**ASPECTS PRATIQUES SUR L’UTILISATION DE SUBSTITUT DU LAIT MATERNEL**

1. ***Contrôle de l’utilisation de substitut du lait maternel- préparation et utilisation du lait pour nourrisson prêt à l’emploi (LNPE) et le lait de vache stérilisé à Ultra Haute Température (UHT)***

Pour les nourrissons de moins de six mois éligibles pour le substitut du lait maternel, conformément aux directives opérationnelles, il est recommandée l’utilisation de préparations pour nourrissons prêtes à l'emploi (LNPE).

LNPE est un produit stérile jusqu'à son ouverture, ne nécessite pas de reconstitution avec de l'eau (contrairement au lait en poudre) et constituerait donc l'option la plus sûre pour ce groupe très vulnérable.

Aux fins de prévision et de quantification, il est suggéré d'utiliser une quantité de 750 ml de LNPE par nourrisson par jour, ce qui correspond à 135 litres par nourrisson pour une période de six mois. Le volume de chaque paquet du LNPE doit être prise en compte dans le calcul des quantités à acheter, compte tenu du fait que le LNPE non utilisé doit être jeté au bout de 2 heures.

Sur le marché international, le LNPE est normalement emballé dans un carton plastifié pour lait et autres boissons, par unités de 200 ml. La quantité de 135 litres par nourrisson pour une période de six mois correspond à 675 unités par enfant.

Pour une utilisation au niveau individuel, les instructions du fabricant figurant sur l’étiquette doivent être suivies. Le poids réel du nourrisson doit être utilisé pour calculer les quantités de nourriture, même si le poids du nourrisson est très différent de celui attendu pour son âge.

La durée de conservation de la plupart des LNPE et lait UHT achetés est généralement de neuf mois. L'emballage en carton plastifié maintient le produit stable, même à des températures élevées (supérieures à 40 ° C) et à des températures inférieures à zéro, mais il faut éviter la lumière directe du soleil.

L'alimentation à la tasse est la méthode d'alimentation privilégiée pour administrer le LNPE et le lait UHT car il est plus facile à nettoyer. Ainsi, les soignants recevant le LNPE doivent également recevoir des tasses pour nourrir les enfants. Ceux-ci peuvent être achetés localement.

À la maison comme dans les orphelinats ou structures les gobelets d’alimentation doivent être nettoyés au savon et à l’eau chaude.

1. ***Critères d’éligibilité pour recevoir les SLM***

Nourrissons et jeunes enfants de moins de 2 ans qui, après une évaluation individuelle approfondie, sont confirmés comme des enfants qui ne peuvent pas être allaités, ou qui sont partiellement allaités pendant une courte ou longue période, selon l'une des catégories ci-dessous, sont éligibles pour SLM :

* Les nourrissons et les jeunes enfants orphelins ou dont la mère a été absente pendant une longue période soit avant la situation humanitaire, soit au cours de la situation humanitaire et pour lesquels l'allaitement, la relactation ou l'allaitement par nourrisse n'est pas faisable
* Nourrissons et jeunes enfants dont la mère est présente et qui n'ont pas été allaités avant le moment de la situation humanitaire ou au cours de la situation humanitaire, quelle qu'en soit la raison, et pour lesquels allaitement, relactation ou allaitement par nourrisse n'est pas faisable
* Situations dans lesquelles la mère et/ou l'enfant souffrent d'un problème de santé (comme le VIH, maladie à Virus Ebola, etc.) pour lequel l'allaitement n'est pas possible et pour lesquels l'allaitement, la relactation ou allaitement par nourrisse ne sont pas possibles
* Nourrissons de moins de 6 mois qui reçoivent une alimentation mixte (allaitement plus BMS) et dont la mère est soutenue pour passer à l'allaitement exclusif

1. ***Calcul des besoins quotidiens et mensuels en substituts du lait maternel***

Les bébés ont besoin de 100 kcal/kg/jour. La valeur énergétique d’une préparation pour nourrisson reconstituée est de 65 à 70 Kcal/100 ml. Un bébé a donc besoin de 150 ml de préparation pour nourrisson reconstitué par kg et par jour.

