



Ministère de la Santé Publique et de la Population  
Unité de Coordination du Programme National  
d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu)



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



## Draft des Directives opérationnelles ANJE-U

Préparés par Claude Sabwa Haïti, Octobre 2021

### Table des matières

Introduction.....	2
Objectifs .....	3
Cibles des interventions ANJE-U .....	3
Couverture du projet ANJE-U et durée d'assistance.....	3
1.....Approuver ou développer les politiques ANJE-U	4
Avant la situation d'urgences.....	4
Au début d'une situation d'urgence.....	5
Plaidoyer en faveur de l'ANJE U .....	5
2..... Formation du personnel	6
Formations des personnels .....	8
Rôles et description du poste de chaque staff.....	9
3..... Coordonner les opérations	11
4.....Évaluer les besoins ANJE et des priorités et surveiller la mise en œuvre des interventions	12
Général .....	13
Données précises et évaluation précoce des besoins.....	13
Evaluation approfondie .....	15
Suivi des interventions ANJE-U .....	18
Groupes de soutien à l'allaitement .....	18



Save the Children



World Vision



International  
Medical Corps



5.. Protéger, Promouvoir et soutenir l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant grâce à des interventions multisectorielles intégrées .....	20
Interventions de base en ANJE-U .....	21
Les interventions techniques en ANJE-U.....	22
Les autres interventions .....	23
Stratégie de sortie : ANJE U vers l'ANJE .....	23
6.....Minimiser les risques de l'alimentation artificielle .....	24
Dons en situation d'urgence .....	24
Pour des considérations concernant les dons de complément. ....	24
Gestion de l'alimentation artificielle .....	24
Approvisionnement en SLM .....	25
Spécification SLM .....	25
Achat de fournitures SLM, d'équipement d'alimentation et de soutien .....	26
Distribution de SLM .....	26

## Introduction

Les Directives Opérationnelles sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant en situation d'urgence (ANJE U) est préparé par l'Alliance Technique du Global Nutrition Cluster et le groupe de travail technique ANJE-U du cluster Nutrition (GTT ANJE-U) composé du Ministère de la Santé Publique et de la Population Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu), Unicef, OMS, le PAM et les ONGs pour faire respecter les dispositions des normes internationales d'urgence dans toutes urgences auxquelles le Haïti serait confrontée. Il donne les principes directeurs pour l'alimentation du nourrisson et du jeunes enfant dans les situations d'urgence en mettant également un accent sur le respect du Code international de commercialisation de substitut de lait maternel.

Ce manuel d'orientation fait référence au guide opérationnel version 3.0 d'octobre 2017 qui développe l'ANJE U autour des six axes stratégiques à savoir (1) Alignement à la politique d'ANJE U et aux normes opérationnelles ; (2) Formation du personnel sur l'ANJE dans la situation d'urgence ; (3) Coordination des interventions ; (4) Evaluation des besoins et des priorités ainsi qu'un suivi des interventions ; (5) Intégration des interventions multisectorielles ; (6) Réduction au minimum des risques liées à l'alimentation artificielle.

Il aide les décideurs, les donateurs, les planificateurs et les prestataires au respect et à l'application des stratégies internationales et nationales en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) dans son article 24, afin d'aider la République Haïtienne d'améliorer l'atteinte des cibles des objectifs de développement durable 2, 3 et 6.



Save the Children



World Vision



Le présent document donne les orientations opérationnelles sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence. Elle vise à compléter les documents de référence et les outils de formation existants de la République Haïtienne en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) notamment : Savoir pour sauver, 2002; Assistance Nutrition sur l'ANJE, 2015 ; Evaluation, assistance-conseil, et soutien en nutrition (NACS), 2013 ; Elle donne également les grandes lignes que les membres du Cluster Nutrition et les autres secteurs doivent prendre en compte en cas d'urgence en Haïti. Elle oriente les utilisateurs dans la prise en compte de l'ANJE dans les projets d'urgence et les aide dans l'analyse des besoins, l'identification des cibles prioritaires, la formulation des projets, le ciblage des zones en crise nutritionnelle, la validation technique, la mise en œuvre et le suivi-évaluation de différents projets de nutrition en situation d'urgence.

Elle ressort aussi les principaux éléments clés que doivent contenir tous les projets de nutrition en matière d'ANJE-U afin d'aider le cluster Nutrition à contribuer aux objectifs du Plan d'Action Humanitaire.

Pour permettre aux prestataires de mieux mener les interventions d'ANJE en urgence, cette note d'orientation devra être complétée par des fiches techniques sur l'ANJE-U.

## Objectifs

### Objectif General :

Contribuer à l'amélioration des pratiques de l'ANJE et l'état nutritionnel des enfants de moins de deux ans afin de minimiser les risques de morbidité, mortalité et de malnutrition dans les situations d'urgences

### Objectifs spécifiques

- Fournir des orientations aux décideurs, donateurs, Gestionnaires des projets à s'aligner sur les politiques et les normes opérationnelles en ANJE U
- Orienter le renforcement des capacités des agents de santé et les gestionnaires des Projets sensibles et direct à la nutrition en ANJE U
- Orienter la mise en place des mécanismes de coordination efficace dans la réponse des interventions ANJE U.
- Orienter l'Evaluation des besoins, Intégration des interventions multisectorielles ainsi que leur suivi

### Cibles des interventions ANJE-U

**Directes** : Enfants âgés de 0 à 6 mois ; Enfants âgés de 6 à 23 mois et Femmes enceintes et femmes allaitantes

**Indirectes** : Gardiens des enfants âgés de 0 à 23 mois ; Gardiens de normes communautaires et sociales ; Leaders d'opinions ; Agents de santé ; Agents de santé communautaires (ASC); Membres de Cellule d'Animation Communautaire (CAC) ; Membres de groupes de soutien en ANJE et Membres d'organisation à base Communautaire (OAC)

### Couverture du projet ANJE-U et durée d'assistance

#### Couverture du projet



Save the Children



World Vision



Quel que soit le type d'urgence ; Catastrophe naturelle, conflit, Mouvement des populations (déplacés ; retournés ; réfugiés, expulsés, rescapés, etc.) ou Epidémies (Cholera, rougeole, COVID-19, etc.), l'estimation d'une couverture d'au moins 80% des enfants de moins de deux ans dans toutes les zones/sites d'urgences est recommandée. Au fur et à mesure que le programme devient plus stable, les femmes enceintes doivent être prise en compte dans la population cible. Il est préférable que cette décision soit basée sur les résultats de l'évaluation des besoins

### **Durée d'assistance**

La durée moyenne de la gestion d'une assistance en ANJE-U dépend de type d'urgence Catastrophe, Conflits, Mouvement des populations (déplacés ; retournés ; réfugiés, expulsés, rescapés, etc.) ou Epidémies (Cholera, rougeole, COVID-19, etc.). Néanmoins, une durée moyenne de six mois serait recommandée pour la protection, la promotion et le soutien de l'Alimentation du nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE). Si l'urgence est maintenue, alors la durée du projet doit être étendue en fonction de la durée de l'urgence

## **1. Approuver ou développer les politiques ANJE-U**

Le manuel Sphère mise à jour en 2018, donne les standards pour la mise en œuvre de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgences, notamment en ses points relatifs à l'orientation politique et coordination (standard 4.1) ainsi qu'au soutien multisectoriel à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (standard 4.2). Les présentes directives opérationnelles ANJE-U tire les éléments essentiels des documents normatifs globaux comme le guide opérationnel ANJE-U, 2017 ; le Manuel Sphère, 2018 ; la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; le cadre conceptuel de l'Unicef ; l'initiative hôpitaux amis de bébé ; le droit des femmes et des enfants et le code international de commercialisation de substitut de lait maternel. Les interventions ANJE-U doivent avoir comme sous-basement les Politiques ANJE-U. En Haïti, il existe des documents normatifs prenant en compte les aspects de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) à savoir : Guide national de l'allaitement maternel en Haïti, 2019 ; Evaluation, assistance-conseil, et soutien en nutrition (NACS), 2013, Assistance-Conseil sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), 2015

### **Avant la situation d'urgences**

1.1. L'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu) du Ministère de la Santé Publique et de la Population et ses partenaires avec le soutien technique de l'Alliance Technique du Global Nutrition Cluster développent **des politiques ANJE-U à jour** qui traitent adéquatement tous les éléments suivants dans le contexte d'une situation d'urgence : protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel ; la gestion de l'alimentation artificielle ; l'alimentation complémentaire ; les besoins nutritionnels des femmes enceintes et allaitantes ; le respect du code international de commercialisation des substituts du lait maternel « Le Code » et l'alimentation du nourrisson dans le contexte des épidémies (Cholera, COVID-19, etc.).

