lait ? Combien de temps faut-il pour exprimer assez de lait pour un repas ? Une mère qui travaille a-t-elle du temps et un lieu adéquat pour exprimer le lait ? Comment devrait-elle stocker le lait ? Combien de temps le lait peut-il se conserver sans réfrigération ? Quelles sont les techniques d'alimentation recommandées (tasse ou biberon) et sont-elles disponibles ? Que pense la communauté à propos de l'expression du lait ? – est-ce acceptable, ou est-ce que la norme sociale qui prévaut ne favorise pas l'expression ? des discussions de groupes thématiques avec les femmes qui ont exprimé du lait et l'observation des comportements face à l'expression du lait, le stockage et l'alimentation sont importantes dans le développement de messages à l'intention des femmes qui travaillent.
- Au Ghana, un des problèmes rencontrés était « l'allaitement à la course ». A chaque repas, les mères donnent un peu de lait provenant des deux seins, alors les enfants ne étaient pas assez pour obtenir un lait riche de fin de tétée. A cause de cela, les mères étaient tentées de donner d'autres aliments car elles pensaient que leurs bébés avaient faim – et ils avaient faim ! Le message standard qui consiste à donner le sein au moins 10 fois par jour n'était pas alors approprié pour le Ghana, puisque les mères donnaient déjà le sein 20 fois par jour.

***Essais des Pratiques Améliorées (EPA)***<sup>1</sup>. C'est une approche qui peut être utilisée pour tester la faisabilité et l'acceptation des recommandations en alimentation parmi les groupes de participants, incluant les travailleurs de santé. L'EPA est une technique de recherche formative utilisée par les planificateurs de programme pour pré-tester les pratiques actuelles qu'un programme va promouvoir. (Voir [Ressources Annexe 1-3](#) pour plus d'outils sur la recherche formative).

---

<sup>1</sup> La procédure de EPA consiste en une série de visites au cours desquelles l'intervieweur et le participant analysent les pratiques actuelles, discutent de ce qui pourrait être amélioré, et, ensemble, parviennent à un accord sur une ou quelques solutions à essayer sur une période d'essai ; et ensuite évaluent l'expérience à la fin de la période d'essai. Le processus conduit à l'identification des moyens de juger de l'acceptabilité de nouvelles pratiques et d'apprendre à les promouvoir et à les soutenir à travers les interventions du programme

### 3.4.4. Conception des messages et des matériels et sélection des canaux

#### Obtenir le bon message

Une stratégie et un plan de communication sur l'ANJE devrait mettre l'accent sur une petite sélection de thèmes prioritaires avec le plus grand impact sur la santé publique, en fonction des études et des enquêtes réalisées dans le pays. Le plan de communication devrait éviter d'aborder trop de thèmes et de messages simultanément, car ceci peut diminuer l'impact potentiel.

#### **La façon dont le langage est utilisé pour promouvoir l'allaitement maternel est fondamentale.**

Les preuves démontrent que soulever la question des maladies, de la survie et de la mort ("*l'allaitement maternel sauve des vies*") ou des messages génériques basés sur les opinions et recommandations des experts ("*l'allaitement maternel exclusif pour les six premiers mois*"; "*l'allaitement maternel est meilleur*," "*ne donnez pas d'eau*" ou "*votre bébé n'a pas besoin d'eau*", "*Ayez un régime alimentaire équilibré*", "*nourrir avec une variété d'aliments*", etc.) ont peu de succès dans le changement de comportement. Ces types de messages abstraits, encore communément utilisés dans les activités de communication, offrent peu d'explication sur la raison pour laquelle le comportement est recommandé. Ils ne mettent pas l'accent sur les actions concrètes possibles, n'abordent pas les barrières socioculturelles aux pratiques optimales, et ne fournissent pas l'occasion de discuter et de débattre sur la façon dont les comportements pourraient changer.

La tendance à sélectionner ces types de messages génériques est peut être due à la facilité de produire rapidement des posters, des spots radio, etc. Cependant, cette approche n'aura pas davantage d'effets que d'améliorer un peu la visibilité du producteur ou du spot, décorer les murs des cliniques ou permettre au responsable de programme de rapporter qu'une action de promotion de l'allaitement maternel a été entreprise. Il faut s'assurer que les messages sont en phase avec les communautés ciblées, sont facilement réalisables et motivent réellement le changement de comportement. Ceci implique un processus de recherche formative, un pré-test, un suivi continu ainsi qu'une revue, comme décrit dans ce chapitre.

Il est nécessaire d'encourager les débats et les discussions pour que les communautés puissent proposer leurs propres solutions, leurs messages et leurs approches de communication qui abordent les barrières à l'alimentation optimale. L'utilisation des méthodes de communication participative telles que les rencontres de groupe avec les donneurs de soins primaires, les pairs éducateurs et le counseling individuel est importante pour déterminer les messages significatifs relatifs à la santé du nourrisson et de l'enfant que les personnes vont comprendre. De plus, il est important de mettre l'accent uniquement sur quelques messages fondamentaux pour influencer les pratiques actuelles dans le pays.

Les messages prioritaires sélectionnés devraient être:

- Clairs, pratiques et compréhensibles : faisant la promotion ou incitant de petites actions faisables
- Faciles à mémoriser, interpellant et retenant l'attention des participants cibles
- Crédibles
- Acceptables et appropriés à la culture locale et au langage
- Importants pour les circonstances qui prévalent du côté des participants cibles
- Abordant les barrières, normes et croyances dans la communauté

La communication sur l'allaitement maternel a traditionnellement mis l'accent **sur la promotion des avantages de l'allaitement maternel** – mais ceci n'aboutit pas toujours à une augmentation du nombre de femmes qui allaitent. Habituellement, peu d'attention est accordée aux risques que représentent l'alimentation avec des préparations pour nourrissons et l'alimentation mixte. Dans certains milieux, le style de messages génériques sur les avantages de l'allaitement maternel utilisés par les défenseurs de l'allaitement maternel et les professionnels de la communication ne sont pas

adaptés et ne conduisent pas à un changement de comportement, et peuvent même détourner les bonnes intentions [175], comme souligné dans un des exemples de l'Encadré 26 :

#### **Encadré 26: Exemples de messages sur les avantages de l'allaitement maternel et les risques liés au non-allaitement**

- L'allaitement maternel exclusif est directement lié à la santé. L'augmentation de la morbidité et de la mortalité associée à l'utilisation de préparations pour nourrissons et l'alimentation mixte est un réel problème. Par conséquent, les risques associés aux préparations pour nourrissons et à l'alimentation mixte doivent être clairement et correctement expliqués et communiqués à toutes les mères, afin de s'assurer que la mère et sa famille ont les informations nécessaires pour prendre des décisions éclairées.
- Si dans certaines sociétés les messages sont uniquement conçus autour des "avantages de l'allaitement maternel", particulièrement lorsque l'allaitement maternel n'est pas la norme, ils peuvent conduire à une interprétation selon laquelle les préparations pour nourrissons sont "normales" et "adéquates" et que l'allaitement maternel (le "*meilleur moyen de nourrir votre bébé* ») est quelque chose "d'idéal" ou "d'extra". Les gens sont habituellement satisfaits avec les comportements "normaux", tandis que les comportements "idéaux" sont perçus comme inaccessibles. Ainsi, au lieu de mettre uniquement l'accent sur les "avantages de l'allaitement maternel", les messages devraient aussi aborder les risques de ne pas allaiter, ou les risques de l'alimentation mixte (tels que "les risques liés au fait d'ajouter de l'eau" etc. – suivant le contexte local).
- Puisque l'allaitement maternel est la norme biologique, au lieu d'avoir seulement des messages qui stipulent que "*les bébés allaités sont en meilleure santé*", les messages soulignant que "*les bébés nourris de manière artificielle sont plus souvent et plus gravement malades* " devraient aussi être inclus.
- Au sujet de l'alimentation mixte, plutôt que de souligner que les mères devraient "*allaiter leurs bébés de manière exclusive*", les messages pourraient aussi mettre l'accent sur le fait que "*ajouter de l'eau, du thé, du lait ou des aliments à l'allaitement maternel rend le bébé malade et maigre*".
- Au lieu de mentionner que "*l'allaitement maternel prévient le cancer, le diabète et l'obésité*", les messages devraient souligner que "*Les nourrissons non allaités au sein ont des risques plus élevés de maladies chroniques plus tard dans la vie comparés aux nourrissons allaités* ".

En plus des messages autour des avantages de l'allaitement maternel et des pratiques optimales d'allaitement maternel, les pays pourraient aussi développer des messages autour des risques de l'alimentation artificielle ou des pratiques sous-optimales d'alimentation. Tous les messages doivent être pré-testés.

Certaines publicités concernant l'utilisation des SLM et les messages nuisibles à l'allaitement maternel devraient être contre-attaqués par des messages qui renforcent les avantages de l'allaitement maternel et soulignent les risques de l'alimentation artificielle.

(Voir [Ressources Annexe 1-9](#) pour quelques exemples de messages clés et de communication sur l'allaitement maternel exclusif et l'alimentation de complément, incluant ceux de la publication flagship Facts for Life)

#### **Sélection des canaux de communication**

Une fois que les résultats de la recherche formative sont traduits en messages essentiels, il faut déterminer les canaux les plus appropriés pour délivrer et échanger des messages avec les différents

groupes de participants. Voici des exemples de canaux les plus communs et la façon dont ils peuvent être utilisés pour communiquer sur l'ANJE:

**La communication interpersonnelle** implique un dialogue face-à-face entre des individus ou des groupes. Elle peut avoir lieu n'importe où. Elle peut être informelle, avoir lieu à n'importe quel endroit et moment, par exemple au cours de conversations avec la famille et les amis. Elle peut être aussi formelle, par exemple des discussions lors des visites des ménages, dans les groupes de soutien à la mère, dans des sessions de groupes aux centres de santé, dans les rencontres communautaires, dans les rencontres de groupes de femmes, dans les organisations de jeunes et dans des classes d'alphabétisation pour adultes. La communication interpersonnelle fournit l'opportunité de poser des questions et de dissiper les doutes, de discuter sur les facteurs inhibiteurs et les obstacles, et de développer des solutions. Elle devrait être en général priorisée dans la stratégie de communication.

**La communication communautaire, traditionnelle ou media "moyen"** fait référence aux matériels et aux canaux de communication qui se situent à un niveau intermédiaire entre une approche interpersonnelle et une approche avec audience massive. Théâtre de rue et récitation de poèmes, chant et marionnettes en sont des exemples. Ils incluent aussi les vidéos, les DVD, les cassettes audio et les programmes radiophoniques communautaires, généralement accompagnés de groupe de discussion. Les institutions religieuses pourraient aussi être un canal fort pour délivrer des messages sur l'alimentation et le soin des enfants dans les sociétés où la religion est influente et largement pratiquée.

**Les canaux de mass-média** regroupent la radio, la télévision, les journaux, les magazines et l'internet, qui sont d'excellents outils pour atteindre un grand nombre de personnes afin d'introduire et de renforcer les nouvelles informations, promouvoir les comportements souhaités, et conduire au changement social. Les informations sur l'ANJE peuvent être présentées à travers des entrevues, des articles de nouvelles, des discussions, des jeux de rôle radiophoniques et télévisés, des feuilletons, des spectacles de marionnettes, des bandes dessinées, les chants ou jingles, des quiz, des concours, des émissions au cours desquelles les auditeurs appellent par téléphone. De plus en plus, les téléphones cellulaires sont utilisés pour faire passer des messages simples concernant la santé et peuvent être considérés dans le cadre de l'ANJE. Un suivi et une évaluation de ces activités pourrait permettre de prouver leur efficacité.

**Les matériels imprimés** tels que les flip-chart et les cartes de counseling sont utilisés comme support à la communication interpersonnelle et ne sont jamais utilisés seuls.. Les matériels imprimés *rappellent* aux gens les messages et fournissent des informations plus détaillées. S'ils sont bien utilisés, ils peuvent aider à persuader un individu d'essayer un nouveau comportement. Cependant, dans aucun contexte, les matériels imprimés ne devraient être la principale méthode de communication.

Si les ressources sont limitées, la priorité devrait être accordée à la communication interpersonnelle et aux mass-médias.

Lors de la conception des activités de communication, il faut prendre en considération les forces et les faiblesses des canaux, aussi bien que leur accessibilité à tous les groupes de participants.. En effet, lors de la sélection des canaux, il faut considérer certains facteurs tels que par exemple : le faible taux d'alphabétisation, la mobilité limitée des femmes et d'autres facteurs liés au genre, l'accès aux groupes défavorisés et exclus, aux personnes nomades et déplacées ainsi que celles vivant dans des zones éloignées.

**Importance de l'utilisation de plusieurs canaux:** L'expérience prouve que les expériences réussies sont celles qui ont utilisé plusieurs canaux pour atteindre les publics prioritaires, avec des messages spécifiques à l'âge et au contexte, sur des comportements particuliers. Il est nécessaire de pouvoir atteindre le public principal assez souvent afin de stimuler un changement de comportement durable. Les messages devraient être délivrés régulièrement et renforcés à travers plusieurs canaux,

et devraient être compatibles avec les messages véhiculés par les prestataires de santé et les cadres communautaires.

### Pré-test

Le pré-test est une étape importante qui aide à s'assurer que la stratégie va déboucher sur les résultats attendus, dans le but d'améliorer l'ANJE.

Les messages, les méthodes et les canaux utilisés pour délivrer les messages (voir la section ci-dessous sur l'analyse des canaux) devraient être **pré-testés** avec des représentants de tous les groupes de participants ciblés. L'utilisation des canaux identifiés devrait aussi être pré-testée – ceci peut être fait à travers la mise en œuvre de la stratégie dans des zones de démonstration – dans le but de voir quels canaux sont plus efficaces et appropriés pour atteindre les différents groupes de participants.

### Conception et plan d'action

Une fois que les groupes de participants, les messages et les canaux ont été identifiés et pré-testés, le plan opérationnel ou plan d'action global pour la communication peut être conçu. La planification de la communication peut être facilitée en utilisant **une matrice de planification complète** pour le plan. (Différents modèles existent pour cela, et la matrice, développée par l'UNICEF, dans [l'Annexe 3](#) est incluse comme exemple).

La Semaine Mondiale de l'Allaitement maternel peut apparaître comme un élément dans la conception du plan de communication, ce qui offre une opportunité clé pour le plaidoyer avec les décideurs et la transmission de messages sur les pratiques optimales d'allaitement maternel à la population en général. Cependant, limiter les activités de communication à la Semaine Mondiale de l'Allaitement maternel n'est pas suffisant pour atteindre des résultats significatifs et durables – une approche continue, utilisant plusieurs canaux, est nécessaire.

Dans le plan d'action pour la communication, il est important de prioriser la formation des prestataires de santé, des travailleurs communautaires, des groupes de soutien à la mère, etc., Des formations sur les techniques de communication interpersonnelles efficaces, sur le counseling positif et sur les techniques de négociation devraient être organisées. On devrait inclure des sessions techniques sur l'utilisation efficace des cartes de counseling, des flip-charts, et d'autres outils de travail pendant les contacts individuels et de groupe.

Un plan de communication qui cherche à créer la demande pour les services de counseling sur l'ANJE ou des suppléments pour l'alimentation de complément n'est pas utile si les services de counseling sur l'ANJE ne sont pas facilement accessibles ou si les suppléments ne sont pas disponibles. De plus, le plan de communication doit être lié aux composantes du programme d'ANJE. Par exemple, on croit souvent que la promotion générale de l'allaitement maternel, soit par des campagnes dans les mass-médias soit par des travailleurs de santé, est suffisante pour atteindre un résultat significatif. Cependant, ceci s'est révélé insuffisant car les mères allaitantes ont besoin de soutien pratique et d'assistance dans la résolution des problèmes, de la part de conseillers et travailleurs de santé formés, ainsi que des messages souvent répétés, orientés vers l'action et localement adaptés.

**Note:** Les stratégies de communication doivent convenablement aborder le VIH et les actions pour l'alimentation du nourrisson. Des facteurs spécifiques au VIH et à l'alimentation du nourrisson relatifs à la communication sont abordés dans le chapitre séparé sur le VIH et l'alimentation du nourrisson de ce document de recommandations.

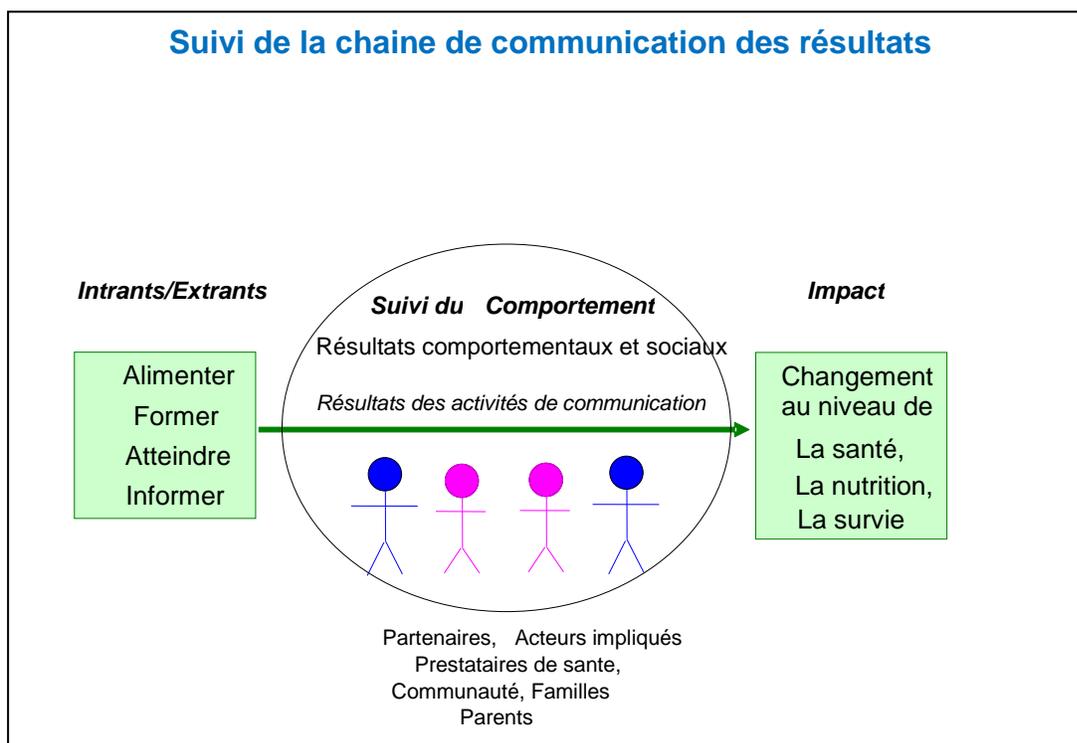
### 3.4.5 Mise en œuvre de la stratégie de communication

Le plan d'action pour la mise en œuvre et le suivi de la stratégie de communication devrait être intégré dans la stratégie nationale globale sur l'ANJE, dans le plan et dans les micro-plans. On va devoir inclure quelques éléments dans les plans d'actions des différents secteurs, par exemple, la recherche sur la communication, la composante suivi et évaluation et les aspects médiatiques. On devrait maximiser les opportunités de synergie entre le système de prestation de services et le niveau communautaire. Par exemple, si la formation continue sur l'ANJE est planifiée à l'intention des travailleurs de santé, des conseillers non professionnels et des travailleurs de santé communautaires, des sessions sur les approches et les techniques de communication peuvent être ajoutées. Des synergies avec d'autres programmes liés tels que la PCIME, la PTME ou la PCMA devraient aussi être explorées afin d'ajouter des techniques de communication à la formation et de définir des points d'entrée pour la communication sur l'ANJE.

### 3.4.7 Suivi et évaluation de l'effet de la communication sur le comportement

Le suivi et l'évaluation sont essentiels à tout plan stratégique de communication et devrait en faire partie dès le début. Les résultats d'un suivi continu et d'évaluations périodiques devraient être utilisés pour obtenir un feedback régulier et ajuster la stratégie et les activités si nécessaire. Les aspects du suivi décrits ici sont spécifiques aux actions de communication, mais peuvent être intégrés dans le plan global de suivi du programme d'ANJE – voir le chapitre sur [le suivi et l'évaluation \(Chapitre 2.7\)](#). Le suivi et l'évaluation, respectivement, répondent aux questions centrales : "Comment sommes-nous?" et "Comment étions-nous?"

Figure 23: Suivi de la chaîne de communication des résultats



## Suivi

Développer un système de suivi pour suivre la performance de l'intervention de communication est fondamental pour les responsables de communication. Le système de suivi sera en mesure de suivre les indicateurs d'intrants afin de mesurer la quantité, la qualité et la ponctualité des ressources fournies, par exemple, le financement, les ressources humaines, les matériels de communication et le support technique. Le système de suivi pourra également suivre les indicateurs d'extrants afin de mesurer la quantité, la qualité et la ponctualité des produits ou services fournis à travers l'utilisation des intrants. Les résultats immédiats vont être mesurés, par exemple le nombre de personnes exposées à un message ou participant à une action communautaire. Un suivi de routine peut aussi mesurer quelques-uns des résultats intermédiaires des activités de communication, par exemple les résultats en termes de comportement des participants primaires, l'utilisation des techniques de communication nouvellement acquises par les participants secondaires, l'allocation des ressources par les participants tertiaires, etc.

Si un suivi de routine n'est pas mis en place afin de collecter ce type de données au niveau des résultats intermédiaires, une revue à mi-parcours peut être nécessaire. En effet, les évaluations principales périodiques peuvent ne pas être assez fréquentes pour assurer une correction à mi-parcours si les résultats intermédiaires ne sont pas atteints. Par exemple, sans système S&E visant les résultats intermédiaires, d'importantes ressources peuvent être investies dans la formation des travailleurs de santé communautaire sur les techniques de communication, mais il ne sera pas possible de déterminer si les techniques sont appliquées. Dans le cas où les techniques ne sont pas appliquées, ces ressources ne sont donc pas utilisées de manière optimale.

Il est important de ne pas confondre **comment** le programme marche avec **qu'est-ce qui** se fait. Le « qu'est-ce que » peut être un simple ensemble d'activités, tel que le nombre sessions de formation à l'intention des travailleurs de santé, le nombre de visites réalisées par les représentants de groupes de soutien à la mère ou le nombre de rencontres tenues avec les décideurs. La mesure importante est la mesure du changement réel qui résulte de ces sessions de formation, visites et rencontres. Pour cette raison, une stratégie de communication peut étendre ses activités de S&E au-delà des *indicateurs traditionnels* de résultat et d'impact. Les indicateurs traditionnels de résultat et d'impact seraient par exemple : 'atteindre les médias et l'information, augmenter la connaissance et la prise de conscience, améliorer et trouver des nouvelles techniques, changer les comportements et les pratiques individuelles, augmenter les livraisons et les demandes pour les produits et services. Les *indicateurs additionnels* à inclure pourraient identifier le renforcement des capacités individuelles et communautaires, les droits humains et sociaux, les changements à long terme au niveau des systèmes et des politiques, par exemple :

- **Normes et processus sociaux** (ex: support social pour l'implication des pères dans le soin des enfants ; approche participative pour la définition des services communautaires les plus importants en support à l'ANJE ; exposition dans les médias d'images et des histoires positives sur les bonnes pratiques d'ANJE).
- **Pouvoir dans les différents niveaux de la société** (ex: nombre de femmes qui reconnaissent l'importance de l'ANJE optimale et se sentent en droit de poser des questions et de demander des services et du soutien qui pourraient améliorer leurs pratiques et leurs comportements ; nombre de ménages où les pères des enfants apportent leur soutien et aident à rendre possible une alimentation optimale).
- **Politiques, systèmes et stratégies** (ex: politiques sur le milieu de travail qui fournissent du support et des ressources aux femmes qui allaitent, politiques hospitalières qui soutiennent l'allaitement maternel réussi, législation nationale sur la commercialisation des SLM qui est renforcée de manière efficace, stratégies pour fournir des aliments de complément appropriés aux enfants les plus vulnérables, plans de districts, etc.).

- **Comportements sociaux** (ex: proportion de pères et de grand-mères qui n'insistent pas sur le fait de donner des préparations pour nourrissons ou de l'eau aux nourrissons âgés de moins de 6 mois, nombre de directeurs de santé de district qui allouent des ressources humaines, matérielles et financières adéquates pour la mise en œuvre d'activités de communication sur l'ANJE au niveau du district).

Il est aussi important d'obtenir des informations sur la **couverture** des activités de communication pour l'ANJE. Puisque nous faisons la promotion de plusieurs canaux de communication, le suivi de la couverture est essentiel. Le suivi de la couverture pourrait alors évaluer:

- La couverture (# & % d'établissements de santé) qui réalisent des sessions de groupe sur l'ANJE et le nombre approximatif de personnes atteintes pendant ces sessions.
- Le # & % de régions avec des activités CCC au niveau communautaire et le nombre approximatif de personnes atteintes.
- Le nombre de personnes atteintes à travers les messages des mass-médias.
- Le même principe pourrait être appliqué à d'autres canaux utilisés dans le contexte local, ex : institutions religieuses, etc.

## Evaluation

L'évaluation permet de savoir si la stratégie produit des résultats appropriés en termes de comportement et de changement social. Les évaluations d'impact devraient être conçues autour des indicateurs de résultats sur la connaissance de l'ANJE, les attitudes et les pratiques des divers groupes de participants. Ces indicateurs (l'allaitement maternel exclusif et continu, le régime alimentaire minimum acceptable pour les enfants âgés de 16-23 mois) ont été collectés au moment de la recherche formative. Les tendances de ces indicateurs devraient être analysées.

Le tableau 4 donne des exemples d'indicateurs qui peuvent être utilisés pour les différents niveaux de la chaîne de résultats pour la communication sur l'ANJE (voir aussi le tableau des indicateurs généraux de l'ANJE – au niveau national, du système de santé et communautaire - dans le [Chapitre 2.7](#)

**Tableau 4: Exemples d'indicateurs pour la stratégie de communication dans le cadre de l'ANJE**

Intrants
<ul style="list-style-type: none"> <li>• # de plans de communication de district finalisés</li> <li>• # de travailleurs de santé et de TSC/conseillers non professionnels formés en techniques de communication</li> <li>• # de matériels de communication produits</li> <li>• # de matériels de communication distribués</li> <li>• # d'unités d'équipement de communication distribuées</li> <li>• # de publicités/programmes radiophoniques diffusés</li> <li>• # de visites de supervision menées à l'intention des communicants (prestataires de santé, travailleurs communautaires, groupes de communication, groupe de soutien à la mère, etc.)</li> <li>• # de publicités/programmes radiophoniques diffusés</li> <li>• # de leaders religieux sensibilisés</li> </ul>
Extrants
<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de districts mettant en œuvre la stratégie de communication et y allouant des ressources</li> <li>• % de sessions de communication planifiées et réalisées au niveau d'un établissement de santé ou</li> </ul>

dans la communauté

- % de TSC/conseillers non professionnels formés qui prodiguent des conseils et animent des sessions de communication
- % de groupes de soutien à la mère qui fonctionnent
- % de districts ayant reçu et distribué des matériels de communication sur l'ANJE
- % de sessions de plaidoyer planifiées et tenues avec les directeurs de santé/leaders religieux/media, etc.
- % de la population ayant écouté une publicité ou un programme radiophonique sur l'ANJE
- % de congrégations religieuses où l'ANJE est incluse dans les prières/sermons, etc.
- % de la population atteinte à l'aide de différents types d'activités de communication : système de santé, communauté, radio, etc.