Le tableau A montre de quelles quantités approximatives de préparations pour nourrissons un bébé a besoin a différents âges au cours de ses 6 premiers mois. Ces quantités sont calculées sur la base de 150ml/kg/jour.

|  |
| --- |
| **QUANTITE DE LAIT A DONNER AUX BEBES QUI NE PEUVENT PAS ALLAITER**  **Bébés pesant 2,5 kg ou plus**   * 150 ml de lait/kg de poids corporel par jour * Divisez le total en 8 repas et donnez toutes les 3 heures   **Bébés pesant moins de 2,5 kg (faible poids de naissance)**   * Commencez avec 60 ml/kg de poids corporel par jour * Augmentez le volume total de 20 ml/kg par jour, jusqu'à ce que le bébé prenne un total de 180 à 200 ml/kg par jour * Divisez le total en 8 à 12 tétées, à nourrir toutes les 2 à 3 heures * Continuez jusqu'à ce que le bébé pèse 1800 g ou plus et qu'il soit complètement allaité   Vérifiez la prise de 24 heures du bébé  La taille des aliments individuels peut varier |

**Tableau I : Quantité de lait infantile dont un nourrisson a besoin par jour**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Age du nourrisson (mois) | Poids en Kg \* | Quantité du lait par jour (ml) | Nombre de repas par jour | Quantité de chaque repas en ml \*\* | Quantité de chaque repas en oz \*\* |
| 0 – 1 | 3 | 450 | 8 | 60 | 2 |
| 1 – 2 | 4 | 600 | 7 | 90 | 3 |
| 2 – 3 | 5 | 750 | 6 | 120 | 4 |
| 3 – 4 | 5 | 750 | 6 | 120 | 4 |
| 4 – 5 | 6 | 900 | 6 | 150 | 5 |
| 5 – 6 | 6 | 900 | 6 | 150 | 5 |

\* Toujours utiliser le poids actuel du bébé pour calculer les quantités nécessaires à l'alimentation même si le poids du bébé est très différent de ce qu'il devrait être pour son âge

\*\* Les quantités sont arrondies pour faciliter la mesure, et sont donc approximatives. Les différences entre les colonnes varient plus ou moins 30 ml par jour

**Tableau 2 : Quantité de UHT dont un nourrisson a besoin par jour à partir de 6 mois**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Age du nourrisson (mois) | Poids en Kg \* | Quantité du lait UHT par jour (ml) | Nombre de repas par jour | Quantité de chaque repas en ml \*\* |
| 6 – 7 | 7 | 900 | 5 | 180 |
| 7 – 8 | 9 | 720 | 4 | 180 |
| 8 – 9 | 9 | 720 | 4 | 180 |
| 8 – 12 | 10 | 540 | 3 | 180 |

**Tableau 3 : Quantités de LNPE nécessaire pour chaque mois**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Age du nourrisson (mois) | Quantité en ml de LNPE par jour et par nourrisson | Quantité du lait UHT par jour (ml) | LNPE / Unité de 200 ml pour 30 jours |
| 0 – 1 | 450 | 900 | 67.5 unités |
| 1 – 2 | 600 | 720 | 90 unités |
| 3 – 5 | 750 | 720 | 112.5 unités |
| 5 – 6 | 900 | 540 | 135 unités |

***Stockage des préparations pour nourrissons***

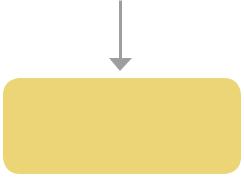
**Tableau 3 : Quantités de LNPE nécessaire pour chaque mois**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Produit | Stockage | Durée | Autres considérations |
| LNPE non ouvert et Lait pasteurisé à haute température (UHT) non nouvert | Endroit sec et tempéré (entre 0 et 30°C) | Jusqu’à la date de péremption | La durée de conservation de LNPPE est généralement de neuf mois. L’emballage est en carton plastifié maintient le produit stable, même à des températures élevées (supérieures à 40°C) et à des températures inférieures à 0°C, mais il faut éviter la lumière directe du soleil |
| Lait pasteurisé à haute température (UHT) ouvert | Endroit sec et tempéré | Jusqu’à 4 semaines dans la boite d’origine | Marquer d’une étiquette mentionnant l’heure et la date d’ouverture |
| LNPE ouvert dans le conditionnement d’origine | Au réfrigérateur | Jusqu’à 48heures | Si c’est dans un autre conditionnement conserver jusqu’à 24h |
| LNPE ouvert dans le conditionnement d’origine | Non réfrigéré | Jusqu’à une heure, idéalement utilisé immédiatement | Si c’est le lait restant dans la tasse à la fin de la tétée, il faut jeter. |

