

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations de réfugiés :

Un cadre d'action multisectoriel



UNHCR
Commissioner for Refugees



Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations de réfugiés :

un cadre d'action multisectoriel

**Une Initiative du HCR et de Save the Children
Version Finale**

Section santé publique
Division de l'appui et de la gestion des programmes
Genève (Suisse)

Mai 2018

Table des matières

Table des matières	2
Synthèse	4
Acronymes	7
Terminologie	9
Termes clés tel qu'ils sont définis dans ce Cadre:	12
Remerciements	13
Section 1 : Introduction	14
Objectif du Cadre	14
Comment le cadre est organisé	14
Audience ciblé du cadre	15
Responsabilités de UHNCR face à l'ANJE dans le contexte de réfugié	15
Justification de l'énoncé du problème pour le Cadre	16
But, finalité et objectifs du Cadre	17
Portée du Cadre	18
Diagramme	20
Principes du Cadre	21
Analyse du contexte	22
Système de suivi, d'évaluation, de redevabilité et d'apprentissage (SERA) pour le cadre	25
Section 2 : Cadre d'action	29
Action 1 : plaider pour que les parties prenantes concernées tiennent compte de l'ANJE	30
Action 2 : mobiliser des ressources pour l'ANJE	32
Action 3 : approuver les politiques clés et se conformer aux normes opérationnelles	33
Action 4 : sélectionner les activités ANJE appropriées	38
Action 5 : intégrer l'ANJE aux autres secteurs	42
Action 6 : coordonner les activités adaptées à l'ANJE	45
Action 7 : mettre en œuvre le suivi, l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage (SERA)	48

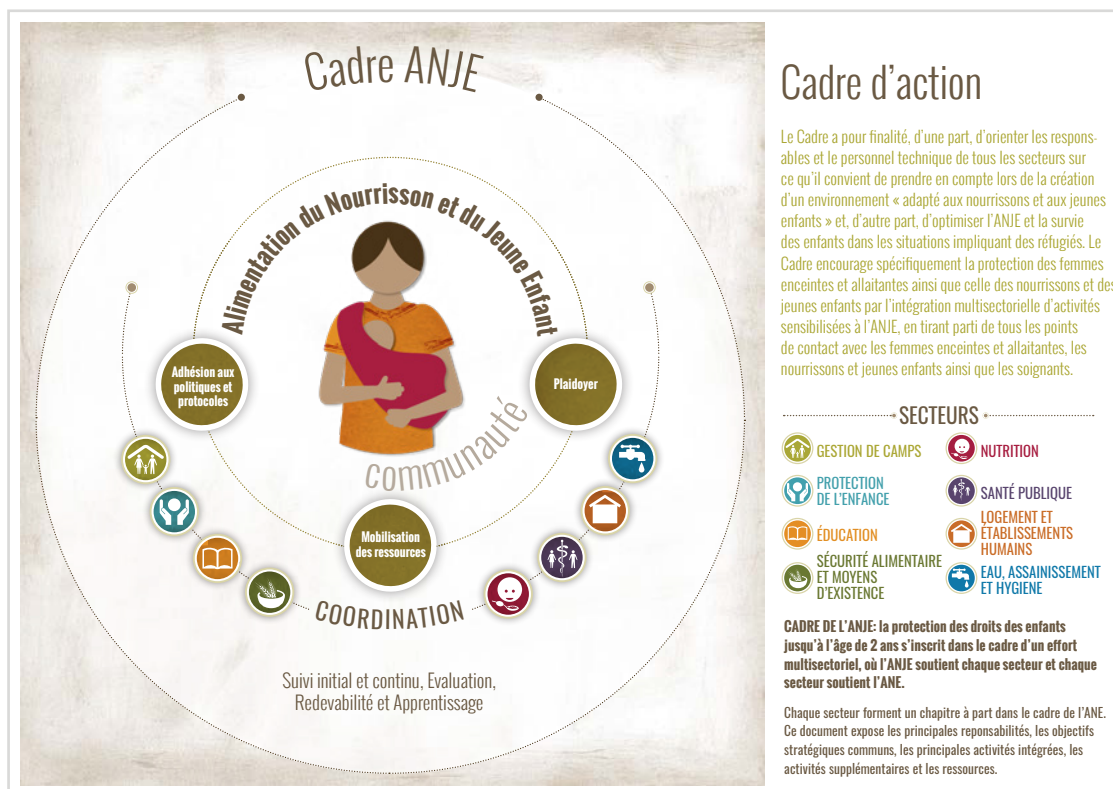
Section 3: Chapitres sectoriels	54
 Gestion de camps et Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant	55
 Protection de l'enfance et Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant	63
 Éducation et Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant	72
 Sécurité alimentaire et moyens d'existence, Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant	81
 Autres programmes de nutrition et Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant	91
 Santé publique et Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant	102
 Logement et établissements humains et Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant	116
 Eau, assainissement et hygiène (EAH) et Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant	123
 Annexes/Documents connexes	 131
Annexe 1 : Définition de l'ANJE selon le manuel Sphère	131
Annexe 2 : Trousse d'outils pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence (ANJE-U Toolkit)	132
Annexe 3 : Cadres conceptuels	133
Annexe 4 : L'approche des 1 000 jours	134
Annexe 5 : Termes de référence pour le champion de l'ANJE	135
Annexe 6 : Exemple d'un aide-mémoire avec les points clés de l'ANJE	137
Annexe 7 : Contenu proposé pour les 3 jours de formation et le recyclage pour le personnel de santé et de nutrition	138
Annexe 8 : Cadre de la Conception pour le changement de comportement et l'enquête sur l'analyse des obstacles	141
Annexe 9 : Qualifications requises pour le personnel technique en ANJE	142
Annexe 10 : Indicateurs de base	146
Annexe 11 : Redevabilité	147
Annexe 12: Orientations sur le suivi de la mise en œuvre du Cadre	149

Synthèse

Traditionnellement, dans les opérations humanitaires, beaucoup de ressources nutritionnelles sont consacrées au traitement de la malnutrition aiguë. La protection, la promotion et le soutien des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) représentent de plus en plus une partie intégrante des interventions humanitaires, mais il s'avère encore difficile de mobiliser les ressources spécifiques et d'attirer l'attention générale sur l'ANJE. Cependant, il est reconnu que, notamment dans les premiers stades d'une situation d'urgence, les pratiques appropriées d'ANJE sont essentielles pour sauver des vies et prévenir la malnutrition, et qu'elles contribuent de façon essentielle à la santé des nourrissons et des jeunes enfants.

Pour qu'une stratégie d'ANJE soit mise en œuvre avec succès, elle doit être intégrée à tous les autres secteurs opérant dans le contexte. À cet effet, il est nécessaire que toutes les parties prenantes comprennent bien l'ANJE, même s'il ne s'agit pas de nutritionnistes ou d'experts en santé publique. L'intégration à d'autres secteurs et la coordination sont des facteurs clés permettant d'assurer le succès de la programmation de l'ANJE et, plus largement, de la protection des femmes enceintes ou allaitantes, des nourrissons et des jeunes enfants. Dans ce Cadre, nous considérons qu'une intégration efficace entre l'ANJE et d'autres secteurs a lieu *lorsque les secteurs partagent des objectifs stratégiques et des activités communs qui respectent les priorités de tous les secteurs, tout en contribuant à un but commun. En l'occurrence, ce but est celui du Cadre décrit ci-dessous.*

Le Cadre a pour finalité, d'une part, d'orienter les responsables et le personnel technique de tous les secteurs sur ce qu'il convient de prendre en compte lors de la création d'un environnement « adapté aux nourrissons et aux jeunes enfants » et, d'autre part, d'optimiser l'ANJE et la survie des enfants dans les situations impliquant des réfugiés. Le Cadre encourage spécifiquement la protection des femmes enceintes et allaitantes ainsi que celle des nourrissons et des jeunes enfants par l'intégration multisectorielle d'activités sensibilisées à l'ANJE, en tirant parti de tous les points de contact avec les femmes enceintes et allaitantes, les nourrissons et jeunes enfants ainsi que les soignants.



* Dans ce schéma, la santé publique comprend les services de santé essentiels, la santé de la reproduction, la santé mentale et le VIH.

But :

Protéger les nourrissons et les jeunes enfants en situation de réfugiés et accroître leurs chances de survie, de croissance et de développement sains.

Finalité :

Sensibiliser tous les secteurs aux conditions des programmes liés à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et les optimiser dans les situations impliquant des réfugiés.

Objectifs :

1. Le plaidoyer a pour but d'influencer les parties prenantes concernées afin qu'elles prennent en compte l'ANJE dans la planification d'une intervention humanitaire.
(Action 1 : plaider pour que les parties prenantes concernées tiennent compte de l'ANJE)
2. Toutes les parties prenantes accordent une priorité plus élevée à l'ANJE dans leurs plans et recherchent activement des ressources
(Action 2 : mobiliser des ressources pour l'ANJE)
3. Les principales politiques et normes opérationnelles qui permettront de protéger l'alimentation des nourrissons et de promouvoir une ANJE adéquate sont approuvées et mises en œuvre
(Action 3 : approuver les politiques clés et se conformer aux normes opérationnelles)
4. Les besoins spécifiques des nourrissons, des enfants et des femmes enceintes et allaitantes en situation de réfugiés sont activement pris en compte dans tous les secteurs, et les activités appropriées d'ANJE sont sélectionnées
(Action 4 : sélectionner les activités d'ANJE appropriées)
5. Des opportunités sont identifiées et des activités mises en place en collaboration avec tous les secteurs et la communauté, afin de soutenir une programmation d'ANJE opportune et appropriée
(Action 5 : intégrer l'ANJE aux autres secteurs)
6. La coordination renforce l'efficacité, élargit le champ et l'efficacité des interventions d'ANJE
(Action 6 : coordonner les activités adaptées à l'ANJE)
7. La qualité de la mise en œuvre est assurée par le suivi, l'évaluation, la mise en place de mécanismes de redevabilité et l'apprentissage par l'expérience
(Action 7 : mettre en œuvre le suivi, l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage)

Le Cadre est un outil pour le HCR et ses partenaires. Il est conçu pour le personnel national et international intervenant auprès des réfugiés. Les cadres de haut niveau, les conseillers techniques et le personnel sur le terrain y trouveront des orientations et des exemples pour les inspirer dans leur prise de décisions à tous les niveaux.

Le Cadre s'applique à **toutes les opérations visant les réfugiés**, depuis les phases initiales **d'une situation d'urgence** jusqu'aux situations de crise **prolongées**. Il vise à informer les managers et le personnel technique de tous les secteurs sur ce qui doit être envisagé pour créer un environnement « favorable à l'ANJE » et optimiser une ANJE. Il est également conçu en fonction des expériences vécues dans le contexte des camps de réfugiés et s'articule donc dans cette optique. Ceci dit, la majeure partie du Cadre serait également applicable, moyennant quelques ajustements mineurs, à des contextes autres que les camps, notamment ceux des réfugiés vivant dans des communautés d'accueil dans les zones urbaines et rurales et des communautés d'accueil elles-mêmes.

Le Cadre est conçu comme un outil d'aide à la mise en œuvre de politiques, normes et directives internationales telles que les normes Sphere, les directives opérationnelles sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (ANU), l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ainsi que les résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (le Code).

Le Cadre décrit des exemples concrets de la manière dont l'ANJE peut être intégrée dans la programmation multisectorielle et dont elle peut contribuer aux priorités de différents secteurs tels que la protection de l'enfance, l'éducation, la sécurité alimentaire et les moyens d'existence, la santé publique, la nutrition, l'eau, l'assainissement et l'hygiène (EAH), le logement et les établissements humains, la gestion de camps. La première section présente le Cadre et sa justification et définit son but, sa finalité, ses objectifs, sa portée ainsi que les considérations essentielles pour procéder à une analyse contextuelle. La deuxième section décrit les sept actions multisectorielles du Cadre. La troisième section donne des recommandations spécifiques, organisées par secteurs techniques. Il convient de mettre en place un mécanisme clair et bien défini de suivi, d'évaluation, de redevabilité et d'apprentissage pour mesurer l'impact de ce Cadre.



Acronymes

SAN	Soins anténataux	MGF	Mutilation génitale féminine
ARV	Antirétroviral	SAMS	Sécurité alimentaire et moyens d'existence
CCC	Communication pour le changement de comportement	MAG	Malnutrition aigüe globale
IHAB	Initiative des hôpitaux amis des bébés	HAP	Humanitarian Accountability Partnership, Partenariat pour la redevabilité humanitaire
EAB	Espace ami des bébés	RIH	Registre des indicateurs humanitaires
SLM	Substitut de lait maternel	SIS	Système d'information en santé
PASG	Programme d'alimentation supplémentaire générale	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
CGC	Coordination et gestion de camps	SIGS	Système d'information de la gestion sanitaire
EAE	Espace ami des enfants	SS	Siège social
PCMAN	Prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe chez les nourrissons	RH	Ressources humaines
PCMA	Prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe	CPI	Comité permanent interorganisations
PE	Protection de l'enfance	ISI	Institut pour la santé infantile
GTPE	Groupe de travail sur la protection de l'enfance	PDI	Personnes déplacées internes
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant	IEC	Information, éducation et communication
DBC	Design for behavior change (Conception pour le changement de comportement)	ANU	Alimentation du nourrisson en situations d'urgence
EDS	Enquête démographique et de santé	PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
RRC	Réduction de risque de catastrophes	INEE	Réseau international pour l'éducation dans les situations d'urgence
LEcP	Lait écrémé en poudre	ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
LEnP	Lait entier en poudre	ANJE-U	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situations d'urgence
DPE	Développement de la petite enfance	CAP	Connaissances, attitudes, pratiques
ENN	ENN Emergency Nutrition Network (Réseau de nutrition d'urgence)	IPN	Insuffisance pondérale à la naissance
GDT	Groupe de discussion thématique	LEGS	Livelihood emergency guidelines and standards (Normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage)

**Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations de réfugiés :
un cadre d'action multisectoriel**

MILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée d'action	SMART	Standardised Monitoring and Assessment of Relief and Transitions (Suivi et évaluation normalisés des urgences et transitions)
S & E	Suivi et évaluation	POS	Procédures opérationnelles standard
MAM	Malnutrition aigüe modérée	SQUEAC	Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (Évaluation semi-quantitative de l'accessibilité et de la couverture)
PMAN	Prise en charge de la malnutrition aigüe chez les nourrissons	MST	Maladie sexuellement transmissible
SERA	Suivi, évaluation, redevabilité et apprentissage	ETA	Espace temporaire d'apprentissage
GHM	Gestion de l'hygiène menstruelle	TDR	Termes de référence
SMSPS	Santé mentale et soutien psychosocial	UHT	Ultra-haute température
MICS	Multi-Indicator Cluster Survey (Enquête par grappes à indicateurs multiples)	ONU	Organisation des Nations unies
NMNJE	Nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant	CNUDE	Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant
MS	Ministère de la santé	HCR	Haut-commissaire des Nations unies pour les réfugiés
ANA	Articles non alimentaires	UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Fonds des Nations unies pour l'enfance)
ONG	Organisation non gouvernementale	EAH	Eau, assainissement et hygiène
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires	PAM	Programme alimentaire mondial
SPD	Suivi post-distribution	OMS	Organisation mondiale de la santé
FEA	Femmes enceintes et allaitantes		
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant		
SPN	Soins postnataux		
APE	Association parents-enseignants		
Q&R	Question et réponse		
SR	Santé de la reproduction		
CRA	Centre régional d'appui		
MAS	Malnutrition aigüe sévère		
SC	Save the Children		
SENS	Standardized Expanded Nutrition Survey (Enquête nutritionnelle standardisée élargie)		
SGBV	Violence sexuelle et basée sur les genres		

Terminologie

Ce Cadre est un document pratique qui se référera à des termes techniques. Cette section présente les principaux termes et la façon dont ils doivent être définis.

Espace ami des bébés : l'objectif principal de l'espace ami des bébés est de s'occuper de la mère ou de la responsable de l'enfant afin de l'aider à prendre soin du bébé/de l'enfant. Les espaces amis des bébés ne se concentrent pas seulement sur l'allaitement maternel et l'enfant. Leur but est d'offrir un programme psychosocial holistique qui vise à apporter un soutien complet aux enfants et à leurs responsables qui sont confrontés à des situations d'urgence.¹

Espace ami des enfants : l'Espace ami des enfants a pour but d'offrir aux enfants un cadre sécurisé dans lequel ils peuvent participer à des activités organisées pour leur permettre de se divertir, de socialiser, d'apprendre, et de s'exprimer tout en se reconstruisant. Les Espaces amis des enfants offrent un cadre centré sur l'enfant et adapté à ses besoins, dans lequel les enfants poursuivent leur développement cognitif et ont la possibilité d'apprendre à plusieurs niveaux. Les Espaces Amis des Enfants sont des lieux surveillés où les parents/personnes en charge des enfants peuvent laisser leurs enfants pendant qu'ils sont à la recherche de nourriture et d'eau, reconstruisent leurs maisons ou cherchent de nouvelles activités génératrices de revenus. Ils servent à procurer des soins et de l'attention aux enfants pendant que la famille, la communauté et les structures sociales se reconstituent. Ils offrent aux parents et aux personnes en charge des enfants les moyens de participer activement, de partager des informations, d'apporter leur contribution et des conseils et de reprendre confiance en eux pour protéger et prendre soin des enfants.²

Nutrition : la nutrition est l'apport alimentaire répondant aux besoins de l'organisme. Une bonne nutrition - c'est-à-dire un régime adapté et équilibré - et la pratique régulière d'exercice physique sont autant de gages de bonne santé. Une mauvaise nutrition peut entraîner un affaiblissement de l'immunité, une sensibilité accrue aux maladies, un retard de développement physique et mental et une baisse de productivité.³

Malnutrition : elle comprend à la fois la sous-alimentation (la malnutrition aigüe (émaciation et/ou œdèmes nutritionnels), la malnutrition chronique (retard de croissance) et le retard de croissance intra-utérin), la surnutrition (surpoids et obésité) et les carences en micronutriments. La sous-alimentation est fréquente dans les groupes à faible revenu des pays en développement, et elle est fortement associée à la pauvreté. Les carences en micronutriments sont fréquentes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire chez les personnes dont les régimes sont monotones et inadéquats. En outre, dans de nombreux pays en développement, la sous-alimentation, les carences en micronutriments et la surnutrition se produisent simultanément. Ce phénomène se nomme le triple fardeau de la malnutrition.⁴ L'accès à la nourriture et le maintien d'un état nutritionnel adéquat sont des facteurs déterminants pour la survie des personnes lors

-
1. ACF International (2014). *Espace mère-bébé*. Disponible en ligne : <http://www.actionagainsthunger.org/publication/2014/12/baby-friendly-spaces-technical-manual> [5 mai 2017]
 2. Save the Children International (2008). *Les Espaces Amis des Enfants en Situations d'Urgence: Manuel destiné au personnel de Save the Children*. Disponible sur : <https://resourcecentre.savethechildren.net/sites/default/files/documents/2923.pdf> [5 mai 2017]
 3. OMS, (2014) *Nutrition* Disponible en ligne : <http://www.who.int/topics/nutrition/en/> [18 déc. 2014]
 4. Gomez, M.I. et al (2013). Disponible en ligne : 'Post-green revolution food systems and the triple burden of malnutrition' 0, July, p. 129-138: http://www.fao.org/fileadmin/templates/esa/Papers_and_documents/WP_13-02_Gomez_et_al.pdf [5 mai 2017]

d'une catastrophe. Les personnes touchées par une catastrophe sont souvent déjà chroniquement sous-alimentées quand celle-ci les frappe. La sous-alimentation est un grave problème de santé publique et l'une des principales causes de mortalité, que ce soit directement ou indirectement.⁵

Les causes de la sous-alimentation sont complexes. Le cadre conceptuel (annexe 3) est un outil analytique qui montre l'interaction entre les divers facteurs contribuant à la sous-alimentation. Les causes immédiates sont la maladie ou un apport alimentaire insuffisant, résultant d'une pauvreté sous-jacente, de l'insécurité alimentaire des ménages, de mauvaises pratiques en matière de soins dans les ménages ou la communauté, d'une eau de mauvaise qualité, du manque d'hygiène et d'assainissement, ou d'un accès insuffisant aux soins de santé. Des catastrophes telles que les cyclones, les tremblements de terre, les inondations, les conflits armés, les déplacements ou la sécheresse ont toutes une influence directe sur les causes profondes de la sous-alimentation. Le niveau de vulnérabilité d'un ménage ou d'une communauté détermine leur capacité à endurer ces chocs. La capacité à gérer les risques qui en découlent dépend largement des caractéristiques d'un ménage ou d'une communauté, en particulier de leurs ressources et de leurs stratégies d'adaptation et d'existence.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) : elle fait l'objet d'interventions visant à protéger les nourrissons et les jeunes enfants allaités ou non, et à répondre à leurs besoins nutritionnels. L'accent est notamment mis sur la nutrition maternelle⁶ comme c'est le cas pour l'approche des Mille premiers jours (voir l'annexe 4). Les interventions prioritaires consistent notamment à protéger et à encourager l'allaitement maternel - y compris le lancement précoce de l'allaitement maternel exclusif et l'allaitement maternel continu pendant deux ans et plus - à réduire au minimum les risques de l'allaitement artificiel et à permettre une alimentation complémentaire appropriée et sans risque. **L'alimentation complémentaire** est définie comme le processus qui commence lorsque le lait maternel seul ne suffit plus pour répondre aux besoins nutritionnels des nourrissons ; d'autres aliments et liquides sont donc nécessaires avec le lait maternel. La transition de l'allaitement maternel exclusif aux aliments familiaux - appelée alimentation complémentaire - couvre généralement la période allant de 6 à 23 mois, même si l'allaitement devrait pouvoir se poursuivre jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà. Les aliments complémentaires appropriés peuvent être facilement consommés et digérés par le jeune enfant et peuvent fournir les nutriments supplémentaires nécessaires en plus de ceux obtenus avec le lait maternel - l'énergie, les protéines, les lipides, les vitamines et les minéraux.

La nutrition maternelle désigne la nourriture en quantité adaptée, de qualité et suffisamment diversifiée de la mère, en fonction de son stade de grossesse et de la pratique ou non de l'allaitement maternel. Elle affecte directement la croissance du fœtus et celle du nourrisson une fois né. Cela reflète aussi la nécessité de s'occuper de la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant (NMNJE) dans son ensemble afin d'atteindre une croissance optimale jusqu'à l'âge de 24 mois.

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (ANJE-U) : également dénommée « alimentation du nourrisson en situation d'urgence » (ANU). Elle concerne la protection et le soutien d'une alimentation sûre et appropriée pour les nourrissons et les jeunes enfants (âgés de 0 à <24 mois) lors des crises naturelles et anthropiques. Elle se réfère à une gamme de techniques de nutrition et de soins qui améliorent la survie et la croissance des enfants. L'ANJE-U s'intéresse à la protection et au soutien des nourrissons allaités et non allaités, à l'alimentation complémentaire, aux pratiques de soins, au développement de l'enfant, à la protection de l'enfant, à la grossesse, ainsi qu'à la nutrition et santé

5 Le projet Sphère (2018). La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire, disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [7 mai 2018]

6 Il existe également des preuves indiquant que la nutrition d'un enfant commence avant la conception : <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-111>

générale (mentale et physique) maternelles et infantiles. L'ANJE-U concerne l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, mais pour garantir cette prise en charge et des soins adéquats pour le nourrisson, il faut une responsabilité et un engagement intersectoriels incluant l'eau, Assainissement et Hygiène (WASH), la gestion de camps, la sécurité, le logement et les établissements humains, la santé, la sécurité alimentaire et les moyens d'existence, la logistique, la protection de l'enfance, la coordination générale, etc. Elle comprend également une série d'activités à différents niveaux, du développement de politiques au renforcement des capacités pour le soutien individuel des mères. L'ANJE-U vise à protéger et à soutenir les pratiques d'alimentation appropriées pour les nourrissons et les jeunes enfants qui répondent en priorité à leurs besoins et améliorent leurs chances de croissance, de développement et de survie en bonne santé, en dépit de l'environnement d'urgence.

En outre, voir la définition complète de l'ANJE du manuel Sphère en annexe 1.

7 De Brabandere, A. and McGrath, M. (2011). *Harmonised Training Package version 2 Module 17: Infant and young child feeding. Part 2: Technical notes*. Disponible en ligne : <http://files.enonline.net/attachments/2091/HTP-module-17-technical-notes.pdf> [22 août 2016]

Termes clés tel qu'ils sont définis dans ce Cadre :

Champion de l'ANJE : une personne disposée à soutenir et à défendre avec force l'ANJE, en particulier pendant la coordination au début d'une urgence. Les champions de l'ANJE peuvent provenir de n'importe quel secteur tant qu'ils sont intéressés à promouvoir l'ANJE. Idéalement, tous les secteurs travaillant avec les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants devraient finir par disposer d'un ou plusieurs champion(s) de l'ANJE. Ces champions doivent être formés aux bases de l'ANJE et avoir une bonne connaissance des risques identifiés pour les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants.

Environnement favorable à l'ANJE : un environnement permettant des pratiques adéquates d'ANJE en protégeant et en soutenant les femmes enceintes et allaitantes, les nourrissons et les jeunes enfants ainsi que les personnes qui en sont responsables.

Gestionnaire de l'ANJE : un membre du personnel qui gère ou qui est responsable des programmes, des interventions et des activités de l'ANJE. Il ne s'agit pas nécessairement d'un poste à temps plein, mais la responsabilité de l'ANJE peut être incluse dans les TDR d'un gestionnaire ou d'un autre membre du personnel de la nutrition ou de la santé.

Activités qui tiennent compte de l'**ANJE** : activités qui respectent les conditions nécessaires à une ANJE adaptée ; elle sont souvent appliquées dans d'autres secteurs qui travaillent au contact des FEA, nourrissons et jeunes enfants.

Activités spécifiques à l'ANJE : **activités** qui promeuvent, protègent et soutiennent directement des pratiques adéquates en matière d'ANJE ; souvent appliquées dans le secteur de la nutrition ou de la santé.

Personnel de l'ANJE : **personnel de tout niveau travaillant avec des** programmes spécifiques de l'ANJE, souvent dans le secteur de la nutrition ou de la santé. Il peut s'agir de membres du personnel travaillant à temps plein sur l'ANJE ou qui ont l'ANJE dans le cadre de leurs TDR.



Remerciements

Save the Children tient à saluer le généreux soutien du HCR en ce qui concerne le financement de l'élaboration de ce Cadre ANJE et le partenariat étroit avec Save the Children à tous les stades de son développement. Le Cadre ANJE a énormément bénéficié des discussions et des brainstorming avec des collègues dans les trois lieux pilotes ; le HCR et le personnel des partenaires y ont donné de leurs temps sans compter, et ont partagé de belles contributions : Dorothy Gazarwa (HCR), Mary Koech (HCR), Blessing Mureverwi (HCR) et Doris Mwendwa (ACF) à Dadaab, au Kenya ; Ann Burton (HCR), Dina Jardaneh (UNHCR) et Sura Alsamman (Save the Children) à Amman / Zaatari, en Jordanie ; M.M. Taimur Hasan (UNHCR), Md Shahin Emtazur Rahman (ACF) et Dr Abdun Noor Bulbul (Unité de santé des réfugiés, Gouvernement du Bangladesh) à Cox's Bazar, Bangladesh. En outre, les collègues du siège du HCR et du Centre régional d'appui pour l'Afrique de l'Est (CRAE) ont apporté un grand soutien : Marian Schilperoord (HCR), Caroline Wilkinson (HCR), Ann Marie Defraye (UNHCR RSH) et Naser Mohmand (UNHCR RSH). Le Cadre ANJE a bénéficié d'un processus consultatif tout au long de sa conception, avec des contributions significatives de Marie McGrath, Marie Lung'aho, Andrew Seal, Vivienne Forsythe, Christine Fernandes, Andi Kendle, Sarah Butler, Casie Tesfai, Linda Shaker-Berbari, David Clark, Diane Holland, France Begin, Dolores Rio, Maaïke Arts, Yara Sfeir, Elisabetta Dozio, Erin Boyd, Leisel Talley, Iris Bellemeijer, Alexandra Rutishauser-Perera, Colleen Emary et Emma Massey. Nous tenons également à souligner le soutien et les commentaires d'ACF et de l'UNICEF à l'échelle mondiale. Save the Children est reconnaissant à Abigail Coleman, Alice Burrell et Grace Ricotti pour avoir pris des notes détaillées lors des consultations au Royaume-Uni. L'esprit de ce Cadre repose sur l'intégration multisectorielle et, à ce titre, les contributions des collègues de tous les secteurs étaient essentielles pour atteindre cet objectif. Save the Children tient à remercier les nombreuses personnes qui ont grandement contribué en s'assurant que les chapitres sectoriels étaient précis et pertinents, et notamment les collègues de la protection de l'enfance, de l'éducation, de la sécurité alimentaire, des moyens d'existence, de la nutrition, de la santé publique, du logement et des établissements humains, de l'EAH, et de la gestion du camp, plus précisément au sein de Save the Children et du HCR. Nous tenons à remercier Charlotte d'Elloy (consultante auprès de SC) qui a rédigé la première version du Cadre, Bushra Rashid (équipe de renfort humanitaire de SC) qui a révisé et mis à jour le document, et Ellen Cecilie Andresen (consultante auprès de SC) qui a contribué au Cadre tout au long du processus et a finalisé le document. Enfin, nous tenons à remercier Nicki Connell (conseillère en nutrition d'urgence à SC) pour avoir dirigé le développement et la finalisation du Cadre ANJE depuis le début du projet.

Section 1 : Présentation

Objectif du Cadre

L'objectif du Cadre est d'orienter les gestionnaires et le personnel technique de tous les secteurs sur ce qui doit être envisagé pour créer un environnement « favorable aux nourrissons et aux jeunes enfants » et favoriser une ANJE optimale dans les contextes de réfugiés. Le Cadre encourage spécifiquement la protection des femmes enceintes et allaitantes (FEA), ainsi que celle des nourrissons et des jeunes enfants par l'intégration multisectorielle des activités adaptées à l'ANJE, en tirant parti de tous les points de contact avec les FEA, les nourrissons, les jeunes enfants et leurs responsables.

Comme indiqué ci-dessous, la protection et la promotion de l'ANJE optimale dans les situations de réfugiés - l'allaitement maternel exclusif immédiat pendant six mois puis l'introduction en temps opportun d'aliments complémentaires adéquats tout en poursuivant l'allaitement maternel après six mois - sont cruciales pour la survie, la croissance en santé et le développement des nourrissons et des jeunes enfants. Pendant le déplacement, de nombreux facteurs peuvent augmenter les risques liés à l'ANJE. Bien qu'il n'y soient pas limités, ces facteurs comprennent l'accès insuffisant à l'eau potable destinée à la boisson ou à la préparation de la nourriture, le manque d'espace sûr et paisible pour l'allaitement, le manque d'accès à des aliments complémentaires adéquats, des problèmes de santé (mentale) maternelle et la séparation de la mère.

Avec ce Cadre, nous souhaitons placer l'ANJE plus haut dans les priorités des interventions humanitaires. Le Cadre traite spécifiquement des actions clés dont les gestionnaires et le personnel de l'ANJE devraient tenir compte pour améliorer l'intégration multisectorielle lors de la planification et de la mise en œuvre des opérations liées à l'ANJE : actions pour guider le dialogue avec les cadres supérieurs et le personnel des autres secteurs, et engagement à tous les niveaux et dans tous les secteurs. Les activités proposées devraient être considérées comme des orientations pour un programme de qualité tenant compte de l'ANJE.

Comment le Cadre est-il organisé ?

La première section présente le Cadre et sa justification, et définit son but, sa finalité, ses objectifs, sa portée ainsi que les considérations clés pour effectuer une analyse contextuelle.

La deuxième section décrit les sept actions multisectorielles du Cadre. Il s'agit d'actions de grande envergure pour le personnel de direction et/ou technique, notamment le plaidoyer, la mobilisation des ressources, l'approbation des politiques, la sélection des activités de l'ANJE, l'intégration de l'ANJE, la coordination, ainsi que le suivi, l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage (SERA).

La troisième section fournit des orientations spécifiques organisées selon les secteurs techniques. Chaque chapitre sectoriel est axé sur l'intégration de ce secteur et de l'ANJE, et propose des activités adaptées à l'ANJE pertinentes pour ce secteur. Même si la troisième section du Cadre est organisée par secteur, il est important d'éviter les interventions parallèles et d'encourager plutôt des activités intersectorielles intégrées. L'importance de la coordination intersectorielle est soulignée dans l'action 5 du Cadre.

Public cible du Cadre

Le Cadre est un outil pour le HCR et ses partenaires. Il est conçu pour le personnel national et international intervenant auprès des réfugiés. Les gestionnaires de haut niveau, les conseillers techniques et le personnel sur le terrain trouveront des orientations et des exemples qui les inspireront pour leur prise de décision à tous les niveaux.

Le Cadre s'adresse principalement aux gestionnaires et au personnel de l'ANJE qui seront responsables de la planification et de la mise en œuvre des interventions de l'ANJE et qui seront chargés de faire avancer les actions et les activités proposées dans le Cadre. Nous prévoyons que l'utilisation du Cadre par les gestionnaires et le personnel de l'ANJE se fera en concertation avec les cadres supérieurs et le personnel des autres secteurs afin d'améliorer l'accent mis sur les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants.

Le Cadre s'adresse en outre aux spécialistes qui ne sont pas dans l'ANJE, c'est-à-dire aux individus qui n'ont pas une expertise spécifique dans la programmation de l'ANJE, mais qui peuvent néanmoins entreprendre des activités qui améliorent sensiblement la protection et la promotion d'une ANJE adéquate dans les situations de réfugiés. Le Cadre est applicable à tous les secteurs qui souhaitent améliorer leur contribution à la protection des nourrissons, des enfants et des FEA. Il peut également servir à informer les autorités locales et nationales.

Responsabilités du HCR en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les contextes de réfugiés

Le HCR a pour mandat de protéger et de soutenir les adultes, les enfants et les nourrissons réfugiés en vertu de la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés. Alors que les personnes déplacées internes (PDI) restent sous la protection officielle de leurs propres gouvernements, le HCR joue également un rôle de premier plan en leur fournissant une protection et une assistance. En vertu de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, les enfants réfugiés et les enfants déplacés doivent bénéficier de tous les droits énoncés dans la CDE, y compris le droit à la vie, au développement ainsi qu'à une nutrition et à des soins de santé adéquats.

Le HCR est tenu, et il est résolument engagé, à protéger, à promouvoir et à soutenir une ANJE optimale dans les situations de réfugiés, comme indiqué dans L'appel à l'action de la Déclaration Innocenti de 2005, la Stratégie mondiale de l'UNICEF/OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, ainsi que dans les Directives opérationnelles sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (ANJE-U). Ceci confirme les dispositions et l'esprit du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM) et les résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée mondiale de la santé (collectivement appelés le Code).

En ce qui concerne la coordination de l'ANJE, l'UNICEF est l'organisme directeur du Cluster mondial de Nutrition et, par conséquent, le principal responsable pour la mise en œuvre de l'ANJE, avec l'Organisation mondiale de la santé qui fournit des orientations techniques à l'échelle internationale. Conformément au Modèle de coordination des réfugiés⁸, le HCR est responsable de la coordination des programmes de nutrition et d'ANJE lors d'une opération liée aux réfugiés. Toutefois, cela ne signifie pas nécessairement

⁸ Site web de la coordination de l'assistance du HCR : <http://www.unhcr.org/pages/538dd3da6.html> [10 déc. 2015]

que le HCR est responsable de toutes les activités de l'ANJE dans les situations de réfugiés. Son rôle est plutôt de superviser l'intervention et d'identifier les lacunes, les besoins et les chevauchements ; et souvent l'UNICEF et d'autres organisations possédant une expertise en nutrition et en ANJE mettront en œuvre les programmes d'ANJE. En outre, dans les situations de réfugiés, le Programme alimentaire mondial (PAM) fournit des ressources pour des programmes d'alimentation supplémentaire générale et ciblés destinés aux enfants de 6 à 59 mois et aux femmes enceintes et allaitantes⁹.

Justification de l'énoncé du problème pour le Cadre

Traditionnellement, dans les opérations humanitaires, beaucoup de ressources nutritionnelles sont consacrées au traitement de la malnutrition aiguë. La protection, la promotion et le soutien des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) font de plus en plus partie des interventions humanitaires, mais il s'avère encore difficile de mobiliser les ressources spécifiques et d'attirer l'attention générale sur l'ANJE. Cependant, il est reconnu que les pratiques appropriées de l'ANJE sont essentielles pour sauver des vies et prévenir la malnutrition, et constituent un élément essentiel de la santé des nourrissons et des jeunes enfants, spécialement durant les stades initiaux de l'urgence.

La malnutrition augmente considérablement et fait très rapidement des victimes lors des situations d'urgence. La plupart des enfants ne meurent pas en raison des conflits ou des catastrophes naturelles en tant que tels, mais plutôt en raison de pénuries de nourriture et d'eau potable, de soins de santé inadéquats et de mauvaises conditions d'assainissement et d'hygiène. « ...les urgences se distinguent par leurs taux de mortalité souvent élevés, qui peuvent être de deux à 70 fois supérieurs à la moyenne. L'expérience montre que, même dans des populations auparavant en bonne santé, la morbidité des enfants et les taux bruts de mortalité peuvent augmenter de vingt fois sur une période aussi courte que deux semaines. Le meilleur espoir pour éviter le handicap et la mortalité, si fréquents chez les enfants en situation d'urgence, est de s'assurer que ces derniers reçoivent les soins adéquats et soient bien nourris ». ¹⁰ L'amélioration des pratiques d'allaitement à elle seule peut sauver des vies. La programmation de l'ANJE-U est donc l'une des interventions les plus importantes à maîtriser et à mettre en œuvre parallèlement à d'autres activités visant à prévenir ou à traiter la malnutrition, la maladie et la mort¹¹.