Des dispositions supplémentaires spécifiques au contexte peuvent être nécessaires, par exemple pour les réfugiés ou les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI). Des dispositions peuvent exister en tant que politique autonome et/ou peuvent être



Save the Children



intégrées dans d'autres politiques pertinentes. L'UNICEF et l'OMS ont des responsabilités clés dans le soutien des politiques nationales en termes de préparation

- 1.2. Promulguer des lois et adopter des politiques conformes aux Guides sur la fin de la promotion inappropriée des aliments pour nourrissons et jeunes enfants de l'OMS. Dans la préparation aux l'urgence, les décideurs de l'ONU, de la société civile et du gouvernement doivent élaborer des politiques nationales juridiquement contraignantes concernant l'engagement du secteur privé dans les interventions d'urgence afin de permettre une collaboration constructive et d'éviter tout influence indue et conflit d'intérêts.

## Au début d'une situation d'urgence

- 1.3. Préparer la réponse en consultant et veillant au respect des politiques, législation, normes nationales et internationales ainsi que les procédures existantes en matière d'urgence. En situation d'urgence, lorsque les orientations politiques existantes sont absentes, dépassées ou ne répondent pas au contexte, il peut être nécessaire de mettre rapidement à jour des orientations stratégiques ou des orientations provisoires, menées par le Cluster Nutrition et en consultation avec les agences des Nations Unies et les groupes techniques nationaux.
- 1.4. Élaborer les orientations manquantes et mettre à jour les orientations politiques existantes en étroite collaboration avec les autorités gouvernementales et chercher à renforcer les politiques nationales pertinentes. Développer et mettre à jour les politiques et procédures associées en termes de préparation aux urgences.
- 1.5. **Diffuser** des orientations politiques clés pour tous les intervenants concernés dans tous les secteurs, y compris les médias, le secteur privé, les donateurs, les militaires, les groupes des volontaires et la communauté en général.
- 1.6. Développer **une déclaration conjointe inter organisations**, publiée et approuvée par les autorités compétentes, donnant les orientations pertinentes, rapides et spécifiques au contexte et harmonisant la communication. L'UNICEF et l'OMS ont des rôles clés pour catalyser et soutenir le développement
- 1.7. **Le code** exprime la volonté collective des gouvernements en ce qui concerne la commercialisation de SLM et définit les responsabilités des fabricants et distributeurs de produits couverts par le code, les agents de santé, le gouvernement national et les organisations concernées. Promulguer le code dans la législation nationale et l'appliquer en tout temps, y compris pendant une intervention d'urgence. Veiller à ce que la législation existante soit pleinement conforme au code. Signaler les violations de code

## Plaidoyer en faveur de l'ANJE U

- 1.8. Le plaidoyer dans le cadre de l'ANJE-U sera piloté par le cluster Nutrition pour les partenaires de nutrition. Ce plaidoyer reposera sur des données de l'ANJE-U afin d'influencer directement ou indirectement les décideurs ainsi que toutes les parties prenantes à tous les niveaux. Ce qui permettra de soutenir et mettre en œuvre des actions ANJE-U dans toutes les urgences.
- 1.9. Le cluster nutrition devra mener le plaidoyer auprès des secteurs sensibles à la nutrition afin d'intégrer l'ANJE dans leurs interventions d'urgences



Save the Children



World Vision



International Medical Corps



## 2. Formation du personnel

- 2.1. **Sensibiliser** le personnel concerné dans tous les secteurs à soutenir l'ANJE-U, y compris ceux qui s'occupent directement des femmes et des enfants touchés ; ceux qui occupent des postes de décision ; ceux dont les opérations affectent l'ANJE ; ceux qui gèrent des dons ; et ceux mobilisant des ressources pour la réponse. Les groupes cibles pour la sensibilisation comprennent le personnel du gouvernement, les leads des Clusters ou groupe de travail techniques, les donateurs, le personnel d'intervention rapide, les gestionnaires de camp, les équipes de communication, les logisticiens, les médias, les bénévoles, entre autres.
- 2.2. **Former du personnel** sur l'ANJE-U pendant la préparation aux urgences et pendant l'intervention d'urgence, au besoin. Le personnel ciblé peut inclure le personnel du gouvernement ; le personnel des ONG et les bénévoles fournissant des services de santé et de nutrition et un soutien au niveau des structures sanitaires ou de la communauté ; et le personnel de première ligne dans d'autres secteurs.
- 2.3. Adapter et prioriser le **contenu de formation** pour répondre aux besoins identifiés, aux attentes culturelles et aux expériences personnelles des mères et du personnel ; les lacunes de capacité ; le public ciblé ; et le temps disponible. Des capacités plus spécialisées pour conseiller les mères et les nourrissons ayant des besoins accrus, tels que les mères stressées ou traumatisées, les nourrissons et les mères souffrant de malnutrition, les nourrissons de faible poids à la naissance et les nourrissons handicapés ayant des difficultés d'alimentation peuvent être nécessaires. Au minimum, le personnel en contact avec les mères et les enfants de moins de deux ans devrait être formé pour être sensible aux problèmes psychosociaux, au dépistage nutritionnel et à la référence vers un soutien plus spécialisé
- 2.4. Entreprendre une sensibilisation et une formation pendant la préparation aux urgences. Intégrer les composantes de l'ANJE-U dans les programmes et les formations existants et collaborer avec les institutions académiques et de formation nationale et régionale sur le développement et la diffusion du contenu. Inclure des concepts de base autour de l'ANJE-U et du code dans la formation initiale des professionnels de santé concernés. Intégrer les leçons tirées des interventions d'urgence précédentes (Earthquake 2010, Matthiew 2016, etc.) dans des modules de formation. Constituer une base des données du personnel formé et comment les accéder en cas d'urgence
- 2.5. Identifier et utiliser l'expertise nationale et les réseaux existants, comme sur le conseil et le soutien à l'allaitement maternel. Les sources de contacts nationaux comprennent : l'Unité de Coordination du Programme National d'Alimentation et de Nutrition (UCPNANu) du ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) ; les bureaux de pays de l'UNICEF et de l'OMS, Le Cluster Nutrition et le Groupe de travail Technique ANJE-U.
- 2.6. Il est important de noter qu'il n'y a pas de consensus sur un nombre optimal d'agents de l'ANJE-U pour une population et cela peut varier d'un contexte à l'autre. Cependant, il y a une corrélation entre la disponibilité des agents de l'ANJE-U et la couverture des interventions en ANJE-U. Par exemple, la présence d'un seul travailleur de l'ANJE-U ou d'un représentant d'un groupe ethnique marginalisé peut augmenter, de manière significative, l'accès des femmes ou des personnes, issues de groupes minoritaires, à des services de nutrition.

**Exemple de proposition ou un exemple d'estimation des ressources humaines nécessaires dans les activités ANJE-U et que celle-ci est à adapter en fonction du contexte programmatique**



Save the Children



Dans un Programme de Prise en charge communautaire de la Malnutrition Aiguë	Dans un Point Conseil pour Nutrition des Bébé (PCNB)	Dans un Coin d'allaitement maternel (intégré dans un EAE ou dans un centre de santé / Clinique Mobile)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordonnateur de programme formé en ANJE-U</li> <li>- Chef de projet Nutrition sur terrain pour toute l'intervention, formé en ANJE-U, qui jouera également le rôle du suivi et évaluation</li> <li>- Superviseur terrain / formateur en ANJE-U avec des visites répétées tout au long de la période du programme</li> <li>- Agent psychosocial</li> <li>- Agents de santé</li> <li>- Agents communautaires (Relais communautaires,)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 conseillers en ANJE-U pour l'allaitement maternel et pour l'alimentation de complément</li> <li>- 2 agents communautaires de proximité en ANJE-U (ASCP)</li> <li>- Pour la poursuite des activités l'ANJE dans la communauté, il est conseillé de recruter d'autres ASCP</li> <li>- La sélection des ASCP mettra un accent plus sur les femmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 conseiller en ANJE-U pour l'allaitement maternel</li> <li>- 1 agent communautaire de proximité en ANJE-U (ASCP) qui effectue des visites dans le camp ou dans la communauté</li> </ul>

- 2.7. Les donateurs et les cadres supérieurs qui ne souhaitent pas trop avoir une grande équipe pour l'ANJE-U, et qui n'en voient même pas la raison ou le besoin, doivent être convaincus que l'augmentation du personnel signifie une couverture accrue. L'augmentation du nombre du personnel d'ANJE-U signifie également l'offre d'un service ANJE-U de qualité. Une charge de travail trop importante ne permet pas d'obtenir des résultats optimaux. De plus, chaque personnel a sa propre description de son travail. Ils ont un rôle spécifique à remplir, qui ne peut pas être remplacé par un autre.
- 2.8. Selon les normes Sphères, les sites du programme ambulatoire devraient être proches de la population ciblée, pour réduire les risques et les coûts associés au fait de parcourir de longues distances avec de jeunes enfants, et les risques encourus par les personnes déplacées pour les rejoindre.