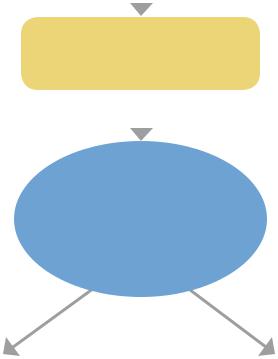
**Figure 1. Arbre de décision pour les options de l’alimentation du nourrisson**

**Figure 2 : diagramme du processus d’évaluation des nourrissons**

**Présentation du   
nourrisson**



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NON ALLAITÉ** | |  |  | **Évaluation simple et rapide** |  |  |  | **ALLAITÉ** | |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| **Évaluation complète** | | |  |  |  | **SI un ou plusieurs des éléments suivants :** | | | | |
|  |  |  |  | **Alimentation non adaptée à l’âge**  **Difficultés d’allaitement**  **Demande de SLM par la mère**  **Nourrisson maigre, léthargique ou malade** | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ***Relactation ou nourrice*** | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ***possible ?*** | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |



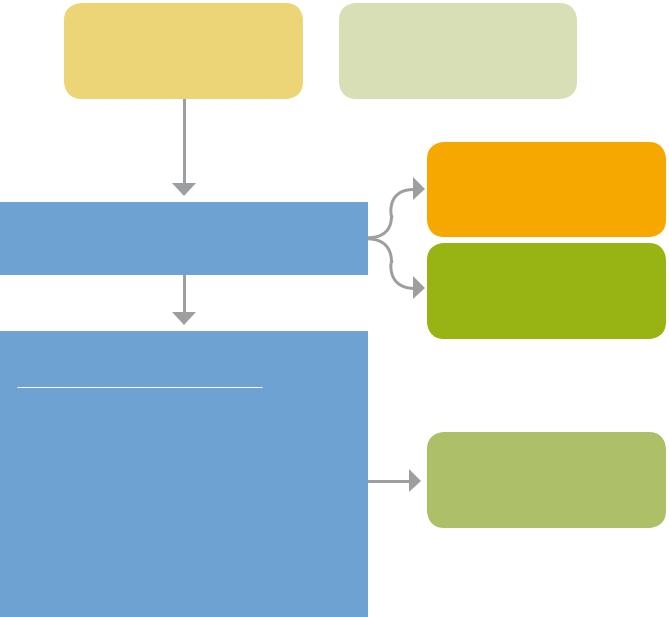
OUI



**Soutien à**

**l’allaitement**

**compétent**

NON



**Soutien à**

**l’alimentation artificielle**

OUI NON

**Évaluation Soins de**

**complète soutien**

**Soutien à**



**l’allaitement**

**compétent**

***Nourrisson de < 6 mois et :***

***reçoit une alimentation mixte avec utilisation temporaire de SLM jusqu'à ce que l’allaitement maternel exclusif puisse être rétabli***

***la mère/la personne qui s’occupe de l’enfant est en cours de relactation***

**Si l’enfant ou la mère est malnutri-e ou malade :**

NON

**SI un ou plusieurs des éléments suivants :**

**Difficultés de mise au sein/de positionnement**

**Mère inquiète à propos de l’allaitement/demande des SLM**

**Gêne ou douleur légère aux mamelons**

**Alimentation non adaptée à l’âge**



**Traitement médical/**

**alimentation**

**thérapeutique**

OUI

**Soutien à**

**l’allaitement**

**compétent**

|  |  |
| --- | --- |
| OUI |  |
|  |

***la mère est malade et temporairement incapable d’allaiter et il n'y a pas de nourrice***

***l’enfant est malade et ne peut pas téter pendant son traitement médical***

***L’enfant est allaité par une nourrice***



OUI



**Soutien temporaire à l’alimentation artificielle**



ET/OU

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SI un ou plusieurs des éléments suivants :** |  |  |  |
| **Mère traumatisée, en crise émotionnelle ou rejetante** |  |  |  |
|  |  |  |
| **Bébé de faible poids à la naissance** | OUI | | **Soutien à l’allaitement compétent** |
| **Nourrisson visiblement maigre/en sous-poids** |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Refus de téter** |  |  |  |
| **Douleur sévère ou persistante aux mamelons** |  |  |  |
| **Mastopathie** |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. ***L’alimentation à la tasse/Gobelet des nourrissons 0 à 23 mois non allaités***