L'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant implique le début de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance, l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois et qui se poursuit pendant deux ans ou plus, ainsi qu'une alimentation complémentaire nutritionnellement adéquate, sans risque, adaptée à l'âge et en place à partir des six mois de l'enfant. **L'allaitement maternel exclusif** est le moyen parfait pour fournir la meilleure alimentation pendant les six premiers mois de vie d'un bébé ; tous les enfants du monde en tirent des bénéfices. Cependant, l'allaitement représente bien que plus qu'une simple nourriture ; les nourrissons allaités sont beaucoup moins susceptibles de mourir de diarrhée, d'infections respiratoires aiguës et d'autres maladies. L'allaitement maternel soutient le système immunitaire des nourrissons et aide à protéger contre les maladies chroniques plus tard dans la vie, comme l'obésité et le

9 HCR, PAM (2011) *Memorandum of Understanding between UNHCR and WFP*, disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/53465c929.html> [10 déc. 2015]

10. OMS (2004) *Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies*, disponible en ligne : http://www.searo.who.int/entity/emergencies/documents/guiding_principles_for_feeding_infants_and_young_children_during_emergencies.pdf?ua=1 [18 déc. 2014]

11. Zulfiqar, A. et al (2013) 'Maternal and Child Nutrition 2: Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?' *The Lancet, Maternal and Child Nutrition Series*, juin, p. 46. Disponible en ligne : <https://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-nutrition?code=lancet-site> [1 mai 2018]

diabète. **L'alimentation complémentaire** adéquate des enfants à partir de 6 mois, associée à l'allaitement maternel continu, est particulièrement importante pour la croissance et le développement ainsi que pour la protection de la santé du jeune enfant.

La nutrition maternelle est également importante pour assurer un bon état nutritionnel du nourrisson après la naissance et pour protéger la santé des femmes. Soutenir l'allaitement maternel signifie prendre soin de la mère ainsi que de son nourrisson. Le déplacement peut avoir un impact dévastateur sur la vie des personnes, tant mentalement que physiquement. Certaines mères peuvent devenir elles-mêmes malnutries ; d'autres peuvent avoir perdu la confiance pour allaiter leurs nourrissons. La mère peut avoir à consacrer encore plus de temps pour obtenir de la nourriture pour sa famille, trouver un abri et faire face à l'insécurité. Il se peut que sa famille et d'autres réseaux de soutien social aient été affectés. Tous ces facteurs peuvent nuire aux pratiques d'alimentation des nourrissons si la protection et le soutien de la mère ne sont pas disponibles pour traiter ces problématiques. Il est bien connu que la période allant de la conception à l'âge de deux ans est la « période critique » pour la promotion d'une bonne croissance, de la santé et du développement comportemental et cognitif. L'avenir nutritionnel d'un enfant commence donc avec l'état nutritionnel de la mère à l'adolescence et pendant la grossesse.

Pour qu'une stratégie d'ANJE soit mise en œuvre avec succès, elle doit être intégrée à tous les autres secteurs opérant dans le contexte. Pour cela, toutes les parties prenantes doivent avoir une compréhension de base de l'ANJE, même s'il ne s'agit pas de nutritionnistes ou d'experts en santé publique. L'intégration à d'autres secteurs et la coordination sont des facteurs clés permettant d'assurer le succès de la programmation de l'ANJE et, plus largement, la protection des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants. Dans ce Cadre, nous déterminons que l'intégration entre l'ANJE et d'autres secteurs est efficace *lorsque les secteurs partagent un ou plusieurs objectifs stratégiques et activités communes qui respectent les priorités de tous les secteurs, tout en contribuant à un but commun*. En l'occurrence, ce but est celui du Cadre, qui est décrit ci-dessous.

But, finalité et objectifs du Cadre

But

Protéger les nourrissons et les jeunes enfants en situation de réfugiés et accroître leurs chances de survie, de croissance et de développement sains.

Finalité

Sensibiliser aux conditions des programmes relatifs à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et les optimiser dans tous les secteurs, dans les situations de réfugiés.

Objectifs

1. Le plaidoyer a pour but d'influencer les parties prenantes concernées afin qu'elles prennent en compte l'ANJE dans la planification d'une intervention humanitaire
[\(Action 1 : plaider pour que les parties prenantes concernées tiennent compte de l'ANJE\)](#)
2. Toutes les parties prenantes accordent une priorité plus élevée à l'ANJE dans leurs opérations et recherchent activement des ressources
[\(Action 2 : mobiliser des ressources pour l'ANJE\)](#)

3. Les principales politiques et normes opérationnelles qui permettront de protéger l'alimentation des nourrissons et de promouvoir une ANJE adéquate sont approuvées et mises en œuvre
(Action 3 : approuver les politiques clés et se conformer aux normes opérationnelles)
4. Les besoins spécifiques des nourrissons, des enfants et des femmes enceintes et allaitantes en situation de réfugiés sont activement pris en compte dans tous les secteurs, et les activités appropriées d'ANJE sont sélectionnées
(Action 4 : sélectionner les activités d'ANJE appropriées)
5. Des opportunités sont identifiées et des activités mises en place en collaboration avec tous les secteurs et avec la population, afin de soutenir une programmation d'ANJE opportune et appropriée
(Action 5 : intégrer l'ANJE aux autres secteurs)
6. La coordination renforce l'efficacité, élargit le champ et l'efficacité des interventions d'ANJE
(Action 6 : coordonner les activités adaptées à l'ANJE)
7. La qualité de la mise en œuvre est assurée par le suivi, l'évaluation, la mise en place de mécanismes de redevabilité et l'apprentissage par l'expérience
(Action 7 : mettre en œuvre le suivi, l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage)

Portée du Cadre

Le Cadre s'applique à **toutes les opérations liées aux réfugiés**, depuis les phases initiales d'une **situation d'urgence** jusqu'aux situations de crises **prolongées**. Il vise à informer les managers et le personnel technique de tous les secteurs sur ce qui doit être envisagé pour créer un environnement « favorable à l'ANJE » et favoriser une ANJE optimale.

Le Cadre est conçu en fonction des expériences vécues dans le contexte des réfugiés vivant dans des camps et, par conséquent, le plan est élaboré dans cette optique. Néanmoins, la plupart des parties du Cadre, s'appliqueraient également, après des ajustements mineurs, à des contextes hors des camps, notamment pour des réfugiés vivant dans des communautés d'accueil dans les zones urbaines et rurales et pour les communautés d'accueil elles-mêmes. Les sections techniques seraient applicables dans un large éventail de contextes, tandis que les thèmes tels que la coordination nécessiteraient davantage d'ajustements contextuels. Par exemple, dans les contextes autres que ceux du camp où le nombre de parties prenantes peut être plus important, les défis peuvent être de savoir qui fait quoi (analyse du contexte), de s'assurer que l'ANJE est intégrée dans les politiques, les stratégies et les accords de partenariat (action 1, 2 et 3), de s'assurer de l'approbation des déclarations ou des politiques directrices par toutes les parties prenantes (action 3), de coordonner les services et les activités et d'en assurer le suivi (p. ex. la distribution de substituts du lait maternel (SLM)) (action 6 et 7). Dans un camp avec des frontières et des populations définies, l'agence en charge de la gestion du camp, le HCR et les partenaires auront une meilleure vue d'ensemble de la population ainsi que des acteurs impliqués dans la prestation des services. Il peut être plus simple pour les acteurs humanitaires de coordonner l'intervention, de cibler les bénéficiaires éligibles et d'assurer le suivi des services et des activités. Il est important de noter la nécessité de s'occuper également des réfugiés vivant hors des camps. Il est essentiel que le Cadre soit adapté à chaque contexte dans lequel il est utilisé, étant donné que différents contextes peuvent comporter différentes possibilités et des défis variés.

Les activités du Cadre sont complètes et concernent les interventions dans une phase d'urgence aiguë ainsi que lors des situations plus stables. À la fois les activités d'ANJE et celles d'ANJE-U (ANJE en situation d'urgence) sont incluses et peuvent être sélectionnées en fonction du contexte. L'ANJE comprend généralement toutes les activités visant à améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, tandis que l'ANJE-U se concentre sur les activités les plus applicables dans les situations d'urgence.

Le Cadre est conçu comme un outil d'aide à la mise en œuvre de politiques, de normes et de directives internationales telles que les normes Sphère¹², l'Initiative¹³ des hôpitaux amis des bébés (IHAB) et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ainsi que les résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (le Code)¹⁴.

Le Cadre est complémentaire aux Directives opérationnelles sur l'ANU¹⁵, car il propose de façon plus détaillée des mesures concrètes et des activités d'intégration à d'autres secteurs, en particulier en ce qui concerne les réfugiés dans les camps. Le Cadre met l'accent sur l'importance du contexte par le biais des évaluations des scénarios et de la disponibilité des services, et fournit des exemples détaillés d'activités à mettre en œuvre.

Reconnaissant que la recherche et le développement sont continus dans les domaines présentés dans le Cadre, le document restera flexible afin d'y intégrer ces nouvelles avancées à l'avenir. Nous croyons que ce document peut évoluer en un document plus large visant à intégrer l'ANJE dans tous les secteurs et toutes les interventions dans les situations d'urgence et de non-urgence au-delà des situations de réfugiés.

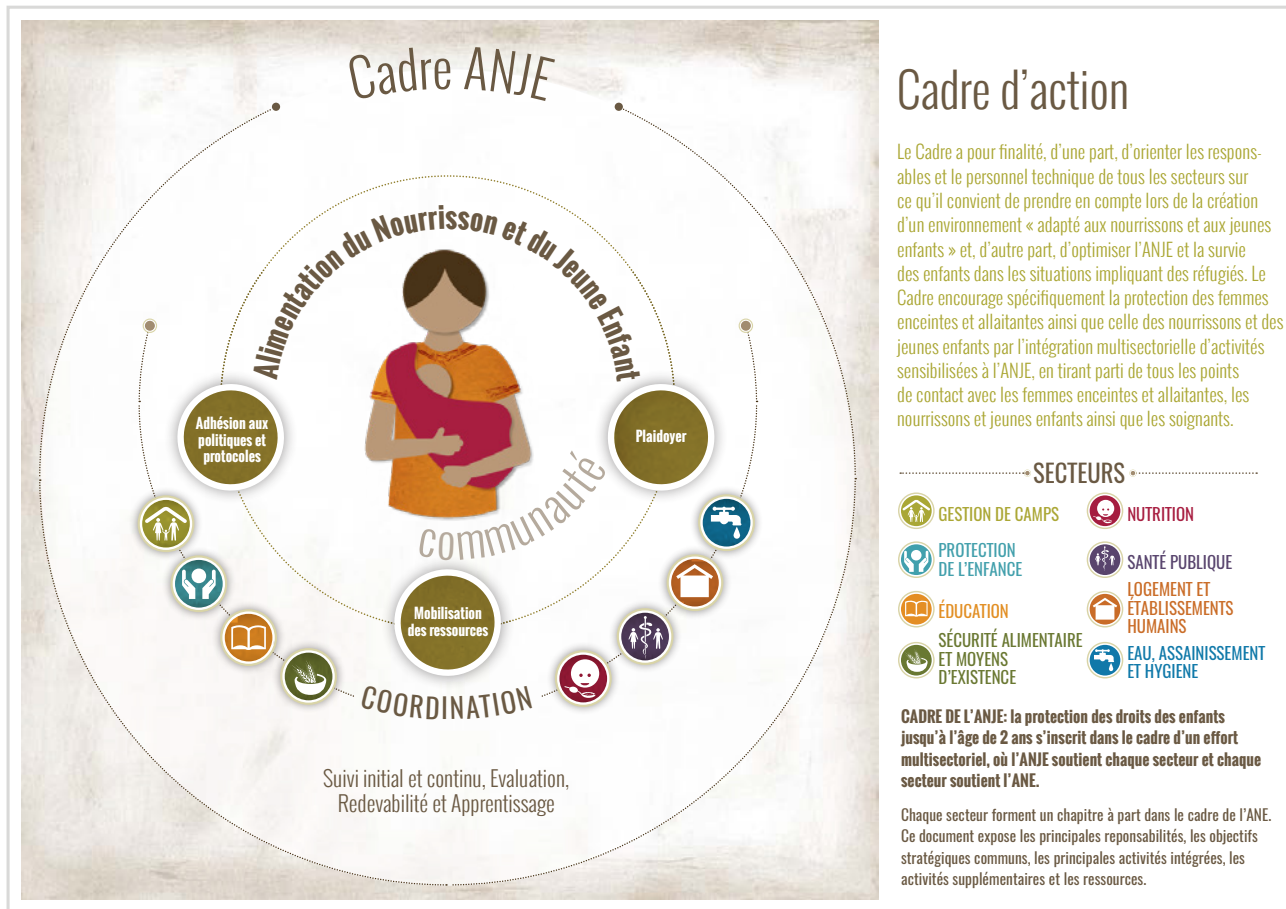
12. Le projet Sphère (2018). La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire. Disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [7 mai 2018]. Au moment de la rédaction du Cadre ANJE, la version 2018 du manuel Sphère n'était pas complètement finalisée. Par conséquent, le lecteur trouvera un mélange de références aux versions 2011 & 2018 dans l'ensemble du Cadre.

13. OMS, UNICEF (2009). *Initiative des hôpitaux amis des bébés*. Disponible en ligne : http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/ [18 déc 2014]

14. Site Web IBFAN : <http://ibfan.org/the-full-code> [10 déc. 2015]

15. IFE Core Group (2017). *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence : directives opérationnelles à l'intention du personnel et des directeurs de programme des secours d'urgence*. Disponible en ligne : https://www.enonline.net/attachments/3288/Ops-Guidance-on-IFE_v3_French.pdf - Version anglaise : https://www.enonline.net/attachments/3287/Ops-Guidance-on-IFE_v3_English.pdf [04 octobre 2017]

Diagramme



* Dans ce diagramme, la santé publique comprend la santé essentielle, la santé génésique, la santé mentale et le VIH.

La mère et le bébé sont représentés au centre pour souligner le principe : se concentrer sur le couple mère-bébé. La communauté est représentée car on sait que les amis, la famille et d'autres parties prenantes affectent souvent les pratiques d'ANJE.

Les actions qui doivent être entreprises à un niveau supérieur par les gestionnaires sont dans les cercles jaunes : plaidoyer, mobilisation des ressources et adhésion aux politiques et aux lignes directrices (actions 1, 2 et 3).

Les huit secteurs sont représentés dans le diagramme pour s'assurer que les activités sont prises en compte et sont établies dans ces domaines de programmation. Les interventions spécifiques à l'ANJE (action 4) et les interventions adaptées à l'ANJE (action 5) sont intégrées dans ces secteurs. Il est nécessaire de coordonner les secteurs avant que les activités n'atteignent l'environnement de la mère et de l'enfant (action 6).

La base du Cadre est le suivi et l'évaluation initiaux et continus du contexte ainsi que des résultats des interventions qui seront utilisés pour informer le démarrage et la poursuite d'une intervention. Les mécanismes de redevabilité et d'apprentissage compléteront l'information de base nécessaire à la prise de décisions (action 7).

Principes du Cadre

1. Priorité aux femmes enceintes, aux mères, aux nourrissons et aux jeunes enfants

Les femmes enceintes, les mères, les nourrissons et les jeunes enfants de moins de 2 ans seront ciblés, dans toutes les activités sectorielles, conformément à l'approche des 1 000 premiers jours¹⁶. L'accent doit être mis sur la protection de la mère ET de l'enfant. La vulnérabilité de la mère et de l'enfant est renforcée en situation d'urgence. Des programmes d'ANJE efficaces et réussis doivent garantir que la mère et l'enfant soient protégés et soutenus. L'approche des 1 000 premiers jours précise que la période de croissance critique de l'enfant commence à la conception et se poursuit jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 2 ans (les informations sur l'approche des 1 000 premiers jours se trouvent à l'annexe 4).

En outre, il est essentiel de reconnaître l'importance du rôle du père, de la grand-mère, des autres responsables d'enfants et des membres de la famille immédiate en lien avec l'alimentation et la prise en charge des nourrissons. Pour une alimentation optimale du nourrisson à partir de la naissance, la famille immédiate doit soutenir la mère et lui en donner les moyens. Les pères ou autres responsables d'enfants devraient également être aidés pour participer activement aux soins et à l'alimentation de leurs enfants de la naissance à l'âge de deux ans. Dans les cultures où les pères sont les décideurs principaux, et parfois exclusifs, lorsqu'il est question d'élever leurs enfants, il est primordial que la programmation d'ANJE cible les deux parents - père et mère - pour faire des choix éclairés sur l'alimentation et les soins. Les croyances et les influences d'autres membres clés de la famille, comme les grands-mères, doivent également être comprises car elles peuvent être vitales pour déterminer les pratiques d'alimentation des nourrissons.

Il est important que les besoins spécifiques des femmes enceintes et allaitantes (FEA), des nourrissons et des jeunes enfants soient identifiés dans une perspective multisectorielle pour assurer un soutien complet et approprié. Les vulnérabilités, les risques et les besoins des nourrissons et des jeunes enfants de 0 à 23 mois sont différents de ceux des enfants de 24 à 59 mois : par exemple, il y a une plus grande dépendance à l'égard des responsables d'enfants, une plus grande sensibilité à l'environnement physique (température, hygiène), les défis liés à la gestion des excréments et les différents besoins alimentaires. Lorsque les deux groupes d'âge sont considérés comme un seul, les besoins spécifiques des plus jeunes risquent d'être négligés.

2. Intégration de l'ANJE à d'autres secteurs

Pour qu'une stratégie d'ANJE atteigne son plus haut potentiel, l'ANJE doit être intégrée à tous les autres secteurs opérant dans le contexte. Pour cela, toutes les parties prenantes doivent avoir une compréhension de base de l'ANJE, même s'il ne s'agit pas de nutritionnistes ou d'experts en santé publique. L'intégration à d'autres secteurs et la coordination sont des facteurs clés permettant d'assurer le succès de la programmation de l'ANJE. Dans ce Cadre, nous déterminons que l'intégration entre l'ANJE et d'autres secteurs est *efficace lorsque les secteurs partagent un ou plusieurs objectifs stratégiques et activités communes qui respectent les priorités de tous les secteurs, tout en contribuant à un but commun*. Dans ce cas, ce dernier est le but du Cadre. Parmi les exemples les plus courants d'intégration figurent l'ANJE en soins néonataux, la collaboration entre les équipes d'ANJE et celles du VIH pour prévenir la transmission mère-enfant, les équipes d'ANJE travaillant en étroite collaboration avec les équipes d'EAH pour améliorer les pratiques d'hygiène domestique et donc réduire le risque de diarrhée chez les nourrissons et les jeunes enfants, le partenariat avec la programmation en protection pour identifier et transférer les nourrissons qui sont séparés de leurs mères et qui ont donc besoin de soutien alimentaire, ainsi que le travail avec

16 First 1000 Days (2014), disponible en ligne : <http://www.thousanddays.org/> [18 déc. 2014]

des collègues de l'éducation pour s'assurer que les nourrissons et les jeunes enfants sont dans un environnement stimulant et sécuritaire qui favorise un développement approprié. L'intégration sera discutée plus en détail dans l'action 5 ci-dessous.

Analyse du contexte

Comme pour toute stratégie, une analyse contextuelle est nécessaire pour comprendre les obstacles et les facilitateurs (ou les facteurs qui influencent et les comportements clés) qui ont un impact sur l'alimentation et les soins des enfants. Cette analyse devrait être documentée car elle servira de base pour identifier, mettre en œuvre et assurer le suivi des activités pertinentes de la stratégie de l'ANJE.¹⁷ **Le personnel formé à l'ANJE devrait analyser de façon critique les informations disponibles pour identifier les risques et les besoins en matière d'alimentation et de soins pour les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants en situation d'urgence.** Cependant, il est possible pour une personne qui n'est pas formée à l'ANJE **de recueillir des informations** au moyen d'une évaluation si elle a été guidée par un collaborateur formé à l'ANJE.¹⁸

Il est essentiel que **toute intervention commence par une analyse du contexte** pour identifier les lacunes et les besoins. Les conclusions de l'analyse du contexte constitueront la base même de la programmation. Elles guideront les interventions et les activités à mettre en priorité ainsi que les préoccupations spécifiques à prendre en compte pendant la mise en œuvre des activités. Chaque situation est différente : le type d'urgence, la façon dont elle affecte la population, la population elle-même, ses attentes, sa vie avant la crise, la culture de la population affectée (et la culture au lieu de déplacement), le type d'aide mobilisée et ainsi de suite. Tout dans le contexte n'influence pas la façon dont les mères et les responsables d'enfants vont nourrir et prendre soin des plus jeunes enfants ; il est donc nécessaire d'évaluer soigneusement la situation afin de mieux planifier les activités pour les soutenir.

L'analyse contextuelle commence par une compréhension de la réalité des nourrissons et des jeunes enfants avant la crise. Économie, santé, nutrition, éducation : il est essentiel de recueillir autant d'informations que possible. **En particulier, des informations sur l'alimentation des nourrissons sont requises** : quelles étaient les pratiques d'alimentation pour chaque groupe d'âge ? Dans quelle mesure l'alimentation au biberon était-elle courante ? Qu'en est-il des pratiques d'alimentation complémentaire ? l'ANJE était-elle incluse dans les soins aux nouveau-nés et les visites des SAN ?

On peut trouver de l'information dans les études existantes (enquêtes démographiques et de santé (EDS), enquêtes par grappes à indicateurs multiples (MICS), base de données du Cluster de nutrition ou autres enquêtes sectorielles pertinentes. L'information peut également être trouvée dans les bases de données gouvernementales telles que les systèmes d'information en santé (SIS) et les réseaux communautaires existants.

17 L'analyse du contexte spécifique à l'ANJE devrait être liée à une analyse générale du contexte de la population affectée, et qui serait réalisée par une équipe intersectorielle. L'analyse contextuelle générale permettra d'informer sur le type d'urgence (p. ex. aiguë, prolongée), les emplacements des populations déplacées (p. ex. urbaines, semi-urbaines, rurales), les options de logement et d'établissement (p. ex. camp officiel, logement informel, intégration dans les communautés d'accueil), le nombre et la démographie de la population (le nombre de nourrissons et de jeunes enfants), etc. Dans des situations complexes (par exemple avec des réfugiés à l'intérieur ou à l'extérieur des camps ou des réfugiés de diverses origines, cultures et groupes de population), il est nécessaire de prendre des mesures spécifiques pour offrir à tous les groupes de la population des possibilités de soutien similaires.

18 Pour plus d'informations sur l'analyse du contexte, veuillez consulter le site web de la trousse d'ANJE-U : bit.ly/IYCFToolkit [14 mai 2018] et le site web de ACAPS : <https://www.acaps.org/> [1 mai 2018]

Évaluation du scénario : il est important d'avoir **des informations sur l'ANJE** à un stade précoce.

L'identification, la collecte et l'analyse de ces informations avant l'apparition d'une situation d'urgence sont essentielles à une intervention rapide et vitale. L'identification précoce de ces informations permet de repérer les préoccupations et les obstacles liés à des pratiques sous-optimales de l'ANJE : l'allaitement maternel, l'alimentation complémentaire, l'alimentation au biberon et l'utilisation d'aliments artificiels et de substituts du lait maternel (des pratiques qui peuvent être encore plus menaçantes pour la vie durant une situation d'urgence). Existe-t-il des habitudes culturelles qui entravent ou contraignent les pratiques optimales de l'ANJE ? Il est important de déterminer rapidement **qui, dans la famille et la collectivité, influence les pratiques d'alimentation** - p. ex. le rôle des pères, des grands-mères ou d'autres modèles - pour les décisions et les actions concernant l'alimentation du nourrisson. Parmi **les autres facteurs** à considérer, mentionnons le type de crise et la façon dont elle a touché la population : une catastrophe naturelle, une guerre entre deux pays, une guerre civile ou un génocide ? La population se trouve-t-elle à l'intérieur ou à l'extérieur des camps ? Est-ce qu'il s'agit de personnes déplacées en interne ou de réfugiées ? Il est également important de tenir compte du nombre et du profil de la population : combien de personnes ont été touchées ? Combien y a-t-il de FEA et d'enfants de 0 à 23 mois ? Y a-t-il des enfants non accompagnés ? Ménages monoparentaux ? Les informations provenant du pays d'origine et du pays de déplacement des réfugiés sont pertinentes.

Évaluation des besoins : il est essentiel de faire participer la communauté à cette évaluation des besoins pour s'assurer que ses membres puissent exprimer leurs priorités. Nous pouvons être confrontés à des situations où l'ANJE représente un grand risque pour les nourrissons et les jeunes enfants et où la communauté (face à une urgence) n'accorde pas de priorité à ce besoin. Cela aura un impact important sur le type d'activités à mettre en place et, dans ce cas, il faudra plaider pour l'ANJE et son inclusion dans la planification du programme pour s'assurer que le niveau minimal requis des activités de l'ANJE soit mis en œuvre.

Analyse des parties prenantes : identifier les groupes de parties prenantes (c.-à-d. la société civile, les groupes informels) qui prendront en compte les besoins de l'ANJE : organisations non gouvernementales (ONG) locales et internationales, réseaux communautaires existants ou nouveaux (groupes de soutien mère-mère, groupes d'hommes, aînés, guérisseurs traditionnels, guides religieux, etc.). Pour chaque acteur, définir son rôle, sa relation avec l'ANJE, son influence sur les pratiques d'alimentation et ses activités (actuelles et prévues) (par exemple, les ONG planifient d'intervenir). Toutes ces informations influenceront le choix des activités qui seraient possibles et appropriées.

Évaluation de la disponibilité des services : une partie de l'analyse contextuelle consiste à cartographier et à évaluer les services disponibles (y compris tous les secteurs et prestataires de services) pour permettre d'identifier les lacunes et les possibilités d'intégrer l'ANJE.

Leadership et coordination : la situation peut être source de confusion au cours des premiers stades d'une urgence. Néanmoins, la coordination est essentielle pour assurer un soutien précis et efficace à la population. Il est donc important d'identifier rapidement les agences responsables des différents secteurs, dont l'ANJE. Il est à noter que si l'organisme responsable dispose de l'expertise au niveau mondial, cela ne signifie pas qu'il y aura nécessairement une expertise technique (par exemple, un personnel qualifié et formé à l'ANJE) sur le terrain. Cela devrait être évalué au début. Y a-t-il besoin de personnel de l'ANJE ? Quel profil devrait avoir ce personnel ? S'il y a une équipe de nutrition, peut-elle soutenir l'ANJE ? Un autre secteur peut-il assumer cette tâche ?

Au niveau mondial, les agences des Nations Unies ont des mandats spécifiques et devraient mener des interventions d'urgence en fonction de leur domaine d'expertise. Dans un contexte de populations non réfugiées, les clusters peuvent être activés¹⁹. Cependant, pendant le processus d'établissement de ceux-ci, une ONG, un ministère ou une organisation locale peut être chargé de coordonner l'intervention durant les premières phases. Dans un contexte de camp de réfugiés, le HCR s'est engagé à diriger et à coordonner l'intervention.

Indicateurs de mesure : quand devrions-nous commencer les activités ? L'analyse contextuelle permet de définir la situation et d'indiquer les activités qui doivent être mises en place ; mais savoir quand commencer une intervention est une question différente. Il est nécessaire de se pencher sur les données de l'évaluation des scénarios de l'ANJE avant et après la situation d'urgence, et de **déterminer les indicateurs de déclenchement qui signaleront quand commencer une intervention**. La décision pourrait être influencée par la prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) et la malnutrition aiguë sévère (MAS), les pratiques de l'ANJE et la façon dont la crise a affecté les pratiques alimentaires. Par exemple, une mère qui nourrissait artificiellement son bébé avant l'urgence devra avoir un accès constant à des SLM, à une source d'eau potable, et à la capacité de préparer et d'offrir le SLM hygiéniquement. S'il n'y a pas d'accès au SLM ou à de l'eau potable dans le camp où elle s'installe, le bébé sera immédiatement à risque. Dans ce cas, l'indicateur « nourrisson nourri artificiellement » est utilisé pour mettre en place certaines activités requises pour cette mère, alors que « nombre de nourrissons nourris artificiellement » ou « prévalence de nourrissons nourris artificiellement » dans la population seraient des indicateurs de la forme et de l'échelle que les activités devraient avoir.

Ce Cadre propose des éléments à étudier et des mesures à mettre en place dans un contexte de réfugiés, mais il est à noter que toutes les activités proposées ne sont que des exemples pour aider le personnel à réfléchir en fonction de son contexte. Au fil du temps, la situation peut changer et le contexte doit donc être étroitement surveillé afin de s'assurer que les priorités pour les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants demeurent appropriées.

Les activités ci-dessous doivent être présentées par l'organisme responsable de l'ANJE ; mais en même temps, il incombe à tous les acteurs d'entreprendre les actions qui leur sont appropriées.

19 UN OCHA (2014). *Activate and deactivate clusters*, disponible en ligne :
<http://www.humanitarianresponse.info/coordination/clusters/activate-and-deactive-clusters> [18 déc. 2014]

Exemples d'activités pour l'analyse du contexte :

- recueillir et analyser toutes les informations disponibles avant et après l'urgence (enquêtes existantes, rapports, données démographiques de la population touchée, type et ampleur de la crise, évaluations initiales, etc.) ;
- organiser des évaluations conjointes multisectorielles pour enquêter sur la situation des nourrissons, des jeunes enfants et des mères avant et après l'urgence, notamment l'évaluation des pratiques de l'ANJE et des obstacles à une alimentation optimale ;
- chercher des données désagrégées pour les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants : nombre de femmes enceintes, nombre de femmes avec un enfant de moins de 6 mois, nombre d'enfants de 0 à 5 mois, de 6 à 11 mois, de 12 à 23 mois ;
- effectuer une analyse des parties prenantes et cartographier les services disponibles dans le camp ou dans la région (ces informations peuvent souvent être trouvées chez la gestion du camp), identifier les agences responsables par secteur, déterminer qui est responsable de la coordination (voir l'annexe 5) ;
- profiter du système d'enregistrement du HCR pour recueillir des données qui aideront à comprendre la situation et les risques pour les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants ;
- définir des indicateurs déclencheurs des interventions, par exemple : nourrissons de 0 à 5 mois souffrant de malnutrition aiguë ou nombre de nourrissons de 0 à 5 mois non allaités identifiés lors de l'enregistrement ;
- consulter la communauté pour définir les besoins prioritaires à traiter ;
- évaluer les principales politiques de l'ANJE (voir Action 3 ci-dessous) et leur degré de mise en œuvre.

Système de suivi, d'évaluation, de redevabilité et d'apprentissage (SERA) pour le cadre

Suivi et évaluation (S et E) pour le cadre

Le Cadre vise à fournir des conseils pratiques pour la conception et la mise en œuvre des activités de l'ANJE par les gestionnaires et le personnel sur le terrain afin de créer un environnement favorable à l'ANJE pour les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants vivant dans un camp. Les mécanismes de suivi, d'évaluation et de redevabilité du Cadre devraient être établis au cours de la phase de conception de la stratégie ou de l'intervention pour chaque lieu où le Cadre est mis en œuvre, en s'assurant de la révision des outils ainsi que de la collecte, de la centralisation et de l'analyse des données pour identifier les faiblesses et les ajustements appropriés.

Selon le contexte, les gestionnaires de l'ANJE utiliseront l'outil de S et E du Cadre pour permettre une analyse critique de l'utilisation de ce Cadre (voir l'annexe 12). Ce système de suivi devrait mesurer et documenter la progression par rapport aux objectifs et activités décrits dans le Cadre. Les commentaires sur la faisabilité et l'utilité générales du Cadre seront également importants pour l'amélioration de celui-ci et de son outil de S et E. Il est recommandé que cet outil soit utilisé pour rendre compte trimestriellement, mais cela peut être convenu en fonction du contexte.

Rappel du but, de la finalité et des objectifs du Cadre :

But

Protéger les nourrissons et les jeunes enfants dans les situations de réfugiés et accroître leurs chances de survie, de croissance et de développement sains.

Finalité

Sensibiliser aux conditions des programmes relatifs à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et les optimiser dans tous les secteurs, dans les situations de réfugiés.

Objectifs

1. Le plaidoyer a pour but d'influencer les parties prenantes concernées afin qu'elles prennent en compte l'ANJE dans la planification d'une intervention humanitaire
(Action 1 : plaider pour que les parties prenantes concernées tiennent compte de l'ANJE)
2. Toutes les parties prenantes accordent une priorité plus élevée à l'ANJE dans leurs opérations et recherchent activement des ressources
(Action 2 : mobiliser des ressources pour l'ANJE)
3. Les principales politiques et normes opérationnelles qui permettront de protéger l'alimentation des nourrissons et de promouvoir une ANJE adéquate sont approuvées et mises en œuvre
(Action 3 : approuver les politiques clés et se conformer aux normes opérationnelles)
4. Les besoins spécifiques des nourrissons, des enfants et des femmes enceintes et allaitantes en situation de réfugiés sont activement pris en compte dans tous les secteurs, et les activités appropriées d'ANJE sont sélectionnées
(Action 4 : sélectionner les activités d'ANJE appropriées)
5. Des opportunités sont identifiées et des activités mises en place en collaboration avec tous les secteurs et avec la population, afin de soutenir une programmation d'ANJE opportune et appropriée
(Action 5 : intégrer l'ANJE aux autres secteurs)
6. La coordination renforce l'efficacité, élargit le champ et l'efficacité des interventions d'ANJE
(Action 6 : coordonner les activités adaptées à l'ANJE)
7. La qualité de la mise en œuvre est assurée par le suivi, l'évaluation, la mise en place de mécanismes de redevabilité et l'apprentissage par l'expérience
(Action 7 : mettre en œuvre le suivi, l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage)

Les utilisateurs de cet outil seront les gestionnaires et le personnel de terrain de l'ANJE et des autres secteurs. Par conséquent, il est important de mesurer l'utilité de ces orientations pour toutes les parties et la mesure dans laquelle il est pratique d'intégrer l'ANJE dans le contexte des réfugiés. Éventuellement, nous devrions mesurer l'impact de ce Cadre sur les FEA, les nourrissons et les enfants de moins de 2 ans.

Les responsables de l'ANJE seront chargés de la mise en place du système de suivi du Cadre. Les principaux acteurs devraient être rassemblés périodiquement pour discuter des progrès réalisés par rapport aux activités et aux objectifs pertinents du Cadre. Les responsables de l'ANJE pourront également compléter

ces informations avec les résultats de l'analyse du contexte, les enquêtes de base du projet et le suivi des indicateurs discutés ci-dessus. Les données recueillies devraient être centralisées au niveau des camps, de l'état et du pays, et partagées au niveau mondial avec le HCR pour une analyse critique de l'utilisation de ce Cadre.

Redevabilité

Pour assurer la redevabilité, une structure de rétroaction pour les partenaires, les organismes, le personnel et les bénévoles devrait être mise en place et inclure tous les secteurs impliqués dans les activités et les interventions adaptées à l'ANJE. Une telle structure pourrait comprendre des séances de rétroaction régulières, des feuilles de rétroaction écrites et la documentation des expériences réussies (et non réussies) liées aux sept actions. Les principales conclusions du suivi et de l'évaluation du Cadre devraient être distribuées à tous les acteurs concernés, y compris le gouvernement, les organismes de coordination et les partenaires.

Activités de redevabilité - envers les partenaires, les organismes, le personnel et les bénévoles travaillant avec le Cadre :

- présenter le Cadre et ses mécanismes de prestation aux gestionnaires, au personnel de terrain et aux bénévoles dans tous les secteurs, y compris l'ANJE, et définir les engagements envers la communauté (en particulier les FEA et les responsables des nourrissons et des jeunes enfants). Expliquer au personnel ou aux bénévoles sur le terrain comment le Cadre vise à appuyer leur travail ;
- les gestionnaires de l'ANJE devraient décrire et rechercher le soutien d'autres secteurs, au besoin, pour s'acquitter des engagements en matière de redevabilité ;
- utiliser les mécanismes existants dans la mesure du possible (ou établir de nouveaux mécanismes) afin de permettre au personnel et aux bénévoles de la communauté de fournir des commentaires et de faire connaître leurs points de vue tout au long de l'intervention, p. ex. les réunions d'équipe pour le personnel de l'ANJE et les réunions des champions de l'ANJE ;
- veiller à ce que les plaintes et autres retours soient pris en considération, discutés avec le personnel et les bénévoles et traités efficacement ;
- s'assurer que les données recueillies concernant le Cadre soient compilées et partagées au niveau mondial pour une analyse critique et une révision plus détaillée du Cadre.

Apprentissage

L'objectif du Cadre est d'optimiser les conditions de mise en œuvre de l'ANJE dans les situations de réfugiés. Il sera essentiel de veiller à ce que cette question soit réexaminée régulièrement afin d'améliorer le Cadre en tirant des leçons de l'expérience. Le HCR devrait faciliter l'apprentissage à partir du Cadre et organiser des révisions régulières du document. Ces dernières prendront en compte l'évolution technique de l'ANJE. Les rapports de programme et de suivi peuvent être utilisés pour connaître l'utilité et la facilité d'utilisation du Cadre. Les leçons apprises peuvent également être identifiées au moyen de séances de formation et d'orientation ; ces séances devraient être documentées, évaluées et partagées avec les partenaires afin d'améliorer les interventions futures.

Comme l'indique la redevabilité dans l'action 7, la communauté aura un rôle à jouer dans la rétroaction et l'influence sur la prise de décision, notamment à propos des activités à mettre en place. Par conséquent, la communauté sera aussi indirectement impliquée dans la rétroaction concernant l'utilisation de ce Cadre.

Leurs points de vue et leurs réactions devraient être documentés pour alimenter l'analyse critique de l'utilisation du Cadre.

Comme la version actuelle du Cadre est conçue sur la base des expériences des camps de réfugiés avec l'objectif d'élargir sa portée dans les versions ultérieures, un point d'apprentissage clé serait de recueillir des informations sur la façon de réaliser ceci. Lors de l'évaluation de la mise en œuvre du Cadre, il convient d'identifier et de documenter les considérations relatives aux lieux hors camp : quelles activités sont utiles en dehors des camps, quels ajustements sont nécessaires, quelles activités supplémentaires seraient nécessaires, quels mécanismes de coordination sont disponibles et quels acteurs sont essentiels pour une mise en œuvre réussie. Si des opérations liées aux réfugiés et tenues à l'extérieur des camps ont mis en œuvre le Cadre ou des éléments de celui-ci, cela devrait être documenté et partagé au moyen d'un mécanisme de partage de l'information.