### Quelques éléments à considérer dans l'estimations du personnel pour une intervention d'ANJE-U à grande échelle

1. Les espaces pour mères et bébés (MB) devraient être disponibles dans les Espaces Amis des Enfants (EAE) ou les espaces de développement et soins de la petite enfance (ECD) dans chaque camp ou village et dans les structures sanitaires (Centres de Santé/hôpital). Dans les villages sans EAE ni ECD ni espace pour mères et bébés, il faudrait négocier pour mettre en place un coin de l'allaitement pour que les conseillères en ANJE puissent rencontrer les mères.
2. Chaque zone doit avoir les conseillères en ANJE U qui travaillent par paires car elles sont des femmes et sont souvent confrontées à des environnements non sécurisés.



Save the Children



3.

- Une séance dans un espace MB comprend au maximum 20 personnes
- Une équipe (2 personnes) de proximité/RECO en ANJE U visite approximativement 10 personnes par jour x 6 jours = 60 personnes par semaine.
- Dans un camp, il faut 2 Agents communautaires (1 conseiller et 1 relais de proximité) pour 1 000 membres de la population affectée.

4. Les sites du programme doivent être proches de la population ciblée pour réduire les risques et les coûts associés au fait de parcourir de longues distances avec de jeunes enfants, et les risques de déplacements des populations vers eux. Sinon, utilisée la stratégie avancée

## Formations des personnels

- 2.9. Le renforcement de la réponse en ANJE-U et les capacités techniques spécialisées du personnel sur ANJE-U doit se faire pendant au moins 2 à 5 jours au minimum pendant la préparation aux urgences et durant l'intervention d'urgence, des parties prenantes (cadres du niveau national et des départements ; cadres des ONG ; agents de santé ; des agents de santé communautaires et le personnel de première ligne des autres secteurs. Il faut noter que la formation à laquelle doivent assister les cadres de niveau national et départementaux qui sera axée sur les aspects de programmation ANJE et qui n'est pas la même formation à laquelle doivent assister les agents de santé de première ligne et Agents de santé communautaires Polyvalents (ASCP) dont la formation est axée sur les compétences de counseling.
- 2.10. Pour un bon déroulement de la formation programmation ANJE-U, la facilitation sera assurée par une équipe d'au moins trois facilitateurs.
- 2.11. Un accent sera mis aussi sur la sensibilisation pendant la phase de préparation pour susciter une prise de conscience, la collaboration, la participation et l'intégration de l'ANJE-U auprès des cadres du Gouvernement, cadres des ONG, donateurs, Personnel concerné dans tous les secteurs, les gestionnaires de camp, gestionnaires de dons, les équipes de communication, les logisticiens, les médias, les leaders communautaires, etc. Cette sensibilisation et formation en ANJE-U doivent se faire par les formateurs ou de personnes ayant de l'expertise en ANJE-U ou par les membres du groupe technique de travail ANJE-U (GTT ANJE-U). La liste des experts sera disponible dans le site web du cluster nutrition.
- 2.12. Les formations seront articulées autour des thèmes ci-dessous et en fonction de catégories de personnes à former notamment les gestionnaires de programme, les gestionnaires de projet, les superviseurs, les prestataires et les agents communautaires :
- Contexte Malnutrition, évidence Allaitement maternel et Aliment de complément
  - Pourquoi l'ANJE est-elle importante dans une situation d'urgence ?
  - Continuité et complémentarité entre ANJE et ANJE-U
  - Interventions ANJE U
  - Allaitement maternel et mythe
  - Alimentation de complément y compris en Urgent
  - Alimentation du nourrisson malade et dans le contexte du VIH
  - ANJE-U dans le contexte d'Épidémies (Choléra, COVID-19 ou autres épidémies selon le contexte
  - Re-lactation, allaitement par nourrice



Save the Children



World Vision



International Medical Corps





- Nutrition maternelle
- Santé mentale et soutien Psychosociale
- Groupes d'Action, Groupes de soutien ANJE et Visites à Domicile
- Communication pour le Changement Social de Comportement (CCSC)
- Counseling en ANJE
- Utilisation du formulaire d'évaluation de l'ANJE
- Plateformes de ANJE (Structures PCIMA/CPS etc.) et dans la communauté
- Politique ANJE
- Evaluation des besoins ANJE
- Situations courantes qui peuvent affecter l'ANJE
- ANJE U Communication et Plaidoyer
- Planifier un programme ANJE
- Proposition, Budget et Cadre Logique
- Comment déterminer le besoin des enfants non allaités
- Personnel, Formation et sensibilisation en ANJE
- Programme de distribution du lait maternise
- Coordination ANJE U
- Canevas de collecte et de rapportage des données ANJE U
- Suivi évaluation ANJE U

## Rôles et description du poste de chaque staff

Rôle	Description du poste
Gestionnaire de programmes ANJE-U	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gérer le programme ANJE-U, y compris la composante de conseil</li> <li>• S'assurer que toutes les composantes du programme fonctionnent correctement, en fournissant des soins de qualité à tous les bénéficiaires tout en respectant les directives et les principes de bonne pratique</li> <li>• Suivre la gestion des intrants ;</li> </ul>
Officier de Programme ANJE-U	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir et gérer les conseillers ANJE-E dans le programme ANJE-U et assister le responsable du programme ANJE-U au quotidien</li> <li>• Fournir un soutien technique ANJE-U au personnel de nutrition et aux autres acteurs humanitaires si nécessaire, pour promouvoir de bonnes pratiques cohérentes</li> <li>• Développer des plans de travail mensuels pour les conseillers ANJE-U et les autres membres du personnel</li> <li>• Compiler des rapports d'activité mensuels et aider avec les plans de consommation/distribution des stocks pour les centres de sensibilisation et de nutrition, au besoin</li> <li>• Il fait aussi de plaidoyer auprès des autres secteurs. Il détermine de besoins en intrants.</li> </ul>



Save the Children



Superviseur ANJE-U	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Superviser le programme ANJE-U, y compris la composante de conseil</li> <li>• Veiller à ce que toutes les composantes du programme fonctionnent correctement, en fournissant des soins de qualité à tous les bénéficiaires tout en respectant les directives et les principes de bonne pratique</li> <li>• Est impliqué dans le suivi et la supervision formative des activités ;</li> <li>• Suivre la gestion des intrants ;</li> <li>• Assurer la supervision hebdomadaire de proximité ;</li> <li>• Accompagner les prestataires dans toutes les étapes de mise en œuvre et dans l'élaboration de rapports et facilite la transmission au niveau supérieur.</li> <li>• Aide les prestataires dans la centralisation, l'Analyse et la transmission des données à la hiérarchie</li> <li>• S'occupe de la formation de prestataires et des agents communautaires</li> </ul>
Conseiller ANJE-U	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer les mères/soignants et leurs enfants pour identifier les besoins spécifiques de soutien à l'alimentation</li> <li>• Fournir aux femmes enceintes des conseils préparatoires à l'allaitement et à l'alimentation au colostrum, afin d'éviter les tétées pré-lactées et l'alimentation au biberon</li> <li>• Conseiller les mères sur la bonne nutrition maternelle pendant la grossesse et l'allaitement</li> <li>• Offrir des séances de conseil individuelles personnalisées aux personnes qui s'occupent d'enfants de 0 à 24 mois, conformément aux besoins découverts lors des évaluations initiales, offrant des conseils pratiques et une éducation sur les questions clés de l'ANJE-U</li> <li>• Tenir à jour les dossiers des bénéficiaires et produire des rapports d'activité réguliers</li> </ul>
Agent psychosocial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir un soutien technique</li> <li>• Etablir des liens étroits avec le programme de protection de l'enfance ;</li> <li>• Fournir un soutien psychosocial aux mères/responsables des enfants dans le programme ANJE-U conformément aux lignes directrices et aux principes des bonnes pratiques (y compris les Directives opérationnelles sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence).</li> </ul>
Agents de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mène correctement les activités ANJE-U au quotidien ;</li> <li>• Fait la promotion sur les pratiques ANJE,</li> <li>• Assurer les formations et supervise les conseillers ANJE, les agents de santé communautaires dans les espaces ANJE-U, gère les intrants mis à sa disposition.</li> </ul>



Save the Children



World Vision



International Medical Corps



- Elabore les rapports d'activités, Analyse et transmet les données à la hiérarchie.