L'alimentation à la tasse présente de nombreux avantages par rapport à l'alimentation au biberon :

* Les tasses sont faciles à nettoyer avec de l'eau et du savon, si l'ébullition n'est pas possible.
* Les tasses sont moins susceptibles que les biberons d'être transportés pendant longtemps, ce qui donne aux bactéries le temps de se reproduire.
* L'alimentation à la tasse est associée à un risque moindre de diarrhée, d'otites et de carie dentaire.
* Une tasse ne peut pas être laissée à côté d'un bébé, pour que le bébé se nourrisse. La personne qui nourrit un bébé à la tasse doit tenir le bébé, le regarder et lui donner une partie du contact dont il a besoin.
* Une tasse n'interfère pas avec la tétée au sein.
* Une tasse permet à bébé de contrôler sa propre consommation, à son rythme.
* Un bébé est assis semi-debout pour téter à la tasse, ce qui réduit le risque d'aspiration. Le **lait ne doit pas être versé dans la bouche du bébé.**

**Comment alimenter un enfant à la tasse**

* Lavez-vous les mains.
* Enveloppez le bébé dans un linge pour lui tenir les mains à côté et pour soutenir son dos.
* Tenez le bébé assis droit ou semi-debout sur vos genoux.
* Mettez un tissu (une bavette) devant pour protéger les vêtements du bébé du lait renversé.
* Versez la quantité estimée de lait pour une tétée dans la tasse.
* Tenez la petite tasse de lait sur les lèvres du bébé.
  + Inclinez la tasse de façon à ce que le lait atteigne juste les lèvres de bébé.
  + La tasse repose légèrement sur la lèvre inférieure du bébé, et les bords de la tasse touchent la partie externe de la lèvre supérieure du bébé.
* Le bébé devient alerte et ouvre la bouche et les yeux.
  + Un bébé de faible poids de naissance commence à prendre le lait dans sa bouche avec sa langue.
  + Un bébé né à terme ou plus âgé tète le lait et en renverse une partie.
* **NE VERSEZ PAS** le lait dans la bouche du bébé. Tenez simplement la tasse à ses lèvres et laissez-le la prendre lui-même (en sirotant ou en lapant).
* Lorsque le bébé en aura assez, il fermera la bouche et n'en prendra plus. Si le bébé n'a pas pris la quantité calculée, il en prendra peut-être plus la prochaine fois ou vous devrez peut-être le nourrir plus souvent.
* Mesurez l'apport du bébé sur 24 heures – pas seulement à chaque tétée.



Figure illustrant une alimentation à la tasse

**Achat et utilisation des Substituts de Lait Maternel (SLM)**

**Stockage**

Le SLM doit être stocké conformément aux directives du fabricant. Il est préférable de stocker les RUIF à l'abri de la lumière directe du soleil, dans un endroit sécurisé et surveillé. La température ambiante est préférable, mais le produit peut résister à des températures allant jusqu'à 40°C ainsi qu'en dessous de 0°C. Le BMS est un produit de grande valeur et souvent sujet au vol pour utilisation ou revente. Des mesures de sécurité doivent être mises en place pour empêcher le vol. Les SLM doivent être rangés discrètement hors de vue pour éviter d'être interprétés comme une promotion de l'alimentation artificielle.

**8.1.2. Distribution de BMS**

Avant d'acheter des SLM, le système de distribution doit être convenu avec le gouvernement et les partenaires de mise en œuvre, en veillant à ce que les partenaires aient la capacité et distribuent des préparations pour nourrissons conformément à l'OG-IFE, y compris ou en garantissant que tout le soutien nécessaire est fourni. Le système de distribution dépendra de facteurs tels que l'accès des soignants au point de distribution, la distance entre les familles et le point de distribution, les problèmes de sécurité et le niveau de suivi des familles individuelles qui est possible. La distribution de SLM doit être ciblée, après une évaluation des besoins, et ne doit jamais être distribuée de manière générale. Tous les efforts doivent être faits pour empêcher la promotion du SLM auprès des mères qui allaitent ou pourraient allaiter et les membres de leur famille. De manière générale, il est préférable de distribuer de petites quantités de SLM à chaque fois que le soignant se rend au point de distribution. Cela réduit les chances de promouvoir l'utilisation du BMS auprès des mères qui allaitent, des mères qui pourraient allaiter et de leurs familles. Pour réduire le risque que les destinataires revendent le BMS, les soignants peuvent être invités à retourner les contenants vides ou le couvercle en aluminium d'une boîte. La distribution de BMS aux besoins individuels des enfants être surveillés et documentés de manière détaillée.