Afin de garantir la pérennité du Cadre, le HCR et ses partenaires mettront en place et maintiendront un mécanisme informel de partage de l'information qui permettra aux acteurs, aux agences et aux individus travaillant sur l'ANJE et participant à la mise en œuvre du Cadre, ainsi qu'à tous ceux qui s'intéressent au Cadre, de partager leurs expériences et rechercher un appui. Veuillez contacter le HCR au phn@unhcr.org pour en savoir plus sur ce mécanisme de partage d'informations.



Section 2 : Cadre d'action

Cette section décrit l'essentiel du Cadre où des actions sont proposées pour créer un environnement propice. Pour chaque action, des explications et des exemples d'activités à mettre en place sont fournis. Le contenu de cette section est pertinent pour tous ceux qui sont intéressés par l'amélioration de leurs connaissances et leur conscience des programmes adaptés à l'ANJE ; mais il s'adresse principalement au personnel engagé dans les interventions de l'ANJE pour qu'il puisse agir et aller de l'avant avec des collègues et des partenaires pertinents à la fois sur le plan technique et sur celui de la gestion.

Vous trouverez ci-dessous un aperçu des sept principales actions du Cadre avec leurs objectifs respectifs. Des explications plus détaillées sont également fournies dans les orientations ci-dessous.

Actions pour les gestionnaires :

- **plaider pour que les parties prenantes concernées tiennent compte de l'ANJE ;**
 - influencer les gestionnaires des secteurs concernés pour investir du temps, des ressources humaines ou du financement pour l'ANJE ;
 - plaider pour que les parties prenantes concernées participent activement aux mécanismes de coordination et que l'ANJE figure dans les priorités des mécanismes de coordination multisectoriels ;
 - communiquer les besoins des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants et les informations sur les activités du programme d'ANJE aux médias, aux donateurs et aux autres acteurs externes.
- **mobiliser des ressources pour l'ANJE ;**
 - intégrer l'ANJE dans les stratégies et les propositions des acteurs concernés ;
 - veiller à ce que les principaux objectifs du plan d'intervention humanitaire tiennent compte de l'ANJE ;
 - s'assurer que les activités de l'ANJE soient financées et qu'elles fassent partie ou soient fortement liées à d'autres activités dans tous les secteurs.
- **approuver les politiques clés et se conformer aux normes opérationnelles ;**
 - élaborer une déclaration conjointe et veiller à ce qu'elle soit signée par les acteurs concernés ;
 - intégrer les politiques de l'ANJE dans les sous-accords de partenaires ;
 - inclure l'ANJE dans les stratégies et les lignes directrices existantes, etc. (par exemple, dans la stratégie de santé pour l'opération) ;
 - définir une stratégie spécifique à l'ANJE et un plan d'action pour la mise en œuvre des activités clés.

Actions pour le personnel sur le terrain :

- **sélectionner les activités d'ANJE appropriées**
 - établir des activités complètes et vitales pour protéger, promouvoir et soutenir les pratiques adéquates de l'ANJE ;
 - sélectionner les activités de l'ANJE qui favorisent le changement de comportement, en reconnaissant que les pratiques d'ANJE sont fortement liées à la culture ;
 - identifier les besoins de formation et organiser des formations sur l'ANJE pour le personnel concerné, avec, le cas échéant, des formations de recyclage régulières.
- **intégrer l'ANJE aux autres secteurs ;**
 - intégrer les activités de l'ANJE dans les interventions d'autres secteurs et intégrer les activités d'autres secteurs dans les interventions de l'ANJE ;
 - mettre en place un système de référence intersectoriel ;
 - organiser des orientations ou formations sur l'ANJE pour le personnel sur le terrain et les bénévoles de tous les secteurs et s'assurer qu'ils ont accès à un aide-mémoire d'une page avec les points clés de l'ANJE (voir l'annexe 6).

Actions pour toutes les parties prenantes à tous les niveaux et secteurs d'intervention :

- **coordonner les activités adaptées à l'ANJE ;**
 - activer ou établir des mécanismes de coordination pertinents pour une programmation spécifique et adaptée à l'ANJE ;
 - impliquer les acteurs de tous les niveaux dans la coordination - de la haute direction, aux membres de la communauté, par l'intermédiaire des travailleurs de terrain ;

- partager des informations pertinentes concernant les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants ainsi que la programmation de l'ANJE de façon opportune et transparente ;
- **mettre en œuvre le suivi, l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage (SERA) ;**
 - assurer le suivi des activités de l'ANJE en utilisant des indicateurs appropriés dans les systèmes de suivi existants ;
 - faire participer les membres de la communauté à toutes les étapes de l'intervention destinée aux réfugiés ;
 - utiliser les rapports de programme et de suivi afin de faciliter l'apprentissage.

Action 1 : plaider pour que les parties prenantes concernées tiennent compte de l'ANJE

Favoriser la prise de conscience de l'ANJE par toutes les parties prenantes concernées, notamment en ce qui a trait à l'engagement de la direction en faveur de l'ANJE pour les organisations pertinentes qui travaillent dans le contexte quel que soit le secteur, **afin de faciliter la prise en compte de l'ANJE par d'autres secteurs.**

La priorité est de plaider pour que l'ANJE soit inscrite dans les priorités des parties prenantes concernées et qui pourraient avoir besoin d'être guidées. Les activités proposées devraient fournir des renseignements au sujet de l'ANJE et recueillir des informations sur d'autres secteurs et sur les priorités des parties prenantes. Les gestionnaires de l'ANJE devraient participer aux mécanismes de coordination pour influencer la prise de décision et donc élever l'ANJE dans la liste des priorités, facilitant la coordination et la prise de décision à tous les niveaux.

Objectifs :

- influencer les gestionnaires des secteurs concernés pour investir du temps, des ressources humaines ou du financement pour l'ANJE ;
- plaider pour que les parties prenantes concernées participent activement aux mécanismes de coordination et que l'ANJE figure dans les priorités des mécanismes de coordination multisectoriels ;
- communiquer les besoins des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants et les informations sur les activités du programme d'ANJE aux médias, aux donateurs et aux autres acteurs externes.

Pour assurer l'engagement en faveur de l'intégration de l'ANJE et du Cadre ANJE, le plaidoyer doit cibler toutes les agences et organisations travaillant dans le contexte, en particulier celles qui travaillent sur la nutrition et la programmation spécifique à l'ANJE. Il est également important que le plaidoyer se déroule à tous les niveaux, de la haute direction jusqu'au niveau du terrain dans tous les secteurs pertinents. Trop souvent, la communication entre le personnel de terrain et la haute direction est faible. On ne devrait pas présumer que le plaidoyer pour ce secteur a été accompli après avoir parlé à un seul des niveaux. Les gestionnaires de l'ANJE devraient également faire part de l'importance de la programmation, des priorités et des besoins de l'ANJE aux collègues traitant avec des acteurs externes, tels que les médias et les donateurs, selon la politique de leur organisation.

La prise en charge par la communauté est essentielle et sera un processus progressif. À ce stade, les

leaders et les représentants de la communauté, les membres de la communauté ayant une influence, les mères, les pères et les responsables d'enfants devraient être les cibles principales. Ils doivent faire partie de l'analyse des acteurs et être informés des risques et des besoins identifiés pour les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants.

L'analyse contextuelle aura une influence sur le choix des personnes qui seront ciblées par le plaidoyer et la façon dont elles le seront. Par exemple, selon qu'il s'agira d'une urgence rapide ou lente, différents mécanismes de coordination seront mis en place et différents acteurs avec des priorités diverses seront représentés. Avant de décider des activités à mettre en œuvre, il faut examiner le contexte et définir le temps, les ressources humaines ou le financement que les acteurs seront en mesure d'allouer à l'ANJE. Assurez-vous de connaître les priorités des parties prenantes et la façon dont l'ANJE peut être préconisée. Assurez-vous aussi qu'une analyse critique du contexte est terminée et que le plaidoyer se concentre sur la priorisation de l'ANJE, plutôt que de se focaliser uniquement sur le partage de l'information. Il est important d'envisager de promouvoir une approbation plus formelle de ce Cadre par les agences travaillant dans le contexte et les différents secteurs.

Champions de l'ANJE

Sur le terrain, aux premiers stades d'une situation d'urgence, il peut y avoir ou non des nutritionnistes, et il est encore moins probable qu'il y ait un expert de l'ANJE. Il est important que, dès le début de l'urgence, quelqu'un examine le contexte du point de vue de l'ANJE, en tenant compte des besoins des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants (voir le principe 1 au début de ce Cadre). Pour atteindre cet objectif, des champions de l'ANJE doivent être identifiés pour soutenir celle-ci. Il n'est pas nécessaire que ces champions proviennent du secteur de la nutrition, mais il pourrait s'agir de tous ceux qui sont intéressés à assumer ce rôle lors de la coordination au début de l'urgence. Idéalement, tous les secteurs travaillant avec les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants devraient finir par disposer d'un ou plusieurs champion(s) de l'ANJE. Ces champions doivent être formés aux bases de l'ANJE et avoir une bonne connaissance des risques identifiés pour les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants. Si les compétences en ANJE ne sont pas disponibles dans le pays, demandez conseil aux bureaux régionaux ou aux sièges sociaux pour savoir comment procéder (par exemple, des cours en ligne ou des formateurs externes). Le choix des personnes déployées aux premiers stades d'une urgence peut être hors de notre contrôle, mais tous les acteurs ont la responsabilité de veiller à ce que les besoins des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants soient pris en considération. Voir l'annexe 5 pour un exemple de TDR pour un champion de l'ANJE.

Les activités ci-dessous doivent être présentées par l'organisme responsable de l'ANJE ; mais en même temps, il incombe à tous les acteurs d'entreprendre les actions qui leur sont appropriées.

Activités à mettre en place pour le plaidoyer :

- effectuer une analyse critique de toutes les parties prenantes impliquées dans le plaidoyer : qui sont-elles (il peut s'agir d'agences de mise en œuvre, de décideurs, etc.) ? Que font-elles ? Qui est responsable de l'ANJE ? Quels sont leurs plans ? Quelles sont leurs ressources ? Quelles sont leurs priorités ? (Exemple : en Syrie quand il y a eu une épidémie de poliomyélite, les équipes de santé ont été surchargées de travail lors de l'organisation d'une intervention complexe, ce qui devait possiblement être pris en considération lors de la planification des activités de l'ANJE dans les établissements de santé) ;
- développer une stratégie de plaidoyer : cibles, messages et objectifs adaptés au contexte. Selon le temps qui peut être attribué à cette activité, la stratégie peut être une ébauche au début et être élaborée après la phase initiale de l'intervention. L'important est de décider quels sont les objectifs. Par exemple, vous pouvez vous concentrer sur la minimisation des risques de l'alimentation artificielle en plaidant pour une déclaration conjointe avant de plaider pour l'inclusion de l'ANJE dans les plans des autres secteurs ;

- utiliser les mécanismes de coordination existants : assister aux réunions de coordination multisectorielles et celles des autres secteurs ; préparer de courtes présentations avec un ou deux messages clés adaptés au contexte et à l'auditoire. Expliquer pourquoi l'ANJE est importante et comment elle peut être intégrée dans le travail actuel et futur
- s'engager avec les communautés : par exemple, les leaders communautaires, les chefs, les conseils locaux, les réseaux des mères et des responsables d'enfants, les guérisseurs traditionnels, les guides religieux, etc. Organiser des séances de sensibilisation et de conscientisation de la communauté, partager les résultats de l'évaluation du contexte et des besoins, informer de la disponibilité des services et offrir l'occasion aux communautés d'exprimer et de discuter leurs priorités. Utiliser la langue appropriée : la langue locale facilitera la communication ;
- Communiquer aux intervenants externes, tels que les médias et les donateurs, l'importance de la programmation, des priorités et des besoins de l'ANJE.

Action 2 : mobiliser des ressources pour l'ANJE

Mobiliser activement et rechercher des ressources et du financement pour les activités de l'ANJE, en présentant cette dernière comme une priorité pour l'amélioration de la protection et de la survie de l'enfant, idéalement en renforçant les liens ou en faisant partie des activités menées dans les autres secteurs. La mobilisation des ressources se réfère non seulement à l'accès au financement mais aussi à l'augmentation des ressources humaines, des approvisionnements et de l'engagement des donateurs.

Les pratiques adéquates de l'ANJE sont essentielles pour la santé et la survie des nourrissons et des jeunes enfants dans tous les contextes humanitaires. Cependant, l'analyse du contexte devrait fournir des informations sur la nécessité et sur le type des interventions à mener par l'ANJE. Lorsque l'analyse contextuelle identifie des pratiques inappropriées de l'ANJE, des ressources doivent être recherchées afin d'y remédier.

Objectifs :

- intégrer l'ANJE dans les stratégies et les propositions des acteurs concernés ;
- veiller à ce que les objectifs clés du plan d'intervention humanitaire tiennent compte de l'ANJE ;
- s'assurer que les activités de l'ANJE soient financées et qu'elles fassent partie ou soient fortement liées à d'autres activités dans tous les secteurs.

Dans l'analyse du contexte, il est important d'identifier ce qui a été priorisé, et ce qui, par conséquent, recevra l'engagement et le financement des donateurs (donc, les ressources humaines et les approvisionnements). Jusqu'à présent, il est rare que l'ANJE reçoive l'engagement et le financement des donateurs pendant la première phase d'une urgence, en raison du manque de compréhension de la manière dont l'investissement dans l'ANJE peut immédiatement sauver des vies. La promotion en vue d'accroître les opportunités pour l'ANJE devrait se faire à tous les niveaux : mondial, régional, national et sur le terrain. De nombreuses activités de l'ANJE sont peu coûteuses ou gratuites et peuvent donc être incorporées aux activités existantes tant que le personnel est conscientisé et sait comment s'y prendre. Les gestionnaires de l'ANJE ou les champions de l'ANJE devraient explorer activement ces opportunités avec les activités de programme établies et pendant la planification de nouvelles activités.

Il est important que les collecteurs de fonds aient un objectif lié à l'ANJE à proposer afin de recueillir des fonds. L'analyse contextuelle peut fournir des informations sur l'urgence des interventions appropriées d'ANJE. Les gestionnaires de l'ANJE doivent s'assurer que ces informations soient disponibles, documentées et intégrées dans les stratégies et les propositions. Les collecteurs de fonds et les gestionnaires de l'ANJE devraient également partager ces informations avec les médias et promouvoir activement la visibilité. Les gestionnaires de l'ANJE devraient être informés des priorités des donateurs et des mécanismes de financement des bailleurs de fonds par l'intermédiaire de l'organisation dans laquelle ils travaillent. Le contexte renseignera sur les possibilités de financement dans une situation humanitaire spécifique. Le fait d'être informé est essentiel pour s'assurer que l'ANJE est bien incluse dans la liste prioritaire pour le financement et reçoive donc le financement en temps opportun. Les gestionnaires de l'ANJE et les autres gestionnaires sectoriels peuvent influencer le financement en intégrant les composantes de l'ANJE dans les stratégies en fonction des besoins identifiés. Ils peuvent également embaucher des ressources humaines et au besoin organiser l'approvisionnement par le biais d'interventions sectorielles multiples.

Les activités ci-dessous doivent être présentées par l'organisme responsable de l'ANJE dans le cadre du plan d'intervention humanitaire ; mais dans le même temps, il incombe à tous les acteurs d'entreprendre les actions qui leur sont appropriées.

Activités à mettre en place pour mobiliser les ressources :

- fournir une séance d'orientation sur l'ANJE à l'intention du personnel concerné, y compris le personnel financier et autre personnel de soutien, selon les besoins (voir l'action 5) ;
- explorer les interventions et les activités peu coûteuses ou gratuites qui peuvent être intégrées dans un financement existant ou aux activités planifiées au préalable ;
- étudier l'intégration des activités de l'ANJE dans plusieurs secteurs en accord avec les engagements et les priorités des bailleurs de fonds, en élaborant des propositions multisectorielles pour promouvoir et prôner l'intégration appropriée de l'ANJE aux autres secteurs ;
- faire participer activement les champions de l'ANJE dans l'élaboration des stratégies multisectorielles et des propositions. Chercher un soutien supplémentaire auprès des conseillers du siège social, dans la panoplie d'outils de ANJE-U (disponible en ligne ; voir annexe 2) et dans en-net si nécessaire. L'utilisation de la panoplie d'outils d'ANJE-U disponible à l'échelle mondiale est recommandée comme guide.

Action 3 : approuver les politiques clés et se conformer aux normes opérationnelles

Promouvoir les politiques clés spécifiques à l'ANJE et suivre activement leurs indications sur la réalisation d'une ANJE optimale, p. ex. l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) ; le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (le Code) ; les normes Sphère ; la Politique du HCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés ; les Procédures opérationnelles standard du HCR pour la gestion des substituts du lait maternel (SLM) dans les situations de réfugiés pour les enfants de 0 à 23 mois ; et les politiques existantes en matière de nutrition et d'ANJE. L'analyse du contexte permettra d'évaluer quelles politiques sont approuvées et leur niveau de mise en œuvre. Dans les situations d'urgence, les politiques sont souvent considérées comme secondaires par rapport aux interventions vitales. Cependant, les politiques fournissent un cadre qui peut protéger les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants. Par exemple, en respectant le Code, les mères et les responsables d'enfants sont protégés contre les messages trompeurs concernant les besoins alimentaires de leurs

nourrissons et de leurs enfants, messages qui sont véhiculés par le biais d'une commercialisation et d'une distribution inappropriées de substituts du lait maternel. Les gestionnaires de l'ANJE devront identifier les politiques nationales en place en matière de nutrition et d'ANJE et déterminer les politiques qui doivent être prioritaires pour la promotion et la sensibilisation afin de faciliter une plus grande adhésion dans le contexte spécifique dans lequel ils opèrent.

Objectifs :

- élaborer une déclaration conjointe et veiller à ce qu'elle soit signée par les acteurs concernés ;
- intégrer les politiques de l'ANJE dans les sous-accords de partenaires ;
- inclure l'ANJE dans les stratégies et les lignes directrices existantes, etc. (p.ex. dans la stratégie actuelle de santé pour l'opération) ;
- définir une stratégie spécifique à l'ANJE et un plan d'action pour la mise en œuvre des activités clés.

Principales stratégies, normes et méthodologies liées à l'ANJE :

1. Normes Sphère

Il existe dans les normes Sphère deux normes liées à l'ANJE. Elles sont reprises ci-après :

- **Norme Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant 4.1 : directives et coordination des politiques**
Les directives et la coordination des politiques garantissent une alimentation sûre, rapide et appropriée des nourrissons et des jeunes enfants.
- **Norme Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant 4.2 : soutien multisectoriel à l'alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant en situation d'urgence**
Les mères et les proches s'occupant de nourrissons et de jeunes enfants ont accès en temps voulu à une aide alimentaire appropriée, qui réduit les risques au minimum, tient compte de la dimension culturelle et optimise les résultats en matière de nutrition, de santé et de survie.²⁰

2. Initiative des Hôpitaux amis des enfants (IHAB)²¹

L'IHAB est une initiative mondiale soutenue par l'UNICEF et l'OMS pour fournir des directives aux pays afin de mettre en œuvre les dix étapes qui conduisent au succès de l'allaitement maternel dans les services de maternité. Le document fournit des directives aux pays et aux hôpitaux, des outils pour les décideurs et les planificateurs, des conseils sur la façon de promouvoir l'allaitement dans les établissements de santé, du matériel de formation pour le personnel des services de maternité et des outils de suivi. Il s'agit d'une grande initiative née en 1992 et qui a ensuite été mise à jour en 2009.

²⁰ Le projet Sphère (2018). La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire (communication personnel). Disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [7 mai 2018]

²¹ OMS, UNICEF (2009) *Baby Friendly Hospital Initiative*, disponible en ligne : http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/ [18 déc. 2014]

Les dix étapes pour un allaitement maternel réussi sont :

Chaque établissement offrant des services de maternité et des soins aux nouveau-nés devrait :

1. Avoir une politique écrite sur l'allaitement et la communiquer régulièrement à tout le personnel de santé.
2. Former tout le personnel des soins de santé aux compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages et de la gestion de l'allaitement maternel.
4. Aider les mères à initier l'allaitement au sein dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Montrer aux mères comment allaiter et comment entretenir la lactation, même si elles devaient être séparées de leurs nourrissons.
6. Ne pas donner aux nouveau-nés de la nourriture ou de la boisson autre que le lait maternel, sauf en cas d'indication médicale.
7. Pratiquer le "rooming-in" c'est-à-dire permettre à la mère et au nourrisson de rester ensemble 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement à la demande.
9. Ne pas donner de tétines artificielles ou de sucettes aux nourrissons allaités.
10. Encourager la création de groupes de soutien à l'allaitement maternel et en informer les mères lors de leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

En outre, les services de maternité doivent se conformer au Code (ci-dessous).

Pour de plus amples renseignements sur la façon de mettre en œuvre l'IHAB, se reporter à la section 1 du document de l'IHAB, Contexte et Mise en œuvre [Traduction], qui décrit les cinq étapes de la mise en œuvre de l'IHAB à l'échelle nationale. L'IHAB peut être mise en œuvre par l'intermédiaire d'une accréditation d'hôpital à hôpital, mais, comme décrit dans les cinq étapes, la mise en œuvre peut très bien comprendre l'incorporation des dix étapes dans les normes hospitalières.

3. *Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé*²²

« En 1981, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, afin de protéger et de promouvoir l'allaitement maternel, en fournissant des informations adéquates sur l'alimentation appropriée des nourrissons et en réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines. »²³

22 Site Web IBFAN : <http://ibfan.org/the-full-code> [10 déc. 2015]

23 Site web de l'UNICEF : https://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf [10 déc. 2015] - Version anglaise : https://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf

4. Les Directives opérationnelles sur l'ANU²⁴

Les Directives opérationnelles de l'ANU à l'intention du personnel et des administrateurs de programmes proposent des moyens aux praticiens pour qu'ils puissent mettre en application les politiques et les diverses notes d'orientation relatives à l'ANJE-U. Elles proposent :

- Approuver ou élaborer des politiques
- Former le personnel
- Coordonner les opérations
- Évaluer et surveiller
- Protéger, promouvoir et soutenir une ANJE optimale avec des interventions multisectorielles intégrées
- Minimiser le risque d'alimentation artificielle

5. Politique de l'HCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés (Politique du lait du HCR)²⁵

La politique du lait du HCR résume les principes suivis et respectés par le HCR pour aider et contrôler l'utilisation des produits laitiers dans les situations de réfugiés. La politique concerne spécifiquement la gestion des dons non sollicités et la distribution non ciblée des SLM, du lait écrémé en poudre (IecP), du lait entier en poudre (LenP), du lait UHT liquide (traitement à ultra-haute température) et du lait thérapeutique. Les points clés comportent :

- Le HCR protégera, encouragera et soutiendra l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie et l'allaitement continu pendant deux ans ou plus, avec de temps à autre l'utilisation correcte d'aliments complémentaires adéquats.
- Le HCR n'acceptera, ne fournira et ne distribuera de produits laitiers que s'ils peuvent être utilisés sous un contrôle strict et dans des conditions hygiéniques.
- Le HCR n'acceptera pas les dons non sollicités de SLM, de biberons, de tétines et d'aliments commerciaux « pour bébés ». Le HCR collaborera avec l'organisme coordinateur pour limiter les risques de dons non sollicités qui se retrouvent finalement en circulation dans les zones de réfugiés.

24 IFE Core Group (2017) *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence : directives opérationnelles à l'intention du personnel et des directeurs de programme des secours d'urgence*, disponible en ligne : <http://www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017> [04 octobre 2017]

25 HCR, ENN, IFE Core Group, ICH (2006) *Politique du HCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés*, disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/fr/4ad2f86ee.pdf> [18 déc. 2014] - Version anglaise : <http://www.unhcr.org/4507f7842.html>

26 HCR et ENN (2015). *Procédures opérationnelles standard pour la gestion des substituts du lait maternel dans les situations de réfugiés*. <http://www.unhcr.org/55c474859.pdf> [5 mai 2017]

6. Procédures opérationnelles standard du HCR pour la gestion des substituts du lait maternel pour les enfants de 0 à 23 mois dans les situations de réfugiés²⁶

Cette publication fournit des indications sur la façon dont le personnel du HCR et celui de ses partenaires devraient gérer l'alimentation artificielle dans les cas de réfugiés afin de protéger les nourrissons allaités et non allaités. Les POS des SLM comprennent des recommandations de base, des annexes et des études de cas, et fournissent des principes directeurs ainsi que des détails sur la mise en œuvre pratique afin d'aider à l'élaboration des programmes. Les POS des SLM ont été conçues principalement pour être utilisées dans des camps stables, et peuvent donc nécessiter des ajustements pour d'autres environnements.

7. Orientations opérationnelles du HCR relatives à l'utilisation de produits nutritionnels spéciaux chez les populations de réfugiés²⁷

Ces orientations ont été élaborées pour aider le personnel de la nutrition à relever les défis liés à la conception de programmes nutritionnels généraux utilisant en situation d'urgence et en situation de crise prolongée des nouveaux produits nutritionnels spéciaux et des aliments mélangés enrichis. Elles fournissent des conseils techniques pour la mise en place et le maintien des programmes d'intervention, des systèmes de suivi et d'évaluation (S & E), et pour intégrer les meilleures pratiques. Ces orientations opérationnelles comprennent six étapes couvrant les composantes clés de la planification, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des programmes nutritionnels généraux visant à réduire et à prévenir les carences en micronutriments et la malnutrition chez les populations de réfugiés.

Les activités ci-dessous doivent être présentées par l'organisme responsable de l'ANJE, mais en même temps, il incombe à tous les acteurs d'entreprendre les actions qui leur sont appropriées.

Activités destinées aux gestionnaires pour approuver les politiques clés et se conformer aux normes opérationnelles :

- évaluer quelles politiques sont approuvées au niveau national et leur niveau de mise en œuvre : analyser le contexte pour définir quelles politiques devraient être prioritaires pour la promotion et le suivi de l'adhésion ;
- évaluer et réviser les stratégies existantes pertinentes et les sous-accords de partenariat afin de s'assurer que l'adhésion obligatoire aux politiques de l'ANJE y est incluse ;
- avec les acteurs concernés, élaborer une déclaration conjointe qui reconnaisse les risques spécifiques identifiés dans le contexte et les politiques et interventions qui doivent être promues et mises en place pour la survie et le bien-être des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants. Assurer le suivi pour l'obtention des signatures de tous les acteurs concernés ;
- selon le contexte, définir les priorités des politiques à mettre en œuvre (tenir compte de l'impact qui permettra de sauver des vies, du niveau de mise en œuvre requis). Sélectionner la politique à préconiser en premier et procéder de manière séquentielle ;
- définir avec les autorités locales, en coordination avec le secteur de la santé, le niveau de mise en œuvre de l'IHAB. Identifier les obstacles qui doivent être abordés pour une mise en œuvre efficace (par exemple, la formation du personnel du service de la maternité, le soutien à la sensibilisation à l'ANJE lors des soins anténatals (SAN), l'encouragement de l'allaitement maternel exclusif, etc.). Se référer à la section 2 de l'IHAB ;

Après avoir vérifié le statut juridique du Code (lors de l'analyse du contexte), mettre en place des mécanismes clairs pour détecter et signaler les violations au Code (une copie du formulaire de violation peut être trouvée dans la panoplie d'outils de l'ANJE-U, voir l'annexe 2).

²⁷ HCR, UCL et ENN (2011). *Operational Guidance on the Use of Special Nutritional Products to Reduce Micronutrient Deficiencies and Malnutrition in Refugee Situations*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/publications/operations/4f1fc3de9/unhcr-operational-guidance-use-special-nutritional-products-reduce-micronutrient.html> [5 mai 2017]

Action 4: sélectionner les activités ANJE appropriées

Au début d'une situation d'urgence aiguë, prioriser les activités d'ANJE qui sauvent des vies.

Ensuite, se concentrer sur les activités de l'ANJE qui favorisent le changement de comportement, en reconnaissant que les pratiques de l'ANJE sont fortement liées à la culture et s'assurer que les groupes de population concernés soient bien ciblés. Le changement de comportement soutient les interventions qui sauvent des vies et devrait être envisagé dès que possible.

Le contexte influencera le type d'activités à mettre en place. Le personnel de terrain de l'ANJE devra communiquer avec ses collègues et les membres de la communauté et analyser le contexte et les besoins afin de choisir la meilleure façon de concevoir les interventions. En outre, le personnel de l'ANJE au niveau de la direction et du terrain doit analyser toute l'information sur les parties prenantes, le financement et les politiques afin de décider des activités qui sont réalistes et qui auront le plus d'impact sur l'ANJE. Par exemple, si certaines activités de l'IHAB sont identifiées, le personnel de l'ANJE peut être impliqué pour aider les équipes de santé à mettre en œuvre ou à renforcer l'activité.

Les activités proposées dans ce Cadre sont destinées à aider les membres du personnel de l'ANJE à comprendre l'éventail des activités potentielles portant sur l'ANJE, à réfléchir aux problèmes et aux solutions avec leurs équipes et les communautés, et à définir ce qu'il convient de mettre en place dans le contexte dans lequel ils travaillent. Le personnel de terrain devra concevoir des activités en fonction des besoins et des spécificités de la population concernée. Les activités devraient être techniquement valables : se reporter aux directives existantes sur la programmation de l'ANJE pour sélectionner les interventions appropriées, p. ex. la section 5 (Protéger, encourager et soutenir la nutrition optimale du nourrisson et du jeune enfant grâce à des interventions multisectorielles intégrées) des Directives opérationnelles sur l'ANU²⁸ ou la section 2.4.4 (Priorisation des interventions) du Guide de programmation de l'UNICEF sur l'ANJE²⁹.

Objectifs :

- établir des activités complètes et vitales pour protéger, promouvoir et soutenir les pratiques adéquates de l'ANJE ;
- sélectionner les activités de l'ANJE qui favorisent le changement de comportement, en reconnaissant que les pratiques d'ANJE sont fortement liées à la culture ;
- identifier les besoins de formation et organiser des formations sur l'ANJE pour le personnel concerné, avec, le cas échéant, des formations de recyclage régulières.

Il incombe à tous les acteurs d'entreprendre les activités proposées dans le cadre de cette action.

Activités d'ANJE-U

Les interventions qui sauvent des vies devraient être priorisées en fonction du contexte. Par exemple, les interventions visant à réduire au minimum les risques d'alimentation artificielle devraient être établies

28 IFE Core Group (2017) *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence : directives opérationnelles à l'intention du personnel et des directeurs de programme des secours d'urgence*, disponible en ligne : <http://files.enonline.net/attachments/121/ops-guidance-french-sept-07.pdf> - Version anglaise : <http://www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017> [04 octobre 2017]

29 UNICEF (2012) *Guide de programmation sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. Disponible en ligne : https://www.unicef.org/Final_IYCF_programming_guide_June_2012.pdf [1 mai 2018]

rapidement, en particulier si le contexte montre que les nourrissons ont été nourris artificiellement avant l'urgence ou si l'on observe que les mères et les proches ont tendance à nourrir les nourrissons avec des substituts de lait maternel. Les gestionnaires de l'ANJE et le personnel sur le terrain devraient collaborer avec le personnel de l'enregistrement pour s'assurer que le dépistage des nourrissons est fait lors de l'enregistrement afin d'identifier et d'orienter les nourrissons à risque ou ceux qui sont très vulnérables (c'est-à-dire, les orphelins, les enfants de <6 mois non allaités, les nourrissons malades ou les nourrissons malnutris). Ceci permettra de diriger rapidement les nourrissons ayant des besoins immédiats.³⁰



© UNHCR/David Azia

30 Questionnaire de dépistage chez les nourrissons du HCR. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/544a51ff9.html> [10 déc. 2015]

Activités proposées tirées des Directives opérationnelles sur l'ANU :

Mesures pratiques, Section 3. « Le gouvernement est l'autorité en chef de coordination pour les opérations d'alimentation du nourrisson en situations d'urgence. Dans les situations concernant des réfugiés, l'Agence des Nations unies pour les réfugiés est responsable de la coordination pour les opérations de ANU. »

- **Collaboration multisectorielle** : 5.32 sous-section xiii. « Travailler avec les coordonnateurs de camp et les prestataires de gestion de camp pour protéger et aider les familles ayant des enfants de moins de deux ans et les FEA, en facilitant l'accès aux services essentiels et à des conditions de vie adéquates pour les familles avec enfants de moins de 2 ans et les FEA ; et fournir des données démographiques ventilées. « Le personnel de l'ANJE devrait collaborer avec les collègues du logement et établissements humains pour déterminer et organiser des aires de repos et des coins d'allaitement pour les mères, en mettant l'accent sur la discrétion, l'ombre et la fourniture d'eau potable ;
- établir un système de référence à partir des données des centres d'enregistrement et/ou des camps de transit pour les mères, leurs nourrissons et/ou les enfants ayant des problèmes d'alimentation. Assurer la formation du personnel et le suivi des personnes orientées (inclure à l'enregistrement le questionnaire de dépistage du VIH / SIDA du HCR).

Intervention globale 5.4. « Mettre en place des services de soutien ANJE accessibles pour les enfants à risque, les nourrissons et les mères, tels que les orphelins, les enfants non accompagnés, les nourrissons qui ne sont pas nourris au sein ; les enfants ayant un handicap qui affectent leur alimentation ou dont les personnes qui s'en occupent sont handicapés 29 ; les mères en détention ; les enfants dont les mères sont malades ; les mères adolescentes ; les nourrissons prématurés ; les nourrissons en insuffisance pondérale à la naissance (IPN) ; et les enfants et / ou les mères souffrant de malnutrition aiguë. »

- le personnel de l'ANJE doit collaborer avec des collègues de la protection de l'enfance pour identifier ces nourrissons et ces jeunes enfants ;
- le personnel de l'ANJE doit mettre en place une structure pour accueillir et conseiller les mères, les proches aidants, les nourrissons et les enfants référés pour un soutien qualifié une fois que les difficultés d'alimentation sont identifiées (p. ex. lors de l'enregistrement).

Intervention générale 5.17. « Déterminer les besoins en préparations alimentaires pour nourrissons en faisant procéder à **une évaluation individuelle**⁴² par un agent de santé ou de nutrition qualifié et formé aux questions relatives à l'allaitement et à l'alimentation du nourrisson. Fournir une éducation individuelle, des démonstrations individuelles et une formation pratique du responsable de l'enfant sur la préparation alimentaire hygiénique et saine. Assurer un suivi (au moins deux fois par mois) et repérer les défaillances. »

- le personnel de l'ANJE mettra en place une structure où les mères et les enfants de 0 à 23 mois seront vus par un agent de santé qualifié qui évaluera les problèmes d'alimentation et déterminera le soutien nécessaire, p. ex. l'éducation en matière d'alimentation artificielle et de préparation saine, le soutien qualifié pour la relactation, des conseils sur l'allaitement, etc. conformément aux Procédures opérationnelles standard du HCR sur la gestion des substituts du lait maternel dans les situations de réfugiés (POS des SLM du HCR) ;
- le personnel de l'ANJE doit assurer la liaison avec les membres de la communauté pour évaluer la possibilité du recours au nourrices (est-ce culturellement acceptable ?) ou comment gérer les dons de lait maternel conformément aux POS des SLM du HCR (conservation, règlements liés aux dons).

La stratégie de sortie devrait être élaborée et intégrée dès la phase de planification de la réponse. Pour les situations d'urgence très brèves et pour les interventions à plus long terme, la durabilité des interventions appropriées dans le domaine de l'ANJE devrait être une préoccupation pendant la phase 1, avant le démarrage de toute nouvelle activité ANJE.

Changement de comportement

Les activités destinées à sauver des vies doivent être complétées dès que possible par des interventions amenant à un changement de comportement. Les comportements sont influencés par divers facteurs touchant la mère et l'enfant, tels que le contexte, la communauté et l'environnement. Le personnel de l'ANJE devrait évaluer et ensuite identifier les facteurs qui influencent et les éventuels obstacles afin de concevoir des activités appropriées pour faire face aux contraintes identifiées. Tout changement de comportement lié à l'ANJE est susceptible d'être atteint si plusieurs groupes sont ciblés, en particulier les mères, les pères,

les grands-mères, d'autres membres de la famille proche ou les responsables d'enfants, ainsi que d'autres personnes modèles dans la communauté. Si un changement doit s'opérer, le changement de comportement repose sur l'engagement communautaire et individuel.

Activités de changement de comportement :

- identifier tous les groupes de la communauté qui pourraient influencer les pratiques de l'ANJE : mères, pères, grands-mères, belles-mères, guérisseurs traditionnels, leaders religieux, groupes d'hommes, aînés, fratrie, etc. Celles-ci sont connues sous le nom d'influenceurs clés ou de gardiens du changement ;
- préférer le changement de comportement individuel (pour les proches aidants et les personnes influentes) à des campagnes de masse. Les campagnes de masse sont utiles pour communiquer des messages mais ont une influence limitée sur les comportements individuels ;
- identifier les obstacles aux pratiques optimales de l'ANJE, puis utiliser ces obstacles pour concevoir des activités pertinentes (*voir l'annexe 8 pour plus d'informations sur la conception pour le changement de comportement (DBC) et les exemples de cadres de DBC spécifiques à l'ANJE*).