Agents de santé  
communautaires

- Organise les Visites à domicile ;
- Réalise le dénombrement de ménages et actualisation de données,
- Réalise les dépistages et oriente les cas suspects de malnutrition ;
- Conseiller les mères/gardiens sur les bonnes pratiques de l'ANJE ;
- Travailler dans les espaces ANJE-U (PCNB) ;
- Distribuer les intrants ;
- Organiser les séances de démonstration culinaire ;
- Organiser les réunions des Groupes de soutien à l'ANJE

### 3. Coordonner les opérations

- 3.1. L'UCPNANu est l'autorité de coordination principale de l'ANJE-U. Elle est assistée par l'UNICEF pour un soutien technique. Un groupe de travail technique ANJE-U est mis en place afin d'assurer une approche commune pour un plus grand impact.
- 3.2. S'assurer qu'il existe une capacité à coordonner l'ANJE-U dans les mécanismes de coordination dans une réponse d'urgence. Selon l'approche des Clusters, l'UNICEF est l'organisme des Nations Unies susceptible d'assurer la coordination pour l'ANJE-U en étroite collaboration avec le gouvernement mais d'autres organisations y sont conviées en fonction de leurs capacités notamment l'OMS, le UNHCR, le PAM et d'autres ONG locales et internationales.
- 3.3. Le Groupe de Travail Technique ANJE-U fournit une orientation techniquement informée et spécifique au contexte sur l'ANJE-U à tous les intervenants ; identifie les vulnérabilités critiques et les lacunes dans les réponses et prennent des mesures pour s'assurer qu'elles sont rapidement prises en compte ; et surveille l'adéquation de la réponse. En étroite collaboration avec les partenaires du gouvernement, du cluster Nutrition ou du groupe, les responsabilités du Groupe de Travail Technique ANJE-U comprennent :
- Entreprendre une analyse contextuelle des données de base existantes pour informer immédiatement les actions.
  - S'assurer que l'ANJE-U est inclus dans l'évaluation précoce/multisectorielle/rapide des besoins ;
  - donner des conseils sur l'utilisation des indicateurs standards et spécifiques au contexte ;
  - fournir une analyse situationnelle ANJE-U ; et
  - Vérifier la nécessité et l'évaluation directe des besoins supplémentaires.
  - S'assurer que les interventions ANJE-U sont incluses et reflétées avec précision dans les appels de fonds d'urgence et les appels éclair.
  - Évaluer la pertinence des directives existantes et au besoin, mettre à jour les politiques, élaborer des orientations provisoires et formuler des déclarations conjointes.
  - Développer et superviser la mise en œuvre d'une stratégie de communication



Save the Children



- Développez un plan d'action spécifique au contexte, tirant sur l'état de préparation des plans où ils existent et en collaboration avec d'autres secteurs.
  - Déterminer et rechercher activement les ressources nécessaires et la capacité des partenaires pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action.
  - Coordonner le soutien à l'allaitement maternel et les interventions d'alimentation de complément.
  - Coordonner la gestion de l'alimentation artificielle, si nécessaire.
  - Atténuer et gérer les risques liés à la réponse humanitaire, y compris la prévention et la gestion des dons de SLM, de produits laitiers, d'aliments de complément, de lait maternel et d'équipement servant à l'alimentation.
  - Fournir des conseils adaptés lorsque la réponse de la programmation ANJE-U est compromise.
  - Être vigilant, éviter et gérer les conflits d'intérêts, par exemple en coopérant avec le secteur privé et en obtenant des financements pour les interventions de l'ANJE.
  - Élaborer des directives provisoires, au besoin, pour assurer des garanties adéquates.
  - Surveiller l'effort de réponse ANJE-U.
  - Coopérer avec d'autres secteurs pour identifier les opportunités de collaboration multisectorielle dans l'évaluation et la programmation des besoins et pour informer les politiques sectorielles, les plans d'action et la gestion des risques concernant l'ANJE-U.
  - Participer activement aux réunions de coordination des clusters ou des groupes de travail techniques pertinents.
  - Identifier et engager avec ceux qui travaillent indépendamment des structures de coordination traditionnelles, par exemple les militaires, les groupes de volontaires et les groupes de la société civile.
- 3.4. Assurer une communication coordonnée, opportune, précise et harmonisée à la population touchée, aux intervenants et aux médias. Une stratégie de communication devrait fournir un cadre avec le plan de mise en œuvre associé. Les considérations clés comprennent la diffusion d'orientations politiques ; des messages à la population affectée sur les services disponibles et sur les pratiques d'ANJE ; des messages adaptés pour les groupes cibles dans les opérations de secours (par exemple, les militaires, les groupes de volontaires et les groupes de la société civile) ; des communiqués de presse ; surveiller la couverture médiatique ; et des messages adaptés pour différents canaux (radio, télévision, téléphone mobile, réseaux sociaux, sms, scénettes, chansons, pancartes, etc.).
- 3.5. Le Cluster Nutrition, à travers le Groupe technique de travail ANJE-U est responsable de la mise en œuvre des normes nationales pertinentes et de référence, y compris les dispositions du Guide Opérationnel ANJE-U, les normes Sphère et le code. Les lacunes dans les orientations devraient être traitées.

## 4. Évaluer les besoins ANJE et des priorités et surveiller la mise en œuvre des interventions

Les évaluations ANJE U sont nécessaires, et il n'est pas facile d'obtenir un portrait fixe de la situation ANJE U étant donné que lors d'une urgence, le portrait change constamment. Mais au fur et à mesure que les différentes évaluations et enquêtes sont réalisées ainsi que la



Save the Children



World Vision



triangulation des différentes informations d'autres secteurs, il se dégagera tout de même un portrait global qui permet la détermination des interventions à amener. Toutefois, il faut définir le but, le temps et les indicateurs clés (les renseignements critiques) de l'évaluation de façon réaliste sachant que la situation va changer et des évaluations/enquêtes plus détaillées seront peut-être nécessaires plus tard.

## Général

- 4.1. Évaluer les **besoins et priorités** pour la réponse de l'ANJE-U et surveiller l'impact des interventions, de l'action humanitaire et de l'inaction. Prioriser l'évaluation des besoins et des difficultés aigus qui exposent les enfants au plus grand risque. Recueillir des données qualitatives et quantitatives pendant la phase de préparation, des évaluations précoces des besoins et des enquêtes représentatives. Investir dans la collecte d'informations fiables, précises, systématiques et coordonnées. Trianguler les sources d'information. Le niveau et le type d'évaluation ANJE-U qui sont possibles dans une situation d'urgence donnée dépendront d'un équilibre de facteurs incluant l'accès à la population, la capacité, le type d'urgence (aiguë, chronique) et les ressources.
- 4.2. Explorer les **opportunités** d'inclure des questions ANJE dans les évaluations des besoins d'autres secteurs et tirer parti des **données** multisectorielles, telles que l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) et les rapports sur la santé. Dans les équipes d'évaluation multisectorielles, assurez-vous qu'une personne a reçu une orientation de base sur l'ANJE-U.
- 4.3. Ventiler les données pour les enfants de moins de deux ans, par sexe et par âge, comme suit : 0-5 mois, 6-11 mois, 12-23 mois et proportion de FEFA. Dans la mesure du possible, ventiler les informations clés par département, ou d'autres groupes vulnérables spécifiques pour permettre l'analyse de l'équité.