**ASPECTS COMMUNAUTAIRES DE L’ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT**

Dans une programmation de SLM, la communication interpersonnelle est importante car permet de faire le suivi de l’alimentation du nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE), aide une personne à bien communiquer et à interagir efficacement avec les mères/ gardiens d’enfants par rapport à l’alimentation de leurs enfants.

Pour un échange efficace, le prestataire doit tenir compte des domaines clés, tels que les émotions, les besoins, les valeurs, la personnalité et les habitudes des mères / gardiens d’enfants. L’état interne d’un individu contribue à communiquer efficacement avec d’autres personnes d’où toute personne devant mener une communication interpersonnelle avec une mère/gardien d’enfant doit être détendu

et positif et disposée à écouter les opinions des mères/gardiens d’enfants.

Dans le suivi post distribution du lait pour faire l’évaluation complète du lait pour nourrisson prêt à l’emploi (LNPE), la communication interpersonnelle est utile. Apres l’évaluation :

* Le nutritionniste ou l’agent psychosocial (APS), doit féliciter la personne qui s’occupe du nourrisson pour tout ce qu’elle a réussi à faire et il devra encourager les efforts de la personne et ne pas être critique ;
* Discuter de toutes ses difficultés et l’aider à réfléchir aux solutions
* Expliquer de nouveau les besoins précis du nourrisson, le nombre de repas dont il a besoin tous les jours, les quantités dont il besoin à chaque repas, et le risque auquel il est exposé s’il ne reçoit pas la bonne quantité, etc.

|  |
| --- |
| **Counselling skills checklist**  **Nom du conseiller/agent de santé communautaire:**  **Nom de l’observateur:**  **Date de la visite:** |
| ***(***ü*pour* ***Oui*** *et* **X** *pour*  ***Non)***  **Le conseiller a-t-il:**  **Utilisé les compétences d’écoute et d’apprentissage :**  □ Garder la tête au niveau de la mère / gardien ?  □ Faire attention (contact visuel)?  □ Supprimer les barrières (tables and notes)?  □ Prendre le temps ? Laisser le temps à la mère / gardienne de parler?  □ touché de manière approprié ?  □ Posé de questions ouvertes ?  □ Utilisé les réponses et gestes qui ont montré de l’intérpet ?  □ Réfléchit à ce que la mère / gardienne a dit ?  □ Faire prevue d’empathie – montrer qu’il / elle a compris ce que resent la mère / gardienne ?  □ Evité d’utiliser les mots qui semble juger ?  **Utiliser les compétences pour construire la confiance et le fournir le support:**  □ Accepter ce que la mère / gardien pense et ressent ?  □ Reconnaître et encourager ce que la mère / gardienne et le bébé font bien ?  □ Fournir de l’aide pratique ?  □ Fournir peu d’informations pertinentes ?  □ Utiliser un language simple ?  □ Faire une ou deux suggestions et non des ordres ? |