Renforcement des capacités - formation du personnel d'ANJE

Les interventions de qualité requièrent un personnel d'ANJE qualifié. Cependant, le personnel qualifié pour les interventions de l'ANJE peut être difficile à trouver rapidement, en particulier en situation d'urgence. La formation et le renforcement des capacités de la main-d'œuvre disponible constituent un moyen efficace d'accroître les ressources humaines disponibles. Des formations spécifiques à l'ANJE doivent être dispensées au personnel qui participera directement aux interventions de l'ANJE, normalement dans la nutrition, la santé, le soutien psychosocial et/ou la protection de l'enfance. Les formations devraient cibler les gestionnaires, le personnel des installations et les travailleurs communautaires. Des formations plus courtes et ciblées sur l'ANJE devraient être organisées pour le personnel qui travaillera dans d'autres secteurs étroitement liés à l'ANJE tels que l'éducation, l'EAH, la sécurité alimentaire et les moyens d'existence, le logement et les établissements humains et/ou la gestion de camps. Dans un contexte d'urgence, où le temps est très précieux et les ressources utilisées à plein régime, le renforcement des capacités devrait se limiter à la fourniture de ce qui est « juste assez » et « juste à temps », c'est-à-dire une formation suffisante pour couvrir les compétences nécessaires pour que le personnel de différents secteurs, et de différents niveaux au sein du même secteur, puisse s'acquitter de ses responsabilités. Enfin, des séances d'orientation devraient être organisées pour d'autres groupes qui doivent connaître l'ANJE, mais ne travailleront peut-être pas directement avec les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants, comme les relations extérieures, la gestion de l'information, la trésorerie, la logistique, etc. Pour plus de détails sur les séances d'orientation, lire sur le renforcement des capacités dans l'action 5.

Il est essentiel de s'assurer que le personnel reçoive une formation initiale et une formation de recyclage régulière. La rotation du personnel est une grande préoccupation, surtout en situation d'urgence, puisque dans ces environnements difficiles il est fréquent que les périodes d'emploi ou de déploiement soient plus courtes. Le nouveau personnel devrait toujours recevoir une formation initiale en ANJE afin de maintenir le niveau d'expertise requis en ANJE dans une équipe. La durée de la formation devrait être adaptée au temps disponible - pendant la première phase d'une urgence, il pourrait y avoir peu de temps et un besoin accru de mettre en place des activités. Il est possible d'envisager des moyens d'adaptation : par exemple, on pourrait débiter par une formation accélérée d'une journée pour deux équipes, puis l'équipe A commencerait les activités pendant que l'équipe B suivrait un complément de formation ; ensuite l'équipe B remplacerait l'équipe A et cette dernière compléterait sa formation. Dans tous les cas, la formation complète devrait être dispensée dès que possible. (Voir l'annexe 7 pour les programmes de formation suggérés).

Le profil du personnel recruté pour un soutien spécifique à l'ANJE est important à considérer. Le personnel technique de l'ANJE devrait idéalement posséder les compétences appropriées (ou une formation reconnue en compétences techniques et en communication) pour fournir un soutien qualifié (voir l'annexe 9). Il faut éviter d'assigner des responsabilités nécessitant des compétences particulières à du personnel non qualifié.

Enfin, lorsque les services de l'ANJE sont en place, les équipes de celle-ci devraient informer les autres secteurs des services disponibles par le biais de mécanismes de coordination intersectorielle. Des systèmes de référence devraient être mis en place pour que les FEA, les nourrissons et les enfants puissent être orientés vers les services de l'ANJE par d'autres secteurs et pour que les équipes de l'ANJE puissent orienter les bénéficiaires potentiels vers d'autres secteurs. Plus de détails sur les systèmes de référence sont disponibles dans l'action 5, et sur la coordination dans l'action 6.

Activités de renforcement des capacités - formation du personnel de l'ANJE :

- préparer un plan stratégique, complet, opportun et réaliste pour le renforcement des capacités ;
- sélectionner des formateurs compétents et motivés. Il est préférable d'avoir des formateurs locaux - que ce soit en interne ou à partir des ressources nationales compétentes, ayant une expérience ou une connaissance préalable de la population touchée, idéalement parlant la même langue que le personnel - s'ils possèdent les connaissances et les compétences nécessaires ;
- mettre en place le renforcement des capacités de tout le personnel concerné en fonction du rôle de chacun dans l'intervention sur l'ANJE : ANJE, nutrition, psychosocial, services communautaires, équipes de santé dans les services de maternité, agents de santé communautaires et autres groupes de personnel concernés. Une formation commune favorise la collaboration entre tous les membres du personnel, peu importe leur domaine d'expertise. Cibler tout le personnel susceptible de rencontrer un bénéficiaire requérant un soutien et s'assurer qu'il est en mesure de reconnaître les signes et les symptômes d'un cas nécessitant une orientation. Par exemple, le personnel travaillant dans les soins postnatals (SPN) sera en mesure d'identifier un problème d'allaitement. (Des exemples d'ordre du jour de la formation figurent à l'annexe 7);
- garantir à tout moment la disponibilité des conseils sur l'ANJE en mettant à disposition du personnel du matériel de formation et des outils visuels. Les outils visuels sont particulièrement importants au cours de la première phase d'une situation d'urgence, lorsque le personnel n'a pas encore toute l'expérience requise, pour renforcer la confiance et améliorer le soutien de qualité ;
- Après toute formation, établir un système pour le suivi, le soutien, le feedback et la supervision de tous les participants, en fonction de la situation.

Action 5 : intégrer l'ANJE aux autres secteurs

« L'ANJE-U porte sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, mais pour assurer cette dernière ainsi que les soins appropriés pour l'enfant, elle requiert la responsabilité et l'engagement intersectoriels, y compris de l'EAH, de la gestion du camp, de la sécurité, du logement et des établissements humains, de la santé, de la sécurité alimentaire et moyens d'existence, de la logistique, de la protection de l'enfance, de la coordination générale. »³¹

Ce Cadre vise à optimiser les conditions pour des interventions adaptées à l'ANJE dans un contexte de réfugiés. L'intégration intersectorielle est essentielle pour y parvenir. Une intégration effective est obtenue lorsque les secteurs ont des objectifs stratégiques communs et des activités qui respectent les priorités de chacun tout en contribuant à un but commun. L'intégration n'est pas un concept nouveau dans le domaine

31 Save the Children (2014) *Trousse d'ANJE-U : ressources de démarrage rapide pour le personnel de nutrition d'urgence*, disponible en ligne : bit.ly/YCFEtoolkit [14 mai 2018]

humanitaire. Pourtant en pratique, elle aboutit souvent à des interventions verticales, avec des programmes déployés en parallèle et qui, dans le meilleur des cas, visent simplement les mêmes personnes.

L'un des obstacles à l'intégration effective est le manque de connaissances des différents secteurs entre eux. La faible conscience et la mauvaise connaissance des priorités ou du jargon technique des autres secteurs aboutissent souvent à des occasions manquées d'intégration effective. Cette action suggère des moyens pour faciliter la sensibilisation dans tous les secteurs. Selon le contexte et les risques identifiés pour les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants, les secteurs qui pourraient bénéficier de la collaboration avec l'ANJE et vice versa devraient être ciblés. Le contexte aura une incidence sur les priorités. Il est important de garder à l'esprit qu'en situation d'urgence, le contexte peut changer très rapidement et les priorités évolueront en conséquence.

La section 3 décrit plus en détail l'intégration sectorielle organisée par domaine technique. La préparation des chapitres sectoriels a été un processus consultatif au cours duquel des collègues de chaque secteur, au siège et sur le terrain, ont été consultés et ont validé la pertinence du contenu des chapitres sectoriels.

Objectifs :

- intégrer les activités de l'ANJE dans les interventions d'autres secteurs et intégrer les activités d'autres secteurs dans les interventions de l'ANJE ;
- mettre en place un système de référence intersectoriel ;
- organiser des orientations ou formations sur l'ANJE pour le personnel sur le terrain et les bénévoles de tous les secteurs et s'assurer qu'ils ont accès à un aide-mémoire d'une page avec les points clés de l'ANJE (voir l'annexe 6).

Il incombe à tous les acteurs d'entreprendre les activités proposées dans le cadre de cette action.

Renforcement des capacités - formation et orientation du personnel des autres secteurs

Pour lever la barrière de la « connaissance », un processus bidirectionnel doit être établi : **informer et être informé**. Dans ce Cadre, les chapitres sectoriels sont des outils pour un partage réciproque de l'information. Les différents chapitres sectoriels peuvent aider le personnel de l'ANJE à mieux comprendre ses collègues des autres secteurs et vice versa. Le personnel de l'ANJE devrait également trouver des façons de transmettre et d'expliquer des informations sur l'ANJE et d'en présenter les services disponibles aux collègues des autres secteurs par le biais de la formation et de l'orientation. Il est également de sa responsabilité de distribuer des aide-mémoires sur l'ANJE liés à la séance d'orientation accessibles à tout le personnel de l'ANJE et d'autres secteurs.

Le personnel qui travaille dans des secteurs susceptibles d'intégrer des activités adaptées à l'ANJE - tels que la protection de l'enfance, les services communautaires, l'éducation, la sécurité alimentaire, la santé publique, les moyens d'existence, le logement et les établissements humains, l'EAH, ou la gestion du camp - devraient recevoir des formations adaptées à leurs besoins. Comme le roulement du personnel est une grande préoccupation en particulier en situation d'urgence, le personnel de l'ANJE devrait animer des formations régulièrement pour s'assurer que tout le nouveau personnel soit formé à l'ANJE. Une fois de plus, il est recommandé de fournir ce qui est « juste assez » et « juste à temps » dans les situations d'urgence jusqu'à ce que des ressources supplémentaires soient obtenues et que plus de temps soit disponible. Voir l'annexe 7 pour les ordres du jour proposés pour différentes formations.

Des séances d'orientation devraient être organisées pour d'autres collègues et acteurs qui devront connaître l'ANJE, mais ne travailleront peut-être pas directement avec les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants, comme les relations extérieures, la gestion de l'information, la trésorerie, la logistique, etc. La formation à l'ANJE des collègues des relations extérieures et ceux de la gestion de l'information peut être cruciale pour la sensibilisation ainsi que la mobilisation du financement, alors que la logistique et l'unité de trésorerie peuvent jouer un rôle clé dans le traitement des distributions et la priorisation du matériel d'ANJE - tels que les ustensiles d'alimentation, les SLM ou l'argent pour l'alimentation complémentaire. Il serait avantageux de former l'unité de trésorerie et les équipes logistiques au Code et aux Procédures opérationnelles standard pour la gestion des SLM³².

Activités de renforcement des capacités – formation et orientation du personnel d'autres secteurs :

- mettre en place la formation du personnel de la protection de l'enfance, des services communautaires, de l'éducation, de la sécurité alimentaire, de la santé publique, des moyens d'existence, du logement et des établissements humains, de l'EAH et/ou de la gestion du camp pour sensibiliser les collègues à propos de l'ANJE et des besoins des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants ;
- concevoir des séances de formation et d'orientation sur l'ANJE en fonction des besoins et des attentes des collègues afin d'assurer la participation : une journée entière ou une demi-journée de formation pour souligner l'importance de l'ANJE, ou des séances plus courtes sur des points spécifiques ; par exemple, les besoins d'alimentation et de soins des FEA et des enfants de 0 à 23 mois, ou l'importance des aires de repos pour les FEA et la meilleure façon de les mettre en place ;
- mettre en place des séances d'orientation pour d'autres unités ou secteurs concernés, notamment les relations extérieures, la gestion de l'information, la trésorerie, la logistique, etc.;
- développer et diffuser un document plastifié à afficher sur le mur et qui peut être utilisé comme un aide-mémoire des points clés de l'ANJE, en particulier pour le personnel qui ne travaille pas directement dans l'ANJE (exemple en annexe 6). Il devrait énumérer les points que tout le personnel, quel que soit son secteur ou sa fonction, devrait garder à l'esprit pour s'assurer que toute personne nécessitant un soutien en ANJE soit identifiée et priorisée. Encourager l'utilisation des images à partir du contexte local, et adapter le contenu en fonction de celui-ci. Utiliser le document dans les lieux de distribution alimentaire, dans les bureaux de la gestion du camp, dans les lieux de rassemblement des bénévoles communautaires, dans les lieux d'enregistrement, etc.

Systèmes de référence

La connaissance des services disponibles permet de diriger les bénéficiaires vers les structures ou les services de soutien appropriés en fonction de leurs besoins. **Pour que l'intégration soit effective, des systèmes de référence solides entre les différents secteurs devraient être mis en place et soutenus par tous les acteurs et mécanismes de coordination.** Dans les camps de réfugiés, le rôle de l'agence responsable de la gestion de camps devrait être perçu comme une occasion de mettre en place des mécanismes de référence. La gestion de camps joue un rôle clé dans la coordination et la participation communautaire, et constitue une plateforme nécessaire pour appuyer la mise en œuvre, le suivi et l'extension des activités liées aux références. Dans les contextes où il n'y a pas de camp, il faudrait rechercher d'autres mécanismes de coordination, soit des systèmes de coordination établis pour l'intervention liée aux réfugiés, soit d'autres réseaux communautaires ou mécanismes de coordination existants et appropriés.

32 HCR et ENN (2015). *Procédures opérationnelles normalisées pour la gestion des substituts de lait maternel dans les situations de réfugiés*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/55c474859.pdf> [5 mai 2017]

Activités pour mettre en place un système de référence :

- mettre en place un système de référence avec les vérifications requises pour le suivi afin de s'assurer que tous les renvois arrivent à leur destination. Par exemple, concevoir et utiliser des coupons de référence (1 pour le bénéficiaire, 1 pour le service vers qui le bénéficiaire est envoyé, et 1 pour le service qui envoie le bénéficiaire, à des fins de vérification croisée) ;
- s'assurer que le système de référence fonctionne bien dans les deux sens : d'autres secteurs identifient les bénéficiaires qui ont besoin du soutien en ANJE et les équipes de l'ANJE identifient les bénéficiaires qui ont besoin d'un autre soutien sectoriel. Par exemple, les mères adolescentes doivent être protégées et conseillées en matière de soins à apporter à leur enfant : les conseillères en ANJE peuvent aider la jeune mère à prendre des décisions éclairées sur la façon de nourrir son enfant et elles peuvent la diriger vers des services de protection de l'enfance pour un soutien psychosocial et/ou des conseils en compétences parentales si nécessaire. Les deux équipes auront un rôle à jouer dans la protection du nourrisson et de la jeune mère ;
- veiller à ce que le personnel des deux secteurs soit informé des mécanismes de référence : quels services et références pertinents existent, les avantages de la référence pour la mère et l'enfant, les aspects pratiques de ce mécanisme.

Action 6 : coordonner les activités adaptées à l'ANJE

Une programmation effective de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant nécessite une forte coordination entre tous les acteurs. Une mauvaise coordination peut conduire à une programmation infructueuse, inefficace, et inappropriée voire nuisible. Construire une compréhension commune de l'ANJE chez les acteurs et assurer une résolution rapide des problèmes sont les deux éléments clés d'une coordination efficace.

Au vu du contenu des actions et des activités proposées dans ce Cadre, la coordination est la pierre angulaire de son succès. La coordination facilitera l'évaluation multisectorielle du contexte et des services, la hiérarchisation des actions liées à la gestion ainsi que la sélection des activités spécifiques et adaptées à l'ANJE en collaboration avec d'autres secteurs. Les utilisateurs de ce Cadre devraient, en permanence, tenir compte de la coordination : depuis les activités de préparation, jusqu'aux situations de crises prolongées, en passant par la première phase d'une situation d'urgence. La coordination facilite toutes les actions proposées dans ce Cadre. Le personnel de l'ANJE devrait réfléchir à des possibilités de coordination au quotidien, de l'étape d'analyse du contexte à celle de mise en œuvre des interventions. La coordination devrait se faire à tous les niveaux - local, national, régional et mondial - afin d'assurer une communication et une prise de décision appropriées. Dans ce Cadre, nous proposons que les champions de l'ANJE deviennent des acteurs clés de la coordination des activités spécifiques et adaptées à l'ANJE (voir ci-dessous).

Objectifs :

- activer ou établir des mécanismes de coordination pertinents pour une programmation spécifique et adaptée à l'ANJE ;
- impliquer des acteurs à tous les niveaux dans la coordination : de la haute direction, aux membres de la communauté, en passant par le personnel présent sur le terrain ;
- partager des informations pertinentes sur les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants ainsi que sur la programmation de l'ANJE de façon opportune et transparente et ce à grande échelle.

Dans le cadre d'une action humanitaire, il existe deux grands mécanismes de coordination qui peuvent être activés : les interventions conduites par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et les interventions dirigées par les clusters. Le HCR sera impliqué lorsque la crise touche des réfugiés tandis que l'intervention des clusters devrait se faire dans des situations qui ne les concernent pas³³. Dans un camp de réfugiés ou dans un contexte similaire, l'organisation responsable de la gestion de camps (soit le HCR ou des partenaires) gèrera et facilitera la coordination entre les communautés et les acteurs qui y offrent des services. Dans les situations de populations non réfugiées où les clusters sont activés, le cluster de CGC sera l'organe de coordination³⁴. Les mécanismes intersectoriels de coordination des clusters seront également pertinents pour assurer la coordination et l'intégration de l'ANJE dans les contextes où il n'y a pas de réfugiés. En outre, il peut y avoir différents mécanismes de coordination informels, dirigés par des ONG, des consortiums ou des individus actifs dans la région. Il est donc important que le gestionnaire et les champions de l'ANJE analysent les activités de coordination qui sont présentes, et y contribuent tout en préconisant un mécanisme de coordination plus simplifié pour l'ANJE par le biais des plateformes existantes.

Dans toutes les interventions liées aux réfugiés, le gouvernement hôte jouera un rôle clé dans la coordination. La forme que prend l'intervention liée aux réfugiés (camp, intégration urbaine, etc.), le niveau d'intégration (dans les systèmes de santé, les écoles, etc.) ainsi que les possibilités d'action pour les réfugiés (permis de résidence, permis de travail, etc.) sont grandement dirigés par le gouvernement hôte. Dans le contexte de l'ANJE, la collaboration avec le Ministère de la Santé est particulièrement importante. Il se peut qu'une stratégie, des politiques et des procédures de l'ANJE aient déjà été développées dans le système de santé local. Dans la mesure du possible, le HCR cherche à intégrer les réfugiés dans les programmes nationaux d'ANJE et de santé de l'enfant.

Pour une coordination réussie d'une situation d'urgence, un plan de Réduction des Risques de Catastrophes (RRC) devrait être élaboré et approuvé au niveau national en amont d'une urgence. Une bonne RRC peut atténuer l'impact d'une situation d'urgence sur la population touchée. Elle assure que la population est mieux préparée pour une situation d'urgence et qu'elle est moins susceptible de recourir à des stratégies d'adaptation négatives. Dans le contexte de l'ANJE, une bonne RRC peut induire, chez la population, une compréhension des pratiques appropriées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Elle peut inclure l'acceptation de l'allaitement maternel comme optimum et la compréhension des mythes autour de l'allaitement maternel, de sorte que celui-ci se poursuive en situation d'urgence et que le personnel soignant ne se tourne pas vers des dons de Substituts au Lait Maternel (SLM). La RRC peut également intégrer une connaissance de l'alimentation complémentaire adaptée à l'âge ainsi que des besoins spécifiques des FEA, y compris la hiérarchisation des aliments pour les jeunes enfants (6-23 mois) et les FEA dans les situations où les produits alimentaires sont limités. Dans le contexte de l'ANJE, la RRC peut aussi se concentrer sur la préparation de la population aux défis liés à l'ANJE et spécifiques aux situations d'urgence, par exemple une augmentation des dons de SLM dangereux et inadéquats. Il est essentiel de veiller à ce que tout le travail de l'ANJE soit axé autour de l'amélioration de la résilience de la population et donc sur la réduction des risques de catastrophes liées aux pratiques de l'ANJE. Tous les objectifs et toutes les actions de ce Cadre visent ce but. La RRC est intégrée à toutes les actions et activités de ce Cadre.

Outre la coordination entre les gouvernements et les organisations, celle-ci devrait également se faire au niveau communautaire. Il est souhaitable d'identifier et de coordonner activement les mécanismes existants de mobilisation communautaire. Les structures et les leaders communautaires, à l'échelle locale, peuvent être utiles dans la coordination, bien que des précautions doivent être prises pour s'assurer que ceux-ci

33 Pour certains secteurs, le HCR aura un rôle de leadership pour les situations des PDI aussi, même si pour la nutrition, le HCR est responsable seulement des situations de réfugiés et le Cluster est activé pour les PDI.

34 La gestion du camp et la CGC (coordination et gestion de camps) sont souvent utilisées de façon interchangeable, bien que, à proprement parler, la CGC est le nom du cluster sectoriel. Comme les clusters ne sont pas activés pour les situations de réfugiés, l'organisation responsable de la gestion de camps serait l'organe de coordination dans le contexte des réfugiés.

n'excluent pas certaines personnes ; par exemple celles qui sont moins susceptibles de s'exprimer dans un forum public en raison de coutumes culturelles.

Pour plus d'informations sur la coordination :

- Emergency handbook³⁵, HCR - chapitre 6 « Operations planning »
- Nutrition Cluster Handbook³⁶ - Plusieurs chapitres selon l'aspect de la coordination
- Reference Module for Cluster Coordination at Country Level³⁷ - Sections 1, 8, 9 et 10
- Modèle de coordination pour les réfugiés³⁸ - document complet

Les activités ci-dessous doivent être présentées par l'organisme responsable de l'ANJE ; mais en même temps, il incombe à tous les acteurs d'entreprendre les actions qui leur sont appropriées.

Activités de coordination :

- identifier les champions de l'ANJE dans différents mécanismes de coordination stratégiques pour s'assurer que l'ANJE soit prise en compte dans les processus décisionnels ;
- activer ou établir des mécanismes de coordination pertinents pour une programmation spécifique et adaptée à l'ANJE ;
- inclure les informations de l'ANJE dans les évaluations initiales rapides ;
- identifier les structures ou forums pertinents pour partager les informations relatives aux FEA, aux nourrissons et aux jeunes enfants de manière opportune et transparente ;
- En collaboration avec la gestion de camps, la planification du site et l'EAH, allouer suffisamment d'espace pour les activités de l'ANJE, et assurer l'entretien, ainsi que la disponibilité des installations sanitaires et d'eau potable – y compris les EAB ;
- engager les mécanismes pertinents afin de superviser le système de référence, car celui-ci impliquera de multiples acteurs, comme la gestion du camp, les réseaux communautaires, etc.

35 HCR (2015). Emergency Handbook. Disponible en ligne : <https://emergency.unhcr.org> [18 déc. 2015]

36 Cluster mondial de nutrition (2013). Nutrition Cluster Handbook: A practical guide for country-level action, disponible en ligne : <http://www.humanitarianlibrary.org/resource/nutrition-cluster-handbook-practical-guide-country-level-action-0> [18 déc. 2014]

37 IASC (2013) Reference Module for Cluster Coordination at the Country Level. Disponible en ligne, p. 14 <https://www.humanitarianresponse.info/en/coordination/clusters/document/iasc-reference-module-cluster-coordination-country-level-0> [1 mai 2018]

38 HCR (2014) Modèle de coordination du HCR pour les réfugiés, disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/fr/53d261b36.pdf> [18 déc. 2014] - Version anglaise : <http://www.unhcr.org/53679e2c9.html>

Le rôle de la gestion de camps dans la gestion de l'ANJE et des SLM, partage d'une expérience au sein du camp de Zaatari, en Jordanie :

- « La gestion de camps a joué un rôle clé dans la mise en œuvre de l'ANJE à Zaatari. Les premières étapes étaient :
- La diffusion des deux documents d'orientation (POS et note d'orientation) lors de la réunion de coordination du camp et la présentation du programme dans le cadre des différents groupes de travail et de réunions sur le terrain.
- Il était essentiel que les principaux points soient clarifiés à tous les partenaires :
 - La gestion de camps est le point de référence auquel se référer dans les cas où les partenaires se voient offrir tout type de don lié aux SLM, aux biberons ou aux tétines
 - La gestion de camps a été désignée comme point de référence auquel devrait être signalée toute distribution quelle qu'en soit la nature (violations)

Ces activités ont été annoncées chaque semaine lors des réunions de coordination de la santé. De plus, le suivi rigoureux et l'appui du HCR et du Ministère de la Santé ont grandement facilité le travail des équipes de l'ANJE.

Zaatari s'est agrandi rapidement, et de nombreuses réunions et groupes de travail se sont déroulés en même temps. Le HCR s'est assuré qu'il y avait un organe de coordination très solide, ce qui a permis d'éviter le double emploi des activités et de tenir tout le monde informé de ce que faisaient les autres partenaires. Les messages clés de l'ANJE ont été délivrés régulièrement à tous les groupes de travail. Le taux de renouvellement élevé du personnel a été l'un des défis à relever, mais des séances d'orientation régulières ont été organisées pour différents partenaires participant aux réunions sur la santé. » [Traduction] (Sura Alsamman, Save the Children Jordanie)

Action 7 : mettre en œuvre le suivi, l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage (SERA)

S'assurer que le travail de l'ANJE soit contrôlé à l'aide d'indicateurs appropriés intégrés dans les systèmes de SERA existants, notamment des indicateurs pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation d'objectifs de haut niveau.

Il s'agit d'une action pour les gestionnaires et le personnel sur le terrain car chaque personne impliquée dans l'ANJE a un rôle à jouer dans le suivi, l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage. Avec le SERA, le suivi et l'évaluation sont davantage développés car les acteurs doivent également démontrer leur redevabilité et leur apprentissage en lien avec les activités. Comme ce Cadre est un guide pratique, il existe plusieurs suggestions d'activités à mettre en place selon un contexte spécifique. En fonction du contexte opérationnel, les gestionnaires de l'ANJE devraient élaborer un plan afin d'assurer le suivi de ces activités, de les évaluer mais aussi d'afficher leur redevabilité, et de retirer des enseignements de leur mise en œuvre. En outre, les gestionnaires d'autres secteurs qui mettent en place des activités adaptées à l'ANJE devraient s'assurer que celles-ci fassent partie d'un plan à contrôler et à évaluer. Des exemples d'indicateurs se trouvent dans les chapitres sectoriels de la deuxième moitié du Cadre ANJE. Le système de SERA - mis au point par le personnel de S & E ou SERA, le personnel de l'ANJE ou tout autre personnel concerné - sera alors mis en œuvre en fonction du contexte et de la stratégie. Si les processus de suivi, d'évaluation et de redevabilité sont en place, alors les gestionnaires de l'ANJE et ceux des autres secteurs auront toutes les informations nécessaires pour assurer l'apprentissage.

Objectifs :

- assurer le suivi des activités de l'ANJE en utilisant des indicateurs appropriés dans les systèmes de suivi existants ;
- Faire participer les membres de la communauté - y compris les mères, les pères et les autres personnes qui s'occupent de nourrissons et de jeunes enfants - à toutes les étapes de l'intervention destinée aux réfugiés ;
- Utiliser les rapports de programme et de suivi afin de faciliter l'apprentissage.

Dans ce Cadre, nous considérons le système de SERA comme un outil facultatif qui permet aux utilisateurs principaux du Cadre de rassembler et de compiler des informations de différents secteurs pour mesurer l'impact du Cadre et le succès de l'intégration de l'ANJE à d'autres secteurs. Les activités proposées pour cette action doivent être présentées par l'organisme responsable de l'ANJE - le personnel de l'ANJE en collaboration avec le personnel de S & E ou SERA. En même temps, il incombe à tous les acteurs concernés d'entreprendre des actions qui leur sont appropriées.

Suivi et évaluation

L'objet principal du suivi est de promouvoir les actions et les activités dans les différents secteurs. Le suivi des activités adaptées à l'ANJE pourrait être mis en place en dehors d'un système de S & E spécifiquement élaboré. Cependant, il pourrait être, de préférence, intégré dans des outils de collecte de données et de rapports déjà existants, y compris dans des « listes de vérification » utilisées par le personnel d'autres secteurs. Par exemple, le secteur de la santé publique recueille déjà des informations via un Système d'Information en Santé (SIS) et un « bulletin de résultats » / une liste de vérification pour le suivi des établissements de santé. Des informations relatives à l'ANJE pourraient facilement être incluses dans ces rapports. Par exemple, « conseils relatifs à l'ANJE prodigués lors de SAN » pourrait être intégré au SIS ou encore « le cododo » inclus dans le bulletin de résultats du service de maternité. Le suivi pourrait aussi comprendre des études de cas et des exemples de réussites sur le terrain, plutôt que des données chiffrées.

Idéalement, des indicateurs de réalisations, de résultats et d'impact devraient être intégrés. Les indicateurs de réalisations mesurent la mise en œuvre des activités, comme la disponibilité et la couverture des services, les formations du personnel complétées, les conseils relatifs à l'ANJE inclus dans les services pertinents, etc. Si les activités sont bien conçues et atteignent leur population cible, alors le programme a davantage de chances d'atteindre les objectifs mesurés par les indicateurs de résultats, comme la prévalence de l'allaitement maternel exclusif, l'initiation précoce de l'allaitement ou encore l'offre en temps opportun d'aliments complémentaires, etc. Des résultats positifs permettent d'atteindre le but du programme mesuré par les indicateurs d'impact, tels que la prévalence de l'anémie, la malnutrition aigüe, la mortalité infantile, etc.

Le progrès pourrait être observé par rapport aux indicateurs globaux courants, comme les indicateurs d'ANJE des normes Sphère³⁹, le Humanitarian Indicators Registry (HIR)⁴⁰ ou encore la liste des indicateurs fondamentaux de l'ANJE (voir l'annexe 10) ou la Stratégie de santé publique du HCR⁴¹. Les gestionnaires de l'ANJE peuvent choisir des indicateurs parmi ceux proposés dans ce document en fonction d'un contexte

39 Le projet Sphère (2018). La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire, disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [7 mai 2018]

40 UNOCHA *Humanitarian Response Indicators Registry*. Disponible en ligne : <https://www.humanitarianresponse.info/applications/ir> [11 nov. 2016]

41 HCR (2014). *Stratégie globale du HCR sur la santé publique*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/530f12d26.pdf> [5 mai 2017]

particulier, ou alors créer d'autres indicateurs spécifiques au contexte dans le but de mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs fixés. La couverture des services doit être mesurée à l'aide de méthodes d'enquêtes déjà existantes telles que SQUEAC⁴². Les gestionnaires de l'ANJE devraient définir des indicateurs quantitatifs et qualitatifs et mesurer l'impact des activités de changement de comportement.

Il est judicieux pour les gestionnaires de définir une stratégie de suivi avant la mise en œuvre, y compris une définition des objectifs, des réalisations escomptées et des résultats finaux en fonction du contexte. Les indicateurs retenus dépendront de leurs définitions au sein de la stratégie globale. Afin d'améliorer la qualité du suivi et de l'évaluation, il est préférable de choisir quelques indicateurs puissants et facilement évaluables à surveiller au fil du temps. Les données devraient être ventilées selon l'âge et le sexe. Les indicateurs doivent être mesurés avant et après l'intervention pour montrer le progrès et l'impact. Les données sur les indicateurs sélectionnés peuvent être collectées périodiquement, en commençant lors d'une situation d'urgence, avec un suivi continu au cours des mois ou des années qui suivent. Une enquête annuelle sur la nutrition et l'ANJE est un bon moyen de mesurer les indicateurs de résultats. Le guide pour l'Enquête nutritionnelle standardisée élargie (SENS) du HCR comprend un recueil d'informations sur les pratiques de l'ANJE. Cependant, les tailles d'échantillon proposées dans SENS seraient juste assez grandes pour fournir un aperçu de la situation concernant les pratiques de l'ANJE. Afin de recueillir des données adéquates sur l'ANJE qui produiront des résultats suffisamment rigoureux, une enquête distincte de l'ANJE devrait être effectuée.

Enfin, lors d'une opération, il peut également y avoir une évaluation d'impact de l'ANJE. Il n'existe pas d'outils à l'échelle internationale pour effectuer une évaluation d'impact de l'ANJE, mais une telle évaluation devrait se pencher sur la pertinence, l'efficacité, l'efficacités, la durabilité et l'impact du programme d'ANJE. À la lumière du Cadre intégré, l'évaluation devrait mesurer davantage la façon dont les activités adaptées à l'ANJE et intégrées dans les activités des autres secteurs peuvent avoir influencé la pertinence, l'efficacité, la durabilité et l'impact du programme d'ANJE. La participation des différents acteurs est essentielle à l'évaluation. Il est nécessaire de compter parmi les acteurs clés les FEA, les mères, les pères et toute autre personne responsable d'enfants âgés de 0 à 23 mois, ou encore les leaders communautaires, les groupes de soutien maternel, le personnel et les bénévoles chargés de l'extension de l'ANJE auprès des communautés, mais aussi les travailleurs en nutrition et en santé, le Ministère de la Santé et les organismes participant à la prestation des programmes de l'ANJE. L'évaluation d'impact devrait faire appel à une combinaison de méthodes telles qu'un examen documentaire des stratégies et des rapports de programmes pertinents, une analyse de données secondaires d'ANJE disponibles ou encore la collecte de données primaires pour combler les lacunes. La collecte de données devrait être effectuée à l'aide d'approches participatives telles que l'enquête transversale, les entretiens avec les informateurs clés et les groupes de discussion thématique.

42 Le projet FANTA (2012) *Référence technique sur l'évaluation semiquantitative de l'accessibilité et de la couverture (SQUEAC)/ l'évaluation LQAS simplifiée de l'accessibilité et de la couverture (SLEAC)*, disponible en ligne : https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/SQUEAC-SLEAC-Technical-Reference-Oct2012_0.pdf [11 nov. 2016]

Activités de suivi et d'évaluation :

- surveiller les indicateurs de Sphère, de l'Enquête nutritionnelle standardisée élargie (SENS) et du Humanitarian Indicators Registry (HIR) du HCR (voir le tableau ci-dessous) ;
- choisir des indicateurs spécifiques de la banque d'indicateurs proposés (voir l'annexe 10) ;
- les gestionnaires de l'ANJE ont la responsabilité de finaliser la liste des indicateurs à inclure dans leurs rapports : les communiquer, les expliquer, et former le personnel de l'ANJE et/ou les partenaires, le cas échéant, sur la manière de recueillir les données requises afin de rendre compte sur ces indicateurs ;
- les gestionnaires d'ANJE devraient définir des repères à cibler afin de mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des résultats attendus ;
- mesurer, annuellement, l'impact des interventions par le biais d'enquêtes sur l'ANJE. Inclure cette dernière dans les enquêtes SENS annuelles, et effectuer des enquêtes spécifiques à son sujet si les résultats de SENS montrent sa vulnérabilité.

Redevabilité

Fondamentalement, les interventions de l'ANJE devraient cibler les FEA et les enfants de 0 à 23 mois (voir le principe du Cadre), les pères, les grands-mères et tout autre membre de la famille ainsi que les personnes responsables d'enfants, le cas échéant. Par conséquent, nous sommes automatiquement **redevables envers** ces groupes. Cela signifie que nous devrions respecter notre engagement, établir des normes, renforcer les compétences, communiquer, assurer la participation communautaire (en particulier celle des FEA et des responsables d'enfants de 0 à 23 mois), surveiller et faire des rapports sur la conformité, et traiter les plaintes.

Le SERA devrait de préférence être basé sur des approches participatives. Cela signifie que les groupes cibles des interventions (FEA, mères, pères, grand-mères, modèles dans la communauté, etc.) devraient participer autant que possible à tous les aspects du processus du SERA, y compris la discussion sur les résultats et leurs implications. Les principales conclusions du suivi et de l'évaluation devraient être distribuées à toutes les parties prenantes concernées, notamment au gouvernement, aux organismes de coordination et aux bénéficiaires. L'information destinée aux bénéficiaires ou à la population cible devrait être distribuée sous une forme accessible, par ex. dans les langues locales.

En ce qui concerne les activités de l'ANJE ou d'autres interventions, visant entre autres les groupes cibles susmentionnés, des séances de rétroaction et des mécanismes de plainte devraient toujours être disponibles. Les individus et les groupes devraient avoir la possibilité de donner leur avis de façon confidentielle et anonyme sur les interventions et de soulever des questions les concernant. Le personnel devrait alors veiller à ce que la rétroaction soit prise en considération et que les programmes et activités soient modifiés en conséquence. Parfois, il peut être nécessaire d'organiser une séance de rétroaction avec la communauté afin d'analyser les commentaires et les mesures qui en découlent. Ceci permettra aux communautés de savoir que la rétroaction est prise en considération. De même, s'il n'est pas possible de modifier les programmes ou les activités tel que proposé ou demandé dans la rétroaction, cela devrait également être stipulé, avec les raisons. Il est important que les personnes qui participent au programme, et la collectivité en général, se sentent écoutées, car cela améliore à la fois la conformité au programme et assure que des activités de qualité adaptées au contexte soient mises en œuvre.

redevables envers

(Adaptation de La norme HAP 2010 de redevabilité humanitaire et de gestion de la qualité - voir l'annexe 11)

- impliquer les FEA et les responsables d'enfants de 0 à 23 mois dans toutes les étapes de l'intervention : analyse du contexte, identification des parties prenantes, évaluation des besoins, conception et mise en œuvre des interventions (adaptées et spécifiques à l'ANJE), et SERA ;
- définir et documenter le profil du personnel nécessaire pour respecter les engagements ;
- partager avec les FEA et les responsables d'enfants de 0 à 23 mois les informations adaptées à leurs besoins : coordonnées du personnel du projet, objectifs du projet, résultats attendus et calendrier, rôles et responsabilités du personnel, critères de sélection, etc. ;
- mettre en place un système clair, simplifié et confidentiel permettant aux bénéficiaires et aux parties prenantes de soulever des problèmes, de formuler des plaintes et de fournir une rétroaction générale ;
- assurer le suivi du programme pour tirer les enseignements à partir du mécanisme de rétroaction des bénéficiaires, et adapter la programmation et les activités si nécessaire.

Apprentissage

Enfin, il est important de tirer des **enseignements** de la mise en œuvre des interventions afin de s'assurer que des progrès sont réalisés au fil du temps pour améliorer la qualité de la programmation et garantir que cette dernière est adaptée pour optimiser l'impact des interventions. En vue de faciliter l'apprentissage et l'évolution, les dialogues participatifs sont utiles pour prendre du recul et réfléchir sur la signification des données et sur la manière d'ajuster les activités à la lumière de ce qui a été appris.