## Données précises et évaluation précoce des besoins

- 4.4. Utiliser les informations secondaires d'avant la crise pour élaborer un profil de situation ANJE pour éclairer la prise de décision précoce et les actions immédiates. Assembler les informations clés dans la préparation aux urgences ou si nécessaire, en réponse rapide
- 4.5. Les sources d'informations pré crise incluent les programmes existants du gouvernement, des ONG et des programmes pays des Nations Unies ; les enquêtes en groupe à indicateurs multiples (MICS) et les enquêtes démographiques sur la santé (EDS) ; les enquêtes départementales ; les institutions nationales (MSPP, **les autorités chargées des médicaments et des normes alimentaires**) ; les connaissances, l'attitude et les pratiques (KAP) ; les bases de données de l'OMS ; le système d'information santé nutrition (DHIS2) ; les évaluations nutritionnelles (SMART) et les plans d'intervention humanitaire (HRP). Des informations nutritionnelles peuvent également être obtenues grâce à des évaluations conjointes de la nutrition et de la sécurité alimentaire, telles que l'approche conjointe de la nutrition et l'évaluation de la sécurité alimentaire (JANFSA) ; l'analyse complète de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité (CFSVA) ; et les systèmes de suivi de la sécurité alimentaire et de la nutrition (FSNMS).
- 4.6. Les informations clés à prendre en compte comprennent

### 4.6.1. Données contextuelles



Save the Children



- **L'environnement politique**, y compris les orientations nationales et les plans de préparation aux urgences ; le statut juridique du code ; les politiques et les protocoles sur le VIH et l'alimentation des nourrissons et autres urgences de santé publique/épidémies de maladies infectieuses ; la législation nationale sur les aliments et drogues qui affecte l'approvisionnement en produits de base.
- **État nutritionnel de l'enfant** en pré urgence y compris la prévalence de la malnutrition aiguë, du retard de croissance et de l'anémie ; et l'état nutritionnel maternel, y compris la prévalence de l'anémie.
- **La sécurité de la population** et les difficultés d'accès, comme dans les zones touchées par un conflit.
- Estimation du nombre d'enfants de moins de deux ans (données désagrégées) et des FEA.
- Prévalence/rapports de nourrissons à risque plus élevé, de jeunes enfants et de mères.
- **La sécurité alimentaire du ménage**, y compris l'accès à des aliments de complément appropriés
- L'environnement WASH, y compris l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, et les normes sociales en matière d'hygiène.
- L'environnement de santé, y compris le soutien offert par les fournisseurs de services prénataux, d'accouchement et postnataux ; le profil d'âge et de morbidité des admissions aux programmes de traitement de la malnutrition aiguë ; le taux de morbidité par maladie infectieuse ; le taux de mortalité brute (TMB), le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité des moins de cinq ans ; la couverture du traitement antirétroviral (TAR) ; et le soutien offert par les services sociaux et les mécanismes de protection sociale.
- Capacité et disponibilité de donneurs de soutien potentiel, tels que les mères allaitantes, les travailleurs de la santé formés, les conseillers qualifiés, les femmes expérimentées de la communauté, les réseaux de travailleurs de proximité, les traducteurs et les interprètes.

#### 4.6.2. Données ANJE

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

- Connaissance **de la population et attitudes** concernant l'ANJE.
- Prévalence **des pratiques d'alimentation de complément**, les aliments de complément communs utilisés et leurs sources.
- Acceptabilité et faisabilité de la re-lactation, des services de nourrices, de l'utilisation des donations de lait humain.
- Perceptions locales du handicap infantile et les pratiques connexes d'alimentation et de soins. Rapports et observations concernant les enfants et les soignants handicapés et toute question liée à l'alimentation ou aux soins.
- **Rapports de difficultés d'alimentation** ou de demandes d'aide à pratiquer l'alimentation (y compris des demandes de SLM) de la part des mères, des familles, des communautés et/ou des médias.



Save the Children



World Vision



- Demandes ou rapports de distribution non ciblée ou dons de SLM, d'aliments de complément ou d'équipement servant à l'alimentation.

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

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

Rassembler l'information pour différents groupes de population (selon la géographie, l'appartenance ethnique, etc.) dans la mesure du possible. Utiliser les indicateurs standards et développer des indicateurs spécifiques au contexte au besoin, en consultation avec le GTT – ANJE-U ou l'UCPNANu. Parmi les autres sources d'information, figurent les rapports sur la situation humanitaire, les rapports d'évaluation des besoins sectoriels, les rapports des médias, les appels de fonds et les médias sociaux.

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

### Evaluation approfondie

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



Save the Children



**Tableau 1 : Exemple d'indicateurs d'évaluation ANJE<sup>1</sup>**

Indicateur	Cigle	Groupe d'âge	Définition
<b>Indicateurs de l'allaitement</b>			
1. Déjà allaité		Enfants nés au cours des 24 derniers mois	Pourcentage d'enfants nés au cours des 24 derniers mois qui ont déjà été allaités
2. Initiation précoce de l'allaitement maternel		Enfants nés au cours des 24 derniers mois	Pourcentage d'enfants né au cours des 24 derniers mois qui ont été placés au sein dès la première heure de vie
3. Allaité exclusivement pendant les deux premiers jours après la naissance		Enfants nés au cours des 24 derniers mois	Pourcentage d'enfants nés au cours des 24 derniers mois qui ont été nourris exclusivement avec du lait maternel pendant les deux premiers jours après la naissance
4. Allaitement exclusif de moins de six mois		Nourrissons de 0 à 5 mois	Pourcentage de nourrissons de 0 à 5 mois qui ont été nourris exclusivement avec du lait maternel la veille
5. Alimentation au lait mixte de moins de six mois		Nourrissons de 0 à 5 mois	Pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui ont été nourris avec du lait maternisé et/ou du lait animal en plus du lait maternel la veille
6. Allaitement continu 12-23 mois		Enfants de 12 à 23 mois	Pourcentage d'enfants de 12 à 23 mois qui ont été nourris au lait maternel la veille
Indicateur	Cigle	Groupe d'âge	Définition
<b>Indicateurs de l'alimentation complémentaire</b>			
7. Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous 6 à 8 mois		Nourrissons de 6 à 8 mois	Pourcentage de nourrissons âgés de 6 à 8 mois qui ont consommé des aliments solides, semi-solides ou mous la veille
8. Diversité alimentaire minimale 6–23 mois		Enfants de 6 à 23 mois	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont consommé des aliments et des boissons d'au moins cinq des huit groupes alimentaires définis au cours de la journée précédente

<sup>1</sup> Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>



9. Fréquence minimale des repas 6–23 mois		Enfants de 6 à 23 mois	Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois qui ont consommé des aliments solides, semi-solides ou mous (mais aussi des aliments lactés pour les enfants non allaités) le nombre minimum de fois ou plus au cours de la journée précédente
10. Fréquence minimale d'alimentation au lait pour les enfants non allaités de 6 à 23 mois		Enfants de 6 à 23 mois	Pourcentage d'enfants non allaités âgés de 6 à 23 mois qui ont consommé au moins deux tétées au cours de la journée précédente
11. Régime alimentaire minimum acceptable 6-23 mois		Enfants de 6 à 23 mois	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont consommé un régime alimentaire minimum acceptable la veille
12. Consommation d'œufs et/ou de chair 6–23 mois		Enfants de 6 à 23 mois	Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois qui ont consommé des œufs et/ou des aliments carnés la veille
13. Consommation de boissons sucrées 6–23 mois		Enfants de 6 à 23 mois	Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois qui ont consommé une boisson sucrée la veille
14. Consommation d'aliments malsains 6–23 mois		Enfants de 6 à 23 mois	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont consommé des aliments sentinelles malsains sélectionnés la veille
15. Zéro consommation de légumes ou de fruits 6–23 mois		Enfants de 6 à 23 mois	Pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois qui n'ont pas consommé de légumes ou de fruits la veille
<b>Indicateur</b>	<b>Cible</b>	<b>Groupe d'âge</b>	<b>Définition</b>
<b>Autres indicateurs</b>			
16. Alimentation au Biberon 0–23 mois		Enfants de 0 à 23 mois	Pourcentage d'enfants de 0 à 23 mois qui ont été nourris au biberon avec tétine la veille
17. Graphiques de la zone d'alimentation du nourrisson		Nourrissons de 0 à 5 mois	Pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui ont été nourris exclusivement avec du lait maternel, du lait maternel et de l'eau uniquement, du lait maternel et des liquides non laitiers, du lait maternel et du lait/préparations

			lactées d'origine animale, du lait maternel et des aliments complémentaires, et non allaités pendant la jour précédent
--	--	--	--