|  |
| --- |
| **Sept + points de contact pour soutenir l’allaitement maternel**  **Contact 1 – Consultation Prénatale**  • Le personnel de santé discute des avantages et gestion de l’allaitement, y compris l’initiation précoce du contact peau-à-peau pour prévenir les surprises.  • Pour un deuxième contact prenatal, le prestataire de santé discute de plus de détails et des problèmes de la mère.  **Contact 2 – A l’accouchement, dans une maternité ou à la maison**  • Le bébé est placé sur la poitrine nue de la mère immédiatement après l'accouchement pour un contact peau à peau précoce, et lui permettre à ramper jusqu'au sein pour s'attacher et téter.  **Contact 3 – Postnatal 1, dans les 24 heures**  • Cela peut être dans les 6 heures dans une maternité (par l'accoucheuse), ou le premier jour après un accouchement à domicile.  • L'agent de santé conseille la mère ; l'aide à positionner et à attacher le bébé au sein; et l'informe sur le soutien de suivi et les groupes de mères.  **Contact 4 – Postnatal 2, entre 2 et 4 jours**  • L'agent de santé fait une évaluation rapide de la dyade mère - bébé ; assure le suivi des contacts précédents ; observe une tétée; conseille la mère en cas de difficultés ; aide au positionnement et à l’attachement; explique le modèle d'alimentation; et encourage l'allaitement exclusif.  **Contact 5 – Postnatal 3, entre 5–8 jours**  • L'agent de santé fait une évaluation rapide de la dyade mère - bébé ; assure le suivi des contacts précédents ; observe une tétée; conseille la mère en cas de difficultés ; aide au positionnement et à l’attachement; explique le modèle d'alimentation; et encourage l'allaitement exclusif.  **Contact 6 – Postnatal 4, entre 14 et 28 jours**  • L'agent de santé fait une évaluation rapide de la dyade mère - bébé ; assure le suivi des contacts précédents ; observe une tétée; conseille la mère en cas de difficultés ; aide au positionnement et à l’attachement; explique le modèle d'alimentation; et encourage l'allaitement exclusif.  **Contact 7 – Postnatal 5, entre 6 et 8 semaines**  • Cela peut avoir lieu lors du contact post-partum de la mère (6 semaines).  • L'agent de santé vérifie l'état de la mère et du bébé ; s'assure que l'allaitement se passe bien ; conseille la mère en cas de difficultés ; et encourage l'allaitement exclusif.  **Contacts de suivi – après 2 mois**  • Celles-ci doivent avoir lieu lors de tous les contacts de suivi de la croissance et de vaccination, ou lorsque la mère et le bébé sont en contact pour une maladie ou un planning familial.  • L'agent de santé vérifie que l'allaitement se passe bien ; conseille la mère en cas de difficultés ; encourage l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois; et, à partir de 6 mois, introduction d'aliments complémentaires avec poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans.  • Les mères vivant avec le VIH peuvent avoir besoin d'être référées pour des conseils individuels supplémentaires, conformément à la politique nationale |

|  |
| --- |
| **Groupes de soutien à l’allaitement**  • 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 rencontrent à la clinique prénatale ou à la maternité et qui souhaitent continuer à se rencontrer et à s'entraider.  • 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 ».  • 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.  • 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.  • 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.  • 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.  • Les groupes de soutien à l'allaitement peuvent constituer une importante source de contact pour les mères socialement isolées.  • Ils peuvent être une source de soutien qui renforce la confiance des mères au sujet de l'allaitement et réduit leurs inquiétudes.  • 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.

***V.4. 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.

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.

Annexe : Formulaire d’évaluation de la dyade mère-bébé

**Alimentation simple et rapide du nourrisson et du jeune enfant**

**Évaluation simple et rapide d'une dyade mère-bébé[[1]](#footnote-1)**

Pour toutes les mères avec des enfants de moins de 2 ans

* Repérez toutes les mères avec des enfants de moins de 2 ans, au moyen des questions/observations suivantes.
* Décidez si la mère a besoin d'une évaluation complète ou simplement d'encouragements et de soutien
* Cochez la raison pour une évaluation complète

***Nom de la mère\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**DEMANDEZ**

1. Comment vous appelez-vous (mère) ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Comment s'appelle votre bébé ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Quel âge a votre bébé ? (0-5.9 mois, 6-8.9 mois, 9-11.9 mois, 12-23.9 mois)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Comment votre bébé s’alimente-t-il ?\_\_\_\_ Notez si le bébé s’allaite ou pas
5. Le bébé reçoit-il autre chose à boire ou à manger ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Le bébé est-il capable de téter le sein ?\_\_\_\_\_\_\_
7. Avez-vous d'autres difficultés avec l'allaitement ?\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGARDEZ**

1. Le bébé paraît-il très maigre ?
2. Le bébé est-il léthargique, peut être malade ?

**Les raisons pour orienter vers une évaluation complète** (COCHEZ)

*(si le bébé est en danger immédiat, il faut directement l'envoyer vers des structures de soins médicaux)*

\_\_ Non allaité

\_\_ Allaité mais l'alimentation n'est pas adaptée à son âge

* Moins de 6 mois non exclusivement allaité
* Plus de 6 mois ne recevant aucun aliment de complément ou recevant des aliments de complément dangeureux ou inadaptés