Activités d'apprentissage :

- documenter et partager des études de cas sur la programmation de l'ANJE et des exemples d'activités intégrées ;
- documenter et évaluer l'orientation et la formation afin d'identifier les leçons apprises, de les partager avec les partenaires et d'améliorer les interventions futures ; ceci alimentera la section sur le suivi, l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage du Cadre ;
- chercher des fonds pour mesurer l'impact des interventions de l'ANJE et donc élargir la base de données mondiale et ainsi maintenir le financement. Allouer des fonds pour le suivi et la documentation des interventions de l'ANJE à tous les niveaux (mondial et national) : lors de l'élaboration d'un budget, certaines dispositions devraient être demandées pour la collecte des données, le suivi et l'évaluation, ainsi que les évaluations d'impact ;
- préconiser auprès des gestionnaires de camps les évaluations conjointes axées sur les FEA et les enfants âgés de 0 à 23 mois afin d'améliorer l'apprentissage et la qualité des services offerts à ce groupe cible ;
- collaborer régulièrement avec les membres de la communauté, les leaders et les autres parties prenantes dans des exercices d'analyse et de leçons retenues de la mise en œuvre du Cadre et de ses effets sur la communauté afin de renforcer l'inclusion d'une diversité d'opinions et d'expériences ;
- examiner les possibilités de recherche opérationnelle dans les programmes d'ANJE en situation d'urgence.

Tableau 1: Indicateurs proposés pour le programme⁴³ d'ANJE (voir aussi l'annexe 10) :

Nom	Définition	Source
Mise en œuvre des Directives opérationnelles sur l'AIU	Une politique de l'organisme et/ou nationale qui traite d'ANJE et reflète les directives opérationnelles sur l'AIU	Sphère ; Humanitarian Indicators Registry (HIR)
La coordination	Un organe principal de coordination en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est désigné dans chaque situation d'urgence	Sphère ; HIR
Gestion des SLM	Un organisme pour gérer tous les dons de SLM, produits lactés, biberons et tétines est désigné	Sphère ; HIR
Violation du Code	Nombre de violations du Code enregistrées	Sphère ; HIR
	Proportion des violations du Code signalées qui ont fait l'objet d'un suivi	Sphère ; HIR
Initiation en temps opportun de l'allaitement maternel (enfants de 0 à 23 mois)	Proportion d'enfants de 0 à 23 mois qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance	Sphère ; SENS ; HIR
Allaitement exclusivement au sein avant l'âge de 6 mois	Proportion de nourrissons de 0 à 5 mois qui ont été nourris exclusivement au lait maternel au cours des dernières 24 heures	Sphère ; SENS ; HIR
Poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge d' 1 an	Proportion d'enfants de 12 à 15 mois nourris au lait maternel au cours des dernières 24 heures	Sphère ; SENS ; HIR
Allaitement au sein continu jusqu'à 2 ans	Proportion d'enfants de 20 à 23 mois nourris au lait maternel au cours des dernières 24 heures	Sphère ; SENS ; HIR
Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous	Proportion de nourrissons de 6 à 8 mois qui ont reçu des aliments solides, semi-solides ou mous au cours des dernières 24 heures	Sphère ; SENS ; HIR
Consommation d'aliments riches ou enrichis en fer	Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent une nourriture riche ou enrichie en fer spécialement conçue pour les nourrissons et les jeunes enfants ou qui est enrichie à la maison au cours des dernières 24 heures	Sphère ; SENS ; HIR
Les mères qui allaitent ont accès à un soutien à l'allaitement maternel qualifié	Proportion de zones touchées par une situation d'urgence qui ont un nombre suffisant de conseillers qualifiés en ANJE et/ou de groupes de soutien opérationnels	Sphère ; HIR
Alimentation au biberon	Proportion d'enfants de 0 à 23 mois qui ont été nourris au biberon au cours des dernières 24 heures	SENS ; HIR
Des SLM appropriés et conformes au Code, et un soutien associé pour les nourrissons qui ont besoin d'alimentation artificielle	Proportion de nourrissons de moins de 6 mois non allaités au sein qui ont accès aux produits des SLM et au soutien	Sphère ; HIR

43 Ces indicateurs sont proposés dans le présent Cadre et constituent une consolidation des indicateurs communément recommandés. Actuellement, ils ne sont pas obligatoires pour le HCR ou d'autres acteurs. Les lecteurs devraient consulter leurs coordonnateurs de camp ou leurs bailleurs de fonds pour connaître les indicateurs obligatoires attendus dans leur contexte.

Section 3: Chapitres sectoriels

Les chapitres suivants détaillent pourquoi et comment l'ANJE et d'autres secteurs techniques peuvent travailler ensemble pour protéger, promouvoir et soutenir les droits des nourrissons et des jeunes enfants. Le contenu est destiné à être utile au personnel de l'ANJE de tous les niveaux ainsi qu'aux employés des autres secteurs lors de leur réflexion sur la façon d'adapter le Cadre à leur contexte.

Comment utiliser un chapitre sectoriel :

Quelles sont les informations du chapitre sectoriel ?

- Quelques éléments justifiant de l'importance de la collaboration entre l'ANJE et l'autre secteur et présentant en quoi elle peut faire la différence
- Aperçu des objectifs communs pour le secteur et l'ANJE
- Principales activités conjointes ou intégrées entre le secteur et l'ANJE à prioriser dans une intervention
- Exemples d'opportunités supplémentaires pour des activités conjointes entre le secteur et l'ANJE
- Exemples d'activités supplémentaires intégrant l'ANJE dans les activités de ce secteur

Qui devrait utiliser le chapitre sectoriel ?

- Le personnel de l'ANJE de tous les niveaux
- Le personnel de l'autre secteur de tous les niveaux

Pourquoi utiliser le chapitre sectoriel ?

- Préparer une réunion avec des collègues pour discuter de l'intégration
- Comprendre les priorités sectorielles, les méthodes de travail et le jargon technique
- Défendre l'ANJE en tant qu'intervention qui sauve des vies
- Préparer une évaluation conjointe
- Réfléchir ensemble pour mettre conjointement sur pied des activités
- Organiser une campagne de financement pour les deux secteurs

Gestion de camps et alimentation du nourrisson et du jeune enfant



L'objectif général de la gestion de camps est d'assurer le maintien du niveau de vie des réfugiés et de protéger les droits humains tout en recherchant une solution durable. Le guide de gestion de camps explique aussi que : « L'agence chargée de la gestion de camps est responsable de la gestion générale des camps. Ceci inclut la coordination et le suivi de l'assistance, de la protection et des services à l'échelle du camp, et implique le développement de partenariats efficaces avec diverses parties prenantes. »⁴⁴ Les principales responsabilités d'une agence chargée de la gestion de camps sont détaillées dans l'encadré ci-dessous. Les stratégies fondamentales sont d'ordre organisationnel et non technique. Il est important de rappeler aux parties prenantes que les contributions techniques sont fournies par des partenaires de différents secteurs. La gestion de camps a un rôle de facilitateur et sert de coordinateur entre les secteurs et la communauté.

44 Norwegian Refugee Council/The Camp Management Project (2015). *Trousse pour la gestion des camps*. Disponible en ligne : https://www.globalccmcluster.org/system/files/publications/CMT_2015_Portfolio_compressed.pdf [1 mai 2018]

Principales responsabilités d'une agence chargée de la gestion de camps

La coordination et le suivi de l'assistance, de la protection et des services sont les principales responsabilités d'une agence chargée de la gestion de camps. Grâce à la coordination, les besoins et les lacunes au niveau de l'assistance sont identifiés, les doubles emplois évités, la participation accrue, les normes humanitaires appliquées et les droits humains protégés. La coordination assure l'efficacité et la redevabilité pour la mise à disposition d'une aide auprès de la population des camps et la protection de celle-ci.

Les mécanismes de gouvernance des camps et de la participation communautaire comprennent une grande variété d'activités où les individus et les groupes issus de la communauté déplacée identifient et expriment leurs propres points de vue et besoins, et où une action collective est entreprise pour apporter des solutions significatives. La participation communautaire réduit les dépendances et les vulnérabilités. Il est particulièrement important de veiller à ce que tous les groupes puissent participer.

La gestion et l'entretien de l'infrastructure du camp, comme les routes et les sites de distribution, relèvent généralement de l'agence en charge de la gestion du camp. Celle-ci peut entreprendre le travail elle-même, ou se coordonner avec d'autres prestataires de services. En outre, l'atténuation des effets de la dégradation de l'environnement dans le camp et dans la région avoisinante doit être menée efficacement au profit et pour la sécurité de la population déplacée et de la communauté d'accueil.

La gestion et la diffusion de l'information consistent à recueillir des données sur la population du camp et sur l'aide et les services qui y sont fournis. Des informations exactes, fiables et à jour sont les fondements sur lesquels repose une intervention coordonnée et effective dans le camp. Le but de toute collecte de données est de fournir des informations sur les besoins, les lacunes et le chevauchement des services d'une manière coordonnée. Toutes les informations devraient être partagées avec les parties prenantes pour s'assurer que les accords et les décisions sont basés sur des informations récentes et à jour provenant du camp.

Objectifs stratégiques communs :

- Assurer la coordination des interventions ciblant les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants ;
- Veiller à ce que les membres de la communauté représentant les mères et les responsables de nourrissons et de jeunes enfants soient impliqués à tous les stades de l'intervention auprès des réfugiés ;
- Maintenir le niveau de vie des FEA et des enfants de 0 à 23 mois déplacés et veiller à ce que leurs droits humains soient protégés tout en recherchant une solution durable.

Le Cadre ANJE reconnaît la situation des réfugiés qui vivent dans des milieux hors des camps, bien que cette section se fonde principalement sur des exemples issus des camps. L'un des principaux objectifs du Cadre est de s'assurer que les idées qui y figurent soient pertinentes pour les réfugiés vivant dans des circonstances variées. Cette section propose un concept d'organisation des activités essentielles, ayant un impact sur les nourrissons et les jeunes enfants, et dans lesquelles il est important d'intégrer l'ANJE.

Lorsque les responsables de la programmation travaillent dans des contextes autres que ceux du camp, il convient de considérer quelles activités peuvent encore être pertinentes par le biais du plaidoyer et de la coordination avec les autorités compétentes (voir Action 6: Coordination dans le Cadre).

À ce stade, il est important de rappeler que la *communauté* n'est pas seulement la communauté des réfugiés, mais aussi la communauté d'accueil. Cette dernière devrait être impliquée autant que possible (selon la situation, ses capacités et sa volonté). La communauté d'accueil pourrait être affectée par l'afflux de réfugiés d'une manière positive ou négative (parfois les deux), par ex. avec de la main-d'œuvre supplémentaire, la création de nouveaux marchés, le surpeuplement, le manque de ressources pour affronter l'afflux, les tensions culturelles et politiques, etc. L'évaluation contextuelle fournira des informations sur la situation et aura un impact sur la façon dont la communauté hôte sera impliquée (voir le chapitre Analyse du contexte).

Principales activités intégrées

- a) Le personnel de l'ANJE participe aux groupes de travail de la gestion de camp pour **sensibiliser à l'ANJE** et veiller à ce que les besoins des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants soient pris en considération ;
- b) Organiser des **séances d'orientation** sur l'ANJE pour le personnel de gestion de camp et les autres membres pertinents, et leur fournir une liste des principales informations sur l'ANJE (voir l'annexe 6) ;
- c) En collaboration avec les acteurs de l'ANJE, **identifier les champions** </de l'ANJE dans différents mécanismes stratégiques de coordination afin de s'assurer que l'ANJE soit prise en compte dans les processus de prise de décision (voir Action 1 : Plaider pour que les parties prenantes concernées tiennent compte de l'ANJE) ;
- d) **Plaider pour des données ventilées** et s'assurer que les femmes enceintes et allaitantes ainsi que les enfants de moins de 2 ans soient correctement enregistrés dans les systèmes de gestion des données ;
- e) Encourager les secteurs à **réaliser une cartographie commune** des services disponibles pour les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants ;
- f) **Plaider en faveur de l'intégration sectorielle** pour les besoins holistiques des enfants de 0 à 23 mois et des populations de camp en général. Les acteurs de l'ANJE doivent présenter les conclusions des évaluations de l'ANJE à ceux qui travaillent dans la gestion de camp, et veiller à ce qu'il y ait suffisamment de temps alloué à la discussion autour des répercussions relatives ;
- g) Collaborer à **la conception de critères de vulnérabilité** pour la priorisation de l'aide : tenir compte des vulnérabilités des orphelins, des nourrissons, des jeunes enfants, des ménages dirigés par des femmes, etc.;
- h) Le secteur de gestion de camp peut servir de « **connecteur** » pour les acteurs de l'ANJE afin qu'ils s'engagent avec les réseaux clés (c'est-à-dire les leaders communautaires, les agences concernées, les groupes communautaires) ;
- i) La gestion de camp doit appuyer et faciliter la **collecte de données pour le suivi de l'utilisation de ce Cadre** (voir Action 7 : Mettre en œuvre le suivi, l'évaluation, la redevabilité et l'apprentissage).

Possibilités générales de collaboration

1) Coordination et plaidoyer

- a) **Concevoir des modalités d'assistance et une répartition équitable des services offerts en gardant à l'esprit les FEA et les enfants de 0 à 23 mois** ; examiner si les modalités placent ces groupes vulnérables dans une situation désavantageuse (c.-à-d. le programme « argent-contre travail » pour le retrait des débris peut s'avérer difficile pour les FEA) ;
- b) Lors des discussions sur les besoins des nourrissons de 0 à 5 mois, il faut tenir compte des besoins des nourrissons non allaités. Il est essentiel que les équipes de l'ANJE travaillent avec le secteur de la gestion de camp ou les organes de coordination **pertinents pour constituer un groupe de travail parmi les secteurs concernés (gestion de camp, articles non alimentaires (ANA), logistique, EAH, nutrition, santé publique et protection de l'enfance) qui se penchera sur les besoins des nourrissons** non allaités au sein, y compris la gestion des substituts du lait maternel (SLM) et les programmes qui y sont associés (voir les POS du HCR sur les substituts de lait⁴⁵ maternel) ;
- c) **S'assurer qu'une déclaration conjointe pour l'appui du Code⁴⁶** est en place :
 - a. **Utiliser le personnel du programme d'ANJE comme personnel de ressources pour sensibiliser et éduquer** les acteurs quant aux politiques pertinentes ;
 - b. **La gestion de camp devrait soutenir le processus, la planification et la communication avec les acteurs concernés** (le HCR est l'agence qui appuiera la déclaration conjointe avec les autres parties prenantes concernées).
- d) **Veiller à la bonne gestion des dons de SLM**, y compris leur élimination :
 - a. La gestion de camp doit se coordonner pour **s'assurer que les distributions s'adressent aux bénéficiaires** ciblés et que les mécanismes de régulation sont communiqués et appliqués ;
 - b. **Les acteurs de l'ANJE devraient fournir des informations et des directives pour la gestion des dons** et mettre en garde sur les risques accrus pour les nourrissons des dons non ciblés de SLM ;
 - c. **Identifier l'agence du point focal chargée de la gestion des SLM** et des autres produits nutritionnels et assurer la coordination avec elle ;
 - d. **Envisager de demander l'aide de l'agence chargée de la distribution alimentaire générale pour la gestion (entreposage, manutention et comptabilité) des SLM dans les contextes où la prévalence des nourrissons non allaités au sein est élevée.** Remarque : les SLM ne doivent jamais être distribués par le biais d'un mécanisme de distribution générale pour éviter d'influencer négativement les mères allaitantes.
- e) **Dans les distributions d'ANA, tenir compte des besoins spéciaux des enfants de 0 à 23 mois et des FEA** (moustiquaires imprégnées d'insecticide ; articles d'hygiène - y compris le savon et des contenants pour le lavage - ; articles de cuisine et de repas ; châles d'allaitement ; couvertures,

45 HCR et ENN (2015). *Procédures opérationnelles normalisées pour la gestion des substituts de lait maternel dans les situations de réfugiés*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/55c474859.pdf> [5 mai 2017]

46 Site Web IBFAN : <http://ibfan.org/the-full-code> [10 déc. 2015]

vêtements et souliers pour bébés et jeunes enfants tenant compte de leurs besoins thermiques ; pot pour enfant ; couches), avec une préférence particulière pour les articles qui peuvent être obtenus localement :

- a. **Si vous distribuez des articles spécialisés, envisager la distribution dans le cadre ou tout au long des activités** de l'ANJE (c'est-à-dire, le groupe de soutien de mère à mère) pour offrir une éducation nutritionnelle en même temps que les ANA. l'ANJE doit proposer les articles et la gestion de camps doit être coordonnée avec tous les acteurs concernés, y compris la communauté, pour évaluer leur pertinence ;
- b. **Veiller à ce que les responsables des nourrissons nourris artificiellement reçoivent un soutien ciblé et une « trousse » appropriée** comprenant du savon, du combustible, des comprimés de purification de l'eau, des informations sur la façon de préparer les SLM de la manière la plus sûre possible (Remarque : il faut être vigilant pour ne pas miner l'allaitement maternel. Les mères allaitantes devraient donc aussi recevoir des biens de la même valeur ou plus). Les équipes de l'ANJE seront chargées des aspects techniques et la gestion de camps s'occupera des modalités de distribution ;
- c. S'assurer que les FEA et les responsables d'enfants de 0 à 23 mois sont **représentés dans les comités de planification**.
- f) **Veiller à ce que les mécanismes de distribution des ANA reflètent les besoins et les circonstances des FEA et des responsables d'enfants de 0 à 23 mois :**
 - a. Veiller à ce qu'il y ait **des espaces de protection pour les FEA et les nourrissons**, par exemple, les installations d'EAH ou les espaces d'allaitement protégés ;
 - b. **Les FEA doivent disposer de files prioritaires ou séparées pour toutes les distributions** (qui comprendront des tables ou zones de vérification distinctes, et des points de distribution) avec de l'ombre et un accès à l'eau potable et pour les installations sanitaires pendant qu'elles attendent ;
 - c. **Prioriser l'allocation de transport pour** les FEA (identifier le personnel de la communauté qui offrira ce service ; ces bénévoles peuvent bénéficier d'une petite incitation financière) ;
 - d. **Collaborer avec les gestionnaires d'ANA pour développer un système de réapprovisionnement en ANA ciblés pour les FEA et les enfants de 0 à 23 mois** au fur et à mesure que des nourrissons viennent au monde ; les articles devraient être distribués immédiatement après la naissance pour plus d'utilité. Les FEA et les responsables d'enfants impliqués dans les comités de planification peuvent également signaler aux gestionnaires d'ANA les besoins changeants des jeunes enfants à mesure qu'ils grandissent.

2) Collecte et partage d'informations

- a) **Concevoir des outils d'enregistrement et de collecte de données pour recueillir des informations pertinentes sur les enfants de 0 à 23 mois et les FEA. Ventiler l'information recueillie par** la gestion de camps selon l'âge et le groupe vulnérable (c.-à-d. 0 à 5 mois, 6 à 11 mois, 12 à 23 mois, 24 à 59 mois, femmes enceintes, femmes allaitantes). S'assurer que les enfants de moins de 6 mois sont identifiés à leur arrivée aux camps, que les nouvelles naissances sont enregistrées et que toutes les nouvelles arrivées et naissances sont renvoyées vers les services de l'ANJE ;

- b) **S'assurer que l'évaluation initiale et l'évaluation rapide contiennent des informations sur les questions de l'ANJE** : s'assurer que les champions de l'ANJE participent à la conception de l'évaluation et que les experts de l'ANJE participent à l'analyse des données ;
- c) **Inclure les besoins de l'ANJE dans les discussions qualitatives** (groupes de discussion thématique - GDT) sur l'intervention humanitaire globale. Recueillir des commentaires sur toutes les activités offertes à la communauté. Le rôle de coordination est essentiel à cet égard, car les interventions s'influencent les unes les autres (par exemple, s'il y a un problème dans la distribution alimentaire générale, des conséquences pourraient en résulter sur l'état nutritionnel, la sécurité, la protection, etc.);
- d) Selon le contexte, la gestion de camps peut **aider les acteurs de l'ANJE à plaider en faveur de la ventilation des données et de l'inclusion des informations de l'ANJE dans les processus d'enregistrement**. Le mécanisme d'enregistrement est une excellente occasion de repérer tous les bénéficiaires potentiels et d'effectuer des évaluations rapides des familles nécessitant des soins et un soutien spécifiques. Engager l'unité d'enregistrement pour s'assurer que les nourrissons de moins de 6 mois soient identifiés à l'arrivée au camp et que les nouvelles naissances soient enregistrées et renvoyées aux services d'ANJE pour une évaluation de l'ANJE et un soutien supplémentaire si nécessaire ;
- e) Offrir une **formation croisée** aux acteurs de la gestion de camps et à ceux de l'ANJE :
 - a. En coordination avec les équipes de l'ANJE, **organiser périodiquement des exercices d'apprentissage et de réflexion autour des besoins des enfants de 0 à 23 mois et des FEA** ; transmettre l'information aux organismes pertinents et à la communauté dans différents sites lorsque ceci est pertinent ;
 - b. L'ANJE doit **envisager de développer des outils standard pour soutenir l'atelier d'apprentissage** (c.-à-d. questionnaire standard, modèle de présentation, fiche de suivi des actions) ;
 - c. **La gestion du camp peut inclure les formations sur l'ANJE**, y compris les formations sur la gestion des distributions des SLM, les structures et les services nécessaires pour les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants (espaces amis des bébés, coins d'allaitement maternel, installations d'EAH adéquates, etc.), les besoins et les vulnérabilités spécifiques aux FEA, aux nourrissons et aux jeunes enfants, ainsi que les messages clés de l'ANJE ;
 - d. **Inviter les travailleurs de l'ANJE aux formations, retraites ou ateliers de la gestion de camps** où leurs perspectives et leurs informations peuvent améliorer le résultat.

3) Gouvernance des camps et participation communautaire

- a) La gestion de camps doit **mobiliser la communauté** et s'assurer qu'elle crée des structures de gouvernance (sectorielle ou générale) représentant l'ensemble de la communauté, y compris les FEA et les responsables de nourrissons et de jeunes enfants. La gestion de camps veillera à l'implication de la communauté et à ce que les acteurs communautaires de l'ANJE connaissent les structures de gestion de camps et y soient reliés ;
- b) La gestion de camps doit **aider le personnel de l'ANJE à organiser des consultations communautaires** pour discuter des besoins des enfants de 0 à 23 mois. Promouvoir la participation des femmes, y compris les FEA, à ces consultations et à ces processus décisionnels ;

- c) **Défendre les besoins des enfants de 0 à 23 mois** afin d'aider à établir un environnement social favorable à ce groupe cible :
- a. **Participer aux activités communautaires de l'ANJE ;**
 - b. **Soutenir la création de réseaux de quartier pour l'ANJE** (par exemple les groupes de soutien mère-mère) ;
 - c. **Impliquer les leaders communautaires, les autorités compétentes et les gestionnaires de camps dans les activités de l'ANJE telles que les pièces de théâtre, les démonstrations culinaires, etc.**
- d) **Aider les programmes de l'ANJE à mettre en place des mécanismes de redevabilité** par le biais d'un appui à la coordination et à l'engagement communautaire :
- a. **Optimiser la participation**, en veillant à l'inclusion de tous les groupes représentatifs, en particulier les moins visibles ; donner une voix aux FEA et aux responsables des nourrissons et des jeunes enfants ;
 - b. Les acteurs de l'ANJE, avec le soutien de la gestion de camps, doivent habiliter les réseaux communautaires afin d'**améliorer la résilience**, en utilisant des méthodes participatives pour définir les besoins, réfléchir à des solutions, mettre en œuvre des mécanismes de prestation et établir un suivi ;
 - c. L'équipe de l'ANJE doit demander un soutien dans la **mise en place de mécanismes de plaintes** pour que les personnes puissent déposer des plaintes au sujet de l'activité et soutenir la conception de programmes d'ANJE-U qui respectent les pratiques culturelles et sociétales.
- e) **Impliquer la communauté hôte** et définir son rôle en fonction du contexte en termes de capacités et de ressources, p. ex. soutien technique, ressources humaines, détermination des limites de collaboration si nécessaire, etc.
- a. **Identifier une personne de contact de la communauté hôte** pour faciliter la communication ;
 - b. **Proposer ou trouver des solutions** pour les situations identifiées comme problématiques ;
 - c. Inviter le Ministère de la Santé (MS) ou d'autres ministères ou **autorités** concernés à des réunions stratégiques nationales ou régionales.

4) Soins et entretien de l'infrastructure du camp

- a) **Allouer un espace suffisant aux activités** de l'ANJE (espaces amis des bébés, coins d'allaitement, etc.) et assurer l'entretien et les services appropriés tels que l'EAH en collaboration avec la planification du site et l'EAH (voir les chapitres sur le logement et les établissements humains et l'EAH) ;
- b) **Tenir compte des besoins de ce groupe cible à tous les moments du cycle de vie du camp** (c'est-à-dire, centres d'accueil, centres de transit, camps temporaires et fermeture des camps). **Collaborer étroitement avec les acteurs concernés** pour s'assurer de la considération et de la protection les besoins de ce groupe cible :

- a. Les acteurs de l'ANJE doivent intégrer des questions sur la gestion de camps dans les discussions liées à l'ANJE avec les FEA, les responsables d'enfants et les membres de la communauté - ce qui permettra d'identifier leurs besoins liés à l'ANJE et à la gestion de camp - et inviter les employés de la gestion de camps à participer à ces discussions.

Ressources

1. Norwegian Refugee Council/The Camp Management Project (2015). *Trousse pour la gestion des camps*. Disponible en ligne : https://www.globalccmcluster.org/system/files/publications/CMT_2015_Portfolio_compressed.pdf [1 mai 2018]
2. Le projet Sphère (2018). *La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*, disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [7 mai 2018]
3. HCR (2015). *UNHCR Emergency Handbook*. Disponible en ligne : <https://emergency.unhcr.org> [5 mai 2017]
4. Inter-Agency Standing Committee (2014). *Reference Module for Cluster Coordination at Country Level*. Disponible en ligne : <https://www.humanitarianresponse.info/en/coordination/clusters/document/iasc-reference-module-cluster-coordination-country-level-0> [1 mai 2018]
5. Cluster mondial de nutrition (2013). *Nutrition Cluster Handbook*. Disponible en ligne : <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/sudan/document/nutrition-cluster-handbook> [5 mai 2017]



Protection de l'enfance et alimentation du nourrisson et du jeune enfant



Plus de la moitié des personnes déplacées de force dans le monde sont des enfants. Beaucoup d'enfants réfugiés passent toute leur enfance en déplacement, incertains quant à leur avenir. Le HCR offre une protection aux enfants concernés en répondant à leurs besoins spécifiques et aux risques auxquels ils sont confrontés. Cela comprend : protéger et s'opposer à toutes les formes de discrimination ; prévenir et prendre en charge les cas d'abus, de négligence, de violence et d'exploitation ; assurer l'accès immédiat aux services appropriés ; enfin, assurer des solutions durables dans l'intérêt supérieur de l'enfant.⁴⁷ De nombreuses activités dans le secteur de la protection de l'enfance sont conçues pour les enfants de plus de 2 ou 3 ans. Cependant, la petite enfance est une période essentielle dans la vie de l'enfant parce qu'elle est la période d'une croissance cognitive, émotionnelle et physique rapide. Comme l'indique l'approche des 1000 premiers jours⁴⁸, une nutrition adéquate et une stimulation psychosociale depuis la conception jusqu'à l'âge de 2 ans sont toutes deux importantes pour le développement de l'enfant. La protection et la promotion d'une alimentation et d'un soin optimaux du nourrisson et du jeune enfant sont donc essentielles à leur protection. En établissant des collaborations étroites entre l'ANJE et les professionnels de la protection de l'enfance, la protection des enfants demeure au cœur de notre travail.

47 HCR (2012) *Cadre pour la protection de l'enfance*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/protection/children/50f6cf0b9/framework-protection-children.html> [5 mai 2017]

48 First 1000 Days (2014), disponible en ligne : <http://www.thousanddays.org/> [18 déc. 2014]

La protection de l'enfance (PE) dans les situations d'urgence, telle que définie par le Groupe de travail sur la protection de l'enfance (GTPE) est : « la prévention et la réponse aux situations d'abus, de négligence, d'exploitation et de violence dont sont victimes les enfants »⁴⁹. Le travail de protection de l'enfant est guidé par les quatre principes de protection de l'enfance de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant qui incluent : la non-discrimination ; le dévouement pour l'intérêt supérieur de l'enfant ; le droit à la vie, à la survie et au développement ; et le respect des opinions de l'enfant⁵⁰.

Le Cadre du HCR pour la protection des enfants énonce six objectifs en matière de protection de l'enfance et offre des conseils pratiques sur la manière de les atteindre. Étant donné que le Cadre ANJE aborde spécifiquement les besoins des nourrissons et des jeunes enfants, tous ces objectifs ne sont pas pertinents dans ce contexte, mais le Cadre de PE orientera néanmoins les actions et les activités intégrées de la PE et de l'ANJE suggérées.

Principales responsabilités en matière de protection de l'enfance

(Adapté de tous les documents de référence sur la protection de l'enfance nommés ci-dessus)

But 1. Les filles et les garçons sont en sécurité là où ils vivent, apprennent et jouent : les filles et les garçons sont protégés de toute forme de violence, d'abus, de négligence et d'exploitation. Les enfants peuvent vivre, apprendre et jouer dans un environnement sûr et sécurisé et sont protégés par des adultes de confiance. Les garçons et les filles à risque sont identifiés et dirigés vers les services appropriés.

But 2. La participation et la capacité des enfants font partie intégrante de leur protection : les filles et les garçons participent de façon significative dans leurs familles, leurs écoles et leurs communautés. Les opinions et les points de vue des enfants et des adolescents sont activement sollicités et valorisés, et ils participent à leur propre protection en fonction de leur âge et de leurs capacités et sur la base de l'égalité des sexes.

But 3. Les filles et les garçons ont accès à des procédures adaptées aux enfants : les filles et les garçons ont accès à des procédures de protection en fonction de leur âge et de leur sexe (accueil, enregistrement, détermination du statut de réfugié ou d'apatride et autres procédures et services). Le HCR et ses partenaires fournissent des services et une assistance de manière à tenir compte des besoins spécifiques des enfants et des adolescents, y compris les enfants non accompagnés et séparés.

But 4. Les filles et les garçons obtiennent la documentation légale : les nouveau-nés sont enregistrés et reçoivent des certificats de naissance officiels par les autorités, et des procédures sont en place pour l'enregistrement tardif des naissances. Les enfants ont accès à toute la documentation nécessaire sur une base non discriminatoire.

49 Le Groupe de travail sur la protection de l'enfance (2012) *Standards minimums pour la protection de l'enfance dans les interventions humanitaires*. Disponible en ligne : <https://emergency.unhcr.org/entry/80383/minimum-standards-for-child-protection-in-humanitarian-action> [5 mai 2017]

50 Assemblée générale des nations unies (1990) *Convention relative aux droits de l'enfant (CIDE) des nations unies*. Disponible en ligne : <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx> [1 mai 2018]

But 5. Les filles et les garçons qui ont des besoins spécifiques reçoivent un soutien ciblé : les filles et les garçons à risque élevé sont identifiés dès le début de l'urgence, et des interventions et une aide ciblées sont fournies en fonction de leurs besoins spécifiques. Ceci inclut les services de localisation des familles et les arrangements de soins temporaires selon les besoins. Le HCR et ses partenaires s'occupent de la gestion efficace et confidentielle des cas, notamment pour la détermination de l'intérêt supérieur de l'enfant.

But 6. Les filles et les garçons accèdent à des solutions durables dans leur intérêt : être en mesure d'accéder à une solution durable appropriée et d'en décider, qu'il s'agisse du retour, de l'intégration ou de la réinstallation, est une priorité pour les filles et les garçons dans tous les contextes de déplacement. Ceci peut également inclure des arrangements de soins pour leur intérêt supérieur.

Objectifs stratégiques communs :

- Contribuer au droit à la vie, à la survie et au développement des enfants de 0 à 23 mois
- Veiller à ce que les enfants puissent bénéficier du meilleur départ dans la vie afin de grandir, de se développer et d'atteindre leur potentiel : la période entre la conception et l'âge de 2 ans est essentielle pour le développement de l'enfant
- Veiller à ce que les enfants de 0 à 23 mois soient en sécurité là où ils vivent, apprennent et jouent
- Veiller à ce que les enfants de 0 à 23 mois obtiennent la documentation légale à la naissance ou dès que possible, permettant l'accès aux services de base
- Veiller à ce que les enfants de 0 à 23 mois ayant des besoins spécifiques bénéficient d'un soutien ciblé.

Il est important de s'assurer que les besoins des femmes enceintes et allaitantes (FEA) et des enfants de 0 à 23 mois soient analysés et pris en compte lors de la conception des interventions, et que toutes les occasions soient saisies pour détecter les problèmes éventuels. Cela peut être assuré indirectement en communiquant avec les mères et autres responsables d'enfants ainsi que les enfants qui fréquentent les espaces amis des enfants (EAE) par exemple, ou en faisant en sorte que ces espaces ainsi que les espaces amis des bébés (EAB) partagent le même endroit afin de faciliter l'accès aux enfants de 0 à 23 mois. Un autre point d'entrée important est celui des activités de proximité communautaire où le personnel de protection de l'enfance travaille en étroite collaboration avec la communauté et rencontre les familles dans leur propre environnement.

La protection de leur environnement familial immédiat est essentielle pour protéger les nourrissons et les jeunes enfants. Dans l'intérêt de l'enfant, les nourrissons et les jeunes enfants devraient rester avec leurs parents ou d'autres personnes qui en sont responsables et qui savent le mieux comment en prendre soin. Si cela n'est pas possible, d'autres solutions durables dans l'intérêt de l'enfant doivent être recherchées, en tenant compte des besoins spécifiques en matière de nutrition et de soins pour ce groupe d'âge.

L'enregistrement des naissances est un aspect spécifique de la protection de l'enfance et qui est pertinent pour les nourrissons et les jeunes enfants. Dans certains endroits, pour pouvoir accéder aux programmes d'ANJE et d'autres secteurs (c'est-à-dire pour recevoir des services de base et un soutien ciblé), le nourrisson doit avoir un certificat de naissance ou une carte d'identité. Toutefois, dans certains pays d'accueil, il est plus difficile pour les parents réfugiés d'enregistrer leur nouveau-né, en raison par exemples des lacunes dans les lois et les politiques qui empêchent les enfants concernés d'être enregistrés à la naissance, de la distance d'un centre d'enregistrement, ou des frais d'enregistrement associés. Assurer l'enregistrement des naissances des nouveau-nés réfugiés garantit leur accès à l'assistance et au soutien, tels que les programmes de l'ANJE et l'admissibilité à l'aide alimentaire.

Les États sont principalement responsables de la protection des enfants : ils doivent mettre en place et mettre en œuvre des systèmes de protection de l'enfance conformément à leurs obligations internationales, en garantissant un accès non discriminatoire à tous les enfants placés sous leur juridiction. Le HCR s'engage donc à renforcer les systèmes et services nationaux de protection de l'enfance et à plaider en faveur de l'accès des enfants réfugiés, déplacés et apatrides à ces services. Ce n'est que dans les contextes où l'État est incapable d'assumer ses responsabilités à l'égard des enfants que le HCR, en collaboration avec ses partenaires, mettra en place un mécanisme parallèle et temporaire pour protéger les enfants.⁵¹

Principales activités intégrées

- a) **Plaider pour l'inclusion des approches et du matériel de l'ANJE** dans les politiques et le matériel d'orientation liés à la protection de l'enfance, et vice versa.
- b) Le personnel de l'ANJE participe aux groupes de travail et au secteur sur la protection de l'enfance pour **sensibiliser** à l'ANJE et veiller à ce que les besoins des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants soient pris en considération.
- c) **Standardiser les messages pertinents de l'ANJE et de la PE** pour les FEA et les responsables des enfants de 0 à 23 mois, en particulier en ce qui concerne l'accès aux services pertinents et leur disponibilité. Planifier conjointement des possibilités de diffusion dans les programmes respectifs et par le biais de mécanismes de coordination.
- d) Organiser des séances **d'orientation** sur l'ANJE pour le personnel de la PE, ou intégrer l'ANJE dans le programme de formation existant sur la PE, et fournir une liste des principales informations sur l'ANJE (voir l'annexe 6).
- e) **Élaborer des procédures claires, sûres et confidentielles pour l'identification et la référence** des FEA et des enfants de 0 à 23 mois **entre les programmes de PE et d'ANJE**. Dans les premiers stades d'une urgence et selon le contexte, convenir des critères de référence et s'assurer que les cas nécessitant des soins d'urgence sont dirigés vers la structure appropriée (par exemple, enfants séparés, enfants de moins de 6 mois non allaités, enfants malnutris).

51 HCR (2012). *Cadre pour la protection de l'enfance*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/protection/children/50f6cf0b9/framework-protection-children.html> [5 mai 2017]

- f) **Intégrer des questions sur la PE et l'ANJE dans les discussions avec les FEA et les responsables d'enfants de ce groupe d'âge** afin d'aider à l'identification des priorités, des besoins et des améliorations potentielles pour ce groupe d'âge, c'est-à-dire les pratiques alimentaires traditionnelles, les tabous alimentaires, les responsables traditionnels des nourrissons, le rôle des frères et sœurs, etc.;

Possibilités générales de collaboration

1) Coordination et plaidoyer

- a) Identifier les mécanismes préexistants pour coordonner la programmation connexe et intégrée de la protection de l'enfance et de l'ANJE. Améliorer la coordination par le partage **d'informations et la discussion** entre les deux secteurs en rapport avec le bien-être des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants âgés de 0 à 23 mois.
- b) Les équipes de l'ANJE et de la PE devraient **cartographier les services existants et les mécanismes communautaires** pour les FEA et les enfants de 0 à 23 mois :
- a. Envisager d'organiser des ateliers ou des réunions rassemblant tous les prestataires de services pertinents pour ce groupe cible afin de partager l'information sur les services disponibles (p. ex. gestion de camp, personnel des cliniques, personnel de l'ANJE, responsables de la prise en charge des cas de PE).
- b. Examiner les moyens de s'engager avec des groupes nouveaux ou différents en s'engageant dans les réseaux de nutrition ou de PE.
- c) Identifier un **point focal formé pour les enfants de 0 à 23 mois** qui servira de point de contact principal pour la communication entre les équipes de PE et de l'ANJE afin d'assurer un suivi actif des cas référés ; prendre des mesures pour éviter la séparation des enfants de leur famille, veiller à ce qu'ils soient référés vers des activités de localisation si nécessaire, soutenir les familles et les enfants en cas de perte d'un enfant, etc.;
- d) **Tenir compte spécifiquement des vulnérabilités et des besoins identifiés des FEA et des enfants âgés de 0 à 23 mois** lors de la conception des programmes de protection de l'enfance⁵²

2) Collecte et partage d'informations

- a) **Effectuer, le cas échéant, des évaluations conjointes des besoins (ou s'assurer que les questions clés sont prises en compte lors de la réalisation des évaluations pour chaque secteur) afin de recueillir les données appropriées pour la PE et l'ANJE** ; cibler les mères ou les responsables des nourrissons de 0 à 23 mois et **ventiler les données d'évaluation et de suivi** pour les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les enfants de 0 à 5 mois, de 6 à 11 mois et de 12 à 23 mois. S'assurer que la présence ou l'absence de la mère, du père ou de la personne responsable de l'enfant est enregistrée. Surtout aux premiers stades d'une situation d'urgence, réfléchir à l'évaluation conjointe rapide des besoins.