## Suivi des interventions ANJE-U

- 4.8. Les stratégies d'intervention doivent inclure les objectifs, la population cible, les produits attendus et les résultats. Comprendre les indicateurs de processus/de produits mesurer la qualité, la quantité, la couverture et l'utilisation des services et des programmes d'indicateurs de résultats pour décrire l'effet de l'intervention. Définir des repères pour déterminer les progrès et les réalisations en tenant compte des délais d'intervention.
- 4.9. Utiliser des indicateurs quantitatifs et qualitatifs pour déterminer l'impact des activités de changement de comportement ; ceux-ci sont très probablement associés à des programmes à plus long terme dans des contextes d'urgence chroniques. Évaluer la couverture géographique ou de la population atteinte par les services utilisant des méthodes d'évaluation de couverture appropriées. Utiliser des enquêtes périodiques pour déterminer les impacts. Les évaluations (ou les parties d'une évaluation de référence, par exemple) peuvent être répétées dans le cadre du suivi.
- 4.10. Suivre les activités ANJE-U et les interventions en utilisant les indicateurs standards qui sont intégrés aux systèmes de suivi, d'évaluation, de responsabilisation et d'apprentissage là où ils existent. Harmoniser l'utilisation des indicateurs parmi les partenaires de mise en œuvre et dans les enquêtes. Ventiler les données par âge, sexe, groupes vulnérables et indicateurs d'équité en fonction du contexte.
- 4.11. Surveiller la réponse ANJE-U par rapport aux indicateurs globaux de niveau supérieur, par exemple, les normes Sphère. Inclure l'ANJE dans les évaluations de la réponse humanitaire.
- 4.12. Suivre les violations du Code et les signaler aux autorités nationales (UCPNANu), au GTT ANJE-U et à l'Unicef et OMS. A cet effet, OMS et Unicef ont la responsabilité d'aider le gouvernement à élaborer des politiques et des procédures pour surveiller les violations du Code et agir en conséquence. Les violations typiques du Code dans les situations d'urgence concernent l'étiquetage des préparations pour nourrissons, la gestion de l'offre et les dons.
- 4.13. Veiller à ce que l'égalité des sexes et l'équité soient intégrées de manière cohérente dans les programmes de prévention des catastrophes, d'intervention humanitaire et de redressement.
- 4.14. Utilisation des approches participatives pour impliquer les groupes de population cibles, y compris dans la planification et la conception des programmes, les séances de restitution et la diffusion des résultats. Des dispositifs de réclamation confidentiels sur les activités et les interventions de l'ANJE devraient être disponibles. Apprendre de et adapter la programmation / les activités au besoin. Documenter les expériences pour un partage plus large.

## Groupes de soutien à l'allaitement

- 4.15. Un groupe peut être créé par un agent de santé ; par un groupe de femmes existant ; par un groupe de mères qui pensent que l'allaitement est important ; ou par des mères qui se



Save the Children



World Vision



International Medical Corps



rencontrent à la clinique prénatale ou à la maternité et qui souhaitent continuer à se rencontrer et à s'entraider.

- 4.16. Un groupe de mères allaitantes se réunit toutes les 1 à 4 semaines, souvent dans l'une de leurs maisons ou quelque part dans la communauté. Ils peuvent avoir un sujet à discuter, comme « Les avantages de l'allaitement maternel » ou « Surmonter les difficultés ».
- 4.17. Elles partagent leurs expériences et s'entraident avec des encouragements et des idées pratiques sur la façon de surmonter les difficultés. Ils en apprennent davantage sur le fonctionnement de leur corps.
- 4.18. Le groupe a besoin de quelqu'un qui soit correctement informé sur l'allaitement, pour les former. Ils ont besoin de quelqu'un qui puisse corriger les idées fausses et suggérer des solutions aux difficultés. Cela aide le groupe à être positif et à ne pas se plaindre. Cette personne pourrait être un agent de santé, jusqu'à ce qu'un membre du groupe ait suffisamment appris pour jouer ce rôle.
- 4.19. Le groupe a besoin d'une source d'information à laquelle se référer s'il a besoin d'aide. Il peut s'agir d'un agent de santé formé à l'allaitement, qu'ils voient de temps en temps. Le groupe a également besoin de matériel à jour pour se renseigner sur l'allaitement. L'agent de santé peut les aider à les obtenir.
- 4.20. Les mères peuvent aussi s'entraider à d'autres moments, et pas seulement lors des réunions. Ils peuvent se rendre visite lorsqu'ils sont inquiets ou déprimés, ou lorsqu'ils ne savent pas quoi faire.
- 4.21. Les groupes de soutien à l'allaitement peuvent constituer une importante source de contact pour les mères socialement isolées.
- 4.22. Ils peuvent être une source de soutien qui renforce la confiance des mères au sujet de l'allaitement et réduit leurs inquiétudes.
- 4.23. Ils peuvent apporter à une mère l'aide supplémentaire dont elle a besoin, de la part de femmes comme elle, que les services de santé ne peuvent pas lui apporter.

#### ***Déroulement d'une réunion d'un groupe de soutien d'ANJE***

- Inviter les responsables des enfants de la communauté
- Saluer et inviter tous les membres à se présenter
- Accorder la parole à tous les membres du groupe, même les plus timides
- Demander les avis des membres sur l'expérience de chacun.
- Inviter chaque membre du groupe à essayer les pratiques convenues
- Récapituler
- Demander aux membres du groupe de fixer la date, la durée, la fréquence de la rencontre ainsi que le lieu de la prochaine réunion.

#### ***Organisation des Visites à domicile – VAD***

- *Les visites à domicile (VAD) :* Les visites à domicile consistent à suivre à domicile les enfants de 0-59 mois avec un focus sur les enfants 0 à 23 mois, les femmes enceintes et allaitantes et à fournir des conseils appropriés sur la promotion de l'ANJE et des autres Pratiques Familiales Essentielles. Les cas à problème seront référés aux Centres de santé.



Save the Children



World Vision



- Les VAD permettent d'établir la collaboration entre les familles/les parents/les femmes enceintes et allaitantes (FEFA), les agents de santé et les agents de santé communautaires et institutionnels. L'agent de santé communautaire (ASCP) et l'agent psychosocial visiteront les personnes ciblées autant de fois que nécessaire et selon sa disponibilité.
- Certaines personnes cibles avec problème particulier nécessiteront plus de visites que d'autres.
- L'objectif des visites à domicile est de :
  - Donner des conseils sur l'allaitement maternel et l'alimentation de complément adéquate ;
  - Protéger, promouvoir et soutenir l'alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) dans le contexte d'urgences ;
  - Vulgariser le Code de commercialisation du substitut du lait maternel ;
  - Donner les conseils sur l'utilisation du substitut du lait maternel (Lait pour nourrisson prêt à l'emploi (LNPE) et lait de vache ultra haute température (UHT) dans les ménages avec les enfants orphelins, enfants séparés ;
  - Fournir des conseils sur les autres pratiques familiales essentielles (dormir sous moustiquaires, utilisation des services de santé en cas de signes de danger, lavage des mains, utilisation du SRO/zinc en cas de diarrhée, alimentation de l'enfant malade, traitement de l'eau à domicile, planning familial, Enregistrement de naissance et vaccination)
  - Détecter les problèmes nutritionnels
  - Investiguer les causes des problèmes nutritionnels détectés
  - Conseiller et surveiller la prise des médicaments (fer acide folique chez FEFA etc.)
  - Apporter de pistes de solutions en cas de préoccupations etc.
- En plus de tout ce qui est dit ci-haut, dans le contexte de la gestion sécurisée des substituts de lait maternel, les agents communautaires et les agents psychosociaux sous la supervision des Nutritionnistes entreront dans les ménages avec les enfants orphelins, enfants séparés :
  - Le soutien psychosocial
  - Faire la distribution et le suivi de l'utilisation du substitut du lait maternel (LNPE et UHT) par les bénéficiaires (enfants orphelins/séparés) de 0 à 23 mois.
  - Faire la promotion de l'alimentation de complément adéquate des enfants de 6 à 23 mois
  - Faire le suivi de l'état nutritionnel et sanitaire des enfants de 0 à 6 mois et de 6-23 mois orphelins/séparés.

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

Dans le cadre de la réponse aux urgences, le GTT ANJE-U a la responsabilité principale de définir, de plaider et de donner les orientations sur les interventions essentielles de l'ANJE en étroite collaboration avec le gouvernement et les autres acteurs. Cette responsabilité s'étend de la préparation à la réponse aux urgences, en utilisant les capacités, les politiques et les systèmes



Save the Children



existants. Tout ceci nécessite un engagement multisectoriel. Dans les contextes de réfugiés, le UNHCR détient cette responsabilité. Le PAM a la responsabilité de veiller à la promotion de l'ANJE pendant la distribution des vivres ainsi que la prise en compte des aspects ANJE-U dans toutes ses activités de réponse d'urgence alimentaire

Dans les différents types d'urgence, il faudrait tenir compte des **interventions de base** en ANJE-U ; des interventions **techniques** en ANJE-U ainsi que **d'autres interventions**. Ces dernières doivent être coordonnées par le Cluster Nutrition via son Groupe technique de travail ANJE-U afin d'assurer une approche commune avec un plus grand impact. Il sied de retenir que les mères/gardiens d'enfants doivent être orientées vers un soutien ANJE U et d'autres services. Mais aussi la nécessité de former les personnes de première ligne en ANJE U.