### Résultats

- % de travailleurs de santé et de TSC/ conseillers non professionnels qui utilisent au moins 4 techniques de communication (comme indiqué dans l'Encadré 23)
- % de mères enceintes et allaitantes qui savent qu'on doit donner le colostrum à un nouveau-né
- % de mères et de donneurs de soins qui peuvent expliquer les avantages de l'initiation précoce de l'allaitement maternel et de l'allaitement maternel exclusif
- % de mères qui savent que le lait maternel contient suffisamment d'eau
- % de mères qui peuvent nommer correctement au moins 6 des 12 pratiques optimales d'allaitement maternel (comme indiqué dans l'Encadré 19)
- % de mères allaitantes qui ne donnent pas d'eau ou d'autres liquides/aliments à leurs nourrissons
- % de femmes plus âgées qui disent aux nouvelles mères que les bébés n'ont pas besoin d'eau
- % de mères allaitantes qui allaitent à la demande, y compris pendant la nuit
- % de mères qui peuvent citer correctement l'âge d'introduction des aliments de complément
- % de mères qui travaillent et qui pratiquent l'allaitement maternel
- % de mères qui peuvent nommer correctement au moins 5 des 9 pratiques optimales de l'alimentation de complément (comme indiqué dans l'encadré 20)
- % de mères et de donneurs de soins qui peuvent expliquer la fréquence d'alimentation optimale d'un enfant âgé de 6-23 mois
- % de mères et de donneurs de soins qui peuvent énumérer les principaux groupes d'aliments nécessaires à l'alimentation d'un enfant âgé de plus de 6 mois
- % de mères qui peuvent reconnaître quels sont les aliments inclus dans chaque groupe d'aliments
- % de mères qui déclarent avoir consommé des aliments additionnels pendant la grossesse et l'allaitement

### Impact

- % de nouveau-nés qui ont été allaités au sein pendant la première heure suivant la naissance
- % de nourrissons âgés de moins de 6 mois allaités exclusivement
- % de nourrissons étant encore allaités à l'âge de 12-15 mois
- % d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant eu un régime alimentaire minimum acceptable
- % de mères ayant nourri leurs enfants pendant l'âge de 6-23 mois avec la fréquence recommandée
- % de mères ayant nourri leurs enfants pendant l'âge de 6-23 mois avec la variété d'aliments recommandés

## 3.5 ANJE dans les circonstances exceptionnellement difficiles

Cette section du guide de programmation met en évidence les informations actualisées et indique différentes approches d'ANJE dans des circonstances particulièrement difficiles. Cette section est divisée en deux parties principales :

- **VIH et Alimentation**
- **Alimentation du Nourrisson dans les situations d'urgence**

*La Stratégie mondiale pour l'Alimentation de Nourrisson et du jeune enfant (OMS/ UNICEF, 2003)* met en évidence les circonstances difficiles dans lesquelles les nourrissons, les jeunes enfants et leurs familles nécessitent une attention particulière en ce qui concerne l'alimentation. Il s'agit spécialement de l'exposition au VIH, des situations d'urgence, de la malnutrition sévère, du faible poids de naissance et d'autres circonstances sociales tels que les orphelins et les enfants en famille d'accueil, les enfants nés de mères adolescentes, les mères souffrant d'un handicap physique ou mental, de dépendances aux drogues ou à l'alcool, ou des mères emprisonnées ou qui font partie des populations défavorisées ou marginalisées.

Ce guide se concentrera sur le VIH et les situations d'urgence qui sont des domaines nécessitant des approches spécifiques d'ANJE pour la programmation au niveau mondial. Cependant, les programmes nationaux doivent aussi s'assurer que les autres circonstances difficiles spécifiques à la situation du pays sont traitées adéquatement et que des dispositions sont prises pour l'alimentation appropriée des enfants vulnérables face à ces circonstances<sup>1</sup>.

### 3.5.1 VIH et Alimentation du Nourrisson

#### **Vue d'ensemble sur le VIH et l'Alimentation du Nourrisson**

- 3.5.1.1 Résumé des dernières évidences, recommandations et implications pour la politique et la planification
- 3.5.1.2 Mis au point de recommandations sur le VIH et l'Alimentation du Nourrisson incluses dans les pratiques et directives d'ANJE
- 3.5.1.3 Questions spécifiques liées à la programmation par rapport au VIH et l'Alimentation du Nourrisson

#### **Introduction**

L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH/SIDA pose des défis importants à cause du risque de transmission du virus par l'allaitement maternel. Avant les récentes directives sur le VIH et l'alimentation du nourrisson qui sont basées sur les résultats positifs de survie sans VIH grâce à l'approvisionnement d'ARV aux nourrissons allaités exposés au VIH, le refus ou l'arrêt prématuré de l'allaitement maternel semblait logique et approprié. Cependant, les répercussions sur la santé et la survie des nouveau-nés étaient graves. Des études [176] montrent des taux de mortalité beaucoup plus élevés dus à la diarrhée, la malnutrition et autres maladies chez les enfants non-allaités. Par conséquent, l'accent est désormais mis sur une garantie de survie sans VIH, plutôt que sur la prévention de la transmission. Les nouvelles directives (2010) fournissent des informations plus claires pour atteindre cet objectif.

<sup>1</sup>Des directives pour l'alimentation des nourrissons souffrant de malnutrition sévère) *Infant Feeding in Emergencies Module 2 V.1.1 (IFE Core Group 2003)*; Des directives sur l'alimentation des bébés de faible poids de naissance et les bébés qui sont orphelins ou qui ne peuvent pas être allaités sont fournis dans les différents modules de formation sur l'allaitement et l'ANJE (Voir l'Annexe 1- 1 Ressources pour plus de ressources et d'outils sur l'ANJE dans les situations d'urgence)..

### 3.5.1.1 Résumé des évidences actuelles, recommandations et implications pour la pratique et la planification

Des expériences considérables de programmes et de données de recherche sur le VIH et l'alimentation du nourrisson ont été accumulées depuis l'écriture des dernières recommandations de l'OMS en 2006 [177]. Les recommandations de 2006, formulées en l'absence d'interventions ARV, avaient suggéré l'arrêt de l'allaitement du nourrisson à l'âge de six mois dès que des conditions spécifiques (à un prix abordable, réalisable, acceptable, durable et sûre) furent en place pour remplacer ce type d'alimentation. Si ces critères n'étaient pas satisfaits, il était recommandé de poursuivre l'allaitement.

Depuis lors, il a été établi que les médicaments antirétroviraux (ARV) administrés à la mère infectée par le VIH ou au nourrisson exposé au VIH peuvent considérablement réduire le risque de transmission postnatale du VIH par l'allaitement [178]. Les évidences montrent que l'administration des traitements antirétroviraux (ARV) à toutes les mères infectées par le VIH+ avec un compte de CD4 <350 tout au long de la période d'allaitement [179] ou l'administration prolongée de prophylaxie antirétrovirale aux mères et aux nourrissons nés de femmes VIH positives avec un compte de CD4 > 350, peut réduire considérablement la transmission post-natale [180]. Avec la provision des ARV, **l'allaitement maternel est considérablement plus sûr** et «l'équilibre des risques" entre l'allaitement et l'alimentation de remplacement a radicalement changé. La santé de la mère est également protégée. Ces nouvelles données ont entièrement modifié les critères que suivent les mères, les autorités sanitaires nationales et les partenaires de développement internationaux pour choisir la méthode d'alimentation des nourrissons.

Ces nouvelles données sont à la base des recommandations 2009/2010 de l'OMS sur la PTME et sur l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH. Les recommandations soulignent que le risque de transmission mère-enfant du VIH peut être réduit à moins de 5% dans les populations allaitantes (d'un risque de base d'environ 35%) et à moins de 2% dans les populations non allaitantes (d'un risque de base de 25%). De plus, de récentes études montrent que le risque de transmission pour un nourrisson allaité peut être réduit à moins de 1% dans les 6 premiers mois, quand les ARV sont fournis.

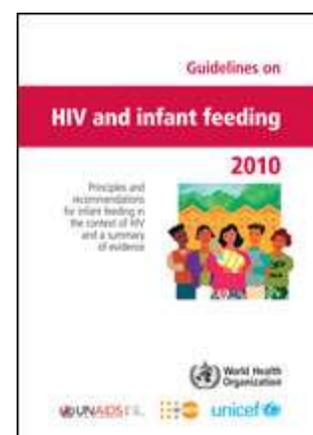
#### Dernières directives des Nations Unies

En Novembre 2009, l'OMS a publié les principes et recommandations révisés sur le VIH et l'alimentation du nourrisson, *Principles and Recommendations on HIV and Nourrisson Feeding (2009)* en tant que document de conseils rapides. Ce document précède la publication plus détaillée ci-jointe, *Guidelines on HIV and Infant Feeding 2010* [181] **Directives concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson**, qui comprend les principes et recommandations ainsi qu'un résumé des évidences. Ces recommandations sur le VIH et l'alimentation du nourrisson sont compatibles avec les nouvelles recommandations de l'OMS sur la PTME [182] ([Ressources annexe 1-10](#)).

En résumé, les dernières directives de l'ONU sont basées sur les principes suivants :

*Recommandations Nationales d'alimentation du nourrisson* : les autorités sanitaires nationales ou sous-nationales devraient choisir et décider laquelle des deux options d'alimentation doit être soutenues par le système de santé comme la stratégie la plus efficace pour une plus grande chance de **survie sans VIH** pour les nourrissons

- Allaiter et recevoir des ARV **ou**



- Eviter tout allaitement

Après cette décision de politique, les services de santé devraient conseiller et soutenir **toutes** les mères infectées par le VIH sur l'option choisie. Cette décision devrait être fondée sur les recommandations internationales et l'examen des contextes socio-économiques et culturels des populations desservies par les services de santé maternelle et infantile, la disponibilité et la qualité des services de santé, l'épidémiologie locale, y compris la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes et les causes principales de la mortalité infantile et maternelle. Les pays ayant des taux élevés de mortalité infantile sont également susceptibles d'avoir un risque élevé de décès à cause de l'absence d'allaitement maternel et doivent par conséquent examiner l'équilibre des risques contre la transmission du VIH à travers l'allaitement sans danger avec des ARV.

Les recommandations révisées de l'OMS sur la PTME [180] se réfèrent à deux approches principales:

1. Traitement: la thérapie antirétrovirale (TAR) à vie pour les femmes VIH + ayant besoin d'un traitement pour leur propre santé selon les critères, tandis que l'enfant reçoit une prophylaxie seulement pour les six premières semaines de vie.
2. Deux options de prophylaxie ARV sont recommandées pour les femmes qui ne suivent pas un traitement antirétroviral à vie pour leur propre santé et qui allaitent (Chaque pays pourra choisir l'option A ou l'option B comme protocole national):

**Option A:** La femme reçoit la prophylaxie ARV pendant la grossesse, l'accouchement et 7 jours après l'accouchement. L'enfant reçoit quotidiennement la prophylaxie ARV de la naissance jusqu'à une semaine après la fin de l'allaitement maternel **ou**

**Option B:** La femme reçoit un régime de trois ARV en prophylaxie pendant la grossesse, et jusqu'à la fin de la période d'allaitement, alors que l'enfant reçoit une prophylaxie seulement pour les six premières semaines de vie.

La prophylaxie ARV pour la mère peut commencer dès la 14<sup>ème</sup> semaine de grossesse, ou dès que possible si les femmes se présentent plus tard dans la grossesse, ou pendant le travail et l'accouchement.

Pratiques d'alimentation du nourrisson dans les pays où la pratique est l'allaitement + ARV:  
Les mères connues infectées par le VIH (et dont les enfants ne sont pas infectés ou de statut sérologique inconnu) devraient allaiter exclusivement leurs bébés pendant les six premiers mois, ensuite introduire des aliments de complément appropriés, et continuer à allaiter pendant les 12 premiers mois de l'enfant. L'allaitement devrait donc s'arrêter seulement quand un régime alimentaire adapté et sûr sans lait maternel peut être fourni. La prophylaxie ARV devrait continuer à être administrée aussi longtemps que l'enfant est allaité.

Conditions nécessaires pour une alimentation de remplacement sûre:

Les mères connues VIH positives devraient seulement donner les préparations pour nourrissons comme un substitut du lait maternel à leurs enfants non infectés par VIH ou à leurs nourrissons dont le statut sérologique est inconnu lorsque certaines conditions sont remplies (voir encadré 27).

Les nourrissons infectés par le VIH:

Si les nourrissons et les jeunes enfants sont déjà infectés par le VIH, les mères sont fortement encouragées à allaiter exclusivement pendant les six premiers mois, introduire les aliments de complément adéquats par la suite, et continuer à allaiter selon les recommandations pour la population générale (jusqu'à deux ans ou au-delà de deux ans).

## Discussion sur certains points clés des nouvelles recommandations:

### S'éloigner de l'utilisation du terme "AFADS":

Les pays optant pour une politique nationale d'éviter tout allaitement doivent s'efforcer de répondre à toutes les conditions favorable à une alimentation sans risque utilisant les préparations pour nourrissons, et doivent fournir les SLM seulement si le programme ou la mère peut s'assurer que les conditions sont remplies.

Les recommandations de 2009/2010 définissent de façon explicite les conditions spécifiques (Encadré 27) nécessaires pour l'utilisation des aliments de remplacement sans risque, en utilisant un langage de tous les jours plutôt que de se référer à l'acronyme AFADS (à prix Abordable, Faisable, Acceptable, Durable (Sustainable) et Sûre) adopté dans les recommandations précédentes. Il a été estimé que le fait d'expliquer clairement les conditions environnementales favorables aux aliments de remplacement comme option pour les nourrissons exposés au VIH permettra d'améliorer leur survie sans VIH. Utiliser un tel langage permet de mieux orienter les travailleurs de la santé concernant ce qu'il faut évaluer et communiquer aux mères qui se demandent si les conditions de leurs maisons sont favorable à l'alimentation de remplacement en toute sécurité. Il est difficile de traduire le concept d'AFADS en messages de counseling. En outre, certains critères AFADS sont utilisés comme point de counseling et non comme critère à la base du choix ou non de l'alimentation de remplacement par une femme. C'est particulièrement le cas des programmes qui offrent des SLM gratuitement. Ces programmes n'utilisent pas les critères AFADS comme conditions pour fournir ou non des substituts du lait maternel et ils ne garantissent pas de suivre tous les critères AFADS, tels que l'acceptabilité, la sécurité, la faisabilité, etc.)

#### Encadré 27: Conditions requises pour l'alimentation de remplacement sûre (Recommandation n ° 5 des directives de l'OMS)

- a) l'eau potable et l'assainissement sont assurés au niveau des ménages et dans la communauté **et**
- b) la mère, ou autre donneurs de soins peuvent fournir suffisamment de lait artificiel pour nourrissons de façon fiable pour soutenir la croissance et le développement normal du nourrisson **et**
- c) la mère ou le donneur de soins peut le préparer hygiéniquement et assez souvent pour qu'il soit sûr et s'accompagne d' un faible risque de diarrhée et de malnutrition **et**
- d) la mère ou le donneur de soins peut, dans les six premiers mois, donner exclusivement du lait pour nourrissons au nourrisson **et**
- e) la famille est en faveur de cette pratique **et**
- f) la mère ou le donneur de soins peut accéder à des soins de santé qui offrent des services complets de santé de l'enfant.

**Changement d'orientation du counseling :** En combinaison avec les avantages connus de l'allaitement pour réduire la mortalité due à d'autres causes, dans plusieurs milieux, une approche qui recommande fortement l'option de l'allaitement maternel ainsi que les ARV comme la norme peut être justifiée: des informations sur toutes les options doivent être disponibles, mais les services devraient principalement soutenir la seule approche. Ainsi un pays qui recommande l'alimentation de remplacement doit aussi fournir des informations et du counseling sur l'allaitement maternel en plus des ARV et du soutien pour les mères optent pour un autre choix. Les droits individuels ne doivent pas être perdus dans le cadre de l'approche de santé publique. La recommandation d'une seule option n'annule pas la nécessité de fournir un counseling de qualité ainsi que du soutien aux femmes enceintes et aux mères. La nature et le contenu du counseling et du soutien nécessaire seront différents des pratiques actuelles de counseling sur l'équilibre des risques et les différentes options disponibles pour aider les mères à prendre des décisions éclairées. Le counseling mettra l'accent sur la politique choisie par les autorités sanitaires nationales et expliquera comment nourrir le bébé en fonction de ces directives. Cependant, les conseillers devraient être en mesure de fournir des informations supplémentaires sur toutes les autres options disponibles sur demande de la mère (principe clé 5 des directives de l'OMS). Cela peut être particulièrement pertinent dans les pays avec une couverture élevée des services de PTME, où les mères ont déjà accès aux informations et counseling dirigés vers un choix.

**Durée de l'allaitement maternel:** Compte tenu de l'efficacité des ARV, les directives de 2010 (recommandation 2) suggèrent que la continuation de l'allaitement du nourrisson jusqu'à l'âge de 12 mois par les mères infectées par le VIH maximise les bénéfices de l'allaitement pour améliorer les

chances de survie de l'enfant, tout en réduisant le risque de transmission du VIH. Ceci est en contraste avec la recommandation de 2006 selon lesquelles il faut cesser l'allaitement à 6 mois si les conditions AFADS sont remplies. Grâce aux ARV, être en mesure d'allaiter jusqu'à 12 mois permet d'éviter des complications associées avec l'arrêt de l'allaitement et la provision d'une alimentation sûre et appropriée sans le lait maternel aux nourrissons de 6 à 12 mois. Il n'est actuellement pas possible de recommander, *sans aucune qualification*, que toutes les mères infectées par le VIH allaitent au-delà de 12 mois à 24 mois, sauf s'il n'y a pas d'autres options.

**Alimentation mixte:** Des données antérieures sur la transmission du VIH par l'allaitement [183], souligne que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois est associé à une diminution du risque de transmission du VIH de trois à quatre fois par rapport au non-allaitement exclusif (alimentation mixte). Il est possible que l'alimentation mixte dans les six premiers mois comporte un plus grand risque de transmission parce que les autres liquides et aliments donnés à l'enfant en plus du lait maternel peuvent endommager la paroi intestinale déjà délicate et perméable de l'enfant, permettant au virus d'être transmis plus facilement. L'alimentation mixte pose aussi les mêmes risques de contamination et de diarrhée que l'alimentation artificielle, ce qui diminue les chances de survie. Malheureusement, l'alimentation mixte est encore la norme pour les nourrissons de moins de six mois dans de nombreux pays à forte prévalence du VIH. Ainsi la transmission du VIH par l'allaitement peut être réduite si les femmes VIH positives allaitent exclusivement pendant six mois au lieu de pratiquer l'alimentation mixte. Avec les nouvelles recommandations, une femme infectée par le VIH qui prend des ARV et pratique l'alimentation mixte a un taux plus élevé de transmission que celle qui allaite exclusivement et prend des ARV: le risque de transmission diminue pour tous les modes d'allaitement maternel, mais le risque demeure élevé pour les nourrissons recevant une alimentation mixte. Par conséquent, l'alimentation mixte est fortement découragée pour les six premiers mois.

**Recommandations pour des situations où il n'y a pas d'ARV:** Toutes les dispositions devraient être prises pour accélérer l'accès aux ARV à la fois pour la santé maternelle et aussi la prévention de la transmission du VIH aux nourrissons. Pendant que les interventions ARV sont en cours d'extension, les autorités nationales devraient continuer à recommander aux mères VIH positives l'allaitement comme la méthode la plus appropriée de nourrir un nourrisson même quand les ARV ne sont pas disponibles. Un défi de mise en œuvre et de communication sera d'empêcher la fausse idée que les mères infectées par le VIH devraient allaiter seulement si elles ont des ARV. Un principe supplémentaire (principe clé 4, absent des Conseils Rapides 2009) ajouté aux directives de 2010 de l'OMS stipule:

*«Même quand les ARV ne sont pas disponibles, l'allaitement peut encore fournir aux nourrissons nés de mères infectées par le VIH une plus grande chance de survie sans VIH. Les mères devraient être conseillées d'allaiter exclusivement pendant les six premiers mois de la vie et de continuer à allaiter par la suite sauf si les circonstances environnementales et sociales sont adéquates et supportent l'alimentation de remplacement ».*

### **3.5.1.2 Élaboration de directives sur le VIH et l'alimentation du nourrisson**

Les nouvelles recommandations sur l'alimentation du nourrisson mettent en évidence la possibilité d'investir dans des interventions qui permettront d'améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson par les mères infectées par le VIH et celles non infectées par le VIH. Améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson pour tous permettrait de réduire le risque de décès, la malnutrition et les maladies et de contribuer de façon significative à la réalisation des objectifs de développement. Les recommandations devraient contribuer à donner un nouvel élan pour le développement et la mise en œuvre de politiques et stratégies nationales pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au bénéfice de la population dans son ensemble.

Les politiques et les directives révisées doivent aborder clairement quelle alternative d'alimentation du nourrisson sera recommandée et soutenues comme une recommandation nationale, créer et définir de nouveaux algorithmes de counseling qui ne mettent plus l'accent sur des counseling sur le choix individuel, et fournir les étapes concrètes de planification pour l'introduction et la mise en œuvre de ces politiques et directives. Par exemple, quand un pays décide de promouvoir et de soutenir l'allaitement maternel et les ARV, il doit également décider et planifier sur une période de mise en œuvre raisonnable pour rendre disponibles les ARV dans toutes les régions du pays. La mise en œuvre de cette politique doit être bien coordonnée pour éviter toute confusion, les messages mixtes et pour assurer une couverture à grande échelle.

Des mécanismes doivent également être mis en place pour informer la population en général, et en particulier les femmes enceintes, les travailleurs de la santé et les conseillers en VIH et en nutrition sur le contenu de cette politique, y compris la formation des agents de santé et de communication.

Pendant le processus de planification, il est important de veiller à ce que les questions sur l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH soient adéquatement traitées par les programmes de PTME et les programmes généraux ANJE (pris en considération d'une manière harmonisée dans les deux programmes).

**Encadré 28: Notes sur le traitement thermique du lait maternel, allaitement par une nourrice et les banques de lait dans le contexte du VIH:**

**Le traitement thermique** du lait maternel exprimé tue de façon efficace le virus du VIH s'il est fait correctement. Il faut suffisamment de combustible, des ustensiles pour chauffer le lait, une tasse d'alimentation et il faut les utiliser de façon hygiénique; par conséquent le traitement peut être difficile à mettre en œuvre pour de nombreuses mères dans de nombreux contextes. Le traitement thermique peut être utilisé dans des circonstances particulières - par exemple faible poids du bébé à la naissance, lorsque la mère est malade, pour aider les mères à arrêter l'allaitement maternel et quand les ARV ne sont pas disponibles.

**Nourrice** : Pour que cette méthode soit un succès, la nourrice doit être confirmée VIH-négative par le biais d'un test effectué au moins trois mois après ses derniers rapports sexuels non protégés ou de toute autre exposition possible au VIH, et elle doit s'assurer qu'elle ne s'infecte pas pendant la période où elle allaite le nourrisson de l'autre femme. Ces conditions peuvent être difficiles à remplir dans de nombreux contextes, en particulier dans les endroits à niveaux élevés de VIH. Deuxièmement, il y a un faible risque que l'enfant déjà infecté par le VIH transmette le virus à la nourrice.

**Banques de lait**: Dans une banque de lait, les mères donatrices doivent être dépistées pour le VIH par le biais d'un test effectué au moins trois mois après ses derniers rapports sexuels non protégés ou de toute autre exposition possible au VIH, ainsi que d'autres maladies, et le lait doit être pasteurisé (traité thermiquement). L'utilisation des banques de lait est généralement une option à court terme, comme la fourniture peut être limitée, et un autre mode d'alimentation devra être discuté.

### **3.5.1.3 Questions de programmation spécifiques liées au VIH et l'alimentation du nourrisson**

#### **Intensification des efforts de mise en œuvre et de respect du Code**

Dans les pays avec un taux élevé du VIH, des défis particuliers doivent être confrontés au sujet de la

mise en œuvre et de l'application du Code de commercialisation des substituts du lait maternel<sup>1</sup>. Le Code vise à s'assurer que les préoccupations au sujet de la transmission du virus VIH par le lait maternel ne portent pas atteinte à l'allaitement maternel pour la majorité des nourrissons du monde entier dont la santé et les chances de survie sont et seront grandement améliorées par l'allaitement maternel. Les gouvernements doivent veiller à ce que la production commerciale, le marketing et le don de substituts du lait maternel dans le contexte des programmes de PTME se conforment au Code afin de réduire la possibilité de débordement, de réduire l'alimentation mixte, et de protéger l'allaitement maternel. Ces questions peuvent faire partie des activités de plaidoyer menées avec les décideurs politiques. Le Code est d'une importance particulière pour les mères qui sont VIH positives et décident de ne pas allaiter ou celles qui vivent dans un pays qui a adopté une politique nationale d'alimentation de remplacement; le Code vise à:

- **Réglementer la distribution gratuite ou subventionnées des SLM pour prévenir le « débordement »** pour des bébés qui pourraient bénéficier de l'allaitement maternel. Cet effet de « débordement » selon lequel les nouvelles mères qui savent qu'elles sont VIH négatives ou ne connaissent pas leur statut sérologique décident de ne pas allaiter, d'allaiter seulement pendant une courte période, ou de pratiquer une alimentation mixte en raison de craintes non fondées au sujet du VIH, de certaines désinformation, et de la disponibilité des SLM. Les influences sur cet effet peuvent provenir de différentes sources comme les agents de santé qui sont biaisés en faveur de l'alimentation aux SLM, les pressions sociales et stratégies de marketing des entreprises de SLM.
- **Protéger les enfants nourris artificiellement** en veillant à ce que les étiquettes des produits contiennent des mises en garde et les instructions nécessaires pour une préparation et utilisation sans risque du produit.

D'autres actions nécessaires pour renforcer la mise en œuvre et faire respecter le Code dans des contextes de forte prévalence du VIH (en plus des actions dans la section sur le Code ci-dessus):

**S'assurer que la pandémie du VIH n'est pas utilisée pour réintroduire des dons de SLM dans le système de santé.** De nombreux ministères de la Santé ont adopté des mesures interdisant la distribution gratuite et bon marché des SLM dans les établissements de santé par le secteur commercial. Ces mesures devraient continuer à être respectées. Lorsque le gouvernement décide de faire don ou de subventionner les SLM aux mères VIH positives, l'approvisionnement doit être fait de manière transparente par le biais d'appel d'offres sur le marché international ou local, en évitant une relation privilégiée qui fera la promotion de l'image et des produits d'une entreprise en particulier. Comme spécifié dans le Code, une fois acquis, le SLM doit être fourni à l'enfant aussi longtemps qu'il en aura besoin.

Il y a plusieurs raisons pour lesquelles un gouvernement ne devrait pas entrer dans un «partenariat» spécial avec une seule entreprise, mais devrait plutôt acheter les SLM par le biais d'appel d'offres public:

- Cela évite la dépendance aux « dons » ou aux produits « bon marché » que les entreprises prétendent fournir à des fins humanitaires. L'approvisionnement ne devrait pas être soumis à la bonne volonté d'un donateur ou utilisé comme un outil de marketing.
- Un processus d'appel d'offres permettra de garantir un approvisionnement à long terme et durable des SLM parce qu'il est basé sur un contrat légal contraignant pour la fourniture des

---

<sup>1</sup>UNICEF programme instructions CF/PD/PRO/2000-003 on *Implementation of the International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes – Monitoring Compliance* donne plus de détails, ainsi que des suggestions détaillées sur les mesures qui pourraient être prises pour renforcer la mise en œuvre du Code au niveau national.

SLM. Les fabricants hésitent à révéler le coût réel de production des SLM, mais il est estimé qu'il est extrêmement faible par rapport au prix du marché.

- Tout partenariat avec une entreprise particulière impliquera la satisfaction du gouvernement avec la forme de marketing de cette société. Le désir d'une entreprise de travailler en partenariat avec un gouvernement est souvent motivé par le fait qu'une telle association pourrait être utilisée pour contrecarrer la critique de ses pratiques commerciales malhonnêtes.

Il est recommandé que les considérations suivantes soient prises en compte dans l'organisation d'un système de distribution de substituts du lait maternel:

- Si des SLM gratuits ou subventionnés sont disponibles, ils doivent être systématiquement stockés à un niveau local et décentralisé afin d'éviter de fréquents voyages à un point de distribution distant, afin de réduire les chances de l'allaitement mixte si la mère ne reçoit pas assez de SLM et pour réduire les risques de dénutrition.
- La réception gratuite ou subventionnée de SLM peut être associée avec le statut séropositif pour le VIH de la mère, et des précautions doivent être prises pour protéger l'anonymat de ceux qui les reçoivent et prévenir une potentielle stigmatisation. La stigmatisation peut aussi augmenter les chances de l'allaitement mixte où la mère nourrit l'enfant avec le SLM à la maison et allaite en public.
- En plus d'assurer la conformité au Code et de fournir des services appropriés et un soutien pratique sur la préparation et l'utilisation saine du SLM, les programmes de PTME fournissant le SLM peuvent aussi fournir des moyens de purification de l'eau, du savon, des poêles et du combustible avec le SLM pour s'assurer que des conditions soient en place pour une alimentation artificielle sûre et pour réduire les risques de contamination.

***Remarque importante:***

Les bureaux de l'UNICEF peuvent offrir leur assistance pour assurer l'approvisionnement et la distribution des SLM conforme au Code, mais ne devraient pas s'approvisionner ou fournir les SLM directement aux programmes de PTME [184]. L'UNICEF a pris la décision de cesser l'achat de SLM pour les programmes de PTME en 2002, sur la base des considérations suivantes:

- Le support de l'UNICEF pour les sites pilotes de PTME était destiné uniquement aux premiers stades de ces programmes.
- Les ressources de l'UNICEF ont été utilisées pour acheter et fournir les préparations pour nourrissons, alors que l'utilisation de ces ressources pour l'engagement de conseillers en alimentation du nourrisson additionnels et l'amélioration du counseling pour un l'allaitement plus sûr serait plus rentable.
- Des anecdotes des sites de PTME suggèrent que beaucoup de mères ayant choisi la préparation pour nourrisson gratuite allaitent aussi en raison de la pression sociale ou par convenance. Cette alimentation mixte peut augmenter le risque de maladies infectieuses et probablement un plus grand risque d'attraper le VIH pour l'enfant. C'est aussi un gaspillage des ressources financières utilisées pour l'achat de la formule.
- Des préparations pour nourrissons gratuites étaient données pendant une courte période, dans la plupart des pays pour seulement 6 mois. Cependant un enfant a besoin d'alimentation de remplacement (remplaçant le lait) jusqu'à l'âge de 2 ans. A travers les donations, une dépendance aux préparations pour nourrissons comme aliment de substitution est créée, ce qui peut être beaucoup trop coûteux à entretenir.