52 Les besoins et les vulnérabilités spécifiques des enfants de 0 à 23 mois comprennent : la dépendance totale à l'égard du responsable de l'enfant, le langage absent ou limité pour exprimer les préoccupations, la dépendance à l'égard de la nourriture et de la sécurité, l'incapacité de se protéger, le degré de vulnérabilité le plus élevé, l'incapacité de comprendre ou d'interpréter les dangers (c'est-à-dire les feux de cuisson, les dangers alimentaires tels que les poisons et les aliments non hygiéniques), les dangers environnementaux.

- b) Recueillir des **histoires de réussite**, y compris celles des mères ou des responsables d'enfants, liées entre autres à l'impact sur l'enfant (par exemple, gain de poids, indicateur psychosocial, etc.) pour démontrer les effets positifs des activités de PE et d'ANJE coordonnées et de qualité sur la sécurité et le bien-être des enfants.
- c) Formaliser l'**échange d'informations et la discussion sur le bien-être des enfants âgés de 0 à 23 mois** entre les deux secteurs (débriefing suite aux évaluations, suivi ou collecte des données) et veiller à ce qu'il y ait suffisamment de temps alloué à la discussion autour des implications de cette information pour la protection de l'enfance ainsi que la protection dans son ensemble. Identifier les forums préexistants (par exemple les réunions d'équipe ou de secteur) qui sont les plus utiles pour l'examen régulier des informations sur la protection de l'enfance et l'ANJE.

3) Renforcement des capacités

- a) Offrir une **formation croisée** au personnel de la PE et à celui de l'ANJE en mettant l'accent sur les besoins et les préoccupations des enfants âgés de 0 à 23 mois (ce qui inclut la façon de soutenir leurs responsables) :
 - a. Définir ensemble des stratégies, des activités et des objectifs conjoints pour la formation.
 - b. Les thèmes pertinents pour les formations conjointes sont : les objectifs, les activités et les méthodes de travail au sein de la PE et de l'ANJE ainsi que les procédures de référence entre les deux secteurs (identification des cas nécessitant une prise en charge) ; contextualisation des messages de la PE et de l'ANJE ; partage de compétences autour de la stimulation psychosociale, de la santé mentale et du counseling ; les questions de PE en général ; les premiers soins psychologiques ; les abus et négligences ; les ménages vulnérables.
- b) Fournir au personnel de la PE et de l'ANJE une **formation sur la détection de base des cas** : former le personnel de la PE sur la façon d'identifier et de référer les mères ayant des difficultés d'allaitement ou d'alimentation complémentaire. Former le personnel de l'ANJE sur l'identification des enfants ayant des besoins spécifiques de protection ou des vulnérabilités et qui ont besoin d'un suivi individuel, et sur l'identification des responsables d'enfants en lien avec le renforcement de la confiance parentale, la gestion du stress, les premiers secours psychologiques, etc. N. B. : s'assurer que les employés qui ne travaillent pas en PE comprennent leur rôle dans l'identification. Ils devraient être en mesure de détecter et de référer, mais ne pas intervenir s'il y a un problème de protection ; le soutien doit être pris en charge par du personnel qualifié.
- c) **Inviter les membres du personnel de l'ANJE à des formations, retraites ou ateliers sur la protection de l'enfance** où leurs perspectives et leurs informations peuvent améliorer le résultat.

4) Activités liées aux objectifs pertinents du Cadre du HCR pour la protection des enfants

4.1. Les filles et les garçons sont en sécurité dans les espaces où ils vivent, étudient et jouent (Cadre de Protection des enfants, but 1)

- a) **Empêcher la séparation** et garder les nourrissons et les jeunes enfants avec leurs parents ou autres aidants. En priorité, garder ensemble les mères allaitantes ou les aidants et les enfants.
- b) Identifier **des filets de sécurité appropriés pour les nourrissons de 0 à 5 mois** :

- a. Là où la programmation de l'ANJE existe, **diriger tous les nourrissons de 0 à 5 mois vers du soutien en ANJE** même si l'alimentation se passe bien.
- b. Si aucun programme d'ANJE n'existe, **concevoir un formulaire d'évaluation simple et une procédure de référence** pour s'assurer que le nourrisson est au moins relié aux services appropriés de nutrition, de santé, d'EAH, de distribution alimentaire générale et de protection.
- c) **Organiser, dans la mesure du possible, des programmes conjoints de mobilisation communautaire** avec la nutrition et la PE, en mettant l'accent sur l'alimentation et les soins des enfants âgés de 0 à 23 mois, en particulier dans les centres mère-enfant (nutrition ou PE), en incluant des messages socialement et culturellement appropriés et techniquement solides sur la nutrition ou l'allaitement.
- d) Les activités de protection de l'enfance et les programmes de proximité communautaire devraient **tenir compte des besoins et de l'espace pour les activités** de l'ANJE, c'est-à-dire un espace pour que les femmes puissent allaiter ou que les groupes de soutien de mère à mère puissent discuter dans les espaces de PE.
- e) **Reconnaître les défis particuliers que pose la prestation de services dans les EAE aux enfants âgés de 0 à 23 mois** (c.-à-d. Les ratios adultes : enfants requis, le besoin éventuel que le responsable d'enfant reste sur place). Examiner les façons dont la nutrition et la PE peuvent concevoir des services intégrés bénéficiant aux enfants de 0 à 23 mois et qui répondent à ces défis tout en appuyant les objectifs des deux programmes. Les EAE peuvent fournir un espace sûr pour les activités de l'ANJE et les centres d'ANJE-U peuvent héberger un EAE.
- f) **Établir l'EAB et l'EAE** sous le même toit si possible.
- g) **Référer les frères et sœurs à l'espace ami des enfants pendant que le responsable d'enfant** assiste au programme d'ANJE, selon les protocoles de l'EAE (par exemple, la tranche d'âge).
- h) **Inclure les sujets de l'ANJE dans les classes de l'EAE portant sur les pratiques parentales** et vice versa, en intégrant les compétences pertinentes de PE dans les séances de l'ANJE.
- i) Proposer des activités aux mères pendant que leurs enfants fréquentent l'EAE ; celles-ci peuvent être liées à l'**accroissement des compétences ou de la sensibilisation** sur l'ANJE ; sinon, envisager de relier les mères à des activités de proximité communautaire ou de sensibilisation existantes telles que celles organisées par d'autres secteurs.
- j) Le personnel de l'ANJE devrait **diriger les cas de violence, d'abus ou de négligence** vers les services pertinents.
- k) Se coordonner avec les secteurs du logement et des établissements humains et de la gestion de camp pour **identifier les dangers pour les enfants de moins de 2 ans (c'est-à-dire, la sécurité incendie) et conduire des activités de sensibilisation conjointes** destinées aux responsables des enfants afin de les conscientiser et de proposer une réduction des risques.
- l) S'associer à la PE pour **identifier les moyens assurant la « sécurité » et la protection des FEA et des enfants de moins de 2 ans lors de leur accès aux services** (distribution, etc.);

- m) Travailler avec les secteurs concernés pour **atténuer les risques pour la santé dans le milieu de vie** (hygiène, couvertures, etc.), ou privilégier les ménages avec des enfants de 0 à 23 mois pour les articles non alimentaires qui réduisent les risques.
- n) Favoriser la collaboration entre l'ANJE, la PE et l'éducation pour **identifier les activités de stimulation psychosociale qui sont intéressantes et sans risque** pour les enfants de 0 à 23 mois.

4.2. **Les filles et les garçons obtiennent des documents légaux (Cadre de Protection des enfants, but 4)**

- a) La PE, l'ANJE et d'autres membres du personnel concernés doivent plaider conjointement en faveur de l'établissement de mécanismes qui **permettent aux autorités d'enregistrer les nouveau-nés et de leur délivrer des certificats de naissance officiels**, et de mettre en place des procédures pour l'enregistrement tardif des naissances, afin d'assurer les services de base et le soutien ciblé.
- b) Le personnel de la PE et de l'ANJE **doit fournir des informations aux communautés sur les procédures d'enregistrement des naissances**, p. ex. par le biais des brochures d'information dans les langues locales et des discussions avec les leaders communautaires, dans les centres d'ANJE ou de santé ou lors des visites à domicile.

4.3 **Les filles et les garçons qui ont des besoins spécifiques (par exemple, celles et ceux qui ne sont pas allaités au sein) reçoivent un soutien approprié (Cadre de Protection des enfants, but 5)**

- a) **Adapter les formulaires d'évaluation de la prise en charge des cas** (c'est-à-dire, les formulaires d'évaluation interagences sur la PE et les formulaires d'évaluation de base de l'ANJE) afin d'inclure les questions pertinentes sur l'ANJE et la PE spécifiques à l'alimentation et les soins des enfants de 0 à 23 mois selon des méthodes culturellement acceptables et selon le contexte⁵³. (Les formulaires sur l'évaluation des intérêts supérieurs et ceux sur la détermination des intérêts supérieurs les plus utilisés lors du processus lié à l'intérêt supérieur de l'enfant mené par le personnel de la PE peuvent également contenir des renseignements utiles sur la situation des soins de l'enfant).
- b) Évaluer et coordonner le **soutien nutritionnel approprié pour les enfants séparés et orphelins et les** enfants dont les responsables principaux sont des hommes ou dont la mère est absente ; assurer l'envoi des enfants séparés vers les services de localisation et de réunification familiales ; travailler avec le personnel de la nutrition et de la PE pour localiser les femmes allaitantes ou les nourrices si elles sont culturellement acceptées (ou en dernier recours, une alimentation de remplacement appropriée) pour les bébés sans mère.
- c) Assurer **l'envoi vers les services de santé mentale et psychosociaux** des responsables d'enfants de 0 à 23 mois et des FEA ayant des problèmes de santé mentale potentiels, en particulier la dépression, mais aussi des troubles mentaux graves qui affectent la capacité de la responsable de l'enfant à fournir les bons soins.
- d) L'équipe de l'ANJE doit **inclure des sujets liés à la protection dans les discussions mère-mère sur la nutrition**, notamment sur la santé mentale et le soutien psychosocial, les compétences parentales et la violence sexuelle et sexiste (VSS).

53 Les sources pour les formulaires d'évaluation de l'ANJE : trousse d'ANJE-U ; établir des contacts avec les collègues de la PE pour des exemples de formulaires d'évaluation de la PE utilisés dans la situation.

- e) Étendre la diffusion aux communautés en **engageant les membres des mécanismes communautaires existants à identifier et à référer les enfants de 0 à 23 mois** nécessitant une prise en charge de cas ou un appui de l'ANJE. Veiller à ce que l'intervention ne soit qu'une référence et que les membres de la collectivité soient formés pour référer vers un soutien qualifié plutôt que d'essayer d'intervenir eux-mêmes.
- f) **Donner la priorité à la consultation communautaire** pour l'identification des enfants de 0 à 23 mois potentiellement exclus et des risques associés à l'exclusion. Assurez-vous que les membres potentiellement exclus de la communauté (y compris les frères et sœurs car ils peuvent jouer un rôle clé dans la prestation des soins) fassent partie de cette consultation. Les enfants exclus ont souvent besoin d'un soutien nutritionnel. Par conséquent, **prioriser la formation du personnel de la PE et de l'ANJE sur des questions spécifiques concernant les enfants potentiellement exclus** (nourrissons sans mère, enfants de parents et particulièrement de mères ayant des troubles de santé mentale ou des handicaps physiques, ménages ayant à leur tête un enfant, impacts de la violence sexuelle et sexiste, VSS), les enfants ne bénéficiant pas des soins familiaux, les enfants en institution ou les enfants de la rue, les enfants qui accompagnent leurs parents au travail (si ce n'est pas approprié), les jeunes mères et les enfants handicapés.

Ressources

- 1) *Applying Basic Child Protection Mainstreaming: Training for Field Staff in Non-Protection Sectors. (Formation pour le personnel non-protection sur le terrain) Facilitators Guide (guide de l'animateur).* Groupe de travail pour la protection de l'enfant InterAction (Date de publication non disponible). Disponible en ligne : [Applying Basic Child Protection Mainstreaming: Training for field staff in non-protection sectors. Facilitator's Guide | Resource Centre \(savethechildren.net\)](#) [5 mai 2017]
- 2) *Interagency Guidelines for Case Management and Child Protection (Recommandations inter agences pour la gestion des cas et la protection de l'enfance.). The Role of Case Management in the Protection of Children: A Guide for Policy and Programme Managers and Case Workers. (Guide pour les responsables et travailleurs sociaux)* Groupe de travail pour la Protection des enfants. (2014) Disponible en ligne : <http://cpwg.net/wp-content/uploads/sites/2/2014/09/Interagency-Guidelines-for-Case-Management-and-Child-Protection.pdf> [5 mai 2017]
- 3) *Standards minimums pour la protection de l'enfance dans les interventions humanitaires.* Groupe de travail pour la protection des enfants (CPWG, Child Protection Working Group). (2012) Disponible en ligne : <http://cpwg.net/?get=006914%7C2014/03/CP-Minimum-Standards-English-2013.pdf> [5 mai 2017]
- 4) *HCR - Cadre pour la protection des enfants.* UNHCR (2012) Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/protection/children/50f6cf0b9/framework-protection-children.html> [5 mai 2017]
- 5) *Principes directeurs du HCR relatifs à la détermination de l'intérêt supérieur de l'enfant.* HCR (2008). Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/4566b16b2.pdf> [5 mai 2017]
- 6) *Manuel de terrain pour la mise en œuvre des principes directeurs du HCR relatifs à la DIS.* HCR (2011). Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/50f6d27f9.html> [5 mai 2017]
- 7) *Protection des enfants, notes de référence : enregistrement des naissances.* HCR (2013). Disponible en ligne : <http://www.refworld.org/docid/523fe9214.html> [5 mai 2017]

Éducation et alimentation des nourrissons et des jeunes enfants



L'éducation est un droit humain qui revêt une importance cruciale pour les enfants et les jeunes dont l'accès à l'éducation a été interrompu par le déplacement. Comme le souligne le Réseau interinstitutions pour l'éducation dans les situations d'urgence (INEE) dans les *Normes minimales pour l'éducation : préparation, interventions, relèvements* : « L'éducation en situations d'urgence comprend des possibilités d'apprentissage pour tous les âges. Elle englobe le développement de la petite enfance, l'éducation primaire, secondaire, non formelle, technique, professionnelle, supérieure et des adultes. Dans les situations d'urgence jusqu'à la phase de relèvement, une éducation de qualité fournit une protection physique, psychosociale et cognitive qui peut à la fois aider à vivre et à sauver des vies. »⁵⁴ L'éducation et l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE) interagiront spécifiquement pour les possibilités d'apprentissage des responsables de nourrissons et de jeunes enfants, y compris les femmes enceintes et allaitantes (FEA), et pour le développement de la petite enfance pour ce qui concerne les enfants jusqu'à l'âge de deux ans.

54 Réseau interinstitutions pour l'éducation dans les situations d'urgence (INEE) (2010) *Normes minimales pour l'éducation : préparation, interventions, rétablissement*. Disponible en ligne : http://toolkit.ineesite.org/toolkit/INEEcms/uploads/1012/INEE_Minimum_Standards_French_2010.pdf - Version anglaise : <http://www.ineesite.org/en/minimum-standards> [5 mai 2017]

Éducation en situations d'urgence

Normes minimales pour l'éducation : préparation, intervention, rétablissement. INEE (2010), p. 7-8.

Les normes fondamentales : comprend la coordination ainsi que la participation communautaire et l'analyse. Ces normes devraient être appliquées dans tous les domaines afin de promouvoir une réponse holistique et de qualité.

Accès et environnement d'apprentissage : porte sur l'accès à des possibilités d'apprentissage sûres et pertinentes. Elles mettent en avant les liens cruciaux avec d'autres secteurs tels que la santé, l'eau et l'assainissement, la nutrition le logement et les établissements humains, qui aident à améliorer la sécurité, la sûreté et le bien-être physique, cognitif et psychologique.

Enseignement et apprentissage : porte sur des éléments cruciaux qui promeuvent un enseignement et un apprentissage efficaces, comme les programmes scolaires, la formation, le développement professionnel et le soutien, l'enseignement et les processus d'apprentissage et l'évaluation des résultats de l'apprentissage.

Enseignants et autres personnels de l'éducation : les normes de ce domaine couvrent l'administration et la gestion des ressources humaines dans le domaine de l'éducation.

Politique éducative : les normes de ce domaine portent sur la formulation et la promulgation des politiques, la planification et la mise en œuvre.

Objectifs stratégiques communs :

- Protéger l'état nutritionnel et le bien-être des nourrissons et des jeunes enfants grâce à une alimentation, à une stimulation et à des soins adéquats, afin de mieux les préparer à l'éducation préscolaire et primaire, et à plus d'apprentissage et de développement
- Améliorer et renforcer la connaissance des pratiques en matière de soins et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans la communauté, y compris l'amélioration des compétences parentales
- Protéger le droit des FEA et des responsables de nourrissons et de jeunes enfants à l'accès à l'apprentissage et au développement continu (par exemple, maintenir les jeunes mères dans un programme éducatif tout en protégeant les nourrissons ; soutenir et garder les enseignantes enceintes et allaitantes)
- Contribuer au bien-être de toute la communauté en apportant un rôle de soutien aux adultes et aux enfants plus âgés s'occupant de femmes enceintes et allaitantes (FEA), de nourrissons et de jeunes enfants.

L'intégration intersectorielle est une valeur fondamentale de l'éducation dans les situations d'urgence et l'une des façons dont l'éducation atteint les principes humanitaires : « Les écoles et autres espaces d'apprentissage peuvent être un point de départ pour l'apport d'un soutien essentiel dépassant le seul secteur de l'éducation, par exemple dans les domaines de la protection, de la nutrition, de l'eau et de l'assainissement et des services de santé. La coordination entre les personnes qui travaillent dans les secteurs de l'éducation, de la protection, du logement et des établissements humains, de l'eau et de l'assainissement, de la santé, et dans le secteur psychosocial est cruciale pour établir des espaces sûrs et adaptés aux apprenants. »⁵⁵

Il existe un lien étroit entre l'ANJE et l'éducation par le biais du développement de la petite enfance (DPE). « Le développement de la petite enfance s'étend du moment de la conception jusqu'au début de l'école primaire et inclut le bien-être physique ainsi que le développement cognitif, linguistique et socio-émotionnel. Investir dans le DPE conduit à avoir des enfants plus heureux, à des sociétés plus égales et à éviter des coûts plus élevés dans l'avenir. »⁵⁶ Les programmes qui combinent des compétences parentales et un stimuli du nourrisson avec une meilleure nutrition ont amélioré la croissance et le développement des enfants à long terme. Les enfants ayant un retard de croissance et qui ont reçu stimulation et nutrition ont bénéficié d'avantages cognitifs durables toujours évidents à l'âge de 17 ans, avantages qui n'ont pas continué chez les enfants recevant seulement de la nourriture.⁵⁷ Le DPE comprend des éléments de l'éducation, de la protection de l'enfance, de la santé mentale et de la nutrition ; et les meilleurs résultats sont obtenus en intégrant des programmes dans ces secteurs.

Principales activités intégrées

- a) **Plaider en faveur de l'inclusion des approches et du matériel de l'ANJE et du DPE** dans les politiques et les documents d'orientation liés à l'éducation, ainsi que dans la formation et le curriculum des enseignants ; **et préconiser l'inclusion de thèmes liés au DPE** (stimulation psychosociale, soins pour le développement de l'enfant) dans les politiques et les programmes pertinents de l'ANJE et de la nutrition ;
- b) Envisager d'identifier un **champion de l'ANJE** qualifié dans l'équipe de l'éducation (voir Action 1 : Plaider pour que les parties prenantes concernées tiennent compte de l'ANJE) ;
- c) Organiser des **séances d'orientation** sur l'ANJE pour le personnel éducatif et lui fournir une liste des principales informations sur l'ANJE (voir l'annexe 6) ;
- d) **Élaborer des procédures claires pour l'identification et la référence** entre les programmes d'éducation et d'ANJE, et s'assurer que le personnel des deux secteurs connaisse les programmes disponibles et les critères clés pour les références ;

55 INEE (2010). *Normes minimales pour l'éducation : préparation, intervention, rétablissement*. Disponible en ligne : http://toolkit.ineesite.org/toolkit/INEEcms/uploads/1012/INEE_Minimum_Standards_French_2010.pdf - Version anglaise : <http://www.ineesite.org/en/minimum-standards> [5 mai 2017]

56 Global Education Cluster (2014). *The importance of early childhood development (ECD)*. [Importance du développement de la petite enfance]. Disponible en ligne : <https://www.who.int/publications/i/item/97892400020986> [23 déc. 14]

57 UNICEF et OMS (2012). *L'intégration du développement de la petite enfance dans les programmes de nutrition en situation d'urgence. Pourquoi, Quoi et Comment ?* Disponible en ligne : http://www.who.int/mental_health/emergencies/eed_why_what_how_french.pdf?ua=1 - Version anglaise : http://www.who.int/mental_health/publications/emergencies_why_what_how/en/ [5 mai 2017]

- e) Collaborer avec **les équipes chargées de l'éducation pour trouver des moyens d'accroître l'accès des mères adolescentes et des mères impliquées dans des activités d'apprentissage pour adultes aux services de l'éducation et de l'ANJE en offrant des** périodes et des lieux pour des séances complémentaires ou des services de soins aux enfants au sein des établissements d'apprentissage ou peu éloignés ;
- f) **Approches suggérées pour intégrer le DPE dans les programmes de nutrition et d'ANJE⁵⁸ :**
- a. Intégrer les faits, les approches et les activités clés sur le DPE dans le matériel de l'ANJE ;
 - b. Inclure du counseling sur les pratiques de soins en accord avec le DPE dans le counseling individuel sur l'ANJE, par exemple, l'allaitement est l'occasion pour une mère de faire preuve de chaleur et d'amour, et de communiquer avec son bébé par le chant, le toucher et les expressions faciales ;
 - c. Afficher les messages sur le DPE dans les salles d'attente des établissements de l'ANJE ou dans d'autres lieux où se rassemblent les FEA. Ces messages peuvent contenir des images ainsi que des méthodes interactives impliquant les mères et les bébés ;
 - d. Inclure le DPE régulièrement dans les groupes mère-bébé et dans les espaces amis des bébés ;
 - e. Effectuer des visites à domicile en combinant l'ANJE et le counseling sur le DPE, en particulier pour les nourrissons, les jeunes enfants et les familles vulnérables.

Possibilités générales de collaboration

1) Coordination et plaidoyer

- a) Améliorer la coordination par le **partage d'informations et la discussion en rapport avec le bien-être des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants âgés de 0 à 23 mois** entre les deux secteurs (débriefting suite aux évaluations, suivi ou collecte des données). Identifier les mécanismes préexistants pour coordonner la programmation reliée et intégrée de l'éducation et de l'ANJE et veiller à ce qu'il y ait suffisamment de temps alloué à la discussion autour des implications de cette information pour les programmes d'éducation ;
- b) Utiliser les données de l'éducation et de **l'ANJE pour défendre** les besoins des enfants de 0 à 23 mois et de leurs responsables auprès des autorités compétentes ; mener un **plaidoyer conjoint** pour un plus grand impact ;
- c) Tenir **compte spécifiquement des vulnérabilités et des besoins identifiés des FEA et des enfants âgés de 0-23 mois lors** de la conception des programmes d'éducation⁵⁹.

58 Adaptation de Intégrer les activités du développement de la petite enfance (ECD) aux programmes de nutrition en situations d'urgence (UNICEF et OMS, 2012)

59 Les besoins et les vulnérabilités spécifiques pourraient comprendre l'accès à l'éducation pour les mères pendant qu'elles allaitent ou qu'elles s'occupent d'un jeune enfant, l'accès aux programmes de compétences parentales, le développement du nourrisson et du jeune enfant en fonction des stimuli de leur responsable pour grandir et se développer, etc.

2) Collecte et partage d'informations

- a) Effectuer **des évaluations conjointes des besoins** qui rassemblent les données pertinentes sur l'éducation et l'ANJE, et **ventiler les données d'évaluation et de suivi** pour les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les enfants de 0 à 5 mois, de 6 à 11 mois et de 12 à 23 mois ;
- b) Intégrer des **questions sur l'éducation et l'ANJE dans les discussions avec les FEA, les responsables d'enfants et les** autres membres de la communauté ;
- c) Recueillir des **exemples de réussite**, notamment ceux des FEA et des responsables d'enfants, pour démontrer les effets positifs des programmes d'éducation et d'ANJE de qualité et coordonnés sur la santé et le bien-être des nourrissons et des jeunes enfants ;
- d) Identifier les forums préexistants (par exemple les réunions d'équipe ou de secteur) qui sont les plus utiles pour **l'examen régulier des informations sur l'éducation et l'ANJE** ;
- e) Envisager de **standardiser les messages pertinents sur l'ANJE et l'éducation** destinés aux FEA et aux responsables d'enfants de 0 à 23 mois, en particulier en ce qui concerne l'accès aux services pertinents et leur disponibilité. Planifier conjointement les possibilités de diffusion dans les programmes des uns et des autres.

3) Renforcement des capacités

- a) **Offrir une formation croisée** au personnel de l'éducation et à celui de l'ANJE en mettant l'accent sur les besoins et les préoccupations des enfants âgés de 0 à 23 mois ;
 - a. Définir **ensemble des stratégies, des activités et des objectifs conjoints** pour la formation ;
 - b. **Les thèmes pertinents pour les formations communes** comprennent :
 - i. Finalités, activités et méthodes de travail dans les programmes d'éducation et d'ANJE ;
 - ii. Aspects clés de l'ANJE et des soins, y compris l'allaitement maternel exclusif et continu, les pratiques d'alimentation complémentaire sans risque et les soins appropriés pour les nourrissons et les jeunes enfants ;
 - iii. Intégration de l'ANJE avec l'éducation et le DPE dans les situations d'urgence ;
 - iv. Contextualisation des messages sur l'éducation et l'ANJE ;
 - v. Critères de ciblage appropriés pour les deux programmes et le processus d'identification et de référence des responsables d'enfants vers les services disponibles ;
- b) **Inviter les membres du personnel de l'ANJE à des formations, des retraites ou des ateliers sur l'éducation** où leurs perspectives et leurs informations peuvent améliorer le résultat et vice versa.

4) Normes fondamentales

- a) **Améliorer les consultations communautaires** en mobilisant les groupes par le biais des programmes d'éducation et d'ANJE :

- a. Intégrer des questions sur l'éducation et l'ANJE dans les discussions avec les responsables des 0-23 mois afin de **favoriser l'identification des priorités, des besoins et des améliorations potentielles** pour ce groupe d'âge ;
- b. **Mener des discussions de groupe thématiques** avec les enseignants et les écoliers sur les questions de nutrition et d'ANJE. Les questions clés dans l'analyse contextuelle : dans un ménage, qui nourrit les enfants âgés de 0 à 23 mois et s'en occupe ? Quels sont les impacts sur les frères et sœurs plus âgés s'ils sont les principaux responsables de nourrir les enfants ? Les frères et sœurs aînés sont-ils les responsables principaux ou secondaires d'enfants âgés de 0 à 23 mois ?
- b) Étudier les moyens de **s'engager avec les associations parents-enseignants (APE) et les clubs pour enfants** :
 - a. Les équipes chargées de l'éducation et de l'ANJE doivent coordonner la meilleure façon **d'inclure les représentants de ce groupe cible** (les responsables des enfants de 0 à 23 mois) dans les comités d'éducation (contacter le secteur de la gestion de camp pour la coordination et la participation communautaire) ;
 - b. **Impliquer les APE dans les consultations communautaires** et s'engager auprès d'elles en tant qu'actrices communautaires clés dans l'identification des défis et des solutions liés à l'ANJE ;
 - c. **Impliquer les clubs d'enfants dans les opportunités de mobilisation communautaire** et dans la transmission des messages clés et des informations sur l'ANJE par le biais de poèmes, de pièces de théâtre, de chansons, d'histoires et d'autres méthodes ; prévoir des concours de pièces de théâtre liées à l'ANJE.
- c) Les équipes de l'ANJE doivent envisager des occasions **d'apprendre et de s'engager auprès de divers responsables des programmes d'éducation** afin d'accroître le partage de l'information et les possibilités de collaboration, y compris le DPE et l'enseignement primaire, secondaire, non formel, technique, professionnel, supérieur et celui aux adultes ;
- d) Pour les activités pertinentes en éducation, en services de garde d'enfants ou en DPE, les programmes peuvent être liés à l'établissement ou à l'activité pour permettre aux jeunes parents de profiter de cette offre d'éducation. Autrement, organiser des activités pour les 0-23 mois situées au même endroit.

5) Domaine de l'accès et de l'environnement pédagogique

- a) Penser aux possibilités de **tenir l'ANJE et les services éducatifs au même** endroit (par exemple, les écoles, les espaces temporaires d'apprentissage (ETA)). Ceci peut permettre davantage aux responsables d'enfants de profiter des services d'éducation et de l'ANJE en utilisant le temps plus efficacement (c'est-à-dire après avoir laissé les enfants plus âgés à l'école) :
 - a. Dans une première phase d'urgence, **coordonner le partage des espaces (c'est-à-dire, les ETA ou zones mère-bébé)** à différentes heures de la journée afin qu'ils puissent être utilisés pour des activités d'éducation et de DPE à certains moments et pour les activités d'ANJE-U à d'autres ;
 - b. Envisager **d'offrir des possibilités d'apprentissage pour adultes avec les groupes d'ANJE** et/ou des cours sur le DPE ou les compétences parentales, et intégrer les sujets de l'ANJE dans les cours d'alphabétisation et de calcul ;

- c. **Identifier un champion dans chaque équipe pour qu'il soit orienté sur** l'autre secteur et impliqué dans les sessions des autres équipes pour partager ses expériences et identifier les occasions d'intégrer les activités ;
- b) **Plaider pour que les activités d'ANJE et de DPE soient fortement intégrées.** Si elles ne le sont pas directement, **incorporer les principes du DPE dans les programmes** de l'ANJE pour encourager la stimulation du nourrisson et les compétences parentales interactives. Il est prouvé que la programmation combinée améliore les résultats de la croissance et du développement à court et à long terme. Former les deux équipes sur le DPE⁶⁰ ;
- c) **Établir un « centre » d'opportunités pour les responsables des jeunes enfants (en particulier les adolescents)** et plaider avec d'autres secteurs en faveur de l'intégration des services supplémentaires (c'est-à-dire des services d'ANJE, des cours sur le DPE, l'éducation à la vie quotidienne, des espaces amis des enfants de 0 à 3 ans) ;
- d) **Mener des activités participatives de communication pour le changement de comportement sur l'ANJE dans les écoles** et les ETA, comme des démonstrations d'alimentation complémentaire et des jardins scolaires ; envisager des activités de nature participative qui encouragent les enfants à apprendre ;
- e) Envisager **le partage des meilleures pratiques et des outils entre les programmes de DPE et d'ANJE et la tenue ces deux types de programmes aux** mêmes endroits - les tentes d'ANJE peuvent être équipées de trousse de DPE (trousse de DPE de l'UNICEF) ; les APE peuvent être engagées dans la fabrication de jouets. Remarque : Assurez-vous que les trousse et les jouets pour le DPE sont sans danger pour les nourrissons, car les trousse de DPE sont souvent destinées aux enfants de 3 ans et plus ;
- f) Fournir des **conseils techniques et un soutien aux programmes de DPE** pour une alimentation scolaire et des démonstrations appropriées.

6) Domaine de l'enseignement et de l'apprentissage

- a) Les équipes de l'ANJE et de l'éducation doivent travailler ensemble pour **réviser, adapter et contextualiser les programmes éducatifs et le matériel complémentaire appropriés pour l'ANJE** afin de soutenir les normes minimales en éducation liées à l'inclusion des pratiques de santé et de bien-être dans les programmes éducatifs :
 - a. Examiner les possibilités **d'intégrer l'information dans l'éducation non formelle ou dans l'éducation de base alternative**, par exemple en alphabétisation ;
 - b. **Développer les principaux messages de l'ANJE dans les plans ou les activités des cours afin d'améliorer les programmes éducatifs en santé et en nutrition**, à savoir la nutrition tout au long du cycle de vie, l'importance de la nutrition des adolescentes et de la mère, l'alimentation et les soins des nourrissons et des jeunes enfants, y compris l'hygiène optimale ;
- b) **Fournir des séances éducatives et des documents promotionnels** aux responsables d'enfants et aux enfants sur les comportements liés à la nutrition tels que l'ANJE, les pratiques d'hygiène et de soins optimaux et la disponibilité des services de nutrition ;

60 UNICEF (2013) *Care for child development package*, disponible en ligne : http://www.unicef.org/earlychildhood/index_68195.html

- c) **Travailler avec les APE et les groupes d'étudiants** pour organiser un après-midi de « Journée d'activité spéciale » en lien avec l'ANJE. Selon le contexte, il pourrait s'agir d'une intervention multisectorielle (par exemple ANJE et EAH, importance du lavage des mains lors des repas, y compris lorsqu'on nourrit un nourrisson) ;
- d) L'équipe de l'ANJE doit s'engager avec le personnel éducatif et les enfants dans la **conception, le pré-test et la distribution du matériel et des activités de l'ANJE** ;
- e) S'assurer que l'équipe de l'ANJE apprend de l'équipe d'éducation **des méthodes pédagogiques fondées sur des données probantes** afin d'améliorer la capacité de l'équipe de l'ANJE à fournir une éducation, des messages, etc. pour avoir un impact plus important sur les changements de comportement.

7) Domaine des enseignants et autre personnel de l'éducation

- a) Prendre des mesures pour assurer **la non-discrimination des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants** lors des processus de recrutement ;
- b) Plaider en faveur du **soutien à la maternité** des enseignantes, y compris le congé de maternité rémunéré ;
- c) Collaborer avec les enseignantes pour identifier **l'impact du retour du personnel d'éducation après leur congé de maternité sur les pratiques** de l'ANJE ;
- d) Aider les écoles à identifier les ressources de l'ANJE visant à aider le personnel de l'éducation de retour au travail après le congé de maternité, notamment les **pauses pour allaiter** les enfants de moins de 12 mois et les services de garde disponibles et abordables dans les établissements d'enseignement ou à proximité.



Ressources

1. Groupe de travail INEE (2010). *Normes minimales pour l'éducation : préparation, intervention, rétablissement*. Disponible en ligne : <http://www.ineesite.org/en/minimum-standards> (en anglais)
2. *Manuel INEE : questions thématiques clés*. Site (en anglais) : [INEE Thematic Issue Brief: Psychosocial Well-being | INEE](#)
3. HCR (2012). *Stratégie d'éducation du HCR pour 2012-2016*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/5149ba349.html>
4. UNICEF et OMS (2012). *Intégration de la stimulation de la petite enfance dans les programmes de nutrition en situation d'urgence. Pourquoi, quoi et comment* Disponible en ligne : http://www.who.int/mental_health/publications/emergencies_why_what_how/en/ - http://www.who.int/mental_health/emergencies/ecd_why_what_how_french.pdf?ua=1



Sécurité alimentaire et moyens d'existence, alimentation des nourrissons et des jeunes enfants



Le droit à la nourriture, y compris à une vie sans faim, est essentiel au droit à la survie. Le projet Sphère lie explicitement la sécurité alimentaire et la nutrition comme étant des déterminants essentiels de la protection de ce droit. La sécurité alimentaire et la nutrition sont intégralement liées, et la réalisation des objectifs de l'une dépend de l'autre.

Sphère souligne que « La sécurité alimentaire existe lorsque toutes les personnes ont, en tout temps, un accès physique, social et économique à une nourriture suffisante, sûre et nutritive qui réponde à leurs besoins et préférences alimentaires et leur permette de mener une vie saine et active. »⁶¹ Sphère décrit les moyens d'existence comme « les capacités, les biens (les ressources naturelles, matérielles et sociales, notamment) et les activités auxquels un ménage a recours pour assurer sa survie et son bien-être futur. »⁶² Sphère divise les programmes de sécurité alimentaire en trois stratégies globales : sécurité alimentaire, transferts de fonds et de bons, et moyens d'existence. Ces stratégies ont été expliquées plus en détail par Daniel Maxwell et al.⁶³ comme étant (1) l'aide alimentaire et en nature, (2) les programmes basés sur les transferts monétaires, le travail et le marché et (3) les programmes d'agriculture et d'élevage. Les définitions de Maxwell sont décrites dans l'encadré ci-dessous.