Les secteurs clés et disciplines pour sensibiliser et travailler sur l'ANJE comprennent la santé : santé de la reproduction (SR), Santé Maternelle du nourrisson intégrée (SMNI), Santé Mentale et Soutien PsychoSocial (SMSPS), VIH, gestion des maladies infectieuses ; services aux adolescent ; WASH ; Sécurité alimentaire : Protection de l'enfance ; Développement de la petite enfance (DPE) ; handicap, refuge, programme de transfert d'argent ; protection sociale, agriculture ; coordination de camp et gestion de camp et logistique.

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

## Interventions de base en ANJE-U

5.1. Il existe huit interventions de base en ANJE-U à savoir :

1. *Donner la priorité au groupe cible : il s'agira de :*
  - Donner un accès prioritaire aux mères/gardiens d'enfants de 0-23 mois,
  - Aider les mères/gardiens d'enfants à protéger leurs enfants
  - Prioriser également les femmes enceintes et allaitantes pendant la distribution des aliments complémentaires et des micronutriments etc.
2. *Enregistrer les ménages avec le groupe cible et les groupes à risque plus élevé :*
  - Enregistrer les ménages avec des nouveau-nés, les enfants de moins de 24 mois, les orphelins et les groupes vulnérables,
  - Repartir les cibles selon le sexe et l'âge repartit en 0-5 mois, 6-11 mois, 12-23 mois et 24-59 mois).
  - Enregistrer les mères avec nouveau-nés dans les 2 semaines suivant l'accouchement ; les groupes vulnérables et les nourrissons qui ne sont pas allaités et les orienter vers un soutien spécialisé etc.
3. *Etablir l'environnement favorable à l'ANJE pour le groupe cible et les groupes à risques plus élevé : cela constera a :*
  - Créer des espaces ANJE-U, des lieux de repos ombragés
  - Faire le dénombrement de couple mère-bébé qui ont un problème d'alimentation sévères ;
  - Mettre en place des espaces sûrs (espaces mère-bebe ; espaces amis des bébés ; coins d'allaitement ;



Save the Children



World Vision



- Redynamiser les groupes de soutien ANJE existants ou mettre en place des groupes de soutien ANJE
  - Pour le groupe cible et les groupes à risque plus élevée
4. *Satisfaire les besoins nutritionnels des femmes enceintes et allaitantes :*
    - Donner les aliments nutritifs ou enrichis disponibles localement
    - Mettre en place le système de cash transfert (bons ou argent liquide)
    - Faire une assistance ciblée pour les femmes enceintes ou allaitantes (FEFA)
    - Faire la distribution de suppléments micro nutritionnels (fer acide folique etc.)
  5. *Assurer un soutien pour la mise en place précoce de l'allaitement maternel exclusif pour les nouveaux nés :*
    - Doter en matériels et supports éducatifs
    - Mettre en place l'initiative des hôpitaux amis des bébés
    - Etablir les liens pour soutenir l'allaitement dans la communauté
    - Faire la promotion de la mise au sein dans l'heure qui suit l'accouchement auprès des prestataires de soins, les femmes enceintes et la communauté ;
  6. *Assurer l'accès aux aliments de compléments adaptés aux enfants de 6-23 mois ;*
    - Faire la promotion des aliments de compléments a 4 Etoiles à partir des aliments locaux disponibles ;
    - En cas de besoin rendre disponible les aliments enrichis pour préparation d'aliment de complément à domicile ;
    - Mettre en place le système de cash transfert (bons ou argent liquide) pour aliment de complément de l'enfant de 6-23 mois
    - Créer de recettes améliorées à partir des aliments locaux disponible et faire leur vulgarisation pendant les démonstrations culinaires en tenant compte des mesures d'hygiène
  7. *Assurer une communication cohérente, claire et appropriée sur l'ANJE U :*
    - Préparer et diffuser des messages clés dès l'apparition de la situation d'urgence ;
    - Mettre en place une coordination avec les autres secteurs y compris la communication inter-agences afin de développer une communication des messages prioritaires et la stratégie de communication
    - Elaborer et signer une déclaration commune sur l'ANJE U par les parties prenantes ;
    - Faire diffuser les messages ANJE U à travers tous les canaux existants et de méthodes innovantes
  8. *Assurer aux mères/gardiens d'enfants et à leurs enfants l'accès a un soutien de base de première ligne pour l'alimentation. Cette assistance de première ligne peut comporter :*
    - L'encouragement à l'allaitement efficace et optimal ;
    - La gestion des demandes de substituts du lait maternel dans en cas de besoin de 0-6 mois
    - La dénonciation des violations du code congolais de commercialisation du substitut du lait maternel

## Les interventions techniques en ANJE-U

5.2. Les interventions techniques d'ANJE U procurent aux mères/gardiens d'enfants de 0-23 mois une assistance plus spécialisée qui permet de surmonter les difficultés d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant lors d'une situation d'urgence.



Save the Children



World Vision



### 5.3. Les interventions techniques d'ANJE U comprennent :

1. Les conseils en matière d'alimentation de complément ;
2. Les conseils en matière d'allaitement maternel optimal ;
3. Le soutien en matière d'alimentation artificielle (approvisionnement SLM, conseil et soutien)
4. La réponse aux besoins nutritionnels et de soins des orphelins ou enfants non accompagnés
5. Le soutien aux mères et/ou nourrissons VIH, Choléra, ...
6. Les soins pour la stimulation de l'éveil de la petite enfance (EPE)
7. Le soutien psychosocial
8. La prise en charge de la malnutrition aiguë / modérée chez les nourrissons de moins de 6 mois,

### Les autres interventions

5.4. Elles visent également à prévenir la survenue des cas de malnutrition et ont un lien avec l'ANJE à travers les plateformes qui :

- Représentent les points de contact fréquents pour les enfants de < 24 mois et les femmes enceintes et allaitantes (FEFA)
- Contribuent avec les conseils en ANJE afin de réduire le risque de mortalité
- Sont des opportunités de livraison appropriées avec suivi fréquent par le personnel de santé formé

5.5. Dans chaque situation d'urgence, les interventions ANJE U doivent tenir compte des plateformes existantes avec priorité accordée aux cibles. Notamment :

- Intégration de l'ANJE/ANJE U dans PCIMA et intégration de la PCIMA dans ANJE/ANJE U
- Intégration de ANJE U/ANJE dans d'autres types de programmes/plateformes :
  - o Nutrition : Consultation préscolaire (CPS), Nutrition à Assise communautaire (NAC) ; soins pour la stimulation et d'éveil de la petite enfance (EPE) ; Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB)
  - o Education : soins pour la stimulation et d'éveil de la petite enfance (ECD)
  - o Santé : consultation curative (PCIME/PTME) ; consultation prénatale (CPN), Maternité ; consultation Postnatale (CPoN)
  - o Eau Hygiène et Assainissement
  - o Sécurité Alimentaire : blanket supplementary feeding, distribution générale de vivres/cash
  - o Protection : Espace Ami de l'enfant (EAE), Champion Genre, Enregistrement de naissance

### Stratégie de sortie : ANJE U vers l'ANJE

La prise en compte de la stratégie de sortie devra se faire dès le début de la conception du projet ANJE-U. Il s'agit donc de planifier simultanément la stratégie de sortie et la logique d'intervention du projet ANJE-U et permettre de ce fait aux structures sanitaires existantes qui



Save the Children



World Vision



devront faire la reprise de l'ANJE de pouvoir s'appuyer sur leur échéancier afin d'atteindre les résultats escomptés.

Pour permettre une meilleure sortie d'ANJE-U en ANJE, il est recommandé d'identifier une institution sanitaire environnante pour prendre la relève de la mise en œuvre de l'ANJE à travers les plateformes existantes aussi bien dans les structures sanitaires (CPS, CPN, CPoN, maternité, PTME, PCIME, soins curatifs) que dans la communauté (NAC, sites des soins, etc.). Cette identification institutionnelle sera suivie d'un renforcement des capacités des prestataires et agents communautaires.

## 6. Minimiser les risques de l'alimentation artificielle

### Dons en situation d'urgence

- 6.1. Ne pas donner ou accepter de dons de SLM, d'autres produits laitiers ou d'équipement servant à l'alimentation (y compris des biberons, des tétines et des tire-laits) en cas d'urgence.