## VIH et les actions d'alimentation du nourrisson dans le système de santé

La composante sur l'alimentation du nourrisson des programmes de PTME s'est avérée extrêmement difficile dans de nombreux pays. Jusqu'à présent, une faible priorité a été accordée au counseling sur l'alimentation du nourrisson dans les programmes de PTME et la qualité du service offert a généralement été médiocre. Ceci se manifeste par le manque de ressources - humaines, financières et temps – accordées au counseling sur l'alimentation du nourrisson. Très peu de temps est consacré à ce sujet dans la formation PTME, et peu d'exemples de bonne qualité ou de matériels de formation existent au niveau des pays. Cela a conduit à des malentendus et des confusions généralisées autour du risque de transmission du VIH associé aux différentes formes d'allaitement maternel. Ceci a aussi abouti à un manque d'espace et de temps pour un counseling adéquat, à un soutien et à une supervision médiocres, à un suivi et une évaluation des pratiques d'alimentation des nourrissons très faible. Enfin, il y a très peu d'exemples de liens entre les services de PTME dans les établissements de santé et les interventions d'alimentation du nourrisson à base communautaire.

### **Encadré 29: Points de contact pour le counseling et le soutien sur le VIH et l'alimentation du nourrisson:**

- Après un résultat de test VIH-positif, mais avant l'accouchement, afin de recommander les méthodes d'alimentation des nourrissons (une ou plusieurs séances);
- Peu après la naissance (par exemple, avant la sortie de l'hôpital) pour assister la mère avec l'alimentation de son enfant;
- Dans la première semaine après l'accouchement pour aider la mère à nourrir son enfant avec succès;
- Pendant les soins postnataux de routine et à toutes les visites de l'enfant en bonne santé/ les visites de vaccination, et les visites de l'enfant malade (comme c'est la pratique pour les femmes qui sont VIH négatives et leurs enfants);
- Des séances supplémentaires peuvent être requises pendant les périodes spéciales à haut risque, par exemple lorsque la mère a des problèmes mammaires, avant qu'elle ne retourne au travail et à 11 et 12 mois pour évaluer et décider si elle peut cesser l'allaitement.;
- Toutefois, il est reconnu que toutes les femmes ne viennent pas au counseling quand elles sont enceintes ou à intervalles réguliers après la naissance.

Alors que certains pays ont considérablement intensifié les interventions de PTME au cours des deux dernières années, on se rend compte qu'il faudra du temps avant que tous les travailleurs de santé impliqués dans le soutien des mères VIH positives reçoivent une formation adéquate sur le VIH et l'alimentation du nourrisson et puissent offrir un counseling et un soutien efficace. Avec les nouvelles directives sur le VIH et l'alimentation du nourrisson, les agents de santé devront être (encore une fois) réorientés sur les nouvelles recommandations que leurs autorités sanitaires nationales ont établies. Un changement d'approche devra être fait, s'éloignant du counseling individuel sur les risques et avantages des différentes options et laissant le choix à la mère, vers une approche qui transmet les recommandations nationales, conseille les mères comment mettre ces recommandations en pratique, et aussi offre des options alternatives aux mères qui choisissent de ne pas suivre ces recommandations.

Une formation globale révisée et des outils de counseling révisés pour les prestataires de santé doivent encore être développés au moment de la rédaction de ce guide. Les initiatives de soutien du système de santé envers une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant en général, y compris les counseling et le soutien pourvus par IHAB et ANJE à travers les multiples contacts avec le système de santé devraient utiliser des directives, matériel de formation, outils de counseling, outils de travail et matériels de communication révisés qui supportent les directives de 2009 sur l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH. Ces efforts contribueront à un environnement dans lequel l'allaitement maternel et l'alimentation de complément optimale seront la norme et les mères VIH positives obtiendront le counseling approprié et un soutien particulier sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Les principales actions liées au VIH et l'alimentation du nourrisson dans le système de soins de santé comprennent ce qui suit:

**Intégrer l'alimentation du nourrisson dans les contacts de counseling et de dépistage des services de soins maternels:** À l'heure actuelle, trop peu de femmes enceintes connaissent leur statut VIH. Le conseil et le dépistage du VIH, désormais fournis dans le cadre du paquet de routine des tests de dépistage pendant la grossesse et l'accouchement (dépistage à l'initiative du prestataire), représente la principale porte d'entrée à la prévention, aux soins et au traitement pour la plupart des femmes en âge de procréer. Ces services doivent être largement disponibles pour permettre aux femmes enceintes et à leurs partenaires de connaître leur statut et d'accéder à un traitement approprié et des services de soins, y compris les ARV. Le service de dépistage doit être bien relié aux services de counseling sur l'alimentation du nourrisson afin de s'assurer que toutes les femmes VIH-positives reçoivent un counseling et un soutien adéquats pour leur permettre de nourrir leurs enfants en toute sécurité et de façon efficace.

**Répercussions du diagnostic précoce chez le nourrisson (EID) du VIH:** Le diagnostic précoce chez le nourrisson dans les programmes de PTME dans les pays en développement est une priorité de plus en plus grande avec des technologies devenant plus largement disponibles. D'une part, connaître le statut d'un enfant dès 6 semaines permet de prendre des décisions de traitement assez tôt si l'enfant est VIH positif. En ce qui concerne l'alimentation du nourrisson, on doit conseiller à la mère de l'enfant VIH positif d'allaiter l'enfant si possible, même si elle utilisait des SLM avant, afin de s'assurer que l'enfant puisse bénéficier de toutes les qualités protectrices du lait maternel. D'autre part, le prestataire de santé est confronté à un défi de counseling très grand pour la mère d'un enfant confirmée VIH-négatif par l'EID. La décision de continuer à exposer l'enfant VIH négatif au VIH par l'allaitement peut être rendue plus difficile en ayant cette connaissance définitive, mais les principes de counseling au sujet du faible risque de transmission avec les ARV associés à l'allaitement maternel et les conditions pour l'utilisation sans risque des SLM restent les mêmes.

**Appui à la formation des conseillers dans les sites de PTME et les travailleurs de la santé maternelle et infantile en dehors des sites de PTME sur le VIH et l'alimentation du nourrisson:** La connaissance des travailleurs de santé sur le VIH et l'alimentation du nourrisson est généralement faible, de même que leur connaissance sur l'alimentation du nourrisson en général. Il semble que le fait que les informations évoluent rapidement sur les risques de transmission mère-enfant par l'allaitement maternel et les directives en constante évolution confondent de nombreux agents de santé et soulèvent des doutes au sujet de la meilleure façon de soutenir les mères. En outre, certaines des informations qu'ils reçoivent, à travers les médias par exemple peuvent être incorrectes et dangereuses. Un manque de connaissances similaire et des croyances erronées existent également au sein de la population en général et chez les femmes enceintes en particulier. Il est donc important que la formation sur le counseling sur le VIH et l'allaitement maternel et l'alimentation du nourrisson ne se limite pas aux conseillers dans les sites de PTME. Idéalement, tous les travailleurs de santé qui sont en contact avec des femmes enceintes et des mères avec des nourrissons et des jeunes enfants devraient être formés. Tous les travailleurs qui conseillent sur le choix d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants doivent être bien formés et capables de communiquer la politique nationale au sujet de l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH, et peuvent fournir un soutien pour l'allaitement maternel exclusif, l'alimentation de remplacement, et l'alimentation de complément.

**Introduire un nouveau contact à 11 mois:** Avec les nouvelles recommandations sur le VIH et l'alimentation du nourrisson, une visite à 11 mois est nécessaire pour évaluer la sécurité alimentaire et d'autres aspects de la situation de la mère pour décider si l'allaitement peut être arrêté après 12 mois ou s'il doit se poursuivre. Jusqu'à deux contacts supplémentaires peuvent être nécessaires pour le suivi de la mère et de l'enfant et pour s'assurer que l'alimentation est

appropriée. Ces nouveaux contacts peuvent également être utilisés pour fournir des suppléments d'aliments de complément jusqu'à ce que l'enfant atteigne deux ans, si le pays a une politique et des programmes appropriés.

**Soutien continu et suivi des pratiques d'alimentation, de santé et de l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant:** Une étape clé du processus de counseling pour les mères VIH positives est d'assurer le suivi et de fournir un soutien continu à la mère dans l'exercice de sa décision d'alimentation du nourrisson, d'identifier et de résoudre les problèmes éventuels, de suivre la santé de la mère, la santé et la croissance du bébé. Cette étape est essentielle pour s'assurer que la mère nourrit l'enfant de manière appropriée et que le bébé est en bonne santé et grandit bien. Comme les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant changent beaucoup au cours des 24 premiers mois de vie d'un enfant, le soutien à la mère devrait continuer à être intensif au cours de cette période. Le soutien continu devrait également inclure un soutien nutritionnel aux mères VIH positives, et en particulier aux mères qui décident d'allaiter.

### **VIH et les actions d'alimentation des nourrissons dans les communautés**

Les mères n'ont souvent pas le pouvoir de tout décider sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, puisque les partenaires ou les parents (par exemple, la mère ou la belle-mère) prennent souvent ces décisions. La priorité est de prendre en considération les normes sociales, l'autorité, la responsabilité et les problèmes de ressources dans le contexte large de la communauté pour permettre à une mère VIH positive de nourrir convenablement son enfant. La question de la stigmatisation qui entoure le statut du VIH doit être soigneusement examinée par le biais d'une stratégie globale de sensibilisation et de participation de la communauté, de soutien à la mère et de communication, afin que les mères soient capables de prendre leurs ARV, de pratiquer leur option d'alimentation de manière appropriée, d'éviter la pratique risquée d'alimentation mixte et de prévenir la malnutrition de l'enfant.

Lors de la planification des programmes ANJE dans les milieux avec un taux élevé de VIH, des considérations et des directives sur le VIH et l'alimentation du nourrisson doivent être intégrées dans les deux principales stratégies des programmes d'ANJE décrites dans le chapitre sur les programmes communautaires d'ANJE: counseling ANJE à travers des cadres communautaires et des groupes de soutien de mère à mère.

Les Actions au niveau communautaire sur le VIH et l'alimentation du nourrisson devraient inclure:

- **Formation sur les techniques de counseling et de communication sur l'ANJE** pour les cadres communautaires utilisant des modules contenant des informations sur le VIH et l'alimentation du nourrisson basées sur les recommandations de l'OMS de 2010, ainsi que sur l'allaitement maternel et sur l'alimentation de complément, tels que le Paquet de Counseling Communautaire pour l'ANJE de l'UNICEF (voir chapitre 3.3). Il devrait y avoir un paquet consolidé contenant à la fois le counseling sur l'ANJE et le VIH et le counseling sur l'alimentation du nourrisson dans les milieux du VIH. La formation devrait inclure des séances pratiques pour améliorer les compétences en counseling et aborder la référence pour le dépistage des femmes enceintes et des enfants et un support pour la prise des ARV quand c'est nécessaire. Il est nécessaire que la recommandations nationale sur le VIH et l'alimentation du nourrisson soit transmise et expliquée à la mère au service de PTME dans le centre de santé. Le rôle de l'agent communautaire est de soutenir la mère afin de les mettre en pratique. L'agent communautaire devrait avoir une compréhension suffisante de la politique pour promouvoir et renforcer les messages des établissements de santé, fournir des éclaircissements supplémentaires ou rassurer les mères.
- **Renforcement des capacités et Assistance aux groupes de soutien aux mères:** Les groupes créés par le programme de PTME devraient être convenablement habilités pour répondre aux besoins de l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH et des groupes de soutien de

mère à mère devraient être créés par l'IHAB ou par un programme de nutrition. Ces groupes devraient être encouragés à participer et à assurer le suivi avec les femmes jusqu'à ce que le nourrisson ait au moins deux ans (et au-delà si les mères le souhaitent), et pas seulement pour la durée de la grossesse jusqu'au test de diagnostic précoce chez le nourrisson, comme c'est le cas dans certains programmes. Des outils de formation simplifiés pour développer des capacités de communication interactive doivent être utilisés afin de fournir un soutien aux mères par des conseillers non professionnels / agents communautaires; ces outils doivent être adaptés au contexte local.

- **Collecte des données:** les conseillers non professionnels, les agents communautaires et les groupes de soutien aux mères peuvent être une source d'informations sur les pratiques réelles d'alimentation des nourrissons, les défis et les éventuelles solutions. Les outils de suivi des programmes communautaires ANJE dans les pays avec une prévalence élevée du VIH devraient inclure une section sur l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH.

### Communication sur le VIH et l'alimentation du nourrisson

Comme il peut y avoir des stratégies de communication pour créer une demande pour les services de PTME, ces stratégies pourraient aussi servir de point d'entrée pour la communication sur le VIH et l'alimentation du nourrisson aux différents groupes de participants.

Les recommandations de 2010 sur le VIH et l'alimentation du nourrisson posent un défi de communication: comment faire en sorte que le public comprenne que l'allaitement maternel est beaucoup plus sûr avec les nouveaux protocoles sur les ARV, et en même temps éviter la perception que les femmes VIH positives peuvent allaiter en toute sécurité seulement si elles sont sous ARV. Par conséquent, il est essentiel de communiquer la nouvelle mesure correctement et efficacement.

La recherche formative dans des contextes de prévalence élevée du VIH doit chercher à comprendre les raisons expliquant les comportements et les pratiques liées à l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH. Les résultats de la recherche formative sur le VIH et l'alimentation du nourrisson doivent être utilisés pour guider le développement d'une stratégie de communication globale visant à améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans des contextes de forte prévalence du VIH.

Les activités de communication dans les milieux de forte prévalence du VIH doivent continuer à aborder les questions spécifiques liées à l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH, par exemple les risques de l'alimentation artificielle, les dangers de l'allaitement mixte et les avantages de l'allaitement maternel pour tous les enfants, y compris ceux exposés ou infectés par le VIH. La survie sans VIH devrait être soulignée dans les messages de communication.

Ces activités sont particulièrement importantes pour les femmes enceintes qui ne connaissent pas leur statut ou qui n'ont pas accès aux soins de santé prénataux et ne reçoivent pas de counseling sur le VIH et l'alimentation du nourrisson, ou celles qui vivent dans des zones où les ARV ne sont pas encore disponibles. Elles sont également importantes pour changer les attitudes et les comportements des groupes de participants secondaires qui exercent une influence sur la méthode de choix des mères: à cause de ces groupes de participants secondaires, souvent les femmes n'adoptent pas le comportement recommandé de façon optimale, bien qu'elles aient reçu le counseling sur l'alimentation du nourrisson au service de PTME.

L'approche de la communication sur le VIH et l'alimentation du nourrisson doit suivre les étapes décrites dans le chapitre sur la communication.

## Considérations de suivi et d'évaluation du VIH et de l'alimentation du nourrisson

Les principales sections comprennent le suivi des pratiques actuelles d'alimentation du nourrisson et l'impact des interventions sur la santé et la survie des enfants.

Il est proposé que les programmes de PTME et d'ANJE collectent des données en particulier dans les domaines suivants:

**Suivi de routine des pratiques réelles d'alimentation du nourrisson chez les enfants exposés au VIH.** Ceci peut être fait à travers la collecte des données de routine, si possible, par l'intermédiaire du programme de PTME, et par des études formatives basées sur les entrevues avec les mères, les communautés, les travailleurs de santé et les personnes vivant avec le VIH. Il est recommandé d'inclure un indicateur sur la pratique d'alimentation du nourrisson par les femmes VIH positives comme un indicateur clé dans le programme national de PTME. Un système de S&E de routine est en place dans la plupart des programmes de PTME et la plupart des données ci-dessus sur l'ANJE peuvent être intégrées dans ce système. Cependant, il faut comprendre que cette forme de suivi standard de la PTME fournit seulement les indicateurs de base minimum qui devraient être évalués, et que dans de nombreux contextes, l'information sur les pratiques alimentaires réelles n'est pas disponible par l'intermédiaire du système de santé. Ceci doit être adressé en s'assurant qu'un indicateur sur la pratique d'alimentation du nourrisson est inclus dans le système de suivi du programme de PTME et que ces données sont collectées correctement. L'OMS a récemment proposé que cet indicateur soit:

- ***Proportion des enfants allaités exclusivement lors du contact DTP3 dans le calendrier du PEV.***

De plus, la perte de vue des enfants et de leurs donneurs de soins est élevée: le suivi de nombreux nourrissons exposés au VIH n'est pas fait et il n'est donc pas possible d'établir leur statut en termes de VIH, de survie et de nutrition par exemple à l'âge de 12 ou de 24 mois. Cependant, pour une évaluation plus précise des pratiques d'alimentation et une compréhension plus approfondie des processus et résultats des activités de VIH et alimentation du nourrisson, d'autres informations doivent être collectées au niveau des ménages.

**Suivi de l'application des nouvelles recommandations:** vérification du nombre de sites de PTME où le personnel est formé sur l'ANJE dans le contexte du VIH (basé sur les directives de 2010 et leur adaptation nationale) et le nombre de sites qui pratiquent régulièrement le counseling sur l'ANJE; identifier le nombre total de prestataires de santé et de travailleurs communautaires formés sur les dernières directives sur le VIH et l'alimentation du nourrisson et qui les appliquent; la recherche formative sur les connaissances et les pratiques des agents de santé, les cadres communautaires, incluant l'évaluation du counseling réel des mères VIH positives par le biais d'enquête dans les établissements de santé telle que l'observation d'un échantillon de séances de counseling, des entretiens de sortie avec les mères et les donneurs de soins dans des sites de PTME.

**L'évaluation de la mise en œuvre du Code** dans le contexte des programmes de VIH pour les mères et les nourrissons doit être entreprise.

**L'évaluation de l'impact** des interventions sur la santé maternelle et infantile et sur la survie de l'enfant est importante à analyser grâce à l'utilisation des données des enquêtes menées dans les ménages telles que les EDS, EGIM et les enquêtes nutritionnelles en combinaison avec des études sur la prévalence du VIH. En l'absence de ce type d'enquêtes de ménages standard, l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) peut être utilisé pour obtenir une estimation grossière approximative de la couverture de l'allaitement maternel exclusif, par exemple dans une population spécifique. Divers outils pour mesurer un potentiel impact peut également être utilisé.

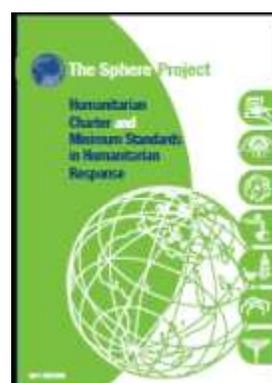
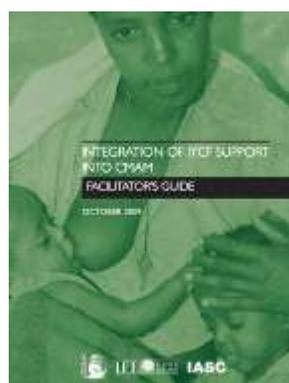
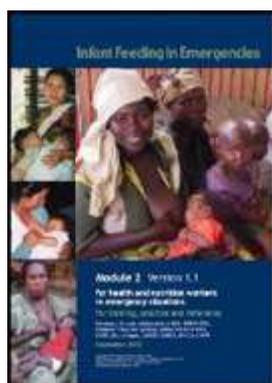
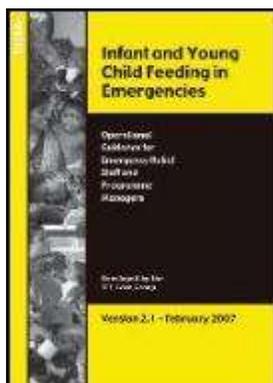
### 3.5.2 Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence

#### Vue d'ensemble de la section d'ANJE en situation d'urgence:

3.5.2.1 Importance de l'ANJE optimale dans les situations d'urgence

3.5.2.2 Actions prioritaires

Ce chapitre fournit un bref résumé des principaux aspects de l'alimentation du nourrisson dans les situations d'urgence, comme un outil clé de politique et d'orientation tels que **Alimentation du Nourrisson et du Jeune enfant dans les situations d'urgence : Directives Opérationnelles (IFE Core Group 2007)** et d'autre matériels de formation qui existent déjà, y compris un module pour les conseillers sur l'intégration de l'ANJE dans les programmes de PCMA. En plus du module d'apprentissage en ligne sur l'alimentation du nourrisson dans les situations d'urgence développé par l'Emergency Nutrition Network et du module de Harmonized Training Package on IYCF in emergencies, l'UNICEF a également un cours en ligne sur l'ANJE dans les situations d'urgence dans le cadre de sa série Nutrition in Emergencies ([voir l'annexe Ressources 1-11](#))



L'ANJE dans les situations d'urgence est également reflétée dans les normes actuelles Sphère pour la réponse humanitaire. Les deux nouvelles normes d'ANJE dans Sphère 2011 sont:

- Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant standards1: Directives de Politique et Coordination
- Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant standard 2: Soutien de base et qualifié

#### 3.5.2.1 Importance de l'ANJE optimale dans les situations d'urgence

Pendant les situations d'urgence telles que les tremblements de terre, inondations, cyclones, la sécheresse ou les conflits, les taux de maladie et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans sont généralement plus élevés que pour n'importe quel autre groupe d'âge. La mortalité peut être particulièrement élevée en raison de l'impact combiné d'une incidence très élevée de maladies transmissibles et des taux élevés de malnutrition. Les nourrissons de moins de six mois qui ne sont pas allaités pendant les situations normales sont déjà plus de 14 fois plus susceptibles de mourir de n'importe quelles causes que les enfants allaités exclusivement [4]. Ces risques sont amplifiés dans les situations d'urgence lorsque la situation hygiénique et la situation par rapport à l'eau sont souvent considérablement aggravées par rapport aux situations normales et lorsque les épidémies sont plus répandues. **L'allaitement maternel exclusif est une pratique qui sauve la vie** avec le potentiel d'impact préventif le plus élevé pour la survie du nourrisson de moins de six mois au cours d'une

urgence<sup>1</sup>. Les mesures fondamentales pour prévenir la mortalité et la dénutrition chez les nourrissons et les jeunes enfants en situation d'urgence sont d'assurer une alimentation et des soins optimaux, en se concentrant en particulier sur la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel.

Cependant, dans beaucoup de pays propices aux urgences, la couverture de l'allaitement maternel exclusif reste très minimale, et la portée et la couverture des programmes d'ANJE restent limitées.

Dans les situations d'urgence, **l'allaitement continu** jusqu'à 2 ans ou au-delà, avec **une alimentation de complément de qualité**, est également très important en raison de la protection continue contre l'infection que l'allaitement confère et en raison de sa valeur nutritive. La protection précieuse contre l'infection et ses conséquences sont encore plus importantes dans des environnements sans approvisionnement en eau potable et sans services sanitaires, où la préparation et l'utilisation sans risque des SLM sont souvent impossibles.

**Dans les situations d'urgence, l'utilisation de n'importe quel SLM peut encore augmenter les risques de maladie, de malnutrition et de mortalité**, et perturber la protection fournie par l'allaitement. Dans les situations d'urgence, l'allaitement ne doit pas être compromis par des dons et l'utilisation inappropriés de SLM. L'expérience a montré que, sans une évaluation adéquate des besoins, une quantité excessive de produits laitiers pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants est souvent fournie dans les situations d'urgence par des donateurs bien intentionnés mais mal informés, ou à cause des sollicitations faites par des gouvernements mal informés. Si des provisions non sollicitées de SLM et / ou laits en poudre sont largement disponibles, les mères qui pourraient allaiter naturellement peuvent commencer à utiliser les aliments artificiels. Cette situation expose les nourrissons et de jeunes enfants à un risque élevé de maladie et de décès, surtout par diarrhées lorsque l'eau propre est rare. L'utilisation de biberons ne fait qu'ajouter au risque d'infection car ils sont difficiles à nettoyer correctement.

Pour résumer, la programmation de l'ANJE dans les situations d'urgence est importante pour les raisons suivantes:

- L'allaitement est sans risque, gratuit et sauve la vie des enfants vulnérables dont les risques de décès augmentent de façon marquée dans les situations d'urgence.
- Les urgences augmentent les risques de diminuer l'allaitement maternel et d'utiliser l'alimentation mixte.
- La poursuite de l'allaitement maternel est essentielle dans la réduction du risque de diarrhée et d'autres maladies des enfants plus âgés, qui augmente en cas d'urgence.
- Les dons de SLM compromettent l'allaitement et peuvent causer la maladie et la mort.
- L'ANJE est essentielle pour réduire le risque élevé de malnutrition dans les situations d'urgence.
- Une alimentation de complément sans risque, adéquate et appropriée contribuant de manière significative à la prévention de la malnutrition et de la mortalité chez les enfants après 6 mois est souvent compromise dans les situations d'urgence et nécessite une attention particulière.

## Défis

En termes d'ANJE, certains des défis communs auxquels sont confrontés les pays dans les situations d'urgence sont les suivants:

- Souvent, l'ANJE n'est pas bien prise en compte dans la préparation, les plans de réponse, et les activités d'urgence.
- De nombreux pays ne disposent pas de programmes complets d'ANJE, qui pourraient servir de base pour assurer des activités de réponse aux urgences efficaces et bien organisées. L'absence de programmes d'ANJE signifie également que les pratiques d'ANJE au début de l'urgence sont

---

<sup>1</sup> Voir: section "Why Promote Breastfeeding in Emergencies?" dans [Behaviour Change Communication in Emergencies: A Toolkit - Chapter 5 \(UNICEF ROSA 2006\)](#)

également susceptibles d'être mauvaises, et que les directives locales sur l'ANJE, les matériels de formation et d'autres ressources ne seront pas disponibles.

- Les pays manquent souvent d'une masse critique de cadres formés en ANJE dans le système de santé et dans la communauté, et qui peuvent être mobilisés dans les situations d'urgence.
- Pendant les situations d'urgence, seul un petit nombre d'organismes internationaux avec une présence sur le terrain possèdent une expertise en ANJE: le plaidoyer et le renforcement des capacités sont insuffisants.
- La capacité locale et internationale en communication pour le changement de comportement sur l'ANJE dans les situations d'urgence est souvent inadéquate.
- Des directives claires et des matériels font défaut sur l'alimentation de complément dans les situations d'urgence (pas de "paquet panacée" unique disponible, l'attention et l'adaptation au contexte local est crucial).
- Dans de nombreux cas, les gouvernements ne parviennent pas à prendre des mesures pour appliquer et faire respecter le Code: les dons de SLM et le lait en poudre abondent dans toutes les situations d'urgence.
- La réponse aux dons de substituts du lait maternel dans les situations d'urgence est souvent inadéquate ou non appropriée:
  - Les dons ne sont pas découragés ou bloqués.
  - Il y a un manque de clarté sur la façon de gérer les dons.
  - Les problèmes logistiques en matière de stockage ou l'incorporation des dons "confisqués" dans les aliments composés pré-mélangés / farines sont souvent rencontrés.
- Les systèmes d'approvisionnement rapide, de ciblage et de distribution de SLM appropriés aux enfants éligibles non allaités sont souvent faibles.

### 3.5.2.2 Actions prioritaires

Les directives opérationnelles sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence « *Operational Guidance on Nourrisson and Young Child Feeding in Emergencies* » (voir l'annexe Ressources 1-11) contient 6 "étapes concrètes" pour la mise en œuvre des actions d'ANJE dans les situations d'urgence:

1. Approuver ou élaborer des politiques
2. Former le personnel.
3. Coordonner les opérations.
4. Évaluer et suivre.
5. Protéger, promouvoir et soutenir l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant.
6. Minimiser les risques de l'alimentation artificielle.