Interventions de sécurité alimentaire d'urgence (Maxwell et al., 2008)

Aide alimentaire et assistance en nature : aide dont l'objectif principal est de prévenir la mortalité et la détérioration de l'état nutritionnel. Les types d'aide alimentaire et d'aide en nature les plus courants sont les suivants : distribution générale de produits alimentaires gratuits aux groupes vulnérables (y compris la distribution alimentaire générale et les programmes d'alimentation supplémentaire générale), nourriture contre travail, monétisation (Maxwell, p. 60-61)

Les programmes basés sur l'argent, le travail et le marché : des interventions basées sur l'argent ou sur d'autres éléments non alimentaires qui visent principalement à améliorer le pouvoir d'achat des personnes en situation d'urgence. Les interventions courantes comprennent : les subventions en espèces, l'argent contre travail, les bons, la microfinance, les transferts de fonds, les subventions et les interventions liées au marché telles que les boutiques de troc (Maxwell, p. 83)

Programmes d'agriculture et d'élevage : interventions qui protègent les actifs productifs et les moyens d'existence pour renforcer la productivité et permettre un relèvement rapide d'une situation d'urgence. Les programmes courants comprennent la fourniture d'intrants tels que les semences et les outils, ainsi que les interventions liées à l'élevage, telles que le déstockage et le restockage, et la santé et la nutrition animales. (Maxwell, p. 99)

61 Le projet Sphère (2011). *La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*, p. 143. Disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [18 déc. 2014]

62 Le projet Sphère (2011). *Charte humanitaire et standards minimums pour les interventions humanitaires*, p. 145. Disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [18 déc. 2014]

63 Maxwell, D. et al (2008). *Good Practice Review: Emergency food security interventions*. Disponible en ligne : <https://odihpn.org/resources/emergency-food-security-interventions/> [1 mai 2018]

Objectifs stratégiques communs :

- Améliorer la disponibilité, l'utilisation, l'accès et la stabilité des aliments pour les femmes enceintes et allaitantes (FEA), les nourrissons et les jeunes enfants
- Contribuer à réduire au minimum le risque de malnutrition chez les nourrissons et les jeunes enfants en soutenant des pratiques d'alimentation optimales pour eux
- Promouvoir le droit au travail des FEA et des responsables de nourrissons et de jeunes enfants

Les programmes de sécurité alimentaire et de nutrition du HCR sont étroitement liés par des activités, des buts, et des objectifs communs.⁶⁴ Les principales stratégies de sécurité alimentaire du HCR sont de fournir une aide alimentaire en nature telle que la nourriture, les transferts monétaires, ou les bons, selon les besoins ; et de promouvoir l'agriculture et la production alimentaire familiale, dans la mesure du possible. Les programmes sur les moyens d'existence au HCR visent à permettre aux réfugiés de subvenir à des besoins fondamentaux tels que la nourriture, l'eau, le logement et les établissements humains et les vêtements appropriés, ainsi qu'à l'autosuffisance à long terme. Les programmes sur les moyens d'existence varient grandement en fonction du contexte et s'appuient sur les capacités et les compétences des réfugiés. Les programmes de nutrition et de sécurité alimentaire sont souvent liés par l'activité, le résultat ou le but du programme. Dans le cas de l'ANJE, il faut examiner de manière spécifique comment la sécurité alimentaire et les moyens d'existence peuvent protéger et promouvoir l'allaitement maternel pour les nourrissons de moins de 6 mois et soutenir une alimentation complémentaire optimale pour les enfants de 6 à 23 mois, en particulier autour des composantes essentielles de disponibilité, d'accès, d'utilisation et de stabilité. La vulnérabilité est une préoccupation centrale, car elle implique l'exposition d'un individu à un danger et sa capacité à faire face à des chocs liés à la sécurité alimentaire et aux moyens d'existence. La vulnérabilité des nourrissons et des enfants peut être unique et, dans certains cas, élevée par rapport au reste de la population, et devrait donc être une priorité pour les programmes de sécurité alimentaire et de nutrition.

Principales activités intégrées

- a) Le personnel de l'ANJE doit participer aux groupes de travail sur la sécurité alimentaire et les moyens **d'existence pour sensibiliser à l'ANJE** et veiller à ce que les besoins des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants soient pris en considération ;
- b) Veiller à **ce que l'ANJE figure dans les stratégies, les lignes directrices et les sous-accords pertinents** et que les politiques clés soient approuvées par les acteurs de la sécurité alimentaire et des moyens d'existence ;
- c) Envisager d'identifier un **champion** de l'ANJE qualifié dans les équipes de sécurité alimentaire et de moyens d'existence (voir Action 1: Plaider pour que les parties prenantes concernées tiennent compte de l'ANJE) ;
- d) Envisager de **standardiser les messages pertinents sur l'ANJE et la sécurité alimentaire en tenant compte des** besoins identifiés dans l'évaluation des besoins, par exemple en ce qui concerne la disponibilité, l'accès et l'utilisation des aliments pour ce groupe cible. Planifier conjointement les possibilités de diffusion dans les programmes des uns et des autres ;

64 HCR (2014). *Stratégie globale du HCR pour la santé publique 2014-2018*. <http://www.unhcr.org/530f12d26.pdf>, disponible en ligne : [5 mai 2017]

- e) Organiser des **séances d'orientation** sur l'ANJE pour le personnel chargé de la sécurité alimentaire et des moyens d'existence, et lui fournir une liste des principales informations sur l'ANJE (voir l'annexe 6) ;
- f) **Élaborer des procédures claires pour l'identification et la référence** entre le programme de sécurité alimentaire et de moyens d'existence (SAMS) et celui de l'ANJE. S'assurer que tout le personnel est au courant des programmes disponibles et des principaux critères de référence ;
- g) Assurer **l'inclusion et l'accès effectif des FEA et des enfants de 0 à 23 mois (et leurs responsables)** dans les programmes d'aide alimentaire. Travailler avec l'équipe d'aide alimentaire pour définir clairement le groupe cible (c'est-à-dire les FEA du 2^e trimestre de la grossesse à 6 mois) ;
- h) **Envisager des programmes basés sur les transferts monétaires ou les bons et qui favorisent de bons résultats nutritionnels**, c'est-à-dire prévenir la malnutrition et tenir compte des effets non intentionnels de la programmation sur les pratiques optimales de l'ANJE :
 - a. S'assurer que les programmes basés sur les transferts monétaires ou les bons incluent des bons conditionnels pour **les aliments nutritifs appropriés à destination des FEA et des enfants âgés de 6 à 23 mois**. L'équipe de nutrition doit fournir des conseils sur les aliments ou articles appropriés. Il peut s'agir de bons « conditionnels » pour une gamme de produits, en fonction de l'analyse du contexte ;
 - b. **Si la SAMS met en place des programmes inconditionnels de transfert monétaire**, il est important de respecter la liberté des communautés d'utiliser l'argent comme elles l'entendent. (Notez que pour les substituts du lait maternel, il faut gérer la situation prudemment et demander conseil à un expert en ANJE familier avec le contexte). Une façon d'influencer cette dépense est d'éduquer, de sensibiliser et d'identifier les aliments et les articles non alimentaires appropriés pour les 0-23 mois disponibles sur le marché.

Possibilités générales de collaboration

1) Coordination et plaidoyer

- a) Améliorer la coordination par le **partage d'informations et la discussion entre les deux secteurs en rapport avec le bien-être des FEA**, des nourrissons et des jeunes enfants âgés de 0 à 23 mois. Identifier les mécanismes préexistants pour coordonner la programmation reliée et intégrée de la sécurité alimentaire, des moyens d'existence et de l'ANJE, et veiller à ce qu'il y ait suffisamment de temps alloué à la discussion autour des implications de ces informations pour les programmes de santé ;
- b) Utiliser les données sur les moyens d'existence, la sécurité alimentaire, la nutrition **et l'ANJE pour défendre les besoins** des enfants âgés de 0 à 23 mois et de leurs responsables auprès des autorités compétentes - mener un **plaidoyer conjoint** pour un plus grand impact ;
- c) **Tenir compte spécifiquement des vulnérabilités et des besoins identifiés des FEA et des enfants âgés de 0 à 23 mois** lors de la conception des programmes de sécurité alimentaire et de moyens d'existence.

2) Collecte et partage d'informations

- a) Organiser des **évaluations conjointes des besoins** qui rassemblent les données pertinentes sur l'ANJE, la nutrition, la sécurité alimentaire et les moyens d'existence, et **ventiler les données d'évaluation et de suivi** pour les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les enfants de 0 à 5 mois, 6 à 11 mois et 12 à 23 mois ;
- b) Intégrer des **questions sur la sécurité alimentaire, les moyens d'existence et l'ANJE dans les discussions avec les FEA, les responsables d'enfants** et les membres de la communauté comme moyen pour une analyse participative de la vulnérabilité. Tenir compte des modalités différentes en matière de garde des enfants, et déterminer qui est en charge de fournir un filet de sécurité aux FEA, aux nourrissons et aux jeunes enfants (ménages dirigés par une femme, enfants sans mères, etc.), des rôles divers des hommes et des femmes pour assurer le bien-être nutritionnel de ces groupes cibles, et les mécanismes d'adaptation positifs ou négatifs ;
- c) Recueillir des **exemples de réussite**, y compris celles des mères ou des responsables d'enfants, pour démontrer les effets positifs des activités de sécurité alimentaire, des moyens d'existence et d'ANJE coordonnées et de qualité sur la santé et le bien-être des nourrissons et des jeunes enfants ;
- d) Formaliser **l'échange d'informations et la discussion sur le bien-être des enfants âgés de 0 à 23 mois** entre les deux secteurs. Identifier les forums préexistants (par exemple les réunions d'équipe ou de secteur) qui sont les plus utiles pour l'examen régulier des informations sur l'ANJE, la sécurité alimentaire et les moyens d'existence, et veiller à ce qu'il y ait suffisamment de temps alloué à la discussion autour des implications de ces informations pour la sécurité alimentaire et les moyens d'existence.

3) Renforcement des capacités

- a) **Offrir une formation croisée** au personnel de la sécurité alimentaire et moyens d'existence et à celui de l'ANJE en mettant l'accent sur les besoins et les préoccupations des enfants âgés de 0 à 23 mois :
 - a. Définir **ensemble des stratégies, des activités et des objectifs conjoints** pour la formation ;
 - b. **Les thèmes pertinents pour les formations communes** comprennent :
 - i. Finalités, activités et méthodes de travail au sein des programmes de sécurité alimentaire, de moyens d'existence et d'ANJE ;
 - ii. Aspects clés de l'ANJE et des soins, y compris l'allaitement maternel exclusif et continu, les pratiques d'alimentation complémentaire sans risque et les soins appropriés pour les nourrissons et les jeunes enfants ;
 - iii. Aspects clés de la sécurité alimentaire et des moyens d'existence ;
 - iv. Contextualisation des messages sur la sécurité alimentaire et l'ANJE ;
 - v. Critères de ciblage appropriés pour les deux programmes et le processus d'identification et de référence des responsables d'enfants vers les services disponibles.

- b) **Inviter les membres du personnel de l'ANJE à des formations, des retraites ou des ateliers sur la sécurité alimentaire et les moyens d'existence** où leurs perspectives et leurs informations peuvent améliorer le résultat et vice versa.

4) Aide alimentaire et assistance en nature

- a) **Utiliser les informations pertinentes sur la sécurité alimentaire pour les** enfants de 0 à 23 mois lors de la planification de l'aide alimentaire :
- a. **Examiner la collecte des données d'enregistrement** : ventiler les données pour les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de 0 à 5 mois, de 6 à 11 mois, de 12 à 23 mois ;
 - b. Mettre en évidence les besoins des enfants âgés de 0 à 23 mois en effectuant **une analyse critique conjointe des données disponibles : enregistrement**, vérification et suivi post-distribution ;
 - c. **Selon la situation, préciser les besoins des cas spéciaux et des groupes vulnérables** (les enfants séparés, les nourrissons non allaités, les ménages touchés par un handicap, en particulier celui du chef du ménage).
- b) **Coordonner la conception des rations** pour s'assurer que les besoins des enfants âgés de 0 à 23 mois soient pris en compte : l'apport alimentaire (variété, quantité et qualité) doit être pris en considération pour les aliments et les articles en nature en se basant sur les évaluations des besoins :
- a. **Veiller à ce que les rations comprennent des aliments complémentaires sûrs et appropriés pour les jeunes enfants et suffisamment de nourriture pour au moins une FEA** ; lors de la conception des rations, prendre en considération le partage au sein des ménages ;
 - b. Envisager de **compléter la ration avec des aliments frais** ;
 - c. **Prendre en considération les conséquences imprévues de l'aide alimentaire** sur les pratiques d'alimentation optimales, p. ex. l'allaitement maternel ou la compensation des aliments frais. Adhérer aux politiques du HCR concernant le contenu des rations alimentaires⁶⁵.
- c) S'engager avec les FEA et les responsables d'enfants pour **améliorer les systèmes** de distribution (points de distribution, organisation de la distribution) afin de s'assurer que les besoins de ce groupe soient pris en considération, étant donné que les femmes sont souvent celles qui reçoivent la ration du ménage. Assurer la liaison avec la gestion du camp pour organiser les modalités de distribution (voir le chapitre sur la gestion de camp) :
- a. Les FEA et les responsables d'enfants ayant des nourrissons ont des **files d'attente et d'entrée distinctes ou prioritaires** lors des enregistrements, des vérifications, des distributions et des foires ;
 - b. **Assurer l'ombre et un espace d'allaitement (si nécessaire) ainsi que l'accès à l'eau potable et aux toilettes** pendant le temps d'attente aux points de distribution ;

65 HCR, UNICEF, PAM, OMS (2004). *Food and Nutrition Needs in Emergencies*. Disponible en ligne : <http://www.who.int/nutrition/publications/emergencies/a83743/en/> [5 mai 2017]

- c. Fournir un **moyen de transport pour que les responsables d'enfants** rentrent chez elles avec des produits de base ;
 - d. **Soutenir les responsables d'enfants** seules pour accéder aux distributions ;
 - e. Recommander aux responsables d'enfants d'**assister à la distribution accompagnée de quelqu'un** pour les aider afin de prévenir la séparation et d'améliorer la protection des 0-23 mois ;
 - f. **Envisager de multiplier les points de distribution** pour réduire la distance pour les bénéficiaires (selon le contexte) ;
 - g. Sur **la base de l'évaluation, penser à l'efficacité** de mettre des messages sur l'ANJE ciblés et pertinents dans les paniers alimentaires ;
 - h. Inclure **des démonstrations culinaires pratiques** sur les sites de distribution pour démontrer comment utiliser au mieux les aliments distribués ou les aliments susceptibles d'être achetés (disponibles localement) avec de l'argent ou des bons. Ceci permettra d'assurer la diversité alimentaire dans le repas et une cuisson adéquate des aliments afin de ne pas perdre leur valeur nutritionnelle.
- d) Lorsque vous fournissez des aliments spécifiquement pour les enfants de 6 à 23 mois :
- a. **S'assurer que l'éducation nutritionnelle est fournie** en relation avec l'alimentation complémentaire optimale, la préparation adéquate, l'entreposage des aliments et l'hygiène. Dans la mesure du possible, les distributions du programme d'alimentation supplémentaire générale (PASG) ciblant les FEA ou les enfants de 6 à 23 mois devraient se faire à un autre endroit lors de la distribution alimentaire générale ou à un moment différent de celle-ci, afin d'allouer plus de temps pour l'éducation et l'information ;
 - b. **Collaborer à la gestion des denrées alimentaires spécialisées pour les enfants âgés de 0 à 23 mois** - aide à la gestion, à l'emballage et à la distribution ainsi qu'à l'éducation concernant l'utilisation d'aliments spécialisés (mélange de blé et soja, micronutriments en poudre, aliments prêts à l'emploi).
- e) **Fournir des séances d'éducation ou des informations sur l'ANJE aux points de distribution et par l'entremise des agents de distribution et des comités de gestion des aliments** (en particulier autour des PASG ciblant les FEA et les jeunes de 6 à 23 mois) ; les sujets abordés peuvent être l'importance des aliments nutritifs, l'hygiène lors de la préparation des aliments, l'allaitement maternel, la préparation d'aliments complémentaires :
- a. Le secteur de la nutrition **devrait fournir aux agents de distribution des informations et des mises à jour du programme** liées à l'ANJE en assistant à des réunions mensuelles. Autrement, identifier le personnel de nutrition ou d'ANJE qui fournirait de l'éducation pendant les distributions ;
 - b. Fournir des **informations et des brochures** sur l'ANJE-U dans la langue locale (à la fois sous forme narrative et graphique) par l'entremise des agents de distribution et des comités de gestion des aliments.
- f) Veiller à ce que les **mécanismes de redevabilité en matière d'aide alimentaire reflètent les besoins des enfants âgés de 0 à 23 mois** :

- a. **Impliquer les FEA et les responsables des enfants de 0 à 23 mois dans la consultation communautaire** sur la façon d'améliorer le programme : la ration, le mécanisme de distribution, la gestion et l'hygiène des denrées du ménage, l'acceptabilité et la palatabilité des aliments ;
- b. **Concevoir un questionnaire de suivi post-distribution (SPD)** pour inclure les informations clés sur l'ANJE ;
- c. **Faire participer en alternance les membres de l'équipe d'ANJE-U dans les équipes** de SPD pour améliorer la collecte de l'information et la coordination ;
- d. **Veiller à ce que les FEA et les responsables des 0-23 mois soient membres du Comité de gestion des aliments** en tant que mécanisme essentiel de supervision et de redevabilité pour les programmes de distribution ;
- e. **Impliquer les FEA et les responsables des 0-23 mois dans la conception et la communication du mécanisme de rapport** pour les abus et les violations entourant les distributions ;
- f. **Surveiller et analyser au fil du temps le « déficit alimentaire » complet dans les besoins alimentaires de base et s'assurer que les équipes de SAMS et d'ANJE prennent des mesures pour s'assurer que les besoins alimentaires de base soient satisfaits.**

5) Transferts monétaires et bons :

NB : Les programmes basés sur les transferts monétaires ou les bons, le marché et le travail sont très divers et les modalités de mise en œuvre sont spécifiques à chaque contexte. Par conséquent, veiller à ce que les étapes suivantes soient respectées dans chaque contexte pour s'assurer que les programmes aient un impact optimal :

- a) Séance d'information sur l'intervention : informer toutes les équipes sectorielles sur les besoins ciblés et les modalités de mise en œuvre afin de comprendre l'intervention de la SAMS et identifier les possibilités pour des activités intégrées ;
- b) S'assurer que les transferts monétaires et **les bons ne visent pas seulement les aliments, mais d'autres articles nécessaires** (c.-à-d. ustensiles et outils appropriés, couches et articles d'hygiène, contenants pour entreposage et EAH)
- c) **S'engager avec les FEA et les responsables d'enfants de 0-23 mois lors des consultations communautaires** pour concevoir les programmes basés sur les transferts monétaires, le travail et le marché ; examiner comment ces programmes augmentent ou diminuent la vulnérabilité de ce groupe ;
- d) **Intégrer une éducation de qualité sur l'ANJE dans les programmes appropriés basés sur les transferts monétaires ou les bons** (par exemple, des programmes de bons pour aliments frais). Considérer la participation aux activités de l'ANJE (comme les groupes de soutien mère-mère) comme une condition pour recevoir de l'aide sous forme de transfert monétaire ou de bons dans les projets pertinents ;
- e) Le personnel de nutrition et de SAMS doit **collaborer à la conception de programmes d'échange du type « contre travail » qui pourraient avoir un impact non intentionnel sur les responsables d'enfants de 0 à 23 mois :**

- a. **Donner la priorité aux responsables d'enfants de 0 à 23 mois** pour les lieux de travail à proximité de leur domicile ;
- b. Envisager d'inclure **des dispositions en matière de garderies** pour les mères ou les responsables d'enfants qui travaillent - par exemple, les travailleuses peuvent s'occuper des enfants en alternance ;
- c. Offrir des **pauses aux mères qui allaitent** (c'est-à-dire une heure par jour).

6) Moyens d'existence : emploi, agriculture et élevage

- a) **Tenir compte des besoins des responsables d'enfants de 0 à 23 mois dans les activités pertinentes de l'emploi ou de l'agriculture :**
 - a. **Donner la priorité aux responsables d'enfants de 0 à 23 mois** pour les lieux de travail à proximité de leur domicile ;
 - b. **Envisager les activités à domicile** (jardinage, couture, magasin) avec la récolte et la culture des semences pour augmenter la diversité alimentaire pour l'alimentation complémentaire ;
 - c. Envisager d'inclure **des dispositions en matière de garderies** pour les mères ou les responsables d'enfants qui travaillent - par exemple, les travailleuses peuvent s'occuper des enfants en alternance ;
 - d. Offrir des **pauses aux mères qui allaitent** (c'est-à-dire une heure par jour) ;
 - e. Dans la mesure du possible, prévoir **des espaces privés sans danger pour l'allaitement maternel à proximité du lieu des activités d'existence** ;
 - f. Cibler les femmes en **âge de procréer et les jeunes**.
- b) **Collaborer à la conception des messages et de l'éducation sur la sécurité alimentaire, les moyens d'existence et la nutrition**, notamment sur des sujets tels que la sélection des cultures (micronutriments, diversité alimentaire, micro-jardinage), la sélection du bétail, l'entreposage des aliments, la préparation des aliments, etc. Les messages doivent être intégrés aux messages sur la santé et l'EAH.
- c) **Le personnel chargé des moyens d'existence et de l'ANJE devrait planifier conjointement et s'engager avec les responsables d'enfants de 0 à 23 mois dans la conception des activités de moyens d'existence** ; tenir compte des besoins et des opportunités uniques des responsables d'enfants en lien avec les moyens d'existence :
 - a. **Prendre en considération les problèmes de temps et de charge** de travail lorsqu'on cible les filles et les mères pour les opportunités, en particulier comment les activités ont un impact sur les modalités en matière de garde des enfants, les tâches supplémentaires et l'horaire des responsables d'enfants ;
 - b. **Promouvoir l'accès à un emploi sécuritaire** pour les FEA et les responsables de nourrissons et de jeunes enfants.

Ressources

1. Le projet Sphère (2018). La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire, disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [7 mai 2018]
2. HCR (2014). *Stratégie globale du HCR en santé publique 2014-2018*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/fr/53ba648c9.pdf> - Version anglaise : <http://www.unhcr.org/530f12d26.html> [5 mai 2017]
3. HCR (2014). *Stratégie globale du HCR pour les moyens d'existence 2014-2018*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/fr/54e4b5159.pdf> [5 mai 2017]
4. Maxwell, D. et al (2008). *Good Practice Review: Emergency food security interventions*. Disponible en ligne : <https://odihpn.org/resources/emergency-food-security-interventions/> [1 mai 2018]
5. Projet LEGS (2009). *Normes et directives pour l'aide d'urgence à l'élevage (LEGS)*. Disponible en ligne : <http://www.livestock-emergency.net/userfiles/file/legs.pdf> [5 mai 2017]
6. Le réseau SEEP (2017). Normes minimales pour le relèvement économique. Disponible en ligne : <https://seepnetwork.org/MERS> [1 mai 2018]

Autres programmes de nutrition et alimentation des nourrissons et des jeunes enfants



L'ANJE fait partie de la nutrition. Selon le manuel Sphère, « La nutrition est un terme général désignant les processus relatifs à l'absorption, la digestion et l'utilisation des aliments par le corps pour sa croissance et son développement, ainsi que pour la reproduction, les activités physiques et la préservation de la santé. Le terme « malnutrition » inclut, d'un point de vue technique, la sous-alimentation (ou sous-nutrition) et la surnutrition. La sous-alimentation englobe divers syndromes, notamment la malnutrition aigüe, la malnutrition chronique et les carences en micronutriments. » L'ANJE-U est considérée comme un domaine « d'intervention en matière de sécurité alimentaire et de nutrition lors de catastrophes (...). » Un régime alimentaire insuffisant de la mère, une mauvaise alimentation du nourrisson et du jeune enfant, des pratiques déficientes en matière de soins sont les causes sous-jacentes de la malnutrition.⁶⁶ Pour une description plus détaillée des liens de causalité entre l'ANJE et la nutrition, voir les cadres conceptuels à l'annexe 3).

66 Le projet Sphère (2011). *La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*, p. 145. Disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [18 déc. 2014]

Stratégies de base pour le secteur de la nutrition

Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions humanitaires. Le projet Sphère (2011), pp. 159-274..

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) : l'ANJE fait l'objet d'interventions visant à protéger les nourrissons et les jeunes enfants qui ont été allaités au sein et ceux qui ne l'ont pas été, et à répondre à leurs besoins nutritionnels. Les interventions prioritaires consistent notamment à protéger et à encourager l'allaitement maternel, à réduire au minimum les risques de l'allaitement artificiel et à permettre une alimentation complémentaire appropriée et sûre.

Malnutrition aigüe modérée (MAM) : Il y a de nombreuses manières d'aborder la malnutrition aigüe modérée. Dans les situations de catastrophe, la supplémentation alimentaire est souvent la première stratégie de prévention et de traitement de la malnutrition aigüe modérée, et de prévention de la malnutrition aigüe sévère. Il peut s'agir d'une couverture globale ou d'une supplémentation ciblée en fonction du niveau de malnutrition aigüe, des groupes de population vulnérables ou des risques d'aggravation.

Malnutrition aigüe sévère (MAS) : La malnutrition aigüe sévère est traitée par des soins thérapeutiques qui peuvent être dispensés selon diverses approches. La prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe sera privilégiée si les conditions le permettent.

Carences en micronutriments : Il faut prendre en charge ces carences par des interventions à l'échelle de la population et par des traitements individuels.

La stratégie globale du HCR pour la sécurité alimentaire et la nutrition 2014-2018⁶⁷ indique que l'amélioration des pratiques de l'ANJE occupe une place majeure au cours de la période couverte par la stratégie, et recommande que « des actions de sensibilisation, des démonstrations et d'autres interventions, telles que des espaces réservés aux bébés et aux enfants et des réseaux de soutien communautaires, so[ie]nt mis en place pour promouvoir et soutenir des pratiques d'alimentation et de soins. » La stratégie globale mentionne en outre que l'alimentation et les soins sous-optimaux des nourrissons et des jeunes enfants, ainsi qu'une insuffisance alimentaire et une morbidité souvent liée aux problèmes environnementaux, à l'hygiène et au logement, sont parmi les principales causes de la malnutrition aigüe - soulignant le lien entre l'ANJE, la sécurité alimentaire, la santé, l'EAH ainsi que le logement et les établissements humains. La stratégie note finalement : « En 2013, l'ANJE dans les situations d'urgence a rarement été appliquée lors du lancement des programmes de nutrition d'urgence. Cette action doit être renforcée ».

Objectifs stratégiques communs :

- Prévention de la malnutrition aigüe (modérée et sévère) chez les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants de 0 à 23 mois

67 HCR (2014). *Stratégie globale du HCR pour la santé publique 2014-2018*, pp. 47-56. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/530f12d26.pdf> [5 mai 2017]

- Traitement de la malnutrition aiguë (modérée et sévère) chez les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants de 0 à 23 mois
- Prévention et traitement des carences en micronutriments chez les FEA et les jeunes enfants de 6 à 23 mois

La prise en charge de la malnutrition aiguë est une intervention importante pour sauver des vies. Selon le contexte, la stratégie de traitement et de prévention de la malnutrition aiguë peut être différente, mais elle suit généralement les recommandations des directives nationales et internationales de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)⁶⁸. L'ANJE devrait toujours faire partie d'une intervention de PCMA car elle est essentielle pour le traitement adéquat et la prévention des épisodes de rechute en malnutrition aiguë. Une intervention complète en PCMA devrait également inclure la prise en charge de la malnutrition aiguë chez les nourrissons (PMAN), pour laquelle un outil de la PMAN communautaire (PCMAN) fournissant des conseils sur les soins ambulatoires pour les nourrissons souffrant de malnutrition aiguë sans complications existe maintenant.⁶⁹ Cet outil aborde en détail le thème de l'ANJE, car les pratiques optimales d'ANJE sont cruciales pour le groupe d'âge des enfants de moins de 6 mois pour lesquels l'allaitement maternel exclusif est recommandé. Dans les contextes où la prévalence de la malnutrition aiguë est faible, plus de ressources nutritionnelles peuvent être transférées vers la prévention de la malnutrition, y compris l'ANJE.

Les objectifs des équipes de nutrition dans les situations de réfugiés sont de prévenir et de traiter la sous-alimentation. L'ANJE est une modalité qui fait partie de la prévention et du traitement, et la nutrition ne devrait pas être mise en œuvre sans une composante importante de l'ANJE. Les programmes de l'ANJE doivent se concentrer sur la nutrition maternelle et la nutrition des enfants de 0 à 23 mois, en tenant compte des besoins particuliers des groupes d'âge spécifiques. Les FEA devraient avoir un accès assuré à une alimentation adéquate pour protéger les besoins de leurs bébés. Des pratiques adéquates d'alimentation des nourrissons comprennent l'initiation précoce de l'allaitement maternel exclusif dans l'heure qui suit l'accouchement et pendant six mois, l'allaitement maternel continu jusqu'à 24 mois ou plus, et l'introduction en temps opportun, à l'âge de six mois, de l'alimentation complémentaire appropriée. L'introduction en temps opportun de l'alimentation complémentaire est cruciale pour la prévention de la malnutrition chez les nourrissons de 6 à 9 mois ; et l'augmentation progressive de la quantité et de la fréquence des aliments complémentaires est essentielle pour prévenir la malnutrition chez les nourrissons et les enfants plus âgés pendant qu'ils progressent vers les repas familiaux.

Lors d'une intervention nutritionnelle pour les réfugiés, il peut y avoir plusieurs acteurs impliqués dans la mise en œuvre de différentes interventions dans le cadre d'un plan holistique de traitement et de prévention, par ex. un acteur pourrait être responsable du traitement des cas de malnutrition sévère dans les établissements, alors qu'un autre est responsable des services communautaires. La multiplicité des acteurs et des interventions rend nécessaire la coordination entre les acteurs chargés de la nutrition afin de fournir des soins de qualité complets et continus lorsque le patient passe d'un programme à l'autre. En particulier dans les premiers stades d'une situation d'urgence où les équipes ne se connaissent pas, il sera essentiel de coordonner. Il n'est pas rare que, dans une famille vulnérable, plusieurs personnes puissent avoir besoin de soutien : un enfant atteint de MAS, un enfant atteint de MAM et un nourrisson dont le poids n'augmente pas ou qui souffre de malnutrition aiguë. Dans cette situation, les équipes de nutrition et d'ANJE devront coordonner et proposer un plan de traitement adapté à la famille en tenant compte des besoins de chaque individu (par exemple, la mère peut être admise au centre de stabilisation avec les trois enfants : elle doit

68 Valid International (2006) *Community-based Therapeutic Care (CTC) – A Field Manual*, disponible en ligne : <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/CTC-Field-Manual-Oct2006-508.pdf> [18 déc. 2014]

69 ENN, Save the Children and LSHTM (2015) *C-MAMI Tool*, disponible en ligne : <http://www.enonline.net/c-mami> [24 déc. 2015]

recevoir un soutien nutritionnel, ses enfants doivent recevoir un traitement selon leurs besoins nutritionnels, et les conseillères en ANJE doivent soutenir le processus de lactation pour le nourrisson. Il est également possible de profiter de cette occasion de contact pour promouvoir l'ANJE et travailler avec la famille pour identifier les causes sous-jacentes de la malnutrition aiguë).

Principales activités intégrées

- a) Envisager d'établir un **groupe de travail intersectoriel sur les nourrissons et les jeunes enfants** dans le but de discuter des besoins, des défis et des réussites de travailler avec ce groupe d'âge ;
- b) Veiller à ce que l'ANJE soit **incluse dans les stratégies, lignes directrices et sous-accords nutritionnels pertinents** et que les politiques clés soient approuvées par les prestataires des programmes nutritionnels ;
- c) Identifier au moins un **champion de l'ANJE** qualifié dans chaque poste nutritionnel ou groupe communautaire (voir Action 1 : Plaider pour que les parties prenantes concernées tiennent compte de l'ANJE) ;
- d) **Standardiser les messages pertinents d'ANJE et de nutrition** pour les FEA et les responsables d'enfants de 0 à 23 mois, en particulier en ce qui concerne l'accès aux services pertinents et leur disponibilité ;
- e) Examiner les moyens d'intégrer **les indicateurs de l'ANJE dans les listes de contrôle et les systèmes de suivi déjà établis**, tels que le Système d'information sur la santé (SIS) pour recueillir, analyser et utiliser les informations relatives à l'ANJE. L'objectif principal serait d'attirer l'attention sur les activités de l'ANJE sur le terrain et, deuxièmement, de surveiller leur mise en œuvre et de rédiger des rapports là-dessus ;
- f) **Former** le personnel chargé de la nutrition et de l'ANJE, y compris les agents de proximité communautaire, en mettant l'accent sur les besoins des FEA et des enfants de 0 à 23 mois. Souvent, le personnel chargé de la nutrition et de l'ANJE est le même. Pour que le personnel chargé de la nutrition ait la capacité de s'occuper de l'ANJE, il a besoin d'une formation complète sur l'ANJE. (Il est reconnu qu'en situation d'urgence, en particulier pendant les premiers stades, les formations prennent beaucoup de temps, et il est nécessaire de donner la priorité à l'initiation des interventions dans les premières heures. Dans le cas d'une situation d'urgence soudaine, des formations initiales rapides peuvent être envisagées MAIS les gestionnaires devraient s'assurer d'organiser des formations complètes dès que le contexte le permet.) Les sujets de l'ANJE comprennent :
 - a. Une évaluation rapide sur l'ANJE (questionnaire de dépistage lié à l'ANJE) ;
 - b. Les pratiques vitales de l'ANJE ;
 - c. Les pratiques optimales d'ANJE et de soins ;
 - d. Les compétences en communication et comment réagir à la détection de mauvaises pratiques d'ANJE.
- g) **Élaborer des procédures claires d'identification et de référence** entre l'ANJE et tous les autres programmes nutritionnels. S'assurer que tous les membres du personnel sont au courant des services disponibles et y réfèrent en conséquence ; par exemple, centre de stabilisation, programmes thérapeutiques ambulatoires, programmes d'alimentation supplémentaire, centres d'ANJE, espaces amis

des bébés, etc. Plus précisément, s'assurer que tous les travailleurs en nutrition sachent comment gérer les nourrissons de 0-5 mois non allaités ou les mères ayant des difficultés d'allaitement, et comment les référer aux conseillères en ANJE ;

- h) **Promouvoir les pratiques de base de l'ANJE dans tous les programmes de traitement de la malnutrition et les activités de proximité** : initiation précoce et allaitement exclusif ; allaitement maternel continu jusqu'à 2 ans, avec une alimentation complémentaire et une nutrition maternelle adéquates. Les mères et les responsables d'enfants devraient s'assurer que le lait maternel continue à faire partie de l'alimentation de l'enfant après que celui-ci ait atteint l'âge de 6 mois, en plus de l'alimentation complémentaire. (Voir l'action 4 dans le Cadre et les Directives opérationnelles sur l'ANU pour plus de détails sur les interventions) ;
- i) Au minimum, remplir un **questionnaire de dépistage lié à l'ANJE** pour chaque enfant de moins de 2 ans admis pour le traitement de la malnutrition aiguë sévère ou modérée. Lorsque cela est pertinent et que les ressources le permettent, effectuer une évaluation **complète de l'ANJE** et diriger vers un soutien spécialisé approprié en conséquence ;
- j) **Surveiller l'état nutritionnel** des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants.

Possibilités générales de collaboration

1) Coordination et plaidoyer

- a) **Organiser des réunions d'équipe et des forums** où les membres des équipes peuvent échanger leurs expériences et rendre compte des informations discutées au niveau communautaire ;
- b) Utiliser les données sur l'ANJE et la nutrition pour **défendre** les besoins des enfants de 0 à 23 mois et de leurs responsables auprès des autorités compétentes ;
- c) **Tenir compte spécifiquement des vulnérabilités et des besoins identifiés des FEA et des enfants âgés de 0-23 mois** lors de la conception des programmes nutritionnels ;

2) Collecte et partage d'informations

- a) **Effectuer une évaluation approfondie des causes de la malnutrition et des pratiques d'alimentation et de soins** afin d'identifier les causes de la malnutrition actuelle et les obstacles aux pratiques alimentaires optimales, et d'atténuer les effets de la crise sur l'état nutritionnel des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants. Voir les activités de changement de comportement dans l'action 4 du Cadre ;
- b) Inclure **le module ANJE de SENS⁷⁰** dans les enquêtes nutritionnelles utilisant la méthode SENS ou SMART ; par exemple, les pratiques d'allaitement maternel, les pratiques d'alimentation complémentaire, le type et la quantité d'aliments donnés aux nourrissons et aux jeunes enfants de moins de 2 ans, etc.;

70 HCR (2014). Enquête nutritionnelle standardisée élargie (SENS) du HCR - Directives pour les populations réfugiées, module 3. Disponible en ligne : <https://sens.unhcr.org/> [5 mai 2017]

- c) Envisager de réaliser une **analyse d'impact de l'ANJE** (une de référence, et périodiquement par la suite) pour établir l'impact du programme de l'ANJE (s'assurer que la taille de l'échantillon soit suffisante pour démontrer l'impact sur les groupes de population requis) ;
- d) Lors de l'analyse des données nutritionnelles, **tenir compte des besoins des enfants de 0 à 23 mois et des FEA** afin de traiter les deux : se référer au principe du Cadre et aux activités à mettre en place ;
- e) **Ventiler les données** par groupe d'âge : 0-5 mois, 6-11 mois, 12-23 mois ; ajouter les femmes enceintes et allaitantes dans la collecte de données pour l'analyse critique, comme pour les données du SIGS ;
- f) Inclure **les questions de base sur l'état de l'ANJE dans les formulaires des patients de la PCMA**, p. ex. « Votre enfant est-il allaité au sein actuellement ? » ;
- g) **Présenter les informations d'évaluation sur l'ANJE**, notamment les besoins identifiés et les vulnérabilités, à ceux qui travaillent sur la nutrition ; veiller à ce qu'il y ait suffisamment de temps alloué à la discussion autour des implications de ces informations pour les programmes nutritionnels ;
- h) **Adapter les outils d'information et de communication** en fonction du contexte ; inclure des messages de prévention de la malnutrition, des informations sur la disponibilité des services (y compris le counseling sur l'ANJE) :
 - a. Utiliser **les cartes de counseling de l'UNICEF⁷¹** et adapter les messages au contexte spécifique, par ex. selon les obstacles identifiés lors de l'évaluation ;
 - b. Veiller à ce que **les réseaux de soutien communautaire** connaissent toutes les composantes des programmes de nutrition : la prévention et le traitement de la malnutrition aigüe et le programme de l'ANJE, et qu'ils connaissent les points focaux de l'ANJE et leurs rôles ;
- i) Recueillir **des histoires de réussite** sur les enfants guéris de la malnutrition aigüe ou les mères capables de reproduire du lait maternel à l'aide d'un soutien qualifié, et les partager (en respectant la confidentialité) avec les autres membres de l'équipe et la communauté, le cas échéant ;
- j) **Inclure les messages sur l'ANJE** dans les activités de nutrition tenues lors des activités de proximité communautaire et de sensibilisation ou dans les centres de traitement, notamment des messages socialement et culturellement appropriés et techniquement corrects sur l'allaitement maternel, l'alimentation complémentaire et les soins parentaux. Tenir compte d'une variété de publics cibles qui peuvent influencer les soins et l'alimentation des enfants âgés de 0 à 23 mois, p. ex. les personnes âgées et les grands-parents, les groupes d'hommes, les groupes de leaders communautaires, les groupes commerciaux (c'est-à-dire les fournisseurs du marché qui peuvent vendre des aliments complémentaires ou des produits destinés à ce groupe d'âge, tels que les substituts du lait maternel).