### Pour des considérations concernant les dons de complément.

- 6.2. Ne pas envoyer de donations qui ne sont pas basées sur des besoins identifiés et ne font pas partie d'une intervention coordonnée et gérée.
- 6.3. **Communiquer une position claire** sur les dons dans la préparation et dans l'intervention d'urgence précoce, comme dans une déclaration conjointe.
- 6.4. Identifier et informer les potentiels donateurs et distributeurs concernant les risques associés aux dons en situation d'urgence.
- 6.5. **Signaler et Rapporter** des offres ou des dons de SLM, d'aliments de complément et d'équipement d'alimentation au Cluster Nutrition (UCPNANu), au GTT ANJE-U, à l'UNICEF, selon le cas, qui déterminera et supervisera un plan de gestion pour minimiser les risques. Les dons impliquant une assistance alimentaire du PAM devraient également être communiqués au PAM

### Gestion de l'alimentation artificielle

- 6.6. Planifier un approvisionnement approprié, ciblage et utilisation du SLM et du soutien associé (gestion de l'alimentation artificielle) en étroite consultation avec le GTT ANJE-U, UCPNANu et UNICEF. Conformément à leur mandat, l'OMS et le UNHCR ont également des responsabilités clés.
- 6.7. La gestion de l'alimentation artificielle nécessite une évaluation des besoins et des risques et une analyse de la situation critique, éclairée par des conseils techniques. L'analyse doit indiquer si une demande de SLM constitue un besoin réel et/ou si d'autres interventions, y compris un soutien amélioré pour l'allaitement maternel, sont indiquées pour assurer la nutrition et la santé du nourrisson. L'ampleur du soutien nécessaire à l'alimentation artificielle déterminera le niveau d'intervention et de coordination requis.
- 6.8. L'autorité de coordination du GTT ANJE-U et/ou l'UNICEF devraient déterminer si et où la capacité à gérer l'alimentation artificielle existe au gouvernement et parmi les acteurs humanitaires. Lorsque la capacité est limitée, l'autorité de coordination du GTT ANJE-U



Save the Children



World Vision



International Medical Corps





- et/ou l'UNICEF devraient identifier un ou plusieurs fournisseurs de SLM appropriés, y compris une chaîne d'approvisionnement SLM et les services de soutien associés. En l'absence d'un fournisseur approprié, l'UNICEF assurera la fourniture coordonnée des SLM.
- 6.9. Établir clairement les critères d'admission à l'utilisation du SLM en accord avec l'autorité de coordination du GTT ANJE-U. Si les critères sont déjà en place, revoir et réviser au besoin
- 6.10. Communiquer ces critères aux mères et tuteurs, aux communautés et aux intervenants d'urgence.

## Approvisionnement en SLM

- 6.11. L'importation des substituts de laits maternels pour nourrissons est conditionnée par l'accord du Gouvernement. La distribution de SLM ne doit pas se faire pendant les distributions générales. Le stockage des préparations pour nourrissons ne devrait pas être à la vue des mères/gardiens d'enfants de 0 à 23 mois.
- 6.12. Dans des contextes non réfugiés et conformément à la politique de l'UNICEF, l'UNICEF achètera uniquement des préparations pour nourrissons en tant que fournisseur de dernier recours et à la demande du gouvernement.
- 6.13. Une agence ne devrait fournir directement une autre agence en SLM que si les deux travaillent dans le cadre de la réponse d'urgence nutrition et santé. Le fournisseur et le responsable de la mise en œuvre sont tous deux chargés de veiller à ce que les dispositions des Directives Opérationnelles ANJE-U et du Code soient remplies et continuent à être remplies pendant la durée de l'intervention.

## Spécification SLM

- 6.14. Les étiquettes des SLM doivent être conformes au Code. Les étiquettes devraient être dans la langue comprise par les utilisateurs finaux et les fournisseurs de services et inclure :
- (a) les mots « Avis important » ou leur équivalent ;
  - (b) une déclaration sur la supériorité de l'allaitement maternel ;
  - (c) une déclaration indiquant que le produit ne doit être utilisé que sur avis d'un agent de santé (y compris les agents communautaires et les volontaires) quant à la nécessité de son utilisation et à la méthode d'utilisation appropriée ;
  - (d) des instructions pour une préparation et un stockage appropriés et sûrs et un avertissement sur les dangers pour la santé d'une préparation et d'un stockage inappropriés. Lorsque les étiquettes des fournitures pour nourrissons ne sont pas conformes aux exigences du Code, envisager de les ré étiqueter (cela aura des répercussions sur les coûts et le temps) ou, si cela n'est pas possible, fournir l'information spécifiée aux utilisateurs par un dépliant approprié à tous les bénéficiaires.
- 6.15. Les préparations pour nourrissons doivent être conformes aux normes pertinentes du Codex Alimentarius.
- 6.16. Le Lait pour nourrisson Prêt à l'Emploi (LNPE) est un produit stérile jusqu'à son ouverture et ne nécessite pas de reconstitution ; une utilisation appropriée, un stockage soigneux et l'hygiène des ustensiles d'alimentation restent essentiels pour minimiser les risques.



Save the Children



World Vision



International Medical Corps



6.17. Besoins moyens de la formule infantile pour un nourrisson de moins de six mois, les LNPE sont : 750 ml/jour ; 22,5 L/mois ; 135 L/6 mois.

6.18. Les produits doivent avoir une durée de conservation de six mois à partir du point de livraison.

### Achat de fournitures SLM, d'équipement d'alimentation et de soutien

6.19. Lorsque l'approvisionnement direct de SLM est nécessaire, acheter les fournitures nécessaires.

6.20. Conseiller les mères et les gardiens sur un SLM approprié et inapproprié pour différents groupes d'âge.

6.21. Décourager l'utilisation de biberons et tétines en raison du risque élevé de contamination et des difficultés de nettoyage. Soutenir l'utilisation de tasses (sans bec verseur) dès la naissance.

### Distribution de SLM

6.22. Le système de distribution pour SLM dépendra du contexte, y compris : l'échelle d'intervention ; les points d'accès aux mères/gardiennes ; la fréquence de contact ; le transport ; la gestion des déchets ; et la capacité de stockage du fournisseur. L'idéal sera une fourniture directe en intégrant le système de distribution dans le système de santé existant pour permettre une gestion et suivi optimale de SLM.

6.23. La distribution doit être discrète afin de ne pas décourager les mères allaitantes. Au niveau de la communauté, soyez attentif aux conséquences imprévues de l'utilisation du SLM, telles que la vente de produits.

6.24. Ne pas utiliser les distributions générales ou générales comme une plate-forme pour fournir SLM.

6.25. Selon le Code, il ne devrait pas y avoir de promotion des préparations pour nourrissons au point de distribution, y compris les étalages de produits ou d'articles portant des logos ou des logos d'entreprise sur les bords.

6.26. Le stockage des préparations pour nourrissons ne devrait pas être à la vue des bénéficiaires.

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

#### **Encadré : Actions de préparation aux situations d'urgence**

*Ceci est un résumé des actions de préparation contenues dans les sections 1-6 des Directives Opérationnelles ANJE-U.*

#### **Approuver ou développer des politiques**

- a. Veiller à ce que l'ANJE-U soit correctement reflété dans les politiques, directives et procédures nationales pertinentes.



Save the Children



World Vision



International Medical Corps



- b. S'assurer qu'il existe une politique adéquate pour l'ANJE-U concernant les personnes déplacées et les réfugiés.
- c. Développer des plans de préparation nationaux/sous-nationaux sur l'ANJE-U.
- d. Rédiger des déclarations conjointes spécifiques au contexte sur l'ANJE-U pour permettre une diffusion rapide.
- e. Développer des réglementations nationales juridiquement adaptées au code. Surveiller et signaler les violations de code.
- f. Promulguer des lois et adopter des politiques conformes au Guide de l'OMS sur la fin de la promotion inappropriée des aliments pour nourrissons et jeunes enfants.
- g. Élaborer des politiques nationales juridiquement contraignantes concernant l'engagement du secteur privé dans l'intervention d'urgence des Nations Unies, de la société civile et des décideurs gouvernementaux afin de permettre une collaboration constructive et d'éviter toute influence indue et tout conflit d'intérêts.
- h. Mettre à jour les politiques, les lignes directrices et les procédures en fonction des leçons tirées des situations d'urgence précédentes.

### **Former le personnel**

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

### **Coordonner les opérations**

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



Save the Children



7. Établir des liens avec d'autres points focaux sectoriels et mécanismes de coordination, en particulier la sécurité alimentaire, la santé et WASH.

#### **Évaluer et surveiller**

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

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

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

#### **Minimiser les risques de l'alimentation artificielle**

1. Élaborer des plans pour la prévention et la gestion des dons de SLM, d'autres produits laitiers et d'équipement d'alimentation en cas d'urgence.



Save the Children



World Vision



International Medical Corps



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

## Disclaimer

This report is made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The contents are the responsibility of the GNC Technical Alliance and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.



Save the Children



World Vision



International  
Medical Corps