Bon nombre de ces étapes sont inclus dans les actions prioritaires. Les trois points en gras ont été ajoutés ou traités de façon plus détaillée que dans les directives opérationnelles<sup>1</sup>:

- i. **Préparation et planification des urgences.**
- ii. Protéger, restaurer et soutenir l'allaitement maternel.
- iii. Prévenir et gérer les dons de SLM et de laits en poudre.
- iv. Garantir une alimentation adéquate pour les enfants sans accès à l'allaitement.
- v. **Assurer la disponibilité et l'utilisation des aliments de complément appropriés à l'âge et des suppléments**
- vi. **Assurer l'intégration du counseling ANJE dans les programmes d'urgence pour la gestion de la MAS.**

---

<sup>1</sup> Les directives opérationnelles seront mises à jour en 2011

## i. Préparation aux urgences et planification

Les stratégies de préparation aux urgences pour l'ANJE sont cruciales. La présence d'une stratégie globale, d'un programme d'ANJE à grande échelle avec des cohortes disponibles de prestataires de santé et de cadres communautaires formés et qualifiés permettent à un pays de mieux prendre en considération l'ANJE dans les situations d'urgence. Atteindre des taux élevés de bonnes pratiques d'allaitement en pré-urgence est important, et connaître à l'avance la situation de l'alimentation de complément et les déficits alimentaires des enfants est important. Les actions clés suivantes aideront à préparer un pays pour aborder l'ANJE dans les situations d'urgence:

- Inclure les interventions d'ANJE avec les directives et matériels de formation en ANJE dans les situations d'urgence, les plans de préparation et de réponse aux urgences.
- S'assurer de la présence d'institutions et de partenaires locaux adéquats pour concevoir, planifier et mettre en œuvre des activités de counseling de soutien et de communication sur l'ANJE dans les situations d'urgence, y compris la formation du personnel humanitaire et du personnel du gouvernement, de façon aussi large que possible.
- Développer des cohortes adéquates de conseillers qualifiés (prestataires de santé et travailleurs communautaires d'ANJE) à travers le pays et faire des préparatifs d'urgence une priorité essentielle.
- Éduquer le personnel du gouvernement et des ONG sur l'importance de protéger et de soutenir l'allaitement et sur les approches de prévention et de gestion des SLM reçus en tant que dons.
- Les pays doivent mettre en œuvre et faire appliquer le Code, y compris l'adoption d'une politique qui consiste à ne pas solliciter les dons de SLM et de lait en poudre et de les empêcher dans les situations d'urgence. Il est important de sensibiliser les gouvernements sur la question des dons dans le cadre de la préparation aux urgences, pour que des mesures rapides et décisives soient prises dès l'apparition d'une situation d'urgence, pour s'assurer que le gouvernement ne sollicite pas de dons de SLM et que les dons soient évités et arrêtés de manière efficace dès le début.
- Pendant l'urgence, il peut y avoir un besoin de procéder à une formation rapide sur le counseling et sur les questions spécifiques à l'ANJE (par exemple utilisation de RUIF, comment établir et gérer des sites de counseling et de services d'ANJE, la façon d'intégrer ANJE dans la Programme d'Alimentation supplémentaire (PAS) et PCMA). Il est important d'avoir des formateurs et du matériel en place dans le cadre de la préparation.

### **Encadré 30: Quelques mythes sur l'Allaitement à prendre en considération dans les situations d'urgence durant la conception du counseling et des messages de communication:**

#### **« LE STRESS TARIT LE LAIT »**

Bien qu'un stress important ou qu'une peur extrême puissent causer l'arrêt momentané de la montée de lait, cette réaction, comme beaucoup d'autres réactions physiologiques face à l'anxiété, est généralement temporaire. Il y a plus d'évidences prouvant que l'allaitement maternel produit des hormones qui réduisent la tension, calme la mère et le bébé et crée un lien d'amour.

#### **« LES BEBES QUI ONT LA DIARRHEE ONT BESOIN D'EAU OU DE THE »**

Comme le lait maternel contient près de 90% d'eau, les bébés qui sont exclusivement allaités et qui souffrent de diarrhée n'ont généralement pas besoin de liquides supplémentaires tels que de l'eau ou du thé. L'eau est souvent contaminée dans les situations d'urgence. Dans le cas de diarrhée sévère, une thérapie de réhydratation orale (administrée par tasse) peut être nécessaire.

#### **« ON NE PEUT PAS REPREDRE L'ALLAITEMENT MATERNEL APRES L'AVOIR ARRETE »**

Avec une technique et un soutien adéquats pour la re-lactation, il est possible d'aider les mères et leurs bébés à recommencer l'allaitement après qu'ils aient pris les SLM. C'est parfois vital dans les situations d'urgence.

#### **« LES MERES QUI NE SE NOURRISENT PAS SUFFISAMMENT NE PEUVENT PAS ALLAITER »**

Seules les mères les plus sévèrement malnutries ont une production et une qualité de lait réduites. Les mères devraient être encouragées à allaiter fréquemment pour que la production de lait maternel s'améliore. L'alimentation supplémentaire pour les mères enceintes et allaitantes est également essentielle.

## ii Protéger, restaurer et promouvoir l'allaitement maternel

Créer des conditions qui faciliteront l'allaitement maternel comme intervention destinée à sauver des vies est prioritaire, et une attention appropriée doit être accordée aux appels de financement d'urgence, à la planification, aux directives, à la coordination, à la réponse et au suivi. Les principales actions sont les suivantes:

- S'assurer que des annonces communes sur l'importance de l'ANJE et les dons de SLM par l'UNICEF, l'OMS et le gouvernement soient rapidement créées, largement diffusées et rendues publics au début d'une urgence; elles peuvent être accompagnées par des communiqués de presse appropriés. Les ressources tels que le [Joint Model Statement on IFE](#) et [Media Guide on ANJE in Emergencies](#), disponibles sur le site ENN, peuvent aider pendant ces processus.
- La création de services de counseling en ANJE, de sites ou de refuges pour les femmes enceintes et allaitantes. Les services visent à réduire le stress, évaluer l'alimentation du nourrisson, sa santé et sa nutrition en général, et à référer si nécessaire. Ils visent à fournir un counseling et un soutien incluant la relaxation ou l'alimentation artificielle le cas échéant, et fournir aux mères des rations spéciales, de l'eau et des suppléments. Les services pourraient être fournis à travers des structures de santé existantes ou par la communauté, être intégrés au sein des services PCMA ou des espaces amis des enfants ou par l'intermédiaire de structures spécialisées d'ANJE autonomes. La décision sur le type de service qui devrait être mise en œuvre doit se baser sur les considérations suivantes:
  - Quand il y a des dangers majeurs ou des problèmes concernant l'allaitement d'un grand nombre de nourrissons non-accompagnés ou d'orphelins, de nombreuses personnes déplacées, la destruction des établissements de santé existants ou la perturbation des services – alors les services autonomes temporaires, tels que «tentes pour bébés» ou les espaces amis des bébés<sup>1</sup> sont peut-être nécessaires.
  - Lorsque l'urgence évolue lentement, comme c'est le cas lors d'une sécheresse, il n'y a pas de destruction majeure des services existants et il y a suffisamment de personnels sur les sites offrant des services de nutrition, lorsqu'il n'y a aucun déplacement significatif des populations et pas de concentration importante de personnes dans des camps, alors les services ANJE peuvent être intégrés au sein d'autres services de nutrition tels que la prise en charge de la MAS et l'alimentation de complément.
  - La mise en place de références pour un nombre requis de sites offrant le counseling / soutien à toutes les personnes qui s'occupent des enfants de moins de 1 an et une mise en place de ressources humaines, financières et matérielles nécessaires pour les faire fonctionner sont importantes dans la planification de la réponse ANJE.
  - Des stratégies de communication (Voir annexe Ressources 1-11)<sup>2</sup> pour promouvoir l'alimentation optimale du nourrisson sensibilisent le public sur les risques de l'alimentation artificielle et diffusent l'information aux mères et aux donneurs de soins sur les services disponibles (par exemple les «havres de sécurité», services de counseling et de soutien, etc.).
  - Une coordination efficace de l'ANJE dans le cadre du Cluster Nutrition est importante. L'ANJE devrait figurer en bonne place sur l'ordre du jour des réunions du Cluster Nutrition, les interventions efficaces ANJE devraient être encouragées, des directives et des outils doivent être mis à la disposition de tous les partenaires et, si nécessaire, un sous-groupe d'ANJE peut être créé.
  - Le suivi des processus et des résultats des interventions d'ANJE dans les situations d'urgence doit être fait de manière appropriée. Par exemple, si une enquête SMART est entreprise, des questions pertinentes sur l'ANJE peuvent être incluses dans le questionnaire,

<sup>1</sup> Un exemple d'un programme de service d'ANJE séparé est le programme "tente de bébé" après le séisme en Haïti, pour lequel des directives étaient développées (Voir [131] et Annexe Ressource

<sup>2</sup> Incluant des documents tels que [Joint Model Statement on IFE \(IFE Core Group 2008\)](#) and [Media Guide on IYCF in Emergencies \(IFE Core Group 2007\)](#)

conformément aux directives habituelles des enquêtes d'ANJE<sup>1</sup>, ainsi que des questions sur la réception de dons et autres. Le Cluster Nutrition devrait suivre les activités d'ANJE menées par tous les partenaires dans le cadre de son système de suivi standard. Un examen de la réponse d'ANJE peut être demandé si nécessaire.

### Prévention et gestion des dons de SLM et du lait en poudre

Les principales actions sur ce problème important qui se pose malheureusement dans toutes les situations d'urgence sont les suivantes:

- S'assurer que de tels dons ne sont pas demandés ou acceptés. Cela peut impliquer le plaidoyer auprès des gouvernements pour éviter de solliciter des dons de SLM dans les listes d'articles d'urgence, prévenir l'obtention des dons, préparer une déclaration commune appelant à éviter les dons, empêcher les cargaisons d'entrer dans le pays par le biais de la douane ou en supprimant les circuits de distribution.
- Bien que l'accent devrait être mis sur la prévention des dons, si des dons non-sollicités sont faits, alors une seule agence de coordination devrait être désignée pour les gérer, y compris leur collecte, la planification de leur utilisation en toute sécurité et leur distribution. Une utilisation appropriée de ces SLM doit être assurée pour les enfants qui ont besoin, comme décrit ci-dessus, et les surplus doivent être utilisés pour des groupes cibles pouvant bénéficier de produits laitiers, tels que les enfants de 6-23 mois et les femmes enceintes et allaitantes en les mélangeant avec des aliments de base ou des aliments composés. Le lait en poudre ne doit jamais être distribué en tant que produit distinct. Une coordination étroite est nécessaire avec les partenaires du PAM et d'autres partenaires d'aide alimentaire qui participent à la préparation de prémix dans lequel le lait en poudre peut être ajouté.
- Une cartographie ou un suivi de la portée et de la couverture des dons peuvent être inclus dans les enquêtes de ménage ou comme un exercice distinct<sup>2</sup>.

### Garantir une alimentation adéquate pour les enfants qui ne peuvent pas être allaités

Dans certaines situations d'urgence, l'allaitement est impossible<sup>3</sup>. Ces cas sont déterminés par une évaluation et des conseils d'un professionnel sur la gestion de la lactation et sur les raisons médicales justifiant le non allaitement.<sup>4</sup>

Tout apport de SLM pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants devraient être fondées sur une évaluation professionnelle minutieuse des besoins, précisant des critères pour les enfants qui ne peuvent pas être allaités. Les SLM devraient être utilisés sous un contrôle et un suivi strict. Dans le cas de SLM pour les enfants de moins de 6 mois et lorsque les conditions d'hygiène sont mauvaises /eau non potable, le lait liquide déjà prêt à être utilisé pour les nourrissons (RUIF) est une option plus sûre. Ces produits doivent être distribués séparément de l'aide alimentaire et des consultations sur l'allaitement maternel pour éviter le phénomène de « débordement ». Ils devraient être entreposés, préparés et distribués dans des conditions hygiéniques selon les directives internationales et sous la supervision étroite des agents de santé formés.

Dans les situations d'urgence, l'approvisionnement en RUIF ou autre SLM pour les orphelins et les autres enfants éligibles doivent être effectuée par le gouvernement ou par une agence désignée sous la coordination du Cluster Nutrition. L'UNICEF peut s'approvisionner en SLM seulement après l'approbation de la Section Nutrition du siège social<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Selon les indicateurs ANJE Partie II (Mesures) questionnaires EGIM ou EDS

<sup>2</sup> Voir Ressources et Outils Annex 1-11 pour un rapport d'une activité de suivi effectuée à Haiti, comprenant l'outil. Le site Web ENN contient plusieurs articles sur le suivi des dons dans les urgences récentes

<sup>3</sup> Voir Section 6.2.2 of *Infant and Young Child Feeding in Emergencies: Operational Guidance (IFE Core Group 2007)* [69].

<sup>4</sup> Voir *Acceptable medical reasons for use of breastmilk substitutes (WHO/UNICEF 2008)* [1].

<sup>5</sup> L' IFE Core Group a récemment publié un [addendum to the Operational Guidance](#) qui clarifie les questions liées à l'approvisionnement des SLM (disponible sur le site web ENN)

### Encadré 31

En mai 2010, l'**Assemblée Mondiale de la Santé** a exprimé sa préoccupation puisque les plans nationaux de préparation aux urgences et les interventions d'urgence internationales ne couvrent pas toujours la protection, la promotion et le soutien de l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant, et a adopté la **résolution 63.23** qui a exhorté les Etats membres:

*« A s'assurer que les plans de préparation nationaux et internationaux et les interventions d'urgences suivent les directives opérationnelles basées sur les preuves pour le personnel des organisations humanitaires et les responsables de programmes sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence, Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers, qui comprend ... la nécessité de minimiser les risques de l'alimentation artificielle, en s'assurant que les substituts du lait maternel nécessaires sont achetés, distribués et utilisés selon des critères stricts »*

Les principales mesures relatives à l'identification et l'alimentation appropriée des nourrissons qui ne peuvent pas être allaités sont les suivantes:

- Des évaluations rapides devraient être conduites pour déterminer si la population affectée par la situation d'urgence comprend un nombre important de nourrissons non accompagnés, des orphelins ou d'autres nourrissons qualifiés âgés de moins de 1 an qui n'ont pas la possibilité d'être allaités et qui ont besoin d'aide alimentaire appropriée<sup>1</sup>. Les estimations doivent être rapidement déterminées.
- Les solutions localement appropriées pour nourrir ces enfants doivent être rapidement identifiées dès le début de l'urgence. Dans certains contextes, cela peut inclure des nourrices ou des banques de lait, tandis que dans d'autres, un SLM convenable peut être la meilleure solution, notamment RUIF.g
- Des quantités limitées de SLM peuvent être appropriées dans les hôpitaux, les établissements de santé dans les camps, les ONG et les orphelinats, pour les enfants éligibles. Le mécanisme de coordination de nutrition dans le pays (généralement le Cluster Nutrition), en tant qu'élément clé de la préparation aux urgences, doit déterminer si le gouvernement peut s'approvisionner en quantité suffisante de SLM d'une manière efficace et rapide en fonction de critères définis, ou, dans les cas où le gouvernement n'a pas cette possibilité, identifier un fournisseur approprié. L'UNICEF peut être un fournisseur de dernier recours, après l'approbation du siège social de l'UNICEF<sup>2</sup>. Les allocations doivent être conformes aux normes applicables recommandées par la Commission Codex Alimentarius et étiquetées conformément aux dispositions du Code.
- S'assurer que seuls les enfants qui ont besoin de SLM les reçoivent et éviter les effets de « débordement ».
- S'assurer que ceux qui décident des approvisionnements acceptables soient informés sur les dangers de la distribution de ces produits.

### **Assurer la disponibilité et l'utilisation d'aliments de complément et de suppléments à l'âge approprié.**

A partir de l'âge de six mois, les enfants ont besoin d'alimentation de complément appropriée, suffisante et sûre en plus du lait maternel. Dans des conditions d'urgence, il peut souvent être difficile de répondre à ces exigences sans un soutien supplémentaire. La diversité alimentaire diminue

<sup>1</sup> Exemple de critères de l'orientation IFE Ops pour un usage temporaire ou à long terme des préparations pour nourrissons comprennent: la mère absente ou décédée, la mère très malade, la mère en train de relacter jusqu'à ce que la lactation soit rétablie, la mère qui a exclusivement artificiellement nourri son enfant avant la situation d'urgence et ne peut pas relacter, la mère VIH positive qui a choisi de ne pas allaiter et où les critères AFADS sont remplies, l'enfant rejeté par la mère, les victimes d'un viol qui ne souhaitent pas allaiter.

<sup>2</sup> Voir l' [addendum to the Operational Guidance](#) qui clarifie les questions liées à l'approvisionnement des SLM ( disponible sur le site Web d'AEN)t

souvent de façon significative, et le risque de carences en micronutriments devient très élevé [187]. Par conséquent, l'apport d'aliments enrichis ou de suppléments en micronutriments dans des programmes supervisés pour les jeunes enfants représente une forme d'assistance alimentaire plus appropriée qu'une aide alimentaire basée sur des produits laitiers ou céréales non enrichis. La nourriture adéquate pour l'alimentation des enfants âgés de 6 à 23 mois comprend des suppléments nutritifs de lipides (voir annexe 1-2 de la *Description des aliments de complément*). Ces actions doivent:

- Assurer l'allocation de suppléments ou des aliments de complément dans les cas où il n'y a pas d'accès à des aliments locaux de qualité. Ces suppléments peuvent inclure des suppléments nutritionnels à base de lipides tels que Nutributter ou Plumpydoz ou des aliments composés enrichis tels que CSB++ pour les jeunes enfants de plus de 6 mois, avec une teneur élevée en nutriments et une texture appropriée pour les nourrissons lorsqu'elles sont préparées. Les décisions sur le type d'aliments, groupe d'âge cible (6-23m, 6-35m, 24-59 mois, etc.), la durée de la supplémentation, le ciblage et les mécanismes de distribution dépendront du contexte local et de la situation, y compris le type d'urgence, la situation nutritionnelle, les niveaux de l'insécurité alimentaire et la disponibilité des partenaires et des produits adaptés.
- Assurer l'apport de suppléments en multi-micronutriments, si nécessaire [188]. Les multi-micronutriments peuvent être accordés aux groupes plus âgés (par exemple 24-59 mois) pendant que les enfants plus jeunes (6-23m) reçoivent des LNS ou des aliments enrichis, ou ils peuvent être donnés à tous les enfants de plus de 6 mois quand la sécurité alimentaire s'est stabilisée mais la teneur en micronutriments de l'alimentation est encore pauvre.
- Le counseling et la communication sur l'alimentation de complément, y compris l'utilisation des suppléments - s'ils sont fournis - ainsi que les aliments disponibles localement, les pratiques de soins et d'alimentation, l'hygiène et les soins et l'alimentation fournis à l'enfant malade, doivent accompagner toutes les distributions de suppléments.

### **Assurer l'intégration du counseling sur l'ANJE dans les programmes de prise en charge de la MAS**

Dans des contextes où les programmes de PCMA sont mis en œuvre, l'ANJE devrait pleinement s'intégrer au sein de ces programmes:

- Toute formation sur la prise en charge de la MAS (dans les établissements ou PCMA), y compris dans les situations d'urgence devraient inclure un module sur le counseling sur l'ANJE. Le Paquet de Counseling Communautaire pour l'ANJE de l'UNICEF peut être utilisé, il contient des sessions adaptées au contexte de la MAS.
- Avant la sortie des enfants admis avec MAS, on doit passer en revue les pratiques d'alimentation de l'enfant malnutri, et le counseling sur l'allaitement maternel exclusif ou l'allaitement continue ainsi que le counseling sur une alimentation de complément, opportune, sûre, appropriée et adéquate (après l'âge de 6 mois), y compris la démonstration de la préparation des aliments et le partage des recettes avec les mères pour une utilisation optimale des aliments disponibles localement pour les enfants de 6 à 23 mois.

## **Annexe 1: Ressources, outils et sites web utiles**

### **Annexe des Ressources 1-1: Politique et Planification**

*Les matériels disponibles sur la politique d'ANJE, le plaidoyer, la planification et autres ressources techniques*

Grille d'évaluation d'ANJE. UNICEF (2009) Ce classeur Excel est conçu pour saisir de manière exhaustive tous les aspects recommandés pour un programme d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans un pays; ainsi qu'un compte-rendu du niveau d'intervention pour lequel différents programmes sont mis en œuvre. Les pays sont encouragés à le remplir pour obtenir une vue d'ensemble détaillée et complète de la programmation, à faire périodiquement le suivi de l'état d'avancement du programme et d'évaluer dans quelle mesure l'application de l'ANJE porte sur les domaines d'action recommandés d'un programme complet d'ANJE dans leur pays.

[http://www.intranet.unicef.org/PD/YCSD.nsf/0/F996EEFE3EBD0EDC852572030074B023/\\$FILE/YC F%20survey-final%20June%202015.xls](http://www.intranet.unicef.org/PD/YCSD.nsf/0/F996EEFE3EBD0EDC852572030074B023/$FILE/YC F%20survey-final%20June%202015.xls)

**Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.** WHO/UNICEF (2003).

<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/index.html>

**Infant and Young Child Feeding: A Tool for Assessing National Practices, Policies and Programmes.** WHO/Linkages (2003).

[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9241562544/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241562544/en/index.html)

**Experience LINKAGES: Policy Dialogue** Décrit le cadre conceptuel pour un changement de politique, identifie les principales questions de politique liées à l'ANJE, discute des stratégies de LINKAGES pour relever les défis sur les politiques, et résume les leçons apprises. AED / Linkages (2006)

[http://www.linkagesproject.org/media/publications/Experience\\_LINKAGES\\_PolicyDialogue.pdf](http://www.linkagesproject.org/media/publications/Experience_LINKAGES_PolicyDialogue.pdf)

**Planning Guide** for National Implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO (2007).

[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9789241595193/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241595193/en/index.html)

**Microplanning for immunization service delivery using the Reaching Every District strategy.**

WHO. 2009. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_IVB\\_09.11\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IVB_09.11_eng.pdf)

**Scientific rationale for breastfeeding.** UNICEF (2009). Ce document résume brièvement les connaissances scientifiques concernant les avantages de l'allaitement et inclut une liste de références. Le document peut aider des pays à préparer des notes d'information, des présentations, des documents d'orientation et des plaidoyers.

[http://www.unicef.org/nutrition/files/Scientific\\_rationale\\_for\\_benefits\\_of\\_breastfeeding.pdf](http://www.unicef.org/nutrition/files/Scientific_rationale_for_benefits_of_breastfeeding.pdf)

**Quantifying the Benefits of Breastfeeding: A Summary of the Evidence.** Leon-Cava N. *et al.* PAHO (2002). <http://www.linkagesproject.org/media/publications/Technical%20Reports/BOB.pdf>

**A Guide for Calculating the Benefits of Breastfeeding:** Le guide offre des conseils détaillés pour les utilisateurs de "Policy Analysis Tool for Calculating the Health, Child Spacing, and Economic Benefits of Breastfeeding" « (Outil d'Analyse de Politique pour calculer la Santé, l'espacement des naissances, et les avantages économiques de l'allaitement) et identifie les principales caractéristiques des sept feuilles de travail de l'outil et la base de calcul. J. Ross, V. Aguayo, H. Stiefel. AED (2006).

[http://www.linkagesproject.org/media/publications/BOB\\_guide\\_10.06.pdf](http://www.linkagesproject.org/media/publications/BOB_guide_10.06.pdf)

**Profiles** : est un processus pour la politique de nutrition et le plaidoyer conçu pour démontrer qu'une meilleure nutrition contribue au développement humain et économique. Il utilise la

connaissance scientifique actuelle et les modèles informatiques interactifs pour prévoir les conséquences fonctionnelles d'une mauvaise nutrition sur des résultats importants de développement comme la mortalité, la morbidité, la fertilité, la performance scolaire et la productivité. Il estime aussi les coûts et les avantages de programmes de nutrition dans un pays donné. Le logiciel a été mis à jour récemment pour prendre en compte les nouvelles connaissances scientifiques, et est continuellement mis à jour pour inclure la dernière littérature disponible. Au lien suivant vous pouvez voir les modèles que Profiles a : par exemple, il inclut les nouveaux modèles de mortalité fondés sur les normes de croissance de l'OMS qui utilise la catégorie de sévérité légère pour la malnutrition, le retard de croissance et l'émaciation. Il inclut aussi un nouveau modèle de retard de croissance-productivité qui utilise la dernière littérature disponible. <http://www.aedprofiles.org/about-profiles>

**A Policy Analysis Tool for Calculating the Health, Child Spacing, and Economic Benefits of Breastfeeding:** Cet outil composé de feuille de calcul Excel consiste en sept feuilles de travail : l'introduction, les hypothèses, la production de lait maternel, la santé, la survie, la fertilité, et le résumé. Les feuilles de calcul estiment les effets de l'allaitement sur un ensemble de résultats fonctionnels avec une portée sur les politiques publiques. J. Ross, V. Aguayo, H. Stiefel. AED (2006) <http://www.linkagesproject.org/technical/breastfeeding.php>

**Experience LINKAGES: Cost & Effectiveness.** Décrit le processus de LINKAGES entrepris par le programme du Madagascar qui lie les coûts de ses interventions aux changements résultant des comportements d'alimentation du nourrisson. AED/Linkages (2005). [http://www.linkagesproject.org/media/publications/Experience\\_LINKAGES\\_Cost&Effectiveness.pdf](http://www.linkagesproject.org/media/publications/Experience_LINKAGES_Cost&Effectiveness.pdf)

**Operational Guidance on Gender Analysis and Programming for Young Child Survival and Development. UNICEF, Version 1, April 2010.** Ce guide vise à orienter le personnel du programme de l'UNICEF sur la façon d'appliquer l'analyse de genre et la programmation basée sur le genre à la survie du jeune enfant et au développement global, ainsi que dans les zones d'intervention sectorielles. Alors que certaines régions sont plus avancées que d'autres en termes de compréhension et de l'intégration du genre dans la programmation, ce document fournit un point de départ pour introduire de façon pragmatique une perspective spécifique au genre dans le travail de l'UNICEF en matière de survie du jeune enfant et le développement. Il contient une section spécifique sur ANJE et la nutrition maternelle

<http://www.intranet.unicef.org/iconhome.nsf/1033ed9773ce3c1e8525756900783ac9/277b5da2ba8717a885257769005a0a72?OpenDocument>

## ***Annexe des Ressources 1-2: Technique***

### ***Techniques des principes directeurs, normes et standards***

**The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: A Systematic Review.** Rapport d'une consultation technique. OMS (2001). [http://www.who.int/nutrition/publications/optimal\\_duration\\_of\\_exc\\_bfeeding\\_review\\_eng.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_review_eng.pdf)

**Acceptable Medical Reasons for Use of Breastmilk Substitutes.** WHO/UNICEF (2009). [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO\\_NMH\\_NHD\\_09.01/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NMH_NHD_09.01/en/index.html)

**Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child.** PAHO/WHO (2003). [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/guiding\\_principles\\_compfeeding\\_breastfed.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf)

**Guiding Principles for Feeding Non-breastfed Children 6-24 Months of Age.** WHO (2005). [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/guidingprin\\_nonbreastfed\\_child.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/guidingprin_nonbreastfed_child.pdf)

**Complementary feeding: family foods for breastfed children.** WHO (1998).  
[http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO\\_NHD\\_00.1/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/WHO_NHD_00.1/en/index.html)

**Description of available complementary foods and supplements** (UNICEF 2009)  
[http://intranet.unicef.org/PD/YCSD.nsf/0/F996EEFE3EBD0EDC852572030074B023/\\$FILE/Complementary%20foods%20and%20supplements%20Sept.%202010.pdf](http://intranet.unicef.org/PD/YCSD.nsf/0/F996EEFE3EBD0EDC852572030074B023/$FILE/Complementary%20foods%20and%20supplements%20Sept.%202010.pdf)

### ***Annexe des Ressources 1-3: Outils pour la recherche formative et d'autres outils d'évaluation situationnelle***

#### ***Outils pour l'évaluation des situations / priorisation***

**ProPAN Manual: Progress for the Promotion of Child Feeding.** PAHO (2003). (currently being updated) <http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=E&RecID=6048>

**Linear Programming.** WHO/LSHTM. Un outil mathématique permettant d'analyser et d'optimiser l'alimentation des enfants au cours de la période d'alimentation de complément (en cours de révision pour rendre plus facile la programmation sur le terrain). <http://www.nutrisurvey.de/lp/lp.htm>.

Une description de la Programmation Linéaire de SCN peut être trouvée sur le lien : [http://www.nutrisurvey.de/lp/lp\\_scn.pdf](http://www.nutrisurvey.de/lp/lp_scn.pdf)

**Trials of Improved Practices (TIPs).** The Manoff Group. TIP (EPA) est une recherche formative technique utilisée pour les programmes de nutrition depuis la fin des années 1970 qui fait les tests préliminaires des pratiques réelles qu'un programme va promouvoir.  
[http://www.manoffgroup.com/approach\\_developing.html](http://www.manoffgroup.com/approach_developing.html)

#### ***Outils de mesure de la situation de la sécurité alimentaire:***

**Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines,** PAM. Janvier 2009. Fournit des conseils détaillés sur la façon de mener une étude approfondie de la sécurité alimentaire et la situation de vulnérabilité au cours d'une «année normale» (temps de non-crise) <http://www.wfp.org/content/comprehensive-food-security-and-vulnerability-analysis-cfsva-guidelines-first-edition>

**FAO/WFP Crop and Food Security Assessment Missions (CFSAM) Guidelines,** January 2009. Fournit des conseils sur l'évaluation des cultures et la sécurité alimentaire en regardant l'offre et la demande de produits alimentaires de base, et l'accès des ménages à la nourriture et sur l'estimation de besoins d'importations de denrées de base non-couverts <http://www.wfp.org/content/faowfp-joint-guidelines-crop-and-food-security-assessment-missions-cfsams>

**United Nations Food and Agriculture Organization (FAO) Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping System (FIVIMS)** <http://www.fivims.net/index.jsp?lang=en>  
SICIAV (en français) est une initiative inter-agence pour promouvoir les systèmes d'information et de cartographie sur l'insécurité alimentaire et la vulnérabilité.