\_\_ Le bébé ne parvient pas à téter le sein

\_\_ La mère a d'autres difficultés avec l'allaitement

\_\_ La mère demande un substitut de lait maternel (ex : du lait infantile)

\_\_ Le bébé est manifestement maigre

\_\_ Le bébé est léthargique, peut être malade

Lorsque le bébé n'est pas mis en danger immédiat par une alimentation inadaptée, la mère n'a besoin que d'éloges et de soutien. Dites-lui qu'elle fait ce qu'il faut et indiquez-lui où aller pour obtenir de l'aide et un soutien à l'alimentation.

***Lorsque la mère est en danger immédiat pour l'une des raisons ci-dessus et qu'elle requiert des soins médicaux ou une évaluation complète, expliquez-lui où aller et quand.***

*Évaluation simple et rapide de la dyade mère-bébé*

*\*Doit être entreprise par une équipe d'ANJE-U et d'autres membres de la communauté, dans des centres d'ANJE-U, des centres de santé, des espaces amis des enfants, etc.*

*\*Doit être entreprise en amont d'une évaluation complète d'ANJE-U, si elle n'a pas précédemment été effectuée.*

**Gestion de suivi, évaluation et apprentissage[[2]](#footnote-2)**

Il est important de garder à l'esprit les problèmes suivants lorsqu'un système de suivi et d'évaluation des interventions d'ANJE dans les situations d'urgence est établi, en particulier dans les contextes comptant un nombre relativement élevé d'enfants non allaités et d'autres enfants dépendants des SLM.

Le Groupe de Travail ANJE-U sera responsable de la mise en œuvre d'actions de suivi, évaluation et apprentissage spécifiques. Ces actions sont :

* 1. Surveiller les pratiques d'alimentation et les situations dans lesquelles les besoins des nourrissons non allaités et autres nourrissons dépendants des SLM ne sont pas régulièrement satisfaits (par exemple, via des évaluations communautaires).
  2. Surveiller toutes les conséquences imprévues, telles qu'une utilisation accrue des SLM dans la population touchée.
  3. Suivi continu des dons de SLM.
  4. Documentez les informations sur les bénéficiaires des SLM de manière aussi détaillée que possible (y compris l'âge et le sexe de l'enfant, le type et les quantités de BMS fournis, la raison de la fourniture des SLM, la morbidité).
  5. Dans la mesure du possible, suivre la distribution et l'utilisation des SLM par les bénéficiaires.
  6. Pour les nourrissons recevant les SLM, un système de suivi doit être mis en place pour s'assurer qu'ils reçoivent les fournitures nécessaires jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge convenu de sortie.
  7. Si possible, établir ou renforcer des systèmes de suivi de tous les nourrissons et jeunes enfants de moins de 2 ans, visant spécifiquement à identifier les problèmes d'allaitement ainsi que la morbidité accrue chez les nourrissons non allaités et autres nourrissons dépendants des SLM.
  8. Dans la mesure du possible, surveillez et documentez l'expérience dans chaque contexte humanitaire pour un apprentissage plus approfondi et la mise à jour des orientations, le cas échéant. Cela peut inclure le suivi des prescriptions pour s'assurer que les critères appropriés sont respectés, le suivi post-distribution, le suivi de l'utilisation du SLM fourni par les familles en dehors du groupe cible et des ventes du produit sur le marché, etc.

1. *[Remerciements : Save the Children souhaite remercier le programme Micro Grant de TOPS pour son soutien, qui a été rendu possible grâce à la contribution et au soutien généreux du peuple américain, par le biais de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Vous trouverez la version originale de ce document et les autres pièces de la boite à outils d'ANJE-U sur* [*https://resourcecentre.savethechildren.net/library/infant-and-young-child-feeding-emergencies-iycf-e-toolkit-rapid-start-emergency-nutrition*](https://resourcecentre.savethechildren.net/library/infant-and-young-child-feeding-emergencies-iycf-e-toolkit-rapid-start-emergency-nutrition)*]* [↑](#footnote-ref-1)
2. <https://www.unicef.org/media/100911/file/BMS-Procurement-Guidance-Final-June-2021.pdf> [↑](#footnote-ref-2)