3) Renforcement des capacités

- a) **Les formations en nutrition et en ANJE doivent être conçues en fonction du contexte** et du rôle attendu des différents membres de l'équipe. Les thèmes abordés comprennent : la malnutrition, les causes de la malnutrition, le traitement de la MAM, le traitement de la MAS, les carences en

71 UNICEF (2012). *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant : cartes de Counseling pour les Agents Communautaires*. Disponible en ligne : <https://motherchildnutrition.org/healthy-nutrition/pdf/mcn-Counseling-Cards.pdf> [1 mai 2018]

micronutriments, les interventions (de base et techniques) spécifiques à l'ANJE, les techniques de changement de comportement ;

- b) **Les équipes chargées de la proximité communautaire devraient être formées** sur toutes les questions relatives à la nutrition et à l'ANJE en fonction des services disponibles : **détection de la malnutrition aigüe et évaluation de l'ANJE**. Il est important que les mêmes équipes proches de la communauté soient responsables de toutes les interventions liées à la nutrition et à l'ANJE, surtout lorsque le système de proximité est basé sur le bénévolat communautaire :
- a. Les bénévoles communautaires ou les agents de proximité doivent être formés pour détecter la malnutrition aigüe et les problèmes d'ANJE, et sur les compétences de base en communication pour pouvoir évaluer les problèmes de l'ANJE ;
- c) Lorsque des équipes distinctes de l'ANJE sont en activité, **inviter les agents de l'ANJE aux formations, retraites et ateliers nutritionnels**, où leurs perspectives et leurs informations peuvent améliorer le résultat.

4) Malnutrition aigüe modérée

- a) **Cibler les FEA et les enfants de 0 à 23 mois** : Les programmes nutritionnels visent généralement les enfants de moins de 5 ans et les FEA ; dans certains cas, les besoins sont très spécifiques pour chaque groupe d'âge et il est important qu'en situation d'urgence, les équipes de nutrition tiennent compte de l'ANJE par tranche d'âge. Selon la situation par exemple, inclure les enfants de 6 à 23 mois et les FEA dans les programmes d'alimentation supplémentaire. Il s'agit soit de cibler toutes les FEA soit de cibler celles qui présentent des signes de sous-nutrition (sur la base du périmètre brachial) ;
- b) **Les centres de nutrition devraient inclure le counseling sur l'ANJE ou être liés aux services spécialisés de l'ANJE ou collaborer avec eux, en répondant aux besoins spécifiques des FEA**, des nourrissons et des jeunes enfants :
- a. Choisir au moins un membre du personnel formé de chaque poste nutritionnel ou groupe communautaire pour agir comme **point focal de l'ANJE** ;
- b. S'il n'existe pas de services spécialisés de l'ANJE, veiller à ce que les centres de nutrition disposent d'une **conseillère qualifiée en allaitement maternel** ;
- c. Dans la mesure du possible, prévoir un **espace suffisant pour permettre aux femmes d'allaiter** à l'intérieur ou à proximité des centres où des programmes de nutrition et de proximité sont mis en œuvre. S'assurer que l'eau potable est disponible pour les femmes qui allaitent ;
- d. **Plaider pour que les activités de développement de la petite enfance (DPE) et de stimulation psychosociale** pour les nourrissons et les jeunes enfants soient comprises dans les programmes de nutrition (ainsi que dans les programmes d'éducation, de santé infantile et de protection de l'enfance) ;
- c) Veiller à ce que **les rations distribuées soient conformes** à l'âge de l'enfant : consistance et quantité ;

- d) Veiller à ce que toutes les mères et les responsables des nourrissons et des jeunes enfants participent aux **séances de sensibilisation** sur les pratiques appropriées de l'ANJE. Les séances de sensibilisation devraient inclure : les besoins alimentaires des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants ; les pratiques de soins appropriées ; la protection des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants ; de l'information sur le développement de la petite enfance ; et des activités de stimulation ;
- e) **Mobiliser la communauté et la doter** de la capacité d'identifier les cas préoccupants ;
- f) Si les services d'ANJE (avec un soutien qualifié) ne sont pas disponibles, veiller à ce que toutes les mères ayant un enfant de moins de 2 ans souffrant de MAM reçoivent des **visites à domicile** de la part d'agentes communautaires formées au counseling sur l'ANJE ;
- g) **Les agentes communautaires** effectuant des visites à domicile, la détection et le suivi des cas **devraient être formées aux messages de base de l'ANJE ainsi qu'à l'identification des problèmes liés à l'ANJE** afin de référer vers les soins et le soutien appropriés.

5) Malnutrition aigüe sévère

- a) S'assurer que **tout le personnel** travaillant dans une structure prenant en charge les enfants sévèrement malnutris **soit formé à l'ANJE (compétences techniques et de communication)**. Selon l'âge de l'enfant admis pour le traitement, les besoins nutritionnels et en soins sont différents. Le personnel doit être conscient des besoins spécifiques à chaque âge afin d'adapter le traitement et le soutien individuel à la mère ou à la responsable de l'enfant ;
- b) **Les centres de stabilisation nutritionnelle devraient inclure le counseling sur l'ANJE** ou être liés aux services spécialisés de l'ANJE ou collaborer avec eux, en répondant aux besoins spécifiques des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants :
- a. Choisir au moins un membre du personnel formé de chaque centre de stabilisation nutritionnelle ou groupe communautaire pour agir comme **point focal de l'ANJE** ;
- b. S'il n'existe pas de services spécialisés de l'ANJE, veiller à ce que les centres de nutrition disposent d'une **conseillère qualifiée en allaitement maternel** ;
- c. Dans la mesure du possible, **prévoir un espace suffisant pour permettre aux femmes d'allaiter** à l'intérieur ou à proximité des centres de stabilisation nutritionnelle et là où des programmes de proximité sont mis en œuvre. S'assurer que l'eau potable est disponible pour les femmes qui allaitent ;
- d. Plaider pour que **les activités de développement de la petite enfance (DPE) et de stimulation psychosociale** pour les nourrissons et les jeunes enfants soient comprises dans les programmes de nutrition (ainsi que dans les programmes d'éducation, de santé infantile et de protection de l'enfance) ;
- c) Fournir un **soutien qualifié spécifique** aux mères de nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition aigüe et ayant des complications médicales dans le centre de stabilisation.
- a. **Soutien qualifié à l'allaitement** : Il faut porter attention au positionnement et à l'attachement. Utiliser des techniques telles que **la technique de supplémentation par sonde nasogastrique** afin de favoriser la production du lait maternel en même temps que l'alimentation du nourrisson.

(NB : cette technique n'est pas bien connue des équipes de nutrition et il faut des explications et des exercices réguliers) ;

- b. **La relactation** doit être proposée aux mères si elles veulent continuer à allaiter. Si la relactation n'est pas possible ou est refusée, s'assurer que la mère sache préparer en toute sécurité des aliments artificiels, qu'elle ait tout le matériel nécessaire (tasses, contenants pour faire bouillir de l'eau ou comprimés pour le traitement de l'eau, etc.) et qu'elle ait accès aux SLM jusqu'à ce que l'enfant ait au moins 6 mois ;
- c. **Le soutien nutritionnel aux mères** pour améliorer leur propre état nutritionnel afin qu'elles puissent soutenir leur enfant tout en maintenant leur propre état nutritionnel ;
- d. Soutien à **la santé mentale et au bien-être de la mère** ;
- d) **Organiser des séances de sensibilisation obligatoires sur l'ANJE** pour les mères et les responsables d'enfants dans les structures hospitalières et ambulatoires. Les séances devraient couvrir les besoins alimentaires des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants ; les pratiques de soins appropriées ; la protection des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants ; et de l'information sur le développement de la petite enfance ainsi que des activités de stimulation ;
- e) Dans les structures hospitalières et ambulatoires, prévoir pour **les mères et les responsables d'enfants des espaces pour qu'elles prennent soin de leurs enfants, favoriser le contact et assurer la stimulation afin** d'augmenter les chances de guérison ; encourager les mères et les responsables d'enfants à participer au traitement et à jouer et à interagir avec les enfants ;
- f) S'assurer que les mères et les responsables d'enfants disposent d'un **espace pour exprimer leurs préoccupations et leurs inquiétudes**, qu'elles soient écoutées et que des solutions soient discutées avec elles ;
- g) **Référer** vers d'autres services appropriés lorsque nécessaire, par ex. les services de santé mentale ou les services de santé et de nutrition pour traiter les complications médicales de la mère ou de l'enfant, ET **assurer la continuité du soutien** à l'ANJE et aux pratiques de soins.

6) Prise en charge de la malnutrition aigüe chez le nourrisson

- a) **Fournir un soutien qualifié et spécifique aux mères de nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition aigüe** en utilisant l'outil de PCMAN pour les nourrissons souffrant de malnutrition aigüe sans complications et les directives du centre de stabilisation pour les nourrissons souffrant de malnutrition aigüe et de complications médicales. Il existe une variété de causes de malnutrition aigüe dans ce groupe d'âge, mais les problèmes d'ANJE sont susceptibles d'être une cause majeure. Il faut tenir compte :
 - a. Soutien qualifié à l'allaitement : il faut porter attention au positionnement et à l'attachement ;
 - b. Relactation : elle doit être proposée aux mères si elles veulent continuer à allaiter. Si la relactation n'est pas possible ou est refusée, s'assurer que la mère sache préparer en toute sécurité des aliments artificiels, qu'elle ait tout le matériel nécessaire (tasses, contenants pour faire bouillir de l'eau, etc.) et qu'elle ait accès aux SLM jusqu'à ce que l'enfant ait au moins 6 mois ;

- c. Le soutien nutritionnel aux mères pour améliorer leur propre état nutritionnel afin qu'elles puissent soutenir leur enfant tout en maintenant leur propre état nutritionnel ;
- d. Soutien à la santé mentale et au bien-être de la mère.

7) Carences en micronutriments

- a) Lors de la planification d'une intervention liée aux carences en micronutriments, **inclure des composantes de sensibilisation à l'ANJE**. Selon la situation, adapter les messages à diffuser. Par exemple, dans les cas où l'on soupçonne des carences en fer chez les nourrissons, l'allaitement devrait être fortement recommandé (exclusivement jusqu'à 6 mois et continu jusqu'à 2 ans), en particulier dans les situations d'urgence où il y a un manque d'aliments divers et où le risque d'infections parasitaires peut affecter les enfants et augmenter le risque d'anémie sévère ;
- b) **Inclure les enfants de 6 à 23 mois et les FEA dans les interventions liées aux micronutriments** : distribuer des micronutriments en poudre ou des comprimés à toutes les FEA.



Ressources

1. Le projet Sphère (2018). La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire, disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [7 mai 2018]
2. HCR (2014). *Stratégie globale du HCR en santé publique 2014-2018*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/fr/53ba648c9.pdf> Version anglaise : <http://www.unhcr.org/530f12d26.html> [5 mai 2017]
3. ENN, IFE Core group et IASC (2009). *Intégration du soutien à l'ANJE au sein de la PCMA - Documents* Disponible en ligne : <https://www.enonline.net/integrationiyfintocmam> [1 mai 2018]
4. ENN, IFE Core group et IASC (2009). *Intégration du soutien à l'ANJE au sein de la PCMA - Guide de l'animateur*. Disponible en ligne : <https://www.enonline.net/integrationiyfintocmam> [1 mai 2018]
5. Tigray health regional bureau, Ethiopia (2013). *IYCF in the context of CMAM - Quick reference for health extension workers*.



Santé publique et alimentation du nourrisson et du jeune enfant



Les urgences humanitaires ont un impact significatif sur la santé publique, augmentant ainsi le risque de morbidité et de mortalité à la fois pour des causes directes et indirectes. Les causes indirectes comprennent, entre autres, la morbidité due à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition, la mauvaise qualité de l'eau et de l'assainissement et le manque d'accès aux services de santé. Les principaux objectifs du secteur de la santé en situation d'urgence sont de prévenir et de réduire l'excès de la morbidité et de la mortalité en fournissant des services préventifs et curatifs.⁷²

72 Le projet Sphère (2011) *La charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*, p. 292. Disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [18 déc. 2014]

Services de santé essentiels

Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions humanitaires. Le projet Sphère (2011) pp. 311-337

Lutte contre les maladies transmissibles : accroître l'accès à l'information et aux services de prévention et de traitement des maladies infectieuses (pneumonie, paludisme, rougeole), ainsi que la détection et la prise en charge des épidémies. (Sphère, pp. 311-320)

Santé infantile : comprend la prévention des maladies évitables par la vaccination chez les enfants (de 6 mois à 15 ans) et la prise en charge des maladies du nouveau-né et de l'enfance. (Sphère, pp. 320-324)

Santé de la reproduction (SR) : «< Toute personne, même quand elle vit dans une zone frappée par une catastrophe, a droit à une bonne santé génésique. Pour exercer ce droit, la population touchée par une catastrophe doit pouvoir accéder à des informations et à des services de santé de la reproduction complets. » Les services initiaux de SR sont détaillés dans le Dispositif minimum d'urgence (DMU). Ils permettent également d'accéder à l'ensemble minimum de services de prévention et de traitement de l'infection au VIH, ainsi qu'aux services de soins et de soutien aux personnes vivant avec le VIH. (Sphère, pp. 325-330)
Traumatismes : Accroître l'accès aux soins efficaces pour les blessures. « Les traumatismes sont d'habitude la principale cause de surmortalité et de surmorbidity après une catastrophe naturelle soudaine. » (Sphère, pp. 331-333)

Santé mentale : Comprend l'accès à l'aide pour prévenir et réduire les problèmes de santé mentale et de dysfonctionnement associé. Ce service souligne les soutiens multisectoriels. (Sphère, pp. 333-336)

Maladies non transmissibles : Inclut l'accès aux thérapies essentielles pour réduire la morbidité et la mortalité en raison de complications aiguës ou d'exacerbation de maladies chroniques (Sphère, pp. 336-337).

Dans de nombreux organismes et gouvernements, la nutrition est considérée comme faisant partie des soins de santé publique ; et au HCR, la nutrition fait même partie de la Section de la santé publique. La stratégie de la section met en évidence l'importance de la nutrition et de l'ANJE, entre autres secteurs, dans la prévention de la mortalité et de la morbidité des enfants. La relation entre les équipes de santé et de nutrition devrait être renforcée afin d'accroître l'impact sur la santé et la survie des communautés vulnérables et en particulier des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants. Il y a de nombreuses occasions pour la santé et la nutrition de joindre leurs efforts pour fournir des services holistiques et de qualité afin de promouvoir la survie et le bien-être des enfants de 0-23 mois.

Objectifs stratégiques communs :

- Améliorer la survie de l'enfant
- Améliorer l'accès à des programmes de soins de santé primaires de qualité, aux services de santé génésique, maternelle et néonatale et aux services de santé mentale

- Réduire la morbidité et la mortalité des nourrissons et des jeunes enfants dues aux maladies transmissibles, y compris celles liées à la malnutrition et aux mauvaises pratiques de l'ANJE
- Prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et améliorer la survie de l'enfant au VIH
- Réduire la morbidité et la mortalité maternelles

Partout dans le monde, des millions d'enfants dans des milieux pauvres en ressources continuent de mourir inutilement de maladies courantes évitables telles que la diarrhée, la pneumonie et le paludisme. Les enfants réfugiés sont exposés à un risque disproportionnellement plus élevé que tous les autres groupes d'âge. La stratégie de santé publique du HCR 2014-2018⁷³ encourage l'approche de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) et souligne que les liens renforcés avec la nutrition et la santé de la reproduction sont essentiels à la survie des nourrissons et des jeunes enfants. La PCIME se concentre sur le bien-être de l'enfant dans son ensemble, y compris l'amélioration de sa croissance et de son développement. La PCIME englobe à la fois des éléments préventifs et curatifs mis en œuvre par les familles, les communautés et les établissements de santé. Dans le cadre familial, elle favorise des comportements appropriés en matière de sollicitation des soins et une nutrition et des soins préventifs améliorés.

Les programmes de santé publique du HCR sont dispensés dans un cadre de santé publique et de développement communautaire mettant l'accent sur les soins de santé primaires. Partout où les programmes nationaux de prestation de services sont disponibles, il est préférable de les choisir plutôt que de mettre en place des services parallèles pour les réfugiés dès le début d'une urgence. Dans cette optique, le HCR encouragera la participation des réfugiés aux programmes nationaux d'ANJE et d'autres programmes reliés, y compris les services de santé génésique, les soins aux nouveau-nés et les soins de santé infantile.

Dans ce chapitre, nous abordons les services de santé essentiels décrits dans Sphère. La SG, la santé mentale et le VIH reçoivent une attention supplémentaire en raison de leur importance par rapport aux programmes d'ANJE.

Principales activités intégrées

- a) Le personnel de l'ANJE participe aux groupes de travail de la gestion **de camp pour sensibiliser à l'ANJE** et veiller à ce que les besoins des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants soient pris en considération ;
- b) Veiller à **ce que l'ANJE soit incluse dans les stratégies, les lignes directrices et les sous-accords pertinents en matière de santé publique**, et que les politiques clés soient approuvées par les prestataires de soins de santé ;
- c) Identifier au moins un **champion de l'ANJE** qualifié dans l'équipe de santé. Idéalement, en plus de l'équipe chargée de la santé générale, les champions de l'ANJE devraient également être sélectionnés parmi l'équipe de santé génésique, l'équipe de santé mentale et l'équipe du VIH, si disponibles (voir Action 1: Plaider pour que les parties prenantes concernées tiennent compte de l'ANJE) ;

73 HCR (2014). *Stratégie globale du HCR pour la santé publique 2014-2018*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/fr/53ba648c9.pdf> - Version anglaise : <http://www.unhcr.org/530f12d26.html> [5 mai 2017]

- d) **Standardiser les messages pertinents d'ANJE et de santé publique** pour les FEA et les responsables d'enfants de 0 à 23 mois, en particulier en ce qui concerne l'accès aux services pertinents et leur disponibilité. Planifier conjointement les possibilités de diffusion dans les programmes des uns et des autres ;
- e) Examiner les moyens d'intégrer les indicateurs de l'ANJE dans les listes de contrôle et les systèmes de suivi déjà établis, tels que le **Système d'information sur la santé (SIS) et Balanced Score Card** pour recueillir, analyser et utiliser les informations relatives à l'ANJE. L'objectif principal serait d'attirer l'attention sur les activités de l'ANJE sur le terrain et, deuxièmement, de surveiller leur mise en œuvre et de rédiger des rapports là-dessus ;
- f) Offrir une **formation croisée** au personnel de la santé et à celui de l'ANJE qui sont les plus engagés auprès des FEA et des enfants de 0 à 23 mois (sages-femmes, personnel de soins anténataux (SAN), personnel de soins postnataux (SPN), personnel des Espaces amis des bébés (EAB), agents de santé communautaires, etc.) en mettant l'accent sur les besoins et les problèmes des enfants de 0 à 23 mois. Les thèmes pertinents pour les formations conjointes comprennent :
- a. Une ANJE appropriée comprenant l'allaitement maternel exclusif, l'allaitement maternel continu et l'introduction en temps opportun d'une alimentation complémentaire appropriée ;
 - b. Impact de l'allaitement sur la survie, la santé, la nutrition et le développement de l'enfant ;
 - c. Avantages physiques et mentaux de l'allaitement maternel pour la mère ;
 - d. Alimentation du nourrisson non allaité ;
 - e. Alimentation complémentaire en contexte de réfugiés ;
 - f. ANJE dans le contexte du VIH ;
 - g. Finalités, activités et méthodes de travail en santé publique et en ANJE et procédures de référence entre les deux programmes ;
 - h. Partage des compétences en matière d'évaluation, de résolution de problèmes et de counseling pour l'ANJE optimale, les soins de santé primaires, la santé mentale et la santé de la reproduction ;
 - i. Identification des maladies nécessitant une référence, y compris la malnutrition aiguë sévère ;
- g) Organiser des **séances d'orientation** sur l'ANJE pour tous les autres membres du personnel de santé ou intégrer l'ANJE dans les programmes de formation en santé existants ; et leur fournir une liste des principales informations sur l'ANJE (voir l'annexe 6) ;
- h) **Élaborer des procédures claires, sûres et confidentielles pour l'identification et la référence** entre les programmes de santé (y compris la santé génésique et mentale) et ceux de l'ANJE. S'assurer que tout le personnel connaisse les programmes disponibles et les critères clés pour les références ;
- i) Les **services d'accouchement et de maternité devraient protéger, promouvoir et soutenir l'ANJE** conformément à l'Initiative sur les hôpitaux amis des bébés⁷⁴ :

74 OMS, UNICEF (2009) *Baby Friendly Hospital Initiative*, Disponible en ligne : http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/ [18 déc. 2014]

- a. Prioriser immédiatement le contact peau à peau après l'accouchement et soutenir l'**initiation immédiate de l'allaitement maternel** ;
 - b. Veiller à ce que les mères (en particulier les nouvelles mères et les mères adolescentes) puissent bénéficier du soutien à l'allaitement maternel ;
 - c. Garder **les** mères et les nourrissons dans la même pièce tant que la mère est dans l'hôpital ou le service de maternité ;
 - d. En outre, surveiller les nouveau-nés pour les signes de danger liés aux problèmes alimentaires et à la malnutrition ;
- j) **Standardiser l'inclusion du counseling sur l'ANJE dans les services de SAN et de SPN dans les établissements et la communauté** :
- a. Toutes les mères ayant un nouveau-né devraient recevoir un counseling individuel sur l'ANJE ;
 - b. Les activités de proximité communautaire où l'on visite les nouveau-nés et leurs mères devraient inclure une vérification de la santé de la mère, une vérification de la santé de l'enfant et du counseling sur l'ANJE ;
 - c. **Diriger les FEA vers les services de l'ANJE** pour obtenir des conseils sur l'allaitement maternel, le cas échéant ;
 - d. **Planifier conjointement les journées de la santé** de la mère et du bébé, y compris la santé génésique (SG) et la promotion de l'ANJE ;
 - e. Engager les membres de la communauté à améliorer l'accès aux services et leur utilisation ;
- k) Former le personnel de l'ANJE aux **premiers secours psychologiques**⁷⁵ ;
- l) Veiller à ce que les **orientations et protocoles nationaux relatifs au VIH et à l'ANJE** soient disponibles et approuvés par les autorités locales, et qu'ils soient diffusés et expliqués au personnel concerné impliqué dans les soins aux FEA, aux nourrissons et aux jeunes enfants (notamment les équipes chargées du VIH et de l'ANJE, les équipes chargées de la nutrition, de la santé, de la protection de l'enfance, de l'éducation, etc. selon le contexte).

Possibilités générales de collaboration

1) Coordination et plaidoyer

- a) Améliorer la coordination par le **partage d'informations et la discussion entre les deux secteurs en rapport avec le bien-être des FEA**, des nourrissons et des jeunes enfants âgés de 0 à 23 mois Identifier les mécanismes préexistants pour coordonner la programmation reliée et intégrée de la santé et de l'ANJE ; veiller à ce qu'il y ait suffisamment de temps alloué à la discussion autour des implications de ces informations sur les programmes de santé ;

75 OMS (2011). *Premiers soins psychologiques : guide pour les acteurs de terrain*. Disponible en ligne : http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/ [5 mai 2017]

- b) **Inviter des collègues de la santé concernés aux réunions du sous-groupe de travail de l'ANJE** afin d'améliorer le partage d'informations et le partage d'expériences ;
- c) Utiliser des données sur la santé et la nutrition pour **défendre** les besoins des enfants de 0 à 23 mois et de leurs responsables auprès des autorités compétentes ; mener un **plaidoyer conjoint** pour un plus grand impact ;
- d) Prendre **en considération spécifiquement les besoins et les vulnérabilités des FEA et des enfants de 0 à 23 mois** lors de la conception des interventions en santé publique⁷⁶ .

2) Collecte et partage d'informations

- a) Organiser des **évaluations conjointes des besoins** entre la santé publique et l'ANJE, lors desquelles les données pertinentes d'ANJE, de morbidité et de mortalité pour les 0-23 mois sont recueillies ; et **ventiler les données d'évaluation et de suivi** pour les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les enfants de 0 à 5 mois, de 6 à 11 mois et de 12 à 23 mois ;
- b) Intégrer des **questions sur la santé et l'ANJE dans les discussions avec les responsables d'enfants** de ce groupe d'âge lors des SAN, des contrôles de santé, du suivi de la croissance, dans les espaces amis des bébés, etc. pour aider à identifier les priorités, les besoins et les améliorations potentielles pour ce groupe d'âge ;
- c) Recueillir des **histoires de réussite**, y compris celles des FEA et des responsables d'enfants, pour démontrer les effets positifs des programmes santé et d'ANJE de qualité et coordonnés sur la santé et le bien-être des nourrissons et des jeunes enfants ;
- d) Formaliser l'**échange d'informations et la discussion sur le bien-être des enfants âgés de 0 à 23 mois** entre les deux secteurs (débriefing suite aux évaluations, suivi ou collecte des données). Identifier les forums préexistants (par exemple les réunions d'équipe ou de secteur) qui sont les plus utiles pour l'examen régulier des informations sur la santé et l'ANJE ; et veiller à ce qu'il y ait suffisamment de temps alloué à la discussion autour des implications de ces informations pour la santé publique.

3) Renforcement des capacités

- a) Élaborer **des programmes de formation standardisés** de l'ANJE pour la formation initiale et continue ;
- b) **Inviter les membres du personnel de l'ANJE à des formations, des retraites ou des ateliers sur la santé publique** où leurs perspectives et leurs informations peuvent améliorer le résultat, et vice versa.

4) Mécanisme de référence

- a) Soutenir les acteurs de l'ANJE pour **identifier et référer les cas de maladie et de blessure** aux services de santé appropriés, notamment pour les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants qui ont besoin de soutien psychosocial et en santé mentale ;

⁷⁶ Les besoins spécifiques et les vulnérabilités pourraient comprendre un risque accru de décès, une vulnérabilité aux infections (y compris le paludisme et autres) et aux blessures, un besoin accru de soins de santé immédiats, des difficultés d'accès aux établissements de soins de santé si c'est une longue distance de marche, etc.

- b) Soutenir les acteurs de la santé publique (y compris les agents de santé communautaire) pour **identifier et référer les cas d'alimentation et de soins inappropriés du nourrisson**, notamment l'alimentation de remplacement inappropriée chez les nourrissons de moins de 6 mois, les nourrissons dont la mère a une maladie chronique, ou les nourrissons dont les mères ne sont pas présentes ; et référer les nourrissons et les jeunes enfants touchés par des maladies non transmissibles vers l'appui pour l'ANJE si nécessaire.

5) Services de santé de base

- a) Le cas échéant, tenir les **services de santé et de nutrition** au même endroit pour fournir des services complets ;
- b) Dans les lieux où il n'existe pas de programme consacré à l'ANJE, **s'assurer que le personnel de santé, y compris les agents de santé communautaire, soit formé à l'évaluation et au counseling sur l'ANJE**. Identifier les sages-femmes, les pédiatres et autres travailleurs de la santé spécialisés dans le travail avec les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants ;
- c) Dans les établissements de santé, **prévoir un espace réservé aux activités de l'ANJE, c'est-à-dire un espace pour permettre aux femmes qui allaitent d'allaiter ou aux groupes de soutien de mère à mère de tenir des discussions** dans les lieux où les services de santé sont offerts ; et dans les lieux de l'ANJE, prévoir un espace pour les activités sanitaires, à savoir le suivi de la croissance, les contrôles de vaccination et un espace pour les consultations médicales des nourrissons et des jeunes enfants ;
- d) Si les services de santé sont mobiles, envisager d'intégrer **une conseillère en ANJE dans les équipes mobiles** pour identifier les problèmes d'alimentation liés à l'état de santé. Si ce n'est pas le cas, assurez-vous que tout le personnel de santé est en mesure d'identifier les principaux problèmes de l'ANJE et de référer ;
- e) **Veiller à ce que les agents de santé favorisent une ANJE saine** dans leur travail, notamment l'allaitement maternel et l'initiation en temps opportun d'une alimentation complémentaire appropriée ;
- f) **S'assurer que les communications de santé publique favorisent l'allaitement maternel exclusif** comme option d'alimentation la plus sûre pour les enfants de moins de 6 mois, ainsi que l'introduction en temps opportun des aliments complémentaires à 6 mois ;
- g) Organiser des **activités conjointes d'éducation et de promotion liées à la santé et à la nutrition** dans les communautés et les établissements de santé ; inclure des messages standardisés chaque fois que cela est possible dans les activités de promotion de la santé et de la nutrition (p. ex. discussions de groupe de soutien mère à mère), en particulier en ce qui concerne l'alimentation optimale et les soins à domicile, les principaux risques de santé pour ce groupe d'âge, l'hygiène, les actions préventives de santé publique, et les comportements de recours aux soins de santé ;
- h) Lors **des contrôles de santé de l'enfant et du suivi et de la promotion de la croissance, examiner les nourrissons et les jeunes enfants pour leur état nutritionnel et les pratiques de l'ANJE** ; inclure systématiquement le questionnaire du HCR pour le dépistage⁷⁷ lié à l'ANJE et les mesures

77 Questionnaire de dépistage chez les nourrissons du HCR. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/544a51ff9.html> [5 mai 2017]

anthropométriques lors de l'enregistrement de chaque enfant de 0-23 mois dans les établissements de santé. Envoyer tous les nourrissons de moins de 6 mois et les enfants de 6 à 23 mois ayant des problèmes d'alimentation aux services d'ANJE, le cas échéant ;

- i) Selon le contexte, les équipes de l'ANJE devraient être impliquées dans le **suivi et la promotion de la croissance** en collaboration avec les équipes de nutrition et de santé ;
- j) Continuer d'**accorder la priorité aux besoins des enfants de 0-23 mois et des FEA dans la conception des mesures pour la prévention des maladies transmissibles et pour la santé infantile**, y compris les vaccinations, la supplémentation en micronutriments, le déparasitage, la protection personnelle et la lutte antivectorielle (c'est-à-dire, les moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action (MILD)) et l'éducation sanitaire ;
- k) Dans les services de l'ANJE, vérifier régulièrement que les nourrissons et **les jeunes enfants ont reçu les vaccinations adéquates, les suppléments de micronutriments et les vermifuges** ;
- l) Concevoir **des mesures d'intervention en cas d'épidémie** en tenant compte de l'impact sur les FEA, les nouveau-nés, les nourrissons et les jeunes enfants, et en l'atténuant. Tenir compte de l'effet de la maladie sur le lait maternel et des risques de transmission ainsi que de l'impact de l'intervention en cas d'épidémie sur les pratiques d'alimentation⁷⁸. Identifier et référer les nourrissons et les jeunes enfants particulièrement touchés par une épidémie aux services d'ANJE (quarantaine, décès maternel) pour le suivi des besoins en alimentation et en soins ;
- m) Collaborer avec les équipes de l'ANJE pour concevoir des protocoles visant l'atténuation des conséquences pour les cas où les paires mère-enfant sont séparées en raison d'une maladie. **Collaborer avec les équipes de nutrition à la conception des protocoles d'alimentation des FEA**, des nourrissons et des enfants de moins de 23 mois qui sont en traitement et en rétablissement ; **obtenir et distribuer les produits nutritionnels appropriés et nécessaires** pour les enfants de 0 à 23 mois (SLM, aliments complémentaires);
- n) Afin d'améliorer l'assurance qualité des articles utilisés lors des interventions nutritionnelles et d'ANJE, **tous les aliments, les aliments spécialisés et les outils médicaux devraient être soumis à la réglementation stricte en vigueur pour les médicaments et les fournitures médicales dans le secteur de la santé** ou à une autre procédure pertinente qui se réfère à la qualité et à l'utilisation sans risque (ex. : politique du lait du HCR⁷⁹). Ces règlements sont des procédures visant à assurer la qualité du produit à partir de l'identification du produit, l'identification des fournisseurs et la gestion de la chaîne d'approvisionnement jusqu'à la consommation par le bénéficiaire :
 - a. Inclure **les SLM et tous les articles utilisés dans l'ANJE dans les procédures de gestion des médicaments et des fournitures médicales** ;
 - b. Demander le soutien du siège pour **identifier les SLM conformes au Code**³⁰ ;

78 Par exemple, dans la récente réaction humanitaire à l'Ébola où le virus est transmis par le lait maternel et le contact étroit avec les fluides corporels, les mères ou les responsables d'enfants et les enfants courent le risque de se contaminer les uns les autres.

79 HCR, ENN, IFE Core Group, ICH (2006). *Politique du HCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/fr/4ad2f86ee.pdf> - Version anglaise : <http://www.unhcr.org/4507f7842.html> [18 déc. 2014]

80 Site web IBFAN : <http://ibfan.org/the-full-code> [10 déc. 2015]

- c. Collaborer avec la logistique et les pharmaciens pour **renforcer et contrôler la gestion de la chaîne d'approvisionnement** des SLM conformément au Code et aux Directives opérationnelles.

6) Santé de la reproduction (SR)

La Stratégie mondiale du HCR pour la santé publique 2014-2018 reconnaît l'ensemble des services de santé maternelle et infantile, notamment les soins anténataux, l'accès aux programmes d'alimentation supplémentaire pour les FEA, l'accouchement avec sages-femmes qualifiées, les soins postnatals, le counseling post-partum pour la planification familiale, et les soins aux nouveau-nés. L'ANJE, la santé infantile et la santé génésique sont également liées par le biais de la prévention de la grossesse chez les adolescentes, des mariages précoces et des mutilations génitales féminines - toutes des problématiques liées à l'augmentation de la mortalité infantile et maternelle et à la détérioration des pratiques de soins aux nourrissons.

Voici quelques exemples d'activités à mettre en place pour intégrer la SG et l'ANJE :

- a) S'assurer que les **équipes de SR et d'ANJE soient formées sur des documents et des politiques clés** tels que les Directives opérationnelles pour l'amélioration de la santé des nouveau-nés lors des opérations de secours aux réfugiés⁸¹, les Procédures opérationnelles standard pour la gestion des substituts du lait maternel dans les situations de réfugiés et la Politique du HCR sur le lait ;
- b) **Favoriser l'établissement de groupes de soutien maternel** dans le cadre de la prestation des services d'accouchement et de SPN ;
- c) S'occuper de **l'anémie** et de l'état nutritionnel des FEA, y compris la distribution de multivitaminés, de fer et d'acide folique ou d'aliments supplémentaires ;
- d) Veiller à **ce que les adolescents, filles et garçons, aient accès** à des informations et des services complets en matière de SR et d'ANJE ;
- e) Assurer l'accès à des services de **counseling et d'information sur la SR**, dont : la planification familiale, l'espacement et la limitation des grossesses ; la discussion sur les pratiques traditionnelles néfastes (par exemple, les risques des mutilations génitales féminines (MGF) pour la petite fille) ; la sensibilisation générale aux problèmes gynécologiques et à la morbidité (par exemple, dépistage du cancer du col de l'utérus et des maladies sexuellement transmissibles (MST)) ; l'hygiène menstruelle ; la violence sexuelle et sexiste (et où accéder aux services) ; la grossesse chez les jeunes ; et la dépression post-partum.

7) Santé mentale

Les expériences de déplacement en raison de conflits armés, de persécutions ou de catastrophes provoquent un stress psychologique et social important chez les individus, les familles et les communautés, ce qui peut avoir un impact négatif sur l'interaction entre la ou le responsable de l'enfant et l'enfant. Les femmes enceintes, les mères et les nourrissons ont tous été identifiés par le Comité permanent interorganismes (CPI) comme étant plus à risque pour les problèmes sociaux ou

81 HCR (2013). *Directives opérationnelles pour l'amélioration de la santé des nouveau-nés lors des opérations de secours aux réfugiés*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/fr/54bd0f789.pdf> Version anglaise : <http://www.unhcr.org/54bd0dc49.pdf> [5 mai 2017]

psychologiques en situation d'urgence.⁸² Le bien-être des jeunes enfants dépend dans une large mesure de leur famille. Leur bien-être peut se détériorer si leur mère ou autre responsable est accablée, épuisée ou déprimée et qu'elle est physiquement ou émotionnellement incapable de fournir une alimentation et des soins efficaces. Dans les contextes où il y a peu de ressources, les mères déprimées sont plus susceptibles d'avoir des enfants sous-alimentés ; elles risquent d'interagir moins, et d'être moins impliquées, avec leur enfant, ce qui conduit à des mauvais soins, à moins de stimuli et à de mauvaises pratiques d'alimentation.

Les liens entre la santé mentale et l'ANJE sont particulièrement évidents grâce à des programmes axés sur le développement de la petite enfance (DPE) et sur la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSP). Les programmes de la petite enfance dans les situations d'urgence devraient appuyer l'alimentation et les soins des jeunes enfants par leurs familles et autres responsables. Les activités de la petite enfance devraient favoriser la stimulation et la protection, promouvoir l'attachement entre les nourrissons et leurs responsables et faciliter l'ANJE adéquate. L'interaction mère-enfant, par le biais de soins et d'alimentation, et surtout de l'allaitement au sein, est optimale pour le bien-être physique, psychosocial et cognitif des nourrissons et des tout-petits. L'allaitement maternel soutient le développement cognitif de l'enfant, le réconforte, et il est susceptible de renforcer l'attachement mère-enfant. Il est également important de reconnaître