**Guidance on measurement of food security,** US Government.  
<http://www.ers.usda.gov/Publications/EFAN02013/>

**The Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET)** est une activité financée par l'USAID qui collabore avec des partenaires internationaux, régionaux et nationaux pour fournir une alerte précoce en temps opportun et une information rigoureuse sur la vulnérabilité, l'émergence et l'évolution des questions de sécurité alimentaire. FEWS NET fait le suivi et l'analyse des données et des informations pertinentes en termes d'impacts sur les moyens de subsistance et les marchés pour identifier les menaces potentielles à la sécurité alimentaire. <http://www.fews.net/Pages/default.aspx>

**Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS)** for Measurement of Food Access: Indicator Guide, Version 3 of 2007): FANTA, en collaboration avec les universités de Cornell et Tufts, a développé une échelle de mesure pour connaître l'insécurité alimentaire à l'échelle des ménages (HFIAS) et un guide avec un questionnaire standardisé et la collecte des données et des instructions d'analyse <http://www.fantaproject.org/focus/foodsecurity.shtml>

**Global Monitoring for Food Security** <http://www.gmfs.info>. GMFS fournit une alerte précoce, la cartographie agricole et les services d'évaluation de rendement des cultures à l'appui des activités de monitoring de la sécurité alimentaire en Afrique.

### ***Outils de recherche formative pour ANJE:***

**Formative Research: Skills and Practice for Infant and Young Child Feeding and Maternal Nutrition.** AED/Linkages (2004). Ce manuel apprend aux participants à mener des recherches formatives à l'aide de compétences en communication efficaces afin de collecter des informations pour planifier et améliorer des programmes.

[http://www.linkagesproject.org/media/publications/Training%20Modules/Formative\\_Research\\_Module\\_2-23-04.pdf](http://www.linkagesproject.org/media/publications/Training%20Modules/Formative_Research_Module_2-23-04.pdf)

**Designing by Dialogue: A Program Planner's Guide to Consultative Research for Improving Young Child Feeding.** AED (1997).

[http://www.globalhealthcommunication.org/tool\\_docs/58/designing\\_by\\_dialogue\\_-\\_full\\_text.pdf](http://www.globalhealthcommunication.org/tool_docs/58/designing_by_dialogue_-_full_text.pdf)

**BEHAVE Framework: Strategic Planning for Behaviour Change.** AED (2002)

[http://www.globalhealthcommunication.org/tool\\_docs/54/the\\_behave\\_framework\\_-\\_full\\_text.pdf](http://www.globalhealthcommunication.org/tool_docs/54/the_behave_framework_-_full_text.pdf)

**Sample questionnaires for KAP studies.** AED/Linkages.

<http://www.linkagesproject.org/publications/index.php?series=12>

**Knowledge, Practices, and Coverage Survey 2000+Module 2** (2006). KPC Module 2 (Breastfeeding and Infant and Young Child Feeding): *contient 14 questions sur l'allaitement et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Liens vers le site d'ANJE pour le Module d'enquête CPC 2 et 3 :*

<http://www.iycn.org/monitoring-and-evaluation.php>

**Community Assessment of Breastfeeding Knowledge and Behaviours – Questionnaires sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant et les pratiques connexes. Bolivie et Ghana (2003) enquêtes communautaires sur l'allaitement maternel et l'alimentation de complément :**

<http://www.linkagesproject.org/tools/m&questionnaires.php>

**The Handbook for Excellence in Focus Group Research.** AED.

[http://globalhealthcommunication.org/tool\\_docs/60/handbook\\_for\\_excellence\\_in\\_focus\\_group\\_research\\_\(full\\_text\).pdf](http://globalhealthcommunication.org/tool_docs/60/handbook_for_excellence_in_focus_group_research_(full_text).pdf)

### ***Annexe de Ressources 1-4: Suivi et évaluation***

**Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Part 1: Definitions.** WHO, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI (2008).

<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/en/index.html>

**Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. Part 2: Operational Guide on Measurement** (2010)

<http://www.who.int/entity/nutrition/publications/infantfeeding/9789241599757/en/index.html>

**Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. Part 3: Country**

**Profiles** (2010) [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599290\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599290_eng.pdf)

**Infant Feeding: Key Indicator Monitoring Manual.** AED/Linkages/USAID (2006)  
[http://www.linkagesproject.org/media/publications/M&E\\_manual\\_IF.pdf](http://www.linkagesproject.org/media/publications/M&E_manual_IF.pdf)

**Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (SMART) Methodology and Surveys.**

[www.smartmethodology.org](http://www.smartmethodology.org).

Document: [http://www.smartmethodology.org/images/stories/SMART\\_Methodology\\_08-07-2006.pdf](http://www.smartmethodology.org/images/stories/SMART_Methodology_08-07-2006.pdf)

**Trends in Infant Feeding Patterns and area graphs** (by country). UNICEF (2008).  
[http://www.childinfo.org/breastfeeding\\_infantfeeding.html](http://www.childinfo.org/breastfeeding_infantfeeding.html)

**Introduction to Interpreting Area Graphs for Infant and Young Child Feeding.** UNICEF. (2010).  
[http://www.unicef.org/nutrition/files/Area\\_graphs\\_introduction\\_SinglePg.pdf](http://www.unicef.org/nutrition/files/Area_graphs_introduction_SinglePg.pdf)

### ***Annexe de Ressources 1-5: Code***

**International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes.** WHO (1981) et les résolutions pertinentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé: [http://apps.who.int/gb/e/e\\_wha63.html](http://apps.who.int/gb/e/e_wha63.html); et la résolution la plus pertinente [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63-REC1/WHA63\\_REC1-P2-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/WHA63_REC1-P2-en.pdf).

**The Code Handbook: A Guide to Implementing the International Code, 2nd edition.** Ellen Sokol (2005). Contactez IBFAN pour passer une commande: [ibfanpg@tm.net.my](mailto:ibfanpg@tm.net.my)

**Making Sense of the Code.** ICDC. Contactez IBFAN pour passer une commande: [ibfanpg@tm.net.my](mailto:ibfanpg@tm.net.my)

**The Code in Cartoons.** Annelies Allain, (mise à jour en 2006). Contactez IBFAN pour passer une commande: [ibfanpg@tm.net.my](mailto:ibfanpg@tm.net.my)

**Protecting Infant Health: A Health Worker's Guide to the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes** (11th edition). Annelies Allain & Yeong Joo Kean. Contactez IBFAN pour passer une commande: [ibfanpg@tm.net.my](mailto:ibfanpg@tm.net.my)

**Complying with the Code: A Manufacturers' and Distributors' Guide to the Code.** Ellen Sokol & Annelies Allain. Contactez IBFAN pour passer une commande: [ibfanpg@tm.net.my](mailto:ibfanpg@tm.net.my)

**Code Essentials 1, 2 and 3:** Annotated International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and subsequent WHA resolutions, ICDC, September 2008. Contactez IBFAN pour passer une commande: [ibfanpg@tm.net.my](mailto:ibfanpg@tm.net.my)

**Code monitoring kit:** Ce kit de 40 pages contient un ensemble complet de lignes directrices et les formulaires pour le suivi du Code. Contactez IBFAN pour passer une commande: [ibfanpg@tm.net.my](mailto:ibfanpg@tm.net.my)  
*Pour une liste complète du code et autres ressources pour l'allaitement, consultez le site Web IBFAN*  
<http://www.ibfan.org/code-publications.html>

### ***Annexe de Ressources 1-6: Protection de la maternité***

**The World Alliance for Breastfeeding Action Maternity Protection Campaign Kit.** Ce kit contient tous les informations de base, des outils et des exemples nécessaires pour aider à organiser une campagne de la protection de la maternité avec succès. WABA. *The Maternity Protection Campaign Kit:* <http://www.waba.org.my/whatwedo/womenandwork/mpckit.htm>

**ILO Information Sheet on Maternity Protection.** ILO (2004). *Conditions of Work and Employment Programme: Maternity Protection document:*  
<http://www.ilo.org/public/english/protection/condtrav/pdf/infosheets/wf-4.pdf>

**A Global Review: Working Conditions Laws 2006-2007.** ILO (2008). Le chapitre 3 passe en revue les lois sur la protection de la maternité de 167 pays: *A Global Review: Working Conditions Laws 2006-2007:*  
[http://www.ilo.org/public/english/protection/condtrav/pdf/work\\_laws.pdf](http://www.ilo.org/public/english/protection/condtrav/pdf/work_laws.pdf)

### ***Annexe de Ressources 1-7: Services de santé des actions d'ANJE***

**Baby-Friendly Hospital Initiative:** La mise en œuvre, la formation de 20 heures (3 jours) et l'évaluation. Pour le personnel de la maternité et le personnel de santé fournissant l'appui aux services. Les sessions du VIH doivent être mises à jour en suivant les conseils rapides de 2009 UNICEF/OMS (2009).  
[http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24850.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html)  
Note: Section 5: Evaluation Externe et Réévaluation n'est pas disponible en ligne pour la distribution générale, mais est toutefois disponible sur demande auprès du site intranet de l'UNICEF ou de la section Nutrition du Siège.

**Infant and Young Child Feeding Counseling: An Integrated Course** (5 days). WHO/UNICEF (2007). Pour le personnel de santé travaillant avec les mères, les donneurs de soins et les enfants de 0 à 23 mois. Comprend l'allaitement maternel et l'alimentation de complément, et la composante optionnelle VIH, selon le milieu. (le chapitre sur le VIH sera mis à jour suite aux nouvelles instructions 2010 sur le VIH & AN).  
[.http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594745/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594745/en/index.html)

**Breastfeeding Counseling: A Training Course** WHO/UNICEF (1993). 40 heures de cours qui fournissent plus de détails sur la prise en charge de la lactation par rapport au cours intégré ou au cours IHAB sur la prise en charge de la lactation. Pour les travailleurs des établissements de santé. (actuellement en cours de révision) .  
[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/who\\_cdr\\_93\\_3/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/who_cdr_93_3/en/index.html)

**Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals.** WHO (2009)  
<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241597494/en/index.html>

**Lactation Management Self-Study Modules, Level 1, 3<sup>rd</sup> Edition.** Wellstart (2009). Contact:  
[info@wellstart.org](mailto:info@wellstart.org)

**Self-study and e-learning modules on lactation management and related issues.** International Board of Lactation Counsellor Education website.  
<http://www.iblce.edu.au/CERP%20Programs%20.php>

**Integrated Management of Childhood Illness.** WHO(2008).. 11-jours de cours (adaptations faites dans les pays pour 6 jours de cours; 1 jour sur l'alimentation du nourrisson, y compris les 2 séances de pratique). Pour les médecins, les infirmières et autres travailleurs de santé dans les établissements de premier niveau  
[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/IMCI\\_chartbooklet/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/IMCI_chartbooklet/en/index.html)

**Adolescent Nutrition: A Review of the Situation in Selected South-East Asian Countries** (chapitre 8 contient des stratégies sur la nutrition des adolescents). OMS (2006).  
[http://www.searo.who.int/EN/Section13/Section38\\_11624.htm](http://www.searo.who.int/EN/Section13/Section38_11624.htm)

**Essential Nutrition Actions: A Four Day Training Course for Planners and Managers of Health & Nutrition Programs:** Guide de formation pour les gestionnaires de programmes et les instructeurs de la formation initiale pour former les prestataires de services dans une approche

orientée vers l'action afin d'améliorer la nutrition des nourrissons, des jeunes enfants et des femmes. AED (2004, 2008 mise à jour disponible)

[http://www.linkagesproject.org/media/publications/Training%20Modules/ENA\\_module\\_Ethiopia.pdf](http://www.linkagesproject.org/media/publications/Training%20Modules/ENA_module_Ethiopia.pdf)

**Essential Nutrition Actions:** Utilisation de mesures essentielles en matière de nutrition afin d'améliorer la nutrition des enfants et des femmes. Cours de formation pour travailleurs de la santé. Trois jours de formation pour les travailleurs de la santé avec la journée de formation sur l'ANJE. AED (2008). <http://www.linkagesproject.org/>

**Training Methodologies and Principles of Adult Learning: Application for Training in Infant and Young Child Nutrition and Related Topics.** AED/USAID/Linkages (2005). <http://www.linkagesproject.org/media/publications/Training%20Modules/TOT-Adult-Learning.pdf>

**Facts for Feeding: Birth, Initiation of Breastfeeding and the First Seven Days after Birth.** Identifie des actions que les prestataires de santé peuvent prendre durant la première semaine de post-partum afin d'aider la mère et le bébé à établir et maintenir de bonnes pratiques d'allaitement maternel. AED/Linkages (2003).

[http://www.linkagesproject.org/media/publications/facts%20for%20feeding/FFF7daysEnglish\\_update0703.pdf](http://www.linkagesproject.org/media/publications/facts%20for%20feeding/FFF7daysEnglish_update0703.pdf)

**Facts for Feeding: Feeding Infants and Young Children During and After Illness.** Ce document décrit les comportements d'alimentation optimale pendant et après la maladie, les défis de l'alimentation au cours de ces périodes, des considérations spéciales pour les maladies courantes, et des lignes directrices pour le counseling des donneurs de soins. AED/Linkages (2006). [http://www.linkagesproject.org/media/publications/Facts-for-Feeding-Illness\\_11-21-06.pdf](http://www.linkagesproject.org/media/publications/Facts-for-Feeding-Illness_11-21-06.pdf)

**Facts for Feeding: Feeding Low Birth Weight Babies.** Cette publication récente dans la série des Faits de l'Alimentation fournit des indications sur les options d'alimentation au lait maternel afin de s'assurer que les bébés ayant un faible poids à la naissance reçoivent l'attention nécessaire pour survivre, grandir et se développer.

AED/Linkages(2006). [http://www.linkagesproject.org/media/publications/FFF\\_LBW\\_3-30-06.pdf](http://www.linkagesproject.org/media/publications/FFF_LBW_3-30-06.pdf)  
[http://www.linkagesproject.org/media/publications/FFF\\_LBW\\_3-30-06.pdf](http://www.linkagesproject.org/media/publications/FFF_LBW_3-30-06.pdf)

**A Toolbox for Building Health Communication Capacity.** AED/Linkages (1995). <http://www.globalhealthcommunication.org/tools/29>

**Behaviour Change Communication for Improved Infant Feeding.** Manuel pour la formation des formateurs pour la négociation d'un comportement durable. Linkages (2004). [http://www.linkagesproject.org/media/publications/Training%20Modules/BCC\\_and\\_IF.pdf](http://www.linkagesproject.org/media/publications/Training%20Modules/BCC_and_IF.pdf)

**Ethiopia - Counseling Cards for Fathers.** Ces cartes de counseling ont été développées à l'intention des pères, afin d'encourager leur soutien à l'allaitement et la nutrition maternelle. Elles expliquent aux pères ce qu'ils peuvent faire pendant la grossesse et l'allaitement pour aider leurs épouses à rester en bonne santé. AED/Linkages.

<http://www.linkagesproject.org/media/publications/Tools/Ethiopia-counseling-cards-fathers.pdf>

**Care for Development** (UNICEF/WHO, March 2009): Le paquet de prise en charge du développement de l'enfant consiste en de simples recommandations que les travailleurs de la santé peuvent faire aux familles pour améliorer la croissance, la santé et le développement des enfants ; des programmes de formation et du matériel, des conseils pour l'intégration des soins pour le développement des enfants dans les programmes et activités en cours dans les établissements de santé et de nutrition et dans la communauté; conseils pour l'adaptation aux conditions locales, le matériel de plaidoyer, et un cadre de suivi et d'évaluation.

<http://intranet.unicef.org/pd/ecd.nsf/96054cb61a0f902885256fd9004dda04/2641aa458a57dd43852575b400598923?OpenDocument>

### ***Annexe des Ressources 1-8: ANJE à caractère communautaire***

**Generic Training Package on Integrated IYCF Counseling for Community Cadres.** UNICEF. Contactez la section ANJE [iycn@unicef.org](mailto:iycn@unicef.org) pour obtenir les documents du logiciel original. Documents en PDF: [http://www.unicef.org/nutrition/index\\_58362.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_58362.html)

**Integration of IYCF Support into CMAM: Facilitator's Guide.** IASC/IFE/ENN (2009). Guide du facilitateur et des documents pour les participants pour une journée et demie d'orientation en counseling d'ANJE dans le cadre de programmes communautaires pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère <http://www.ennonline.net/pool/files/ife/iycf-cmam-facilitators-us-final.pdf>

**An Inventory of Tools to Support Household and Community-based Programming for Child Survival, Growth and Development.** UNICEF (1999). UNICEF Intranet website: [http://intranet.unicef.org/PD/CBSC.nsf/0/B4661542878584D6852575370068A118/\\$FILE/health\\_UNICEF\\_inventory.pdf](http://intranet.unicef.org/PD/CBSC.nsf/0/B4661542878584D6852575370068A118/$FILE/health_UNICEF_inventory.pdf)

**Child Health in the Community: "Community IMCI".** Paquet d'informations pour les facilitateurs: Document de Référence. OMS (2004) [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9241591951/en/](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241591951/en/)

**Community-based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries.** WHO (2003). [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9241591218/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241591218/en/index.html)

**Learning from Large-Scale Community-based Programmes to Improve Breastfeeding Practices: Report of ten-country case study.** WHO/UNICEF/AED/USAID (2008). [http://www.unicef.org/nutrition/files/Learning\\_from\\_Large\\_Scale\\_Community-based\\_Breastfeeding\\_Programmes.pdf](http://www.unicef.org/nutrition/files/Learning_from_Large_Scale_Community-based_Breastfeeding_Programmes.pdf)

**Community-based Breastfeeding Support Trilogy:** Manuel de planification, guide pour les formateurs et les superviseurs et les curricula de formation. Programme WellStart international élargi pour la promotion de l'alimentation au lait maternel (1996) <http://www.wellstart.org/publications.html>

**Mother-to-Mother Support Group Methodology and Infant Feeding.** AED/Linkages (2003). <http://www.linkagesproject.org/media/publications/Training%20Modules/MTMSG.pdf>

**Mother-to-Mother Support for Breastfeeding. Frequently Asked Questions.** Linkages. 2004 [http://www.linkagesproject.org/media/publications/frequently%20asked%20questions//MTMS\\_FAQ\\_update04-04.pdf](http://www.linkagesproject.org/media/publications/frequently%20asked%20questions//MTMS_FAQ_update04-04.pdf)

**Positive Deviance/Hearth: A Resource Guide for Sustainably Rehabilitating Malnourished Children.** CORE Group (2003). [http://www.positivedeviance.org/pdf/hearth\\_book.pdf](http://www.positivedeviance.org/pdf/hearth_book.pdf)

### ***Ressources Annexe 1-9: Communication***

**Improving Exclusive Breastfeeding Practices by Using Communication for Development in IYCF Programmes:** Se compose d'un guide de référence et d'une présentation PowerPoint, et est présenté à travers des sessions sur le web. (sur UNICEF Intranet) [http://www.intranet.unicef.org/PD/YCSD.nsf/0/F996EEFE3EBD0EDC852572030074B023/\\$FILE/C4\\_D\\_in\\_EBF\\_manual-Version15\\_June\\_2010.pdf](http://www.intranet.unicef.org/PD/YCSD.nsf/0/F996EEFE3EBD0EDC852572030074B023/$FILE/C4_D_in_EBF_manual-Version15_June_2010.pdf)

**Using Communication for Development in young child survival and development programmes:** Manuel pour la formation sur l'intranet. UNICEF (2010). Contactez Paula Claycomb, [pclaycomb@unicef.org](mailto:pclaycomb@unicef.org)).

**Behaviour Change Communication in Emergencies: A Toolkit.** UNICEF (2006). Cette trousse comprend un chapitre sur l'allaitement et quelques outils utiles. [http://www.influenzaresources.org/files/BCC\\_in\\_Emerg\\_chap1to8\\_2006.pdf](http://www.influenzaresources.org/files/BCC_in_Emerg_chap1to8_2006.pdf)

**Facilitating Community Participation through Communication.** UNICEF (2001). UNICEF Intranet Website:  
[http://www.intranet.unicef.org/PD/CBSC.nsf/0/4750BF75E9DB3D4C852573F500617D88/\\$FILE/Singhal-UNICEF-Participation-Report-Final.pdf](http://www.intranet.unicef.org/PD/CBSC.nsf/0/4750BF75E9DB3D4C852573F500617D88/$FILE/Singhal-UNICEF-Participation-Report-Final.pdf)

**Writing a Communication Strategy for Development Programmes:** Directives pour les gestionnaires de programme et officiers de Communication. Bangladesh (2008). UNICEF Intranet Website:  
[http://intranet.unicef.org/PD/CBSC.nsf/0/EB94FD48C00CAA95852575A00072354F/\\$FILE/CSD\\_P.pdf](http://intranet.unicef.org/PD/CBSC.nsf/0/EB94FD48C00CAA95852575A00072354F/$FILE/CSD_P.pdf)

**Facts for Life.** Quatrième édition. Le chapitre 4 contient des messages sur l'allaitement maternel et le chapitre 5 sur la nutrition et la croissance; elle a aussi des suggestions sur la façon d'utiliser les messages et la manière de concevoir et mettre en œuvre des actions de communication autour des messages.

UNICEF/WHO/UNESCO/UNFPA/ UNDP/UNAIDS/WFP/WB. 2010. [www.factsforlifeglobal.org/](http://www.factsforlifeglobal.org/)

**Examples of Communication Materials on Infant and Young Child Feeding.** AED/Linkages. <http://www.linkagesproject.org/publications/index.php?series=12>

**Exclusive Breastfeeding: The Only Water Source Young Infants Need - Frequently Asked Questions** Discute des conséquences nutritionnelles et sur la santé de l'ingestion d'eau par le nourrisson durant les six premiers mois, et le rôle de l'allaitement pour satisfaire les besoins en eau du nourrisson AED/Linkages (2004).  
[http://www.linkagesproject.org/media/publications/frequently%20asked%20questions/FrequentlyAskedQuestions\\_Water\\_eng.PDF](http://www.linkagesproject.org/media/publications/frequently%20asked%20questions/FrequentlyAskedQuestions_Water_eng.PDF)

**A Toolbox for Building Health Communication Capacity.** AED/Linkages (1995). <http://www.globalhealthcommunication.org/tools/29>

**Behaviour Change Communication for Improved Infant Feeding:** Training of Trainers for Negotiating Sustainable Behaviour Change. AED/Linkages (2004).  
[http://www.linkagesproject.org/media/publications/Training%20Modules/BCC\\_and\\_IF.pdf](http://www.linkagesproject.org/media/publications/Training%20Modules/BCC_and_IF.pdf)

**Training modules on essential communication skills for front line workers,** UNICEF Bangladesh (avant-projet de document disponible sur l'intranet de l'UNICEF, site de Communication pour le Développement)

**Building Interpersonal Communication Skills: A Training Manual,** UNICEF India, 2007.

**Learning to listen to mothers.** Vella, Jane, and Uccellani, Valerie, Academy for Educational Development, Washington, D.C. Focus sur des programmes de SPC.  
(disponible: [www.globalhealthcommunication.org](http://www.globalhealthcommunication.org))

**Development of Messages and Materials to Promote Improved Infant and Young Child Feeding: A Case Study in Northern Ghana.** AED/Linkages. (2003).  
[http://www.linkagesproject.org/media/static\\_pdfs/ccards/ghana\\_bcc\\_casestudy.pdf](http://www.linkagesproject.org/media/static_pdfs/ccards/ghana_bcc_casestudy.pdf)

**Development Communication Sourcebook: Broadening the Boundaries of Communication.** World Bank (2008).

[http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/07/09/000020953\\_20080709145627/Rendered/PDF/446360Dev0Comm1ns0handbook01PUBLIC1.pdf](http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/07/09/000020953_20080709145627/Rendered/PDF/446360Dev0Comm1ns0handbook01PUBLIC1.pdf)

**World Breastfeeding Week.** Site Web contient des ressources de sensibilisation et de communication pour chacun des événements mondiaux annuels pour la Semaine de l'allaitement. <http://worldbreastfeedingweek.org/>

### ***Resources Annex 1-10: HIV and Infant Feeding***

**Guidelines on HIV and infant feeding 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence.** WHO (2010). Comprend un nouveau principe supplémentaire sur ce qu'il faut faire lorsque les ARV ne sont pas immédiatement disponibles. [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9789241599535/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241599535/en/index.html)

**HIV Transmission through Breastfeeding: A Review of Available Evidence - 2007 Update.** WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA (2008). Ceci est remplacé par le Résumé des évidences de 2010 [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9789241596596/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241596596/en/index.html)

**HIV and Infant Feeding: Update Based on the Technical Consultation.** Tenue au nom de l'Équipe spéciale inter-agences (IATT) sur la prévention de l'infection au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons, Genève, 25-27 Octobre 2006. WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA (2008). Ceci est remplacé les Conseils Rapides 2009 et Les Directives 2010. [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9789241595964/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241595964/en/index.html)

**HIV and Infant Feeding Counseling Tools.** OMS (2005, 2008) la formation en counseling pour l'allaitement maternel est une condition préalable. Le guide du formateur a été mis à jour en 2008 et est basé sur les recommandations globales de 2006 (peut être mis à jour pour refléter les directives de 2010). [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9241592494/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241592494/en/index.html)

**HIV and Infant Feeding: Framework for Priority Action.** OMS (2003). Ceci est maintenant obsolète et un cadre révisé a été proposé pour le développement suite à la mise à jour des recommandations de 2009 [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9241590777/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241590777/en/index.html)

### ***Annexe des Ressources 1-11: ANJE dans les situations d'urgence***

**Infant and Young Child Feeding in Emergencies: Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers.** ENN/IFE Core Group (2007). (Available in 9 languages and will be updated in 2011). <http://www.enonline.net/pool/files/ife/ops-guidance-2-1-english-010307.pdf>

**Infant Feeding in Emergencies, Module 2, Version 1.1 for health and nutrition workers in emergency situations, for training, practice and reference.** ENN/IFE Core Group (2007). (Disponible en anglais et en français) <http://www.enonline.net/pool/files/ife/module-2-v1-1-complete-english.pdf>

**IFE Module 1, v 2.0, 2009:IFE Orientation package.** Ceci est un paquet de ressources pour aider à l'orientation sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence (IFE). Ces ressources sont destinées au personnel de secours d'urgence, les gestionnaires de programme, et le personnel technique impliqué dans la planification et la réponse aux situations d'urgence, au niveau national et international. Cette trousse d'orientation IFE (IFE Module 1, v 2.0, 2009) est une mise à jour du module 1 sur IFE (orientation essentielle), une version imprimée produite la première fois en 2001. Il comprend des leçons e-learning, des ressources de formation et des notes techniques. Module 17 du Paquet de

Formation Harmonisée conçu par le Cluster global de Nutrition seront également téléchargées ici une fois qu'il est mis à jour. <http://www.ennonline.net/ife/orientation>  
**Introduction to Nutrition in Emergencies: Basic Concepts.** Des leçons sous forme électronique. Le Module 5 traite l'ANJE dans les situations d'urgence (produit par IFE Core Group). Sur le site intranet de l'UNICEF ou contactez Erin Boyd ([eboyd@unicef.org](mailto:eboyd@unicef.org))

**Model Statement and Media Guide on Infant Feeding in Emergencies.** ENN/IFE Core Group (2008). *Model Statement on IFE*: <http://www.ennonline.net/resources/237> un guide Média sur l'ANJE en situation d'urgence. et: <http://www.ennonline.net/resources/126>

**Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies.** WHO (2004). [http://www.who.int/nutrition/publications/guiding\\_principles\\_feedchildren\\_emergencies.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_feedchildren_emergencies.pdf)

#### **Complementary Feeding of Infants and Young Children in Emergencies.**

Évaluer les besoins spécifiques pour réaliser une alimentation de complément propre à la formation dans les situations d'urgence, un examen préliminaire de la portée des ressources actuelles IFE Core Group/IASC Nutrition Cluster. Octobre 2009. <http://www.ennonline.net/pool/files/ife/cfe-review-enn-&ife-core-group-oct-2009.pdf>

**Behaviour Change Communication in Emergencies: A Toolkit.** UNICEF (2006). Cette trousse comprend un chapitre sur l'allaitement maternel et quelques outils utiles. [http://www.influenzaresources.org/files/BCC\\_in\\_Emerg\\_chap1to8\\_2006.pdf](http://www.influenzaresources.org/files/BCC_in_Emerg_chap1to8_2006.pdf)

**Joint Statement on Preventing and Controlling Micronutrient Deficiencies in Populations Affected by an Emergency:** plusieurs suppléments de vitamines et minéraux pour les femmes enceintes et allaitantes et pour les enfants âgés de 6 à 59 mois. OMS/PAM/UNICEF(2007). [http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/WHO\\_WFP\\_UNICEFstatement.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/WHO_WFP_UNICEFstatement.pdf)

**Integration of IYCF Support into CMAM: Facilitator's Guide.** IASC/IFE/ENN (2009). Guide du facilitateur et des documents pour les participants pour une journée et demie d'orientation sur le counseling de l'ANJE dans le cadre de programmes communautaires pour la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère. <http://www.ennonline.net/pool/files/ife/iycf-cmam-facilitators-us-final.pdf>

**Management of Severe Acute Malnutrition in Children: Programme Guidance.** UNICEF (February 2008). UNICEF Intranet Website: <http://intranet.unicef.org/PD/YCSD.nsf/acf15d033c45653b85256fa5005984d2/a5877444f0698b07852571a7003df704?OpenDocument#Management%20of%20Severe%20Acute%20Udern>

**Management of Acute Malnutrition in Infants (MAMI) Project:** Summary Report. IASC Nutrition Cluster/ACF/UCL/ENN. October 2009. <http://www.ennonline.net/pool/files/ife/mami-project-summary-report-final-041209.pdf>

**Guidelines for Selective Feeding: the Management of Malnutrition in Emergencies.** UNHCR/WFP (2009). <http://www.ennonline.net/pool/files/ife/wfp-unhcr-sfp-guidelines.pdf>

### ***Annexe des Ressources 1-12: Sites web utiles***

#### **Academy of Breastfeeding Medicine (BFMED):**

<http://www.bfmed.org>

L'Academy of Breastfeeding Medicine est une organisation mondiale basée aux États-Unis dont les membres sont des médecins dévoués à la promotion, la protection et le soutien à l'allaitement maternel et la lactation humaine. Elle publie le "Breastfeeding Medicine" journal, des cours de prise en charge de la lactation pour les médecins, des protocoles, des documentations telles que Model Breastfeeding Journal une politique d'allaitement modèle, etc.

**Academy for Educational Development (AED):**

[www.aed.org/](http://www.aed.org/)

Le site web de l'AED comporte des informations sur les projets AED, des pages sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, des publications, du matériel sur le changement de comportement et du marketing social en particulier, qui sont pertinentes à l'ANJE. AED gère également PROFILES, un outil de plaidoyer (<http://www.aedprofiles.org/>) et "Alive and Thrive" (En vie et Prospère), un projet sur l'ANJE financé par la Gates Foundation.

**Child Info:**

[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)

Ce site contient des informations statistiques de l'UNICEF, y compris les données utilisées dans les publications phare de l'UNICEF, *The State of the World's Children and Progress for Children*. Le site internet (Le site Situation des enfants dans le monde et Progrès pour les Enfants) peut également inclure des graphiques sur l'alimentation du nourrisson pour de nombreux pays et des ressources techniques pour mener des enquêtes utilisant l'Enquête en grappes à indicateurs multiples (EGIM) soutenu par l'UNICEF, qui sont une source majeure de données mondiales sur l'ANJE.

**Emergency Nutrition Network (ENN):**

<http://www.enonline.net/ife/>

Le site Web de ENN comporte des pages sur l'alimentation du nourrisson dans les situations d'urgence avec des directives opérationnelles sur l'IFE, du matériel de formation, guide des médias, des nouvelles, des liens, bibliothèque de ressources, etc.

**FANTA Project:**

<http://www.fantaproject.org/focus/children.shtml>

Les pages sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant sur la nutrition du projet FANTA-2, un projet de nutrition de l'USAID (2008-2013).

**Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN):**

<http://www.gainhealth.org/programs/gain-infant-and-young-child-nutrition-program>

The site GAIN contient des pages sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant.

**International Food Policy Research Institute (IFPRI)** <http://www.ifpri.org>

Le site de l'International Food Policy Research Institute (IFPRI), qui opère dans le cadre du Groupe consultatif pour la recherche agricole internationale (GCRAI). La section complète Thèmes de Recherches donne des informations sur les sous-thèmes du projet organisés en quatre sections principales: Technologie de l'environnement et de la production, Consommation alimentaire Nutrition, les Marchés et les Etudes Structurelles, Commerce et Macroéconomie.

**Infant and Young Child Nutrition (IYCN) Project:**

[www.iycn.org](http://www.iycn.org)

Le projet ANJE est le projet phare sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant de l'Agence américaine pour le Développement International (USAID), dirigé par PATH ([www.path.org/](http://www.path.org/)). Le projet ANJE maintient une collection de ressources utiles sur la nutrition maternelle et du nourrisson et du jeune enfant, la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH (PTME) et plus encore. La collection offre une variété de matériels de formation de haute qualité, des publications, des liens sur le web, et d'autres ressources utiles.

**Inter-Agency Standing Committee (IASC) Global Cluster (Nutrition Cluster):**

<http://oneresponse.info/globalclusters/nutrition>

The site web du cluster qui contient des nouvelles, des outils, des offres de formation, des événements etc.

**International Baby Food Action Network (IBFAN):**

[www.ibfan.org](http://www.ibfan.org)

Le site IBFAN avec des nouvelles, des fiches d'information, ressources, la surveillance du Code, contient des liens vers les sites régionaux IBFAN et le Centre international de documentation de code.

**International Lactation Consultant Association (ILCA):**

<http://www.ilca.org>

L'ILCA est l'association professionnelle pour les consultants certifiés par International Board Certified Lactation Consultants (IBCLC) et d'autres professionnels de la santé qui s'occupent des familles des bébés allaités.

**La Leche League International (LLL):**

<http://www.lalecheleague.org>

La Leche League (LLL) vise à aider les mères dans le monde entier à allaiter par le biais d'un soutien de mère à mère, l'encouragement, l'information et l'éducation, et à promouvoir une meilleure compréhension de l'allaitement maternel comme un élément important dans le développement sain de l'enfant et de la mère

**Linkages Project:**

[www.linkagesproject.org](http://www.linkagesproject.org)

Projet Financé par l'USAID (1996-2006) pour fournir à des organisations des informations techniques, l'assistance et la formation sur l'allaitement, l'alimentation complémentaire et les pratiques diététiques des mères. Le site Web contient de nombreuses formations utiles, la communication, la recherche formative et les outils de monitoring sur l'ANJE.

**Pan American Health Organization (PAHO):**

[www.paho.org](http://www.paho.org)

Bureau régional de l'OMS pour les Amériques avec des documents sur l'ANJE pour la région (y compris les versions espagnole et portugaise), ainsi que le manuel ProPAN.

**UNICEF Intranet:**

<http://intranet.unicef.org/>

C'est le site Intranet accessible au personnel de l'UNICEF avec un mot de passe, qui a beaucoup de documents sur l'ANJE et de documents sur d'autres aspects du programme de nutrition de l'UNICEF. Il contient également la section 5 de l'IHAB, y compris l'outil informatique. Les documents d'ANJE peuvent être trouvés en allant sur: Programmes> Survie du jeune enfant et le développement> Santé Haut Impact et les interventions en Nutrition> Nutrition> Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant

**UNICEF Public Website:**

[http://www.unicef.org/nutrition/index\\_breastfeeding.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_breastfeeding.html)

Site Web publique de l'UNICEF avec des pages sur l'ANJE et des liens vers des documents et des reportages sur le terrain

**UN Standing Committee on Nutrition (SCN):**

[www.unscn.org/](http://www.unscn.org/)

Information sur les travaux SCN, réunions, publications, mises à jour, des nouvelles, des réseaux, etc., ainsi que des groupes de travail, y compris l'allaitement maternel et groupe de travail sur l'alimentation complémentaire.

**Wellstart International:**

[www.wellstart.org](http://www.wellstart.org)

Organisation basée aux États-Unis. L'organisation s'intéresse à l'éducation professionnelle des professionnels de la santé sur l'allaitement maternel, incluant des modules d'autoformation sur la prise en charge de la lactation, niveau 1. Cet outil pédagogique est téléchargeable gratuitement.

**World Alliance for Breastfeeding Action (WABA):**

<http://www.waba.org.my/>

WABA est un réseau mondial d'organisations et d'individus qui appuient l'allaitement maternel, qui comprend l'IBFAN, ILCA, BFMED, Wellstart et la Ligue La Leche. Le site Web contient des informations sur les travaux de WABA, les ressources, événements, etc...

**World Bank (WB):**

[www.worldbank.org/](http://www.worldbank.org/)

The [WB Nutrition Section website](#) contient des informations sur la stratégie de nutrition de la Banque Mondiale, des nouvelles, des liens etc..., et [WB Nutrition Publications](#).

**World Breastfeeding Week:**

<http://www.worldbreastfeedingweek.org/index.htm>

Site web de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel avec des informations sur les événements de l'année en cours et des années antérieures.

**World Food Programme (WFP):**

[www.wfp.org/nutrition](http://www.wfp.org/nutrition)

Contient des informations sur la programmation du PAM pour la nutrition, les produits de nutrition, la santé maternelle et de l'enfant, des reportages et des liens.

**World Health Organization (WHO):**

[www.who.int/child\\_adolescent\\_health/](http://www.who.int/child_adolescent_health/)and [www.who.int/nutrition/](http://www.who.int/nutrition/)

Le site de l'OMS inclut le Département de la Santé de l'Enfant et de l'Adolescent Santé et le Département de la nutrition - contenant des informations, des directives, des rapports de réunion, des cours de formation, les nouveaux indicateurs de l'ANJE et autres documents sur l'ANJE.

## Annexe 2. Exemple de feuille de suivi pour le Counseling sur l'ANJE

Centre de Santé																								
Cible mensuel	Année		Population desservie				Population totale cible <2				Cible post-natale				Cible 0-5 m.		Cible 6-23m.		Cible mensuel <2s				Couverture	
12																								100%
11																								
10																								
9																								75%
8																								
7																								
6																								50%
5																								
4																								
3																								25%
2																								
1																								
0																								0%
	Jan	Cu m total	Fév	Cum total	Mar	Cum total	Avr	Cum total	Mai	Cu mtot al	Juin	Cu mtot al	Juil	Cu mtot al	Aou t	Cum total	Sep	Cum total	Oct	Cu mtot al	Nov	Cu mtot al	Dec	
Counseling post natal																								
Counseling pour enfants < 6 mois																								
Counseling pour enfants de 6-23 mois																								

Adapté du tableau de suivi dans le guide: Microplanning for immunization service delivery using the Reaching Every District (RED) approach. WHO. 2009

## Annexe 3: Exemple de matrice de planification pour la stratégie de Communication <sup>1</sup>

<b>1. Analyse comportementale</b>	<b>Groupe de participants primaires (GPP): Niveau individuel ou Ménage</b>	<b>Groupe de participants secondaire (GPS): Niveau communautaire</b>	<b>Groupes de participants tertiaires (GPT): Niveau Politique/ de décision</b>
Qui sont les participants?	GPP1: Mère	GPS1: Travailleur de santé en santé materno infantile	GPT1: Ministère de la Santé (Responsable de Santé familial/ Nutrition)
	GPP2: Femme âgée	GPS2: TSC/Conseiller non professionnel	GPT2: Directeur de Province/ District de la Santé
	GPP3: Père	GPS3: Groupe de soutien à la mère	GPT3: Directeur de Province/région/district gouvernemental
		GPS4: Personnel de terrain des ONG	
Quels sont les comportements actuels?	GPP1: Donne de l'eau ou SLM au nourrisson allaité de moins de 6 mois	GPS1: Ne communique pas les informations correctes sur l'AME ; Ne fait pas la promotion de l'AME ; fait la promotion des SLM ; fait les séances didactiques d'éducation sanitaire	GPT1: Ne priorise pas les stratégies de communication de l'ANJE; N'alloue pas suffisamment de fonds pour la composante AME; permet la promotion des SLM.
	GPP2: Donne de l'eau ou SLM au nourrisson de mois de 6 mois ou conseille aux mères de le faire	GPS2: Ne communique pas les informations correctes sur l'AME; Ne conduit pas des activités de promotion de l'AME	GPT2: N'alloue pas des ressources ou suit la mise en œuvre du plan de communication de l'AME dans les provinces/districts
	GPP3: Exige que la femme maintienne sa charge de travail complète. Ne laisse pas suffisamment de temps pour qu'elle allaite; ne participe pas à des questions d'alimentation du nourrisson.	GPS3: N'utilise pas les informations correctes sur l'AME dans les contacts ; Ne cherche pas les mères allaitantes dans la communauté ;	GPT3: Ne connaît pas l'importance de l'AME; Ne fait pas la promotion de l'AME dans les discours, Ne fait pas la promotion ni ne suit pas les succès sur l'amélioration de la santé et du statut nutritionnel de l'enfant.
		GPS4: N'utilise pas les informations correctes sur l'AME ; fait la promotion de la communication didactiques et de la distribution de posters ; ne conduit pas la supervision de soutien des TSC ou des groupes de soutien à la mère	

<sup>1</sup> Ce format a été développé par Dr. Renato Linsangan, antérieurement avec l'UNICEF Pakistan. Il a été utilisé par plusieurs bureaux pays de l'UNICEF et peut être adapté pour répondre aux besoins locaux. Il a été partiellement rempli comme un exemple de l'information qui pourrait y être inclus; l'exemple dans ce cas se rapporte à l'allaitement maternel exclusif.

<b>1. Analyse comportement al</b>	<b> Groupe de participants primaires (GPP): Niveau individuel ou Ménage</b>	<b> Groupe de participants secondaire (GPS): Niveau communautaire</b>	<b> Groupes de participants tertiaires (GPT): Niveau Politique/ de décision</b>
Quel est le comportement recommandé/désiré?	GPP1: Donne seulement le lait maternel	SPG1: Fait la promotion de l'AME correctement à chaque contact avec les femmes éligibles; ne fait pas la promotion des SLM; utilise les techniques de communication appropriées	GPT 1: Stratégie nationale de communication sur l'ANJE élaborée et financée; prend les mesures nécessaires pour limiter la promotion des SLM ; ne tolère aucune incitation pour le personnel de la part des fabricants de préparation pour nourrissons; fait la promotion de l'AME dans les discours, documents, etc.
	GPP2: Ne donne pas de l'eau au nourrisson; Conseille à la mère de donner uniquement le lait maternel	GPS2: Fait la promotion de l'AME correctement à chaque contact avec les femmes éligibles; ne fait pas la promotion des SLM; utilise les techniques de communication appropriés.	GPT2 : Assure l'allocation des ressources et la mise en œuvre des activités de communication; suit la mise en œuvre et discute des résultats de suivi des résultats avec l'équipe d'ANJE lors de réunions régulières; informe les responsables gouvernementaux clés des progrès / contraintes
	GPP3: Soutien la femme pour alléger sa charge de travail, laissant suffisamment de temps pour allaiter; discute avec les femmes âgées dans la famille	GPS3: Cherche toutes les mères éligibles dans la communauté afin de promouvoir l'AME, de soutenir et résoudre des problèmes	GPT3 : Parle correctement de l'AME lors d'événements publics; aide à résoudre des questions logistiques pour la promotion et la supervision de l'AME
		GPS4: Renforce les capacités des agents de santé communautaire et les groupes de soutien aux mères pour conduire des sessions de communication interactives sur l'AME ; effectue régulièrement la supervision de soutien	
Quelle est la principale barrière au comportement recommandé (immédiat et long terme)	GPP1: Les femmes âgées disent aux mères de donner de l'eau	GPS1: Manque de connaissances sur l'AME; biais en faveur des préparations pour nourrissons; surcharge de travail; superviseur ne met pas l'accent sur la communication ;	GPT1 : N'est pas une priorité des bailleurs de fonds; responsables de la réussite des autres, interventions CSD de haut niveau
	GPP2: Croit que l'eau est nécessaire avec le lait maternel; croit que "Grand-mère sait mieux"	GPS2: Manque de connaissances sur l'AME ; surcharge de travail / des priorités concurrentes ; manque de ressources et de motivations; Le superviseur ne met pas l'accent sur la communication sur l'ANJE	GPT2 : Le Ministère de la Santé n'est pas responsable du statut de l'ANJE dans la localité; n'est pas convaincu que l'amélioration de l'AME va changer l'état de santé de l'enfant au niveau local, le manque de ressources humaines en matière de communication
	GPP3: Les hommes ne perçoivent aucun rôle dans l'alimentation et les soins du nourrisson.	GPS3 : Manque de connaissances sur l'AME, manque de reconnaissance et de soutien de la communauté	GPT3 : Etat de santé des enfants n'est pas une priorité pour la réélection; de mauvaises relations avec le système de santé; manque de connaissances de l'impact de l'AME

		GPS4 : Manque de connaissances sur l'AME; compétences faibles en communication; superviseur ne met pas l'accent sur la communication AME;	
Quelles sont les autres barrières au comportement recommandé? Quels sont les bénéfices ?	GPP1: Les demandes concurrentes sur son temps (tâches ménagères et agricoles, travail, etc.)	GPS1 : Méthodes didactiques exigent moins de temps et d'efforts, les incitatifs fournis par les compagnies de préparations pour nourrissons	GPT1 : Préfère des interventions curatives, le travail sur la communication implique de nouveaux partenaires, plus de réunions
	GPP2: L'autorité des femmes âgées sur la mère du nourrisson	GPS2 : Les services curatifs plus faciles et une plus grande reconnaissance communautaire	GPT2 : Confortable avec les priorités actuelles du programme
<b>1. Analyse Comportement ale</b>	<b>Groupe de participants primaires (GPP): Niveau individuel ou Ménage</b>	<b>Groupe de participants secondaire (GPS): Niveau communautaire</b>	<b>Groupes de participants tertiaires (GPT): Niveau Politique/ de décision</b>
	GPP3: Perception du rôle de la femme dans le ménage	GPS3: Visite de maison en maison nécessite du temps, des efforts et la coordination	GPT3 : Récompenses politiques d'autres domaines prioritaires; aucune pression de la communauté
		GPS4: Méthodes de communication interactive, sont plus difficiles à enseigner et superviser	
Quelles pratiques actuelles ou traditionnelle / s pourraient soutenir / servir de base pour (ou renforcer la promotion du) comportement recommandé?	GPP1: Culture traditionnelle de l'allaitement maternel	GPS1: TS est l'autorité / influente / crédible	GPT1: Attentif aux apports des donateurs, travaille sur la décentralisation CSD
	GPP2: Rôle des femmes âgées dans les soins et l'alimentation de l'enfant (donner de l'eau, du thé, des aliments etc.)	GPS2: ASC sont membres de la communauté; connaît la communauté	TPG2: Est bon en réseautage
	GPP3: Rôle des hommes chef de ménages dans le bien-être de la famille	GPS3: Rôle des femmes dans l'alimentation et les soins du nourrisson	GPT3: Aime le réseautage, faire des apparitions publiques
		GPS4: la responsabilité contractuelle, le temps et les ressources limitées par le budget des ONG	
Quelles sont les normes sociales qui empêchent le comportement désiré?	GPP1: Rôle subordonné des femmes aux maris et aux femmes âgées du ménage	GPS1: Méthodes didactiques, rôle autoritaire	GPT1:
	GPP2: Autorité sur les filles/ les belles filles	GPS2 : Peut ne pas être une source crédible dans la communauté (spécialement hommes ou jeunes femmes ASC)	GPT2: " joueur d'équipe" signifie qu'il s'assure que les autres ne projettent pas une mauvaise image.
	GPP3: Le rôle des hommes ne comprend pas l'alimentation et les soins des nourrissons	GPS3 : Les structures sociales ne se prêtent pas au soutien de la mère; les différences de classe et ethnique;	TPG3: La plateforme du parti dicte les actions, les priorités
	:	GPS4: Différences de classe et différences ethniques	

<b>2. Stratégie de communication</b>	<b>Groupes de participants Primaires: Communication pour le changement de comportement</b>	<b>Groupes de participants secondaires : Mobilisation Sociale</b>	<b>Groupes de Participants Tertiaires : Plaidoyer</b>
Que peut faire la communication pour surmonter le principal obstacle au comportement recommandé?	GPP1 : Se connecter à un groupe de soutien AME; améliorer les connaissances sur l'AME et sur la non nécessité de l'eau	GPS1: Améliorer les connaissances et les compétences en communication ; les techniques de mobilisation communautaire	GPT1: Faire le plaidoyer auprès des bailleurs de fonds pour prioriser l'ANJE et l'AME en particulier et le développement d'une stratégie de C4D
	GPP2 : Promouvoir une autre façon pour impliquer les femmes âgées dans les soins et l'alimentation des nourrissons; améliorer les connaissances sur l'AME	GPS2 : Améliorer les connaissances et les compétences en communication ; améliorer les techniques de mobilisation communautaire	GPT2 : Faire le plaidoyer auprès du MS afin d'allouer des ressources humaines et financières pour les activités C4D au niveau sous-national
	GPP3 : Promouvoir les moyens par lesquels le père peut soutenir la femme au cours de l'AME (nutrition, moins de travail); améliorer les connaissances sur l'AME	GPS3: Améliorer les connaissances et les compétences en communication; renforcer la capacité de planifier et d'exécuter des activités de groupe	GPT3 : Améliorer la visibilité auprès des électeurs; améliorer la connaissance de la CSD et l'AME
		GPS4: Améliorer les connaissances et les compétences en communication; soutient les activités de supervision	
Quels sont les avantages (immédiats et à long terme) du comportement recommandé que le C4D peut promouvoir?	GPP1: Le nourrisson ne sera pas malade aussi souvent, aucun coût financier	GPS1 : Faire une communication plus efficace sur l'AME, décourager les SLM permettra d'améliorer la santé des enfants dans la zone desservie	GPT1 : Soutenir les programmes AME et la stratégie de C4D aidera à répondre aux objectifs de la CSD
	GPP2 : Continue le rôle d'influence; le nourrisson sera dodu et en bonne santé	GPS2 : reconnaissance communautaire de son rôle dans le soutien de l'AME; faire une communication plus efficace sur l'AME et décourager les SLM permettra d'améliorer la santé des enfants dans la zone desservie	GPT2:
	PPG3: "Impliquer le père" résulte en des enfants en bonne santé, dépenses médicales réduites	GPS3: Groupe gagnera la reconnaissance de communauté et du MS pour son rôle dans l'amélioration des taux d'AME	GPT 3:
Quel est la stratégie pour le changement de comportement ?	GPP1: Obtenir que les femmes âgées soutiennent l'AME dans le ménage en allégeant la charge de travail, alimenter la	GPS1 : Améliorer la supervision pour inclure le rôle de la communication, utilisation des médias pour créer un environnement plus favorable pour les	GPT 1:

<b>2. Stratégie de communication</b>	<b>Groupes de participants Primaires: Communication pour le changement de comportement</b>	<b>Groupes de participants secondaires : Mobilisation Sociale</b>	<b>Groupes de Participants Tertiaires : Plaidoyer</b>
	mère, parler au père du nourrisson	femmes allaitantes; améliorer les connaissances	
	GPP2 : Améliorer les connaissances sur l'AME, le danger d'ajouter de l'eau et les SLM; montrer son rôle exact dans les soins du nourrisson et l'alimentation du nourrisson.	GPS2 : Améliorer la supervision pour inclure le rôle de la communication; l'utilisation des médias pour créer un environnement plus favorable aux femmes allaitantes; améliorer les connaissances	GPT 2:
	PPG3:	GPS3 : Montrer aux femmes comment elles aident à améliorer les taux d'AME et la santé infantile, améliorer les connaissances; Les porter à cibler les femmes âgées et les femmes allaitantes.	GPT3:
		GPS4 : Améliorer la responsabilité de la supervision de soutien ; impliquer dans le processus de suivi des comportements	
Quel devrait faire le groupe de participants (comportement clé) à la suite de l'exposition aux activités de communication?	PPG1:	GPS1:	GPT 1:
	PPG2:	GPS2	GPT 2
		GPS3:	GPT 3:
Que devrait faire le groupe de participants en plus après l'exposition à la communication (comportements de soutien)?	PPG1	GPS1	GPT 1:
	PPG2:	GPS2:	GPT 2:

<b>2. Stratégie de communication</b>	<b>Groupes de participants Primaires: Communication pour le changement de comportement</b>	<b>Groupes de participants secondaires : Mobilisation Sociale</b>	<b>Groupes de Participants Tertiaires : Plaidoyer</b>
Quel est le message clé ?	PPG1:	GPS1:	GPT 1:
	PPG2:	GPS2:	GPT 2
		GPS3:	GPT 3:
		GPS4:	
Quels sont les messages de soutien?	PPG1	GPS1	GPT 1:
	PPG2:	GPS2:	GPT 2:
		GPS3:	GPT 3:
		GPS4:	
Quelles sont les interventions C4D? (par exemple, la communication interpersonnelle à travers l'éducation par les pairs, des dialogues communautaires; théâtre de rue; radio / TV, le plaidoyer)	GPP1 : Voir que les femmes allaitantes sont exposées à de multiples canaux de communication pour des informations correctes et la résolution de problèmes afin de surmonter les obstacles	GPS1: Conduire la formation sur les techniques de communication ; suivre les résultats de la Communication	GPT1: Faire le plaidoyer pour prioriser l'AME et la C4D dans les plans nationaux de l'ANJE et de CSD; utiliser les dirigeants du Ministère de la Santé pour prioriser l'AME et C4D au niveau subnational; Présenter les données de suivi de comportement pour une utilisation au niveau national
	GPP2: utilisation de théâtre populaire et des medias de masse pour montrer le rôle des femmes âgées dans l'alimentation du nourrisson, le soutien à la mère du nourrisson.	GPS2: Conduire la formation sur les techniques de communication ; suivre les résultats de la Communication ; utiliser le théâtre populaire et les medias de masse pour créer un environnement social pour l'AME	GPT2 : Faire le plaidoyer auprès des directeurs de la santé provinciaux / de district pour prioriser l'AME et C4D dans les plans d'ANJE et de CSD; utiliser le directeur provincial / de district de la santé pour suivre les activités et résultats de l'AME et C4D au niveau subnational; Présenter les données de suivi de comportement pour une utilisation au niveau subnational
	GPP3: utilisation du théâtre populaire et des medias de masse pour montrer le rôle du père dans l'alimentation du nourrisson, le soutien à la femme	GPS3: utiliser le théâtre populaire et les medias de masse pour créer un environnement social pour l'AME; reconnaître le rôle des groupes de femmes ; Conduire la formation sur les techniques de communication	GPT3: Assurer la couverture médiatique des efforts de plaidoyer des dirigeants du gouvernement, et améliorer la connaissance de l'impact de l'AME sur la santé; présenter

<b>2. Stratégie de communication</b>	<b>Groupes de participants Primaires: Communication pour le changement de comportement</b>	<b>Groupes de participants secondaires : Mobilisation Sociale</b>	<b>Groupes de Participants Tertiaires : Plaidoyer</b>
			des données de suivi pour qu'elles soient utilisées par les leaders locaux.
		GPS4: utiliser le théâtre populaire et les medias de masse pour créer un environnement social pour l'AME; Conduire la formation sur les techniques de communication	
Quelles sont les interventions du ? programme par exemple, approvisionnement, services, formation, supervision, gestion)	PPG1:	GPS1: Prioriser la supervision de soutien pour les TS- spécialement dans la promotion de l'AME	GPT1 : Suivre la mise en œuvre des codes d'alimentation du nourrisson; mettre l'ANJE et l'AME sur l'agenda du Ministère de la Santé; utiliser les données de suivi; rechercher des financements pour les activités de C4D et d'AME
	PPG2:	GPS2: Prioriser la supervision de soutien pour les TS—spécialement dans la promotion de l'AME et la mobilisation communautaire.	GPT2 : Développer des liens réguliers avec le gouvernement local et la communauté pour soutenir les activités de promotion de l'allaitement; trouver des moyens pour aplanir les obstacles logistiques à la supervision, visites domiciliaires etc. ; revoir et discuter des résultats du suivi
		SPG3: Assurer des liens avec le système de santé ; suivi des résultats; reconnaître les progrès	GPT3 : Inclure les officiels du gouvernement local dans le suivi de la sante de l'enfant dans la localité ;
		SPG4: Prioriser la supervision de soutien pour le personnel des ONG- spécialement dans la promotion de l'AME et la mobilisation communautaire.	

## Annexe 4: Glossaire

**Acide gras essentiels:** les acides gras qui sont essentiels pour les yeux et le cerveau d'un bébé en pleine croissance et qui ne sont pas présents dans le lait de vache ou dans la plupart des laits pour nourrissons. Quelques-unes des sources d'acides gras alimentaires sont les poissons et les coquillages, graines de lin, l'huile de chanvre, huile de soja, huile de colza, les graines de citrouille, graines de tournesol, les légumes à feuilles vertes, et les noix. Les régimes alimentaires des pays en développement sont souvent déficients en acides gras essentiels et, parfois, la supplémentation est nécessaire.

**Agent de santé communautaire (ASC):** les ASC sont connus sous différents noms dans différents pays. Le terme générique «ASC» recouvre une grande variété d'agents de santé communautaires sélectionnés, formés et travaillant dans leurs communautés d'origine. Les ASC sont formés pour effectuer une ou plusieurs fonctions liées aux soins de santé. Une définition largement acceptée a été proposée par l'OMS: *les agents de santé communautaire doivent être des membres des communautés où ils travaillent, devraient être choisis par les communautés, devraient être responsables devant les communautés pour leurs activités, devraient être appuyés par le système de santé, mais pas nécessairement comme faisant partie de son organisation, et ont une formation plus courte que les travailleurs professionnels.*

**Agent vulgarisateur:** L'agent de vulgarisation communautaire (AVC) est l'acteur principal, vivant et travaillant dans la communauté, mais n'est pas nécessairement né dans la communauté. Par conséquent, un AVC est accessible et comprend les points forts de la communauté, les vulnérabilités et les aspirations mieux que des agents de vulgarisation plus instruits et professionnels. Il / elle connaît la langue et a une compréhension intrinsèque des normes communautaires culturelles, les coutumes et les pratiques. Les agents de vulgarisation travaillent dans tous les secteurs, l'agriculture, la santé, l'éducation, l'environnement, etc.

**Aliment de complément:** tout aliment, qu'il soit fabriqué industriellement ou préparés localement, utilisé comme un complément au lait maternel ou à un substitut du lait maternel.

**Alimentation de complément:** L'enfant reçoit à la fois du lait maternel ou un substitut du lait maternel et des aliments solides (semi-solides ou mous). Le processus commence à six mois quand le lait maternel seul n'est plus suffisant pour répondre aux besoins nutritionnels des nourrissons, et donc d'autres aliments et liquides sont nécessaires, en plus du lait maternel. La tranche d'âge cible pour l'alimentation de complément est généralement considérée comme la tranche d'âge de 6 à 24 mois. Il n'est pas recommandé de donner des aliments de complément aux enfants de moins de six mois.

**Alimentation à la tasse :** nourrir un nourrisson à l'aide d'une tasse sans couvercle ouvert, indépendamment de ce qui est dans la tasse.

**Alimentation à la demande :** Nourrir un bébé quand il montre qu'il a faim, le jour et la nuit. Ceci est également appelé alimentation « illimitée », alimentation « dirigée par le bébé », « alimentation selon le signal ».

**Alimentation adaptée:** Nourrir les nourrissons directement et aider les enfants plus âgés lorsqu'ils s'alimentent eux-mêmes, en étant sensible aux signes de faim et de satiété.

**Alimentation artificielle:** Nourrisson alimenté exclusivement au substitut du lait maternel.

**Alimentation au biberon:** le nourrisson est nourri au biberon (avec du lait maternel exprimé, de l'eau, une préparation pour nourrissons, etc.)

**Alimentation de remplacement:** Il s'agit de nourrir un enfant qui ne reçoit pas de lait maternel avec une alimentation qui fournit tous les nutriments dont l'enfant a besoin jusqu'à ce que l'enfant soit entièrement alimenté avec le repas familial. Au cours des six premiers mois cela devrait être un substitut du lait maternel approprié. Après six mois, cela doit être avec un substitut du lait maternel adapté, ainsi qu'avec des aliments de complément élaborés à partir du repas familial, convenablement préparés et enrichis en nutriments.

**Alimentation mixte:** l'enfant reçoit à la fois du lait maternel et tout autre aliment ou liquide, ou de l'eau, y compris le lait artificiel et les préparations pour nourrissons avant l'âge de 6 mois. L'alimentation mixte augmente de façon significative le risque de transmission mère-enfant du VIH.

**Alimentation supplémentaire (AS):** Provision d'une ration alimentaire supplémentaire pour les enfants ou adultes souffrant de malnutrition modérée - « AS ciblée;» ou aux groupes les plus vulnérables sur le plan nutritionnel - « blanket feeding ».

**Aliments enrichis:** Ce sont des aliments auxquels certains nutriments ont été ajoutés afin d'améliorer leur qualité nutritionnelle.

**Aliments Prêts à l'Emploi (APE):** Ce sont des aliments à forte densité énergétique, enrichis en vitamines et minéraux, qui fournissent des quantités précises de macro et de micronutriments et sont donc idéalement adaptés à la prise en charge des différents types de malnutrition. Ces aliments se présentent sous la forme d'une pâte à base d'huile et ont une texture de beurre d'arachide. Ils ont une teneur en eau très faible et pour cette raison, ils ne se gâtent pas et peuvent être stockés dans des emballages simples dans les climats tropicaux. Comme ils peuvent être consommés directement de l'emballage et ne nécessitent pas de cuisson ou de dilution avec de l'eau, les exigences de préparation et de combustibles pour les ménages pauvres sont réduites au minimum. Les APE peuvent aussi être utilisés à d'autres fins ; par exemple pour traiter des adultes VIH positifs ou pour prévenir la malnutrition sévère ou chronique chez les enfants de moins de deux ans. Ils peuvent être préparés à partir d'une variété de céréales et de légumineuses, y compris les arachides, les pois chiches, les graines de sésame, le maïs et le soja, et peuvent donc être élaborés de manière à optimiser l'utilisation des ingrédients de faible ratio cout-efficacité dans un milieu donné. La technique de fabrication des APE est très simple et requiert un processus de production de base et une technologie qui est généralement disponible dans les pays en développement.

**Allaitement maternel exclusif:** Le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel (y compris le lait maternel qui a été exprimé ou celui d'une nourrice) et rien d'autre, sauf les sels de réhydratation orale, les médicaments et les vitamines et les minéraux.

**Allaitement maternel prédominant:** Le nourrisson reçoit certains liquides (eau et boissons à base de jus de fruits), des fluides rituels et des SRO, des vitamines, minéraux, des médicaments en plus du lait maternel.

**Allaitement partiel:** Le nourrisson reçoit d'autres liquides ou solides en plus du lait maternel avant l'âge de 6 mois.

**Communication pour le Changement de Comportement (CCC):** Un processus de consultation axée sur la recherche, pour aborder les connaissances, les attitudes et les pratiques qui sont intrinsèquement liés aux objectifs du programme, y compris l'ANJE. Ce processus identifie, analyse et segmente l'auditoire ou les participants et leur fournit des informations pertinentes et la motivation, utilisant des canaux appropriés à l'auditoire, en combinant des relations interpersonnelles, des sessions de groupe et des médias de masse, y compris des méthodes participatives et le marketing social. Les stratégies de changement de comportement ont tendance à se concentrer sur l'individu comme un point de changement. En général, la CCC est considérée comme étant basée sur des données, fondée sur des preuves empiriques et en mesure de démontrer des résultats mesurables, parfois dans des délais relativement courts.

**Communication pour le développement (C4D):** Un processus systématique, planifié et fondé sur des évidences, afin de promouvoir un changement positif de comportement individuel et social mesurable qui est une partie intégrante des programmes de développement, de plaidoyer politique et du travail humanitaire. Elle utilise des procédés de recherche et de consultation pour promouvoir les droits de l'homme, mobiliser les dirigeants et les sociétés, influencer les attitudes et soutenir les comportements de ceux qui ont un impact sur le bien-être des enfants, des femmes, leurs familles et communautés. La C4D utilise une combinaison de plaidoyer, de mobilisation sociale, de communication pour le changement de comportement et de communication pour le changement social. L'utilisation de l'un sans l'autre ne donnera pas les résultats escomptés à long terme. C4D est un terme de l'UNICEF; précédemment connu sous le nom de communication de Programme.

**Conseil et dépistage du VIH:** Test pour déterminer le statut VIH, précédé et suivi par le conseil. Le test doit être volontaire et confidentiel, avec le consentement pleinement informé. L'expression signifie la même chose que les termes: un dépistage conseillé et volontaire, un dépistage et un conseil volontaire, et un conseil et un dépistage confidentiel et volontaire. Le conseil est un processus, et non pas un événement ponctuel: pour le client VIH-positif, il devrait inclure la planification à vie, et, si le patient est une femme qui est enceinte ou qui a accouché récemment, elle devrait inclure des considérations d'alimentation du nourrisson.

**Conseiller non professionnel:** Des conseillers non professionnels sont membres de la communauté et sont formés pour fournir un service spécifique ou exercer certaines activités limitées. Les conseillers communautaires non professionnels surmontent les problèmes d'entrée dans la communauté, ceux qui sont liés à l'ethnocentrisme, et la pénurie des ressources, par la formation des membres au sein de la communauté touchée. Les conseillers non professionnels ont été effectivement mobilisés dans la promotion de l'allaitement maternel exclusif et en soutenant des programmes VIH/SIDA, entre autres.

**Conseils sur l'alimentation du nourrisson:** Conseils sur l'allaitement, sur l'alimentation de complément, et, pour les femmes séropositives pour le VIH, sur le VIH et l'alimentation du nourrisson.

**Counseling:** Une façon de travailler avec des gens de sorte que vous comprenez leurs sentiments et les aider à développer la confiance pour prendre des décisions.

**Dépistage à l'initiative du prestataire :** Test pour le VIH qui est systématiquement proposé, par exemple dans les services de santé prénatale ou d'accouchement pour les femmes ou pour les patients hospitalisés. Le test est offert aux clients et ils peuvent refuser de se faire tester. Une fois qu'ils acceptent le test, ils bénéficient du counseling avant et après le test.

**Dix étapes pour réussir l'allaitement maternel:** Dix activités pour le soutien de l'allaitement dans les services de maternité, extraites des expériences réussies de cliniques dans la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel dans les services de maternité dans un large éventail de milieux, à la fois dans les pays en développement et les pays industrialisés

**Equilibre des risques:** Equilibrer le risque de la transmission mère-enfant du VIH par l'allaitement maternel et l'excès de morbidité et de mortalité associée à la séropositivité pour le VIH, contre le risque de morbidité et de mortalité consécutif au non allaitement, si un nourrisson est séropositif ou non. Les directives actuelles de l'OMS recommandent que les mères séropositives pour le VIH évitent l'allaitement seulement si l'alimentation de remplacement est acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, ou d'allaiter exclusivement, mais d'arrêter le plus tôt possible. Le risque de transmission du virus par l'allaitement maternel dépend d'une variété de facteurs, y compris le statut de la maladie de la mère, si elle allaite exclusivement et pour combien de temps. Aujourd'hui, les experts estiment que, en moyenne, pour chaque mois d'allaitement maternel, moins de 1% des nourrissons sont infectés. Avec l'allaitement maternel exclusif, le risque diminue à moins de la moitié. Les risques extrêmement élevés de mortalité infantile associés au non allaitement

ont besoin d'être pris en compte lorsqu'on informe les mères séropositives pour le VIH sur les options pour l'alimentation de leurs nourrissons.

**Essais de Pratiques Améliorées (EPA):** EPA est un outil de recherche formative pour aider les planificateurs de programmes à sélectionner et "pré-tester" les pratiques réelles qui seront promues par le programme. Les mères et les autres membres de la famille essaient parfois de modifier un set d'éventuelles pratiques améliorées préparées sur la base de recherche communautaire précédente. Dans le cas de l'alimentation du nourrisson, les recommandations sont testées dans les maisons en discutant et en négociant les changements de pratique spécifiques, et le suivi pour enregistrer les expériences des mères et des enfants et leurs réactions aux nouvelles pratiques. Cette méthode est aussi appelée essais des ménages.

**Etudes de Connaissances, attitudes et pratiques (CAP):** Ces enquêtes sont un moyen éprouvé pour mesurer les changements dans les connaissances, attitudes et pratiques sur des questions spécifiques. Les connaissances possédées par un individu ou la communauté réfèrent à leur compréhension de ce sujet. Attitude réfère à leurs sentiments à l'égard du sujet, tels que l'alimentation de complément, ainsi que toutes les idées préconçues qu'ils peuvent avoir à son égard. Pratiques réfèrent à la pratique des moyens par lesquels ils démontrent leurs connaissances et leurs attitudes par le biais de leur actions. La compréhension de ces trois dimensions permettra à un projet de suivre les changements dans les temps, et peut permettre au projet d'adapter les activités aux besoins de cette communauté. Les études CAP devraient être menées à la fois pré et post-intervention pour mesurer l'impact.

**Faible poids de naissance (FPN):** Un enfant pesant moins de 2,5 kg à la naissance.

**Formule:** le lait artificiel pour bébés fabriqué à partir d'une variété de produits, y compris le sucre, des laits d'origine animale, le soja et les huiles végétales. Ils sont généralement sous forme de poudre, à mélanger avec de l'eau.

**Groupe de soutien à la mère:** Un groupe communautaire de femmes qui offrent un soutien pour l'allaitement maternel optimal et l'alimentation de complément.

**Information, éducation et communication (IEC):** Une approche dépassée du changement de comportement qui mettait l'accent sur la création d'affiches, dépliants, brochures, livrets, des messages pour les sessions d'éducation sanitaire, des émissions de radio des spots de télévision et d'autres matériels, comme un moyen de promouvoir les comportements positifs souhaités dans la communauté. Les questionnaires d'aujourd'hui reconnaissent que la conception du programme d'ANJE intègre la conception, le pré-test et la production de matériels comme un élément d'une stratégie globale C4D.

**Insuffisance pondérale:** une forme mixte de la malnutrition, comprenant des éléments de retard de croissance et d'émaciation, et qui est défini par un score Z de l'indice poids-pour-âge (PAZ) en dessous de 2 écarts-types de la médiane (normes de l'OMS). Cet indicateur est couramment utilisé dans le suivi et la promotion de la croissance (SPS) et les programme de santé et de nutrition de l'enfant visant à prévenir et traiter la malnutrition

**Jeune enfant:** Un enfant âgé de plus de 12 mois jusqu'à l'âge de 36 mois.

**Lait maternel exprimé:** Lait qui a été retiré des seins manuellement ou en utilisant une pompe.

**Malnutri:** Une classification qui indique la malnutrition telle que le retard de croissance, l'insuffisance pondérale, ou l'émaciation.

**Malnutrition:** Une conséquence d'une carence en apport en nutriments et / ou l'absorption dans le corps. Les différentes formes de la malnutrition qui peuvent apparaître de façon isolée ou en combinaison sont la malnutrition aiguë (œdèmes bilatéraux et / ou émaciation), la malnutrition

chronique (retard de croissance), l'insuffisance pondérale (sous forme combinée de l'émaciation et le retard de croissance), et les carences en micronutriments.

**Malnutrition aiguë sévère (MAS):** La malnutrition définie par un poids très faible pour la taille (PTZ en dessous de 3 z-scores par rapport à la médiane des normes de croissance de l'OMS), le périmètre brachial inférieur à 115 mm, par un amaigrissement visible et sévère, ou par la présence d'un œdème nutritionnel.

**Malnutrition aiguë:** la PPT <-2 scores Z ou <80% de la médiane de référence et / ou œdèmes bilatéraux

**Malnutrition modérée (MM):** MM comprend tous les enfants avec émaciation modérée (également connu sous le nom de la malnutrition aiguë modérée - MAM) et est défini comme un poids-pour-taille entre -3 et -2 z-scores des normes de croissance de l'enfant de l'OMS et de tous ceux qui ont un retard de croissance modéré, défini par une Taille-pour-Age entre -3 et -2 z-score des normes de croissance de l'enfant de l'OMS. La plupart de ces enfants auront également une insuffisance pondérale modérée (poids-pour-âge entre -3 et -2 z-scores). Les enfants souffrant de malnutrition modérée ont un risque élevé de mortalité et la MM est associée à un nombre élevé de décès liés à la nutrition. Si certains de ces enfants souffrant de malnutrition modérée ne reçoivent pas un soutien adéquat, ils peuvent progresser vers la malnutrition aiguë sévère (émaciation sévère et / ou œdème) ou retard de croissance sévère (taille-pour-âge inférieur à -3 z-scores), deux situations mettant la vie en danger. Par conséquent, la prise en charge de MM devrait être une priorité de santé publique.

**Marketing social:** L'application de techniques de marketing pour atteindre des objectifs spécifiques de comportement pour un objectif social. Des campagnes de marketing social peuvent avoir plusieurs approches pour des auditoires variés y compris les mères, leurs familles et les prestataires de soins de santé et leur communauté. Le marketing social est particulièrement efficace s'il fait partie d'une stratégie globale de communication autour de l'ANJE.

**Méthode d'Allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA):** Utilisation de la période d'aménorrhée après l'accouchement comme une méthode de planification familiale. Cette méthode est plus efficace pendant les premiers mois, et si le nourrisson est allaité exclusivement, à la demande, y compris la nuit et aussi longtemps que la menstruation n'est pas revenue, mais il y a encore une chance (de quelques pour cent) que la femme tombe enceinte, et cela augmente après six mois, au moment où d'autres méthodes de planification familiale devraient être utilisés.

**Mobilisation sociale:** un processus qui engage et motive une large gamme de partenaires et d'alliés au niveau national et local pour sensibiliser la population et la demande pour un objectif de développement particulier par le biais du dialogue face-à-face. Les membres des institutions, des réseaux communautaires, les groupes civiques et religieux et d'autres travaillent de façon coordonnée pour atteindre des groupes spécifiques de personnes, afin de dialoguer à l'aide des messages planifiés. En d'autres termes, la mobilisation sociale vise à faciliter le changement par une série d'acteurs engagés dans des efforts interdépendants et complémentaires.

**Multi-suppléments en micronutriments:** Préparations à base de plusieurs vitamines et minéraux, sous la forme de poudres à ajouter à la nourriture, de sirops, de capsule ou de comprimé.

**Normes:** les normes ont tendance à refléter les valeurs du groupe et préciser les actions qui sont appropriées et celles qui ne sont pas appropriées, ainsi que des récompenses pour le respect de la conformité. En ce qui concerne la nutrition, il y a beaucoup de croyances traditionnelles et de normes acceptées qui ont besoin d'être reconnues et respectées dans l'élaboration de politiques socialement acceptables et efficaces.

**Nourrisson :** Un enfant de la naissance jusqu' à l'âge de 12 mois.

**Périmètre Brachial (PB):** La mesure du PB est un moyen rapide et simple pour déterminer si oui ou non un enfant est malnutri à l'aide d'une bande en plastique colorée. La mesure du PB est appropriée pour les enfants dès l'âge de 12 mois jusqu'à l'âge de 59 mois. Cependant, il peut également être utilisé pour les enfants de plus de six mois avec une longueur de plus de 65 cm.

**Plaidoyer:** Un processus continu et adaptatif de collecte et d'organisation de l'information dans la formulation des arguments, qui doivent être communiqués aux décideurs à travers plusieurs voies interpersonnelles et par les médias. Ceci est fait en vue d'influencer leur décision à l'égard de la mobilisation de ressources, de l'acceptation du leadership politique et sociale, et de l'engagement envers un programme tel que l'ANJE, préparant ainsi une société à l'accepter. Le plaidoyer devrait inclure le développement de mécanismes pour faire en sorte que les perspectives, les préoccupations et les voies des enfants, des femmes et des hommes issus de groupes marginalisés se retrouvent dans le dialogue politique en amont et la prise de décision (basé sur McKee et al, *Involving People Evolving Behaviour*, 2000).

**Politique:** Une politique est une déclaration globale de haut-niveau des objectifs généraux et des procédures acceptables, en particulier en provenance d'un organisme gouvernemental, afin de guider et déterminer les décisions présentes et futures. Une politique ANJE, par conséquent, définirait les buts et les procédures du gouvernement pour assurer la nutrition optimale du nourrisson et du jeune enfant à différents niveaux, y compris dans le système de santé et au niveau communautaire. Une politique énonce "ce qui" doit être mis en œuvre.

**Préparation pour nourrissons Prêt à l'emploi (PNPE):** Ce sont les produits qui représentent une option pour nourrir les nourrissons, en particulier ceux de moins de six mois qui ne peuvent pas être allaités, d'une manière plus sûre que de donner le lait en poudre pour nourrissons. Les PNPE sont plus sûres parce qu'il n'est pas nécessaire de les mélanger avec de l'eau, mais ces préparations exposent aux risques de contamination si les nourrissons sont nourris à l'aide de biberon plutôt qu'avec des tasses, ou en cas de dilution avec de l'eau. Ces produits sont particulièrement pertinents dans les situations d'urgence.

**Préparations commerciales pour nourrissons:** Un substitut du lait maternel formulé industriellement, conformément aux normes applicables du Code Alimentaire pour satisfaire les besoins nutritionnels des nourrissons pendant les premiers mois de la vie jusqu'à l'introduction d'aliments de complément.

**Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME):** En l'absence de toute intervention préventive, les enfants nés de femmes séropositives pour le VIH et qui sont allaités ont une chance de 25-40% d'être infectés par le VIH. Cela peut se produire pendant la grossesse, pendant le travail et l'accouchement, ou après l'accouchement par l'allaitement. Le risque de transmission mère-enfant (TME) peut être réduit grâce à des approches complémentaires de la thérapie antirétrovirale pour la mère et l'enfant, la mise en œuvre de pratiques d'accouchement sûres, et l'utilisation de pratiques plus sûres d'alimentation du nourrisson.

**Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë sévère (PCMA).** Aussi connue sous le nom :Prise en Charge Communautaire de la Malnutrition Aiguë Sévère (PCMAS). Les évidences suggèrent qu'un grand nombre d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère peuvent être traités dans leurs communautés sans être admis dans un établissement de santé ou dans un centre de nutrition thérapeutique. L'approche à base communautaire implique le dépistage à temps de la malnutrition aiguë sévère dans la communauté et à la prise en charge à domicile de ceux qui n'ont pas de complications médicales avec des aliments thérapeutiques Prêt à l'Emploi ou d'autres aliments nutritifs. Si elle est correctement combinée à une prise en charge dans des établissements de santé pour les enfants souffrant de malnutrition avec complications médicales, et si elle est mise en œuvre à grande échelle, la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère pourrait prévenir le décès de centaines de milliers d'enfants. La PCMA a évolué à partir des soins thérapeutiques à base communautaire, qui est une approche communautaire pour la prise en charge de la malnutrition aiguë dans les situations d'urgence. Bien que la PCMA ait été développée dans le

contexte d'urgence, le fait qu'elle soit décentralisée a permis de l'intégrer dans les services existants de santé primaire sur le long terme et dans des contextes non urgents. (Voir aussi PCIMA dans ce glossaire)

**Prise en charge Communautaire (PCC):** Une approche communautaire pour traiter la diarrhée, le paludisme et la pneumonie chez les enfants.

**Prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë (PCIMA):** La prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë englobe à la fois l'approche à base communautaire (voir la définition du PCMA ci-dessus) et la prise en charge en milieu hospitalier des cas de malnutrition sévère avec complications, des enfants de moins de 6 mois dans un établissement de santé ou un centre de nutrition thérapeutique avec des prestataires de santé qualifiés, tant dans les situations d'urgence et de développement.

**Prise en Charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME):** Une stratégie principale développée dans les milieu des années 1990 par l'OMS/UNICEF, qui intègre toutes les mesures disponibles pour la prévention des maladies et la prise en charge des problèmes de santé majeurs durant l'enfance (la fièvre, les maladies respiratoires, la diarrhée et la malnutrition), pour leur diagnostic et leur traitement précoce et efficace, ainsi que pour la promotion des habitudes saines de vie au sein de la famille et de la communauté. Sur la base de cette évaluation, la PCIME donne des instructions claires sur la classification des maladies et des problèmes, établissant le traitement qui doit être administré pour chacun d'eux. La mise en œuvre de la PCIME implique la participation de la communauté, le secteur des services de santé et de la famille. Ceci est réalisé de trois façons: 1) l'amélioration de la performance des agents de santé dans la prévention et le traitement des maladies infantiles; 2) l'amélioration de l'organisation et le fonctionnement des services de santé afin qu'ils fournissent des soins de qualité; 3) l'amélioration des pratiques de soins familiales et communautaires.

**Programme de protection sociale:** la protection sociale implique des politiques et programmes qui protègent les personnes contre les risques et la vulnérabilité, atténuent les effets de chocs, et soutiennent les personnes qui souffrent d'incapacités chroniques afin de sécuriser les moyens de subsistance de base. Le programme de protection sociale peut également permettre de se constituer un patrimoine, et réduire à la fois la transmission à court terme et intergénérationnelle de la pauvreté. Le programme comprend l'assurance sociale (par exemple l'assurance santé, l'assurance vie et l'assurance du patrimoine, ce qui peut impliquer des contributions des employeurs ou des bénéficiaires), l'aide sociale (principalement en espèces, de la nourriture, des coupons ou des subventions) et les services (tels que la santé maternelle et infantile et les programmes de nutrition). Les interventions qui assurent la formation et le crédit pour les activités génératrices de revenus ont également une composante de protection sociale.

**Prophylaxie:** Les femmes peuvent recevoir des antirétroviraux (ARV) pendant la grossesse dans le cadre de régimes combinés puissants, utilisés pour traiter leur infection par le VIH ou en tant que prophylaxie pour prévenir l'infection à VIH chez les nourrissons. Le traitement aux ARV a des effets positifs sur la santé de la femme mais aussi réduit substantiellement le risque de TME. Tous les efforts devraient être faits pour veiller à ce que toutes les femmes qui ont besoin d'un traitement ARV y aient accès.

**Recherche formative:** Utilise des techniques quantitatives et qualitatives (par exemple, des données de base, des groupes de discussion, des entrevues en profondeur, des observations de participants) pour en savoir davantage au sujet d'un problème dans son propre contexte social. La recherche formative permet d'identifier l'étendue du problème, comme l'utilisation des SLM dans une population donnée. Elle va permettre de documenter les niveaux actuels de la connaissance et les attitudes envers la situation et les barrières à un changement de comportement. Source: Strategic Communications in the HIV/AIDS Epidemic by Neill McKee, Jane T. Bertrand, Antje Becker-Benton, 2004

**Recherche opérationnelle (RO):** La RO identifie les problèmes de prestation de services et teste des nouvelles solutions programmatiques à ces problèmes. Un objectif important de la RO est de fournir aux gestionnaires de programme et aux décideurs politiques les informations dont ils ont besoin pour améliorer et étendre les services. La RO emploie de nombreuses méthodes dans un processus qui comprend cinq étapes fondamentales: l'identification des problèmes (1) et le diagnostic; (2) la stratégie de sélection ; La stratégie de l'expérimentation (3) et l'évaluation; la diffusion de l'information (4), et l'utilisation des informations (5).

**Relactation:** Rétablir l'allaitement après avoir l'avoir cessé soit dans un passé récent, soit dans un passé lointain.

**Retard de croissance:** le retard de croissance, ou la malnutrition chronique, est une forme de dénutrition. Elle est définie par un z-score de l'indice Taille-pour-Age (TAZ) en dessous de deux écarts-types de la médiane des normes de l'OMS. Le retard de croissance est le résultat d'épisodes répétés ou prolongés de malnutrition qui ont débuté avant la naissance. Afin de lutter contre ce type de malnutrition, il est préférable de mettre l'accent sur la santé maternelle préventive et les programmes de nutrition destinés aux femmes enceintes, l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de moins de 2 ans, et en particulier l'alimentation de complément.

**Rooming-in:** Un bébé qui reste dans la même chambre que sa mère.

**Soutien par les pairs ou de mère à mère:** soutien par les pairs ou de mère à mère de façon individuelle ou en groupe, officieusement ou officiellement, dans une variété de milieux, y compris, mais sans se limiter, les rencontres fortuites (marché public, arrêt de bus, des cérémonies religieuses, une salle communautaire, les cliniques de maternité, etc.), le conseil par téléphone, les visites à l'hôpital ou à domicile, des présentations interactives à des réunions de clubs de services, écoles, universités, etc. Une forme de soutien par les pairs ou de mère à mère est un soutien dit «groupe de soutien." Un groupe de soutien de mère à mère est initié et géré par une mère qui facilite la réunion. Elle peut avoir reçu une formation, mais sa qualification primaire est d'être une mère avec une expérience de l'allaitement. Le but du soutien de mère-à-mère n'est pas de donner des conseils médicaux mais de partager des informations, et de soulever des doutes ou des inquiétudes.

**Spillover:** Un terme utilisé pour désigner le comportement alimentaire des nouvelles mères qui, soit savent qu'elles sont VIH-négatives, soit ne savent pas leur statut VIH - elles n'allaitent pas ou elles allaitent pendant une courte période seulement, ou alors elles donnent une alimentation mixte à leurs bébés, en raison de craintes non fondées au sujet du VIH, de la désinformation ou de la disponibilité de substituts du lait maternel.

**Substituts du lait maternel:** Tout aliment commercialisé ou autrement présenté comme un remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il soit approprié ou non à cette fin.

**Suivi et Promotion de la croissance (SPC):** Programmes de Suivi et de promotion de la croissance, incluant la pesée et la mesure régulière des enfants pour détecter de façon précoce les retards de croissance et le malnutrition. La courbe de croissance est utilisée comme un outil éducatif pour déclencher l'amélioration des pratiques de soins chez les travailleurs de la santé et les donneurs de soins. Le SPC est une stratégie préventive et de promotion visant à agir avant que la malnutrition n'apparaisse. C'est une stratégie de changement de comportements effectuée grâce à la communication, pour atteindre une croissance adéquate à travers l'action à domicile et au niveau communautaire.

**Suppléments en nutriments à base de lipides (LNS):** Ce sont des aliments-prêt-à-l'emploi qui ont été utilisés pour traiter les enfants atteints de malnutrition aiguë sévère et également pour prévenir la malnutrition et le retard de croissance en taille. En raison de leur haute teneur énergétique et de leur teneur en éléments nutritifs, les LNS pourraient être utilisés pour la supplémentation pendant et peu après un épisode de maladie, afin d'atténuer l'impact de l'anorexie associée à la maladie sur le statut nutritionnel des enfants.

**Suppléments:** Boissons ou aliments artificiels donnés en plus du lait maternel après l'âge de six mois.

**Surpoids:** L'Indice de Masse Corporelle (IMC) est un indice simple du poids par rapport à la taille qui est couramment utilisé pour classer l'insuffisance pondérale, le surpoids et l'obésité chez les adultes. Il est défini comme le poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres ( $\text{kg/m}^2$ ). Mesurer le surpoids et l'obésité chez les enfants âgés de 5 à 14 ans est un défi, car il n'y a pas de définition standard de l'obésité infantile appliquée dans le monde entier. Les nouvelles normes de croissance de l'enfant de l'OMS, lancé en Avril 2006 comprennent des courbes de l'IMC pour les nourrissons et les jeunes enfants jusqu'à 5 ans. Toutefois, l'OMS est en train d'élaborer une référence de croissance internationale pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents.

**Transmission Mère-enfant (TME):** La transmission du VIH d'une femme infectée par le VIH à un enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.

## Références

1. WHO/UNICEF. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. 2003.
2. WHO/UNICEF. Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. 2008.
3. Jones G. *et al.* How many child deaths can we prevent this year? (Child Survival Series) *The Lancet* 2003 Vol. 362.
4. Black R. *et al.* Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. (Maternal and Child Undernutrition Series 1). *The Lancet* 2008.
5. Newborn Survival Series. *The Lancet* 2005.
6. Childhood Development in Developing Countries Series. *The Lancet* 2007.
7. Edmond, K *et al.* Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006; 117(3):e380-6.
8. Mullany L. *et al.* Breastfeeding patterns, time to Initiation and mortality risk among newborns in southern Nepal. *The Journal of Nutrition* 2008; 138; 599-603.
9. WHO. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. Collaborative Study Team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. *Lancet*, 2000, 355:451–455.
10. Picciano MF. Nutrient composition of human milk. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 53–67.
11. Position of the American Dietetic Association: breaking the barriers to breastfeeding. *J Am Diet Assoc.* 2001 Oct;101(10):1213-20.
12. Heinig MJ, Dewey KG. Health advantages of breastfeeding for infants: a critical review. *Nutr Res Rev* 1996; 9: 89 110.
13. Catassi et al Intestinal permeability changes coloring the first month; effect of natural versus artificial feeding. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1995; 21: 383-386
14. Hanson, LA. Immunobiology of human milk: how breastfeeding protects babies. 2004.
15. Zivkovic AM, German JB, Lebrilla CB, Mills DA. Microbes and Health Sackler Colloquium: Human milk glycobiome and its impact on the infant gastrointestinal microbiota. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2010 Aug 4. [Epub ahead of print].
16. Schanler, R., The use of human milk for premature infants, in R.Schanler (ed.), *Breastfeeding 2001: Pediatr. Clin. North Am.*, 2001; 48: 207–220.
17. Standing Committee on Nutrition of the British Paediatric Association, 'Is Breastfeeding Beneficial in the UK?', *Arch. of Dis. Child*, 1994; 71: 376–380.
18. Atkinson, S.A., The Effects of Gestational Age at Delivery on Human Milk Components, in R. Jensen (ed.), *Handbook of Milk Composition*, San Diego, Calif.: Academic Press, 1995, 222–237.
19. Walker WA. The dynamic effects of breastfeeding on intestinal development and host defense. *Adv Exp Med Biol.* 2004;554:155-70.

20. Butte N., Lopez-Alarcon M. and Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. WHO. 2002.
21. American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk', *Pediatrics*, 2005; 115(2): 496–506.
22. Edmond, K *et al.* Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006; 117(3):e380-6.
23. Mullany L. *et al.* Breastfeeding patterns, time to Initiation and mortality risk among newborns in southern Nepal. *The Journal of Nutrition* 2008; 138; 599-603.
24. Singh K, Srivastava P. The effect of colostrum on infant mortality: Urban rural differentials. *Health and Population* 1992;15(3&4):94–100.
25. Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*; Volume 11, Supplement 3; published 13 April 2011).
26. Arifeen, S. *et al.*, Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums, *Pediatrics*, 2001; 108(4): E67.
27. Heinig MJ, Dewey KG. Health advantages of breastfeeding for infants: a critical review. *Nutr Res Rev* 1996; 9: 89–110.
28. Cushing, A. H.*et al.*, Breastfeeding reduces risk of respiratory illness in infants, *Am. J. Epidemiol.*, 1998; 147(9): 863–870.
29. Silfverdal *et al.*, Protective effects of breastfeeding: an ecological study of haemophilus influenzae (HI) meningitis and breastfeeding in a Swedish population. *Int J Epidem* 1999; 28:152-6.
30. Cochi SL, Fleming DW, Hightower AW, *et al.* Primary invasive Haemophilus influenzae type b disease: a population-based assessment of risk factors. *J Pediatr.* 1986;108:997-896
31. Lucas, A. and T.J. Cole, 'Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis', *The Lancet*, 1990; 336:1519–1523.
32. Pisacane A, *et al* —Breastfeeding and Urinary Tract Infection *J Pediatr* 1992 120: 87-89.
33. Furman L. *et al.* 'The effect of maternal milk on neonatal morbidity of very low-birth-weight infants', *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 2003; 157:66–71.
34. Oddy W.H., *et al* *BMJ* 1999;319:815-819 (25 September).
35. Heinig MJ. Host defense benefits of breastfeeding for the infant: effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Pediatr Clin North Am*, 2001; 48: 105–123.
36. Uhari M, Matysaari K, Niemela M. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. *Clin Infect Dis* 1996; 22: 1079–1083.
37. Moreland J, Coombs J. Promoting and supporting breast-feeding. *Am Fam Physician* 2000;61(7):2093-100, 103-4.

38. Heinig MJ, Dewey KG. Health advantages of breastfeeding for infants: a critical review. *Nutr Res Rev* 1996; 9: 89–110.
39. Akobeng AK et al. Effect of breastfeeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Archives of Diseases in Childhood*, 2006, 91:39-43.
40. M.S. Eiger. MD, S. Wendkos Olds. *The Complete Book of Breastfeeding* 1999.
41. Neiva et al, *J Pediatr (Rio J)* 2003;79(1):07-12.
42. Loesche WJ, Nutrition and dental decay in infants. *Am J Clin Nutr* 41; 423-435, 1985.
43. WHO. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. Collaborative Study Team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. *The Lancet*, 2000, 355:451–455.
44. Villalpando S, Lopez-Alarcon M. Growth Faltering is Prevented by Breastfeeding in Underprivileged Infants in Mexico City. *J Nutr.* Mar 1997; 127(3):436-43.
45. Froozani MD, Permezhadeh K, Motlagh AR, Golestan B. Effect of breastfeeding education on the feeding pattern and health of infants in their first 4 months in the Islamic Republic of Iran. *Bull World Health Organ.* 1999; 77(5):381-5.
46. Arifeen SE, Black RE, Caulfield LE, Antelman G, Baqui AH. Determinants of infant growth in the slums of Dhaka: size and maturity at birth, breastfeeding and morbidity. *Eur J Clin Nutr.* 2001 Mar; 55(3):167-78.
47. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet JP, Chalmers B, Hodnett E, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Vanilovich I; PROBIT Study Group. Breastfeeding and infant growth: biology or bias? *Pediatrics.* 2002 Aug;110(2 Pt 1):343-7.
48. WHO. HIV and Infant Feeding Technical Consultation held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on prevention of HIV infections in pregnant women, mothers and their infants in Geneva on October 25-27, 2006 (2007).
49. Ip S, Chung M, Raman G, et al. *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries.* Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
50. Chen A, Rogan WJ. Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics.* 2004 May;113(5):e435-9.
51. Jonville-Ber, A. et al., Sudden unexpected death in infants under 3 months of age and vaccination status – A case-control study. *Br. J. Clin. Pharmacol.*, March 2001; 51(3): 271–276.
52. McVea, K.L., P. D. Turner and D.K. Pepler, The role of breastfeeding in sudden infant death syndrome. *J. Hum. Lact.*, Feb. 2000; 16(1): 13–20.
53. Schellscheidt, J., A. Ott and G. Jorch. Epidemiological features of sudden infant death after a German intervention campaign in 1992. *Eur. J. Pediatr.*, Aug. 1997; 156(8): 655–660.
54. Shu X-O, et al. Breastfeeding and the risk of childhood acute leukemia. *J Natl Cancer Inst* 1999; 91: 1765-72.

55. An Exploratory Study of Environmental and Medical Factors Potentially Related to Childhood Cancer. *Medical & Pediatric Oncology*, 1991; 19(2):115-21.
56. Victora, C., et al. Worldwide Timing of Growth Faltering: Revisiting Implications for Interventions. *Pediatrics* 2010; 125; e 473-e480.
57. IASC Nutrition Cluster/ACF/UCL/ENN. Management of Acute Malnutrition in Infants (MAMI) Project: Technical Review: Current evidence, policies, practices & programme outcomes. January 2010.
58. Scrimshaw NS et al. Interactions of nutrition and infection. Geneva: World Health Organization. 1968.
59. Dewey K, Adu-Afarwah S. Review article: Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries. *Maternal and Child Nutrition* 2008; 4: 24-85.
60. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Advances in Experimental Medicine and Biology* 2004; 554:63-77.
61. Sternberg RJ. Intelligence and lifelong learning: what's new and how can we use it? *Am Psychology* 1997 Oct; 52(10):1134-9.
62. Engle P *et al.* Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *The Lancet* 2007; 369.
63. Horta, B *et al.* Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses. WHO 2007.
64. Dietz, W. Breastfeeding may help prevent childhood overweight. *JAMA* 2001; 285:2506–2507.
65. Dewey, K. Is breastfeeding protective against child obesity? *J. Human Lactation* 2003; 19(1):9-18.
66. Jones ME, Swerdlow AJ, Gill LE, et al. Pre-natal and early life risk factors for childhood onset diabetes mellitus: A record linkage study. *Int J Epidemiol* 1998;27:444– 9.
67. Thorsdottir, I. et al. Association of birth weight and breast-feeding with coronary heart disease risk factors at the age of 6 years. *Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis.*, Oct. 2003; 13(5):267–272.
68. Rich-Edwards, J.W. et al. Breastfeeding during infancy and the risk of cardiovascular disease in adulthood. *Epidemiology*, 1 September 2004; 15(5): 550–556.
69. Martin, R. et al. Does breast-feeding in infancy lower blood pressure in childhood? *Circulation*, 2004; 109:1259–1266.
70. Singhal, A. et al., 'Breast milk-feeding and Lipoprotein Profile in Adolescents Born Preterm: Follow-up of a prospective randomised study', *The Lancet*, May 15 2004; 363 (9421): 1571–1578.
71. Shu XO, Linet MS, Steinbuch M, et al. Breast-feeding and risk of childhood acute leukemia. *J Natl Cancer Inst* 1999;91:1765–72.
72. Freudenheim JL, Marshall JR, Graham S, Laughlin R, Vena JE, Bandera E, et al. Exposure to breastmilk in infancy and the risk of breast cancer. *Epidemiology* 1994;5:324–1.
73. Victora, C. *et al.* Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human

capital. *The Lancet* 2008;371(9609): 340-357.

74. Heinig MJ, Dewey KG. Health advantages of breastfeeding for mothers: a critical review. *Nutr Res Rev* 1997; 10: 35–56.

75. Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North America* 2001; 48: 143–158.

76. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50,302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease. *The Lancet* 360: 187-95

77. Kalwart HJ and Specker BL Bone mineral loss during lactation and recovery after weaning. *Obstet. Gynecol.* 1995; 86:26-32

78. Blaauw, R. et al. Risk factors for development of osteoporosis in a South African population. *SAMJ* 1994; 84:328-32

79. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. In: Evidence Report/Technology Assessment Number 153: Agency for Healthcare Research and Quality; April 2007.

80. Davies, H.A. Insulin Requirements of Diabetic Women who Breastfeed. *British Medical Journal*, 1989.

81. Dewey KG, Heinig MJ, Nommmwen LA. Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation. *Am J Clin Nutr* 1993;58:162-166.

82. M. Sears, R.N. and Wm. Sears, M.D. *The Breastfeeding Book*, Copyright 2000, Little Brown and Co.

83. Helena Ribe, Banco Mundial, Nutricion, Guatemala. 2005.

84. Victora, C., Barros, F., Horta, B., Martorell R. Short-term benefits of catch-up growth for small-for-gestational-age infants. *Int J Epidemiol* 2001;30: 1325–30.

85. World Bank. *Repositioning Nutrition in Development* (2005).

86. Hoddinott J *et al.* Effect of a nutrition intervention during early childhood on economic productivity in Guatemalan adults. *The Lancet* 2008: 371:411-416.

87. Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Part 1: Definitions. WHO, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI (2008).

88. WHO. *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child.* 2003.

89. WHO, UNICEF and Partners. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 3: country profiles.* World Health Organization. 2010.

90. UNICEF. *Tracking Progress on Child and Maternal Undernutrition. A Survival and Development Priority.* November 2009

91. *Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support for Breastfeeding.* 1990

92. *Convention on the Rights of the Child.* 1989. (see article 24).

93. Millennium Declaration. 1990
94. UNICEF. A World Fit for Children. 2006.
95. Innocenti Declaration on Infant and Young Child Feeding. November 2005
96. UNICEF. 1990 – 2005 Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding: Past Achievements, Present Challenges and the Way Forward for Infant and Young Child Feeding. 2005
97. Fairbank I. *et al.* A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding (Cochrane Review) *Health Technology Assessment* 2000: 4 (25): 1-171.
98. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, *et al.* Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the republic of Belarus. *JAMA* 2001: 285(4):413–20.
99. Perez-Escamilla R, Segura-Millan S, Pollitt E, Dewey KG. Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early Human Development* 1992: 31(1):25–40.
100. Sikorski J *et al.* Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002: (1):CD001141.
101. Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Snowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment* 2000: 4(25):1–171.
102. WHO. Community Based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries(2003).
103. Sikorski J *et al.* Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002: (1):CD001141.
104. Ling JC, Franklin BA, Lindsteadt JF, Gearon SA. Social marketing: its place in public health. *Annual Review of Public Health* 1992:13:341–62.
105. Cohen R, Mrtek MB. The impact of two corporate lactation programs on the incidence and duration of breastfeeding by employed mothers. *American Journal of Health Promotion* 1994: 8(6):436–41.
106. Dewey K *et al.* Systematic review of complementary feeding developing countries. *Maternal and Child Nutrition* 2008:4: 24–85.
107. Guldán G.S., Fan H.C., Ma X., Ni Z.Z., Xiang X. & Tang M.Z. Culturally appropriate nutrition education improves infant feeding and growth in rural Sichuan, China. *Journal of Nutrition* 2000:130: 1204–1211.
108. Bhandari N., Mazumder S., Bahl R., Martines J., Black R.E. & Bhan M.K. An educational intervention to promote appropriate complementary feeding practices and physical growth in infants and young children in rural Haryana, India. *Journal of Nutrition* 2004:134: 2342–2348.
109. Ferguson E.L., Darmon N., Fahmida U., Fitriyanti S., Harper T.B. & Premachandra I.M. Design of optimal food-based complementary feeding recommendations and identification of

- key problem nutrients' using goal programming. *Journal of Nutrition* 2006;136: 2399–2404.
110. Moursi M., Mbemba F. & Treche S. Does the consumption of amylase-containing gruels impact on the energy intake and growth of Congolese infants? *Public Health Nutrition* 2003;6: 249–258.
111. Santos I., Victora C.G., Martines J., Goncalves H., Gigante D.P., Valle N.J. *et al.* Nutrition counseling increases weight gain among Brazilian children. *Journal of Nutrition* 2001;131: 2866–2873.
112. Zlotkin S., Antwi K.Y., Schauer C. & Yeung G. Use of microencapsulated iron(II) fumarate sprinkles to prevent recurrence of anemia in infants and young children at high risk. *Bulletin of the World Health Organization* 2003;81: 108–115.
113. Adu-Afarwuah S, Lartey A, Brown KH, Zlotkin S, Briend A, Dewey KG. Randomized comparison of 3 types of micronutrient supplements for home fortification of complementary foods in Ghana: effects on growth and motor development. *Am J Clin Nutr* 2007; 86(2):412-20.
114. Dhingra P., Menon V.P., Sazawal S., Dhingra U., Marwah D., Sarkar A. *et al.* Effect of fortification of milk with zinc and iron along with vitamins C, E, A and selenium on growth, iron status and development in preschool children – a community-based double-masked randomized trial. *Report from the 2nd World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* 3-7 July 2004: Paris, France.
115. Avula R., Frongillo EA, Arabi M., Sharma S. and Schultink W. Enhancements to Nutrition Program in Indian Integrated Child Development Services Increase Child Growth and Energy Intake. (accepted for publication by *Journal of Nutrition* in January 2010)
116. Rivera J.A., Sotres-Alvarez D., Habicht J.P., Shamah T. & Villalpando S. Impact of the Mexican program for education, health, and nutrition (Progresa) on rates of growth and anemia in infants and young children: a randomized effectiveness study. *Journal of the American Medical Association* 2004: 291: 2563–2570.
117. Rivera JA, Martorell R, Ruel MT, Habicht JP, Haas JD. Nutritional supplementation during the preschool years influences body size and composition of Guatemalan adolescents. *J Nutr*. 1995 Apr;125(4 Suppl):1068S-1077S.
118. Behrman, J., and J. Hoddinott. 2000. An Evaluation of the Impact of PROGRESA on Pre-School Child Height. July. International Food Policy Research Institute, Washington, D.C.
119. UNICEF. Progress for Children. A World Fit for Children Statistical Review. Number 9. September 2010
120. Dancer D, Rammohan A, Smith MD. Infant mortality and child nutrition in Bangladesh. *Health Econ*. 2008 Sep; 17(9):1015-35.
121. Wamani et al. Boys are more stunted than girls in Sub-Saharan Africa: a meta-analysis of 16 Demographic and Health Surveys. *BMC Paediatrics* 2007: 7:17.
122. Smith, L. C., U. Ramakrishnan, et al. (2003). The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries. Household decisions, gender, and development: A synthesis of recent research. A. R. Quisumbing, Washington, D.C.
123. Cleland, John G., and Jeroen K. van Ginneken. Maternal Education and Child Survival in Developing Countries: The search for pathways of influence. *Social Science and Medicine*, vol. 27, no. 12, 1988, pp. 1357–1368.

124. WHO. Indicators for Assessing breastfeeding practices. Report of an informal meeting, 11-12 June 1991. Geneva, Switzerland. 1991.
125. WHO/UNICEF/USAID/AED/FANTA/UCDavis/IFPRI. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part II. Measurement. 2010.
126. Pelto, G. Levitt, E and Thairu L. Improving feeding practices: current patterns, common constraints, and the design of interventions. *Food and Nutrition Bulletin* 2003: 24(1):45-82.
127. Moore, A., Akhter, S. and Aboud, F. Responsive complementary feeding in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine* 2006: 62(8): 1917-1930.
128. UNAIDS/UNFPA/UNICEF/WHO Guidelines on HIV and infant feeding 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. 2010.
129. Horton, S., *et al.* Scaling up Nutrition: What will it cost? The World Bank (2010).
130. United States Government Accountability Office. Report to Congressional Addressees: Some strategies used to market infant formula may discourage breastfeeding. State contracts should better protect against misuse of the WIC name. (Feb. 2006 GAO-06-282)
131. Foss, K, and Southwell, B. Infant feeding and the media: the relationship between —Parent's Magazine content and breastfeeding 1972-2000. *International Breastfeeding Journal* 2006:1:10.
132. C3 Maternity Protection Convention, 1919. <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C003>; C103 Maternity Protection Convention (Revised), 1952. <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C103>; C183 Maternity Protection Convention, 2000 <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183>
133. R95 Maternity Protection Recommendation, 1952. <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?R095>; R191 Maternity Protection Recommendation, 2000. <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?R191>
134. Rasmi Avula, Edward A. Frongillo, Mandana Arabi, Sheel Sharma and Werner Schultink. Enhancements to Nutrition Program in Indian Integrated Child Development Services Increase Child Growth and Energy Intake. *J Nutr.* 2011 Apr 1;141(4):680-4. Epub 2011 Feb).
135. WHO/UNICEF/AED/USAID: Learning from large-scale community-based programmes to improve breastfeeding practices. Report of ten-country case study. 2008.
136. WHO/UNICEF. Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6-23 months of age in nutrition and child health programmes (2008).
137. Kim F. Michaelsen, Kathryn G. Dewey<sup>2</sup>, Ana B. Perez-Exposito, Mulia Nurhasan, Lotte Lauritzen, Nanna Roos. Food sources and intake of n-6 and n-3 fatty acids in low-income countries with emphasis on infants, young children (6–24 months), and pregnant and lactating women. *Maternal & Child Nutrition. Special Issue: Fatty Acid Nutrition in Early Life, Volume 7, Issue Supplement 2, pages 124–140, April 2011.*
138. Mensah, P. and A. Tomkins, Household-level technologies to improve the availability and preparation of adequate and safe complementary foods, *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 24, no. 1, 2003, pp. 104-125.
139. Randolph, T. *et al.* Role of livestock in human nutrition and health for poverty reduction in developing countries. *Journal of Animal Science* 2007:85 (11): 2788-2801.

140. Ianotti, L. et al. Improving diet quality and micronutrient nutrition, homestead food production in Bangladesh. IFPRI 2009.
141. Maundu, P. 2003. IPGRI report: African Leafy Vegetable Promotion Forum, (March 26-28,2003).
142. Hertzler, A. A. & Frary, R. B. Effect of instruction and family attributes on iron intake of expanded food and nutrition education homemakers. *Topics in Clinical Nutrition*. 4(1): 27-35, 1989.
143. Bowering, J. Role of EFNEP aides in improving diets of pregnant women. *J Nutr Educ*. 8(3): 111-117, 1976.
144. Cadwallader, A. A. & Olson, C. M. use of a breastfeeding intervention by nutrition paraprofessionals. *J Nutr Educ*. 18(3): 117-122, 1986.
145. Ramakrishnan U., Nguyen P., and Martorell R. Effects of micronutrients on growth of children under 5 y of age:meta-analyses of single and multiple nutrient interventions. *Am J Clin Nutr* 2009;89:191–203.
146. Zlotkin SH, Schauer C, Christofides A, Sharieff W, Tondeur MC, Hyder SM. Micronutrient sprinkles to control childhood anaemia. *PLoS Med*. Jan 2005;2(1):e1.
147. Rasmi Avula, Edward A. Frongillo, Mandana Arabi, Sheel Sharma and Werner Schultink. Enhancements to Nutrition Program in Indian Integrated Child Development Services Increase Child Growth and Energy Intake. *J Nutr*. 2011 Apr 1;141(4):680-4. Epub 2011 Feb 23.
148. Guidelines for Selective Feeding: the Management of Malnutrition in Emergencies. UNHCR/WFP (2009).
149. Codex Alimentarius: Standard for processed cereal-based foods for infants and young children (CODEX STAN 74-1981, Rev.1-2006); Guidelines on formulated supplementary foods for older infants and young children (CAC/GL 8-1991).
150. GAIN.Nutritional guidelines for complementary foods and supplements supported by GAIN's Infant and Young Child Nutrition (IYCN) program (not yet released, under review).
151. Bassett. Can Conditional Cash Transfer Programs Play a Greater Role in Reducing Child Undernutrition? SP discussion paper 0834, 2008, the World Bank.
152. Lechtig, Aaron, et al., Decreasing Stunting, Anemia, and Vitamin A Deficiency in Peru: Results of the Good Start in Life Program, *Food and Nutrition Bulletin* 2009 Mar;30(1):37-48.
153. Habicht JP, Martorell R, Rivera JA Nutritional impact of supplementation in the INCAP longitudinal study: analytic strategies and inferences. *J Nutr*. 1995 Apr;125(4 Suppl):1042S-1050S
154. Behrman, J. and Hoddinott J. An Evaluation of the Impact of PROGRESA on Pre-School Child Height. International Food Policy Research Institute. 2000.
155. Palombi, L., et al. Treatment acceleration and the experience of the DREAM program in prevention of mother-to-child transmission of HIV. *AIDS* 2007; 21(S4): 565–571.
156. Jackson, J., et al. Intrapartum and neo-natal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother to child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomized trial. *The Lancet* 2003;362(9387):859-868.

157. WHO/PAHO. Guiding Principles for Feeding of the Breastfed Child. 2003.
158. WHO. Guiding Principles for Feeding of the Non-Breastfed Child. 2005
159. Lutter, Chessa, K. Macrolevel approaches to improve the availability of complementary foods. *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 24, no. 1, 2003.
160. D'Adamo, M and Kols, A. A Tool for Sharing Internal Best Practices. USAID INFO Project (2005).
161. UNICEF/AED. Infant and Young Child Feeding Programme Review: Consolidated Report of Six-Country Review of Breastfeeding Programmes. 2010.
162. Fairbank I. et al. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding (Cochrane Review) *Health Technology Assessment* 2000: 4 (25) 1-171.
163. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein S. Maternity care practices: implications for breastfeeding. *Birth* 2001; 28 (2):94–100.
164. Ip, H., Hyder, S., Haseen, F., Rahman, M., and Zlotkin, S. Improved adherence and anemia cure rates with flexible administration of micronutrient Sprinkles: a new public health approach to anemia control. *European Journal of Clinical Nutrition* 2009: 63(2) 65-73.
165. Stoltzfus R., Dreyfuss M.L. Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Anaemia. WHO/UNICEF/INACG.1998.
166. WHO/UNICEF/WFP. Preventing and controlling micronutrient deficiencies in populations affected by an emergency. Multiple vitamin and mineral supplements for pregnant and lactating women, and for children aged 6 to 59 months. 2007
167. UNHCR/WFP Guidelines for Selective Feeding: the Management of Malnutrition in Emergencies. (2009).
168. Learning from Large-Scale Community-based Programmes to Improve Breastfeeding Practices: Report of ten-country case study. WHO/UNICEF/AED/USAID (2008).
169. WHO. Community-based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries. 2003.
170. Bhattacharyya K, Winch P, LeBan K, Tien M. Community health worker incentives and disincentives: How they affect motivation, retention, and sustainability. BASICS Project for USAID. (October 2001).
171. IASC/ENN. Integration of IYCF into CMAM. 2009. Facilitator's Guide and handouts for participants. 1 ½ - 2 day orientation on IYCF counselling in the context of community based programmes for management of severe acute malnutrition.
172. Kraisid Tontisirin and Stuart Gillespie. Linking Community-based Programs and Service Delivery for Improving Maternal and Child Nutrition. *Asian Development Review*, vol. 17, nos. 1,2, pp. 33-65.
173. Lutter, C. K., Macro-level approaches to improve the availability of complementary foods. *Food and Nutrition Bulletin* 2003: 24(1):83-103.

174. Stone-Jiménez, Maryanne, and Irma (Mimi) de Maza. Mother-to-Mother Support Groups: The Periurban Model. In *The Proceedings of an International Conference on Communication Strategies to Support Infant and Young Child Nutrition*. Edited by Peggy Koniz-Booher. Cornell International Nutrition Monograph Series Numbers 24 and 25, 1993, p. 103-115.
175. Wiessinger, Diane. *Watch Your Language* in *Journal of Human Lactation*, Vol. 12, No. 1, 1996.
176. WHO/UNICEF/UNAIDS/UNFPA: HIV transmission through breastfeeding: A review of available evidence (2007).
177. WHO: HIV and infant feeding: update based on the technical consultation held on behalf of the Inter-agency Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants, Geneva, 25-27 October 2006. 2007.
178. WHO. Summary of Evidence for the Revised WHO Principles and Recommendations on HIV and Infant Feeding (2010).
179. Palombi, L., *et al.* Treatment acceleration and the experience of the DREAM program in prevention of mother-to-child transmission of HIV. *AIDS* 2007; 21(S4): 565–571.
180. Jackson, J., *et al.* Intrapartum and neo-natal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother to child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomized trial. *The Lancet* 2003;362(9387):859-868.
181. UNAIDS/UNFPA/UNICEF/WHO Guidelines on HIV and infant feeding 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence, 2010.
182. WHO. Revised WHO recommendations on the use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants (2009).
183. WHO. HIV and Infant Feeding Technical Consultation held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on prevention of HIV infections in pregnant women, mothers and their infants in Geneva on October 25-27, 2006 (2007).
184. UNICEF. Infant feeding and mother to child transmission of HIV. Operational guidance note. 2002.
185. The Sphere Project. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, 2011.
186. République d'Haïti, Ministère de la Santé Publique et de la Population. Points de conseil en nutrition pour bébé. Directives Nationales (revised July 2010). An English, generic version is being produced by UNICEF HQ.
187. Block, Steven *et al.* Macro shocks and micro outcomes: child nutrition during Indonesia's crisis. *Economics and Human Biology* 2004; 2:21–44.
188. WHO/UNICEF/WFP. Preventing and controlling micronutrient deficiencies in populations affected by an emergency: Multiple vitamin and mineral supplements for pregnant and lactating women, and for children aged 6 to 59 months. 2007.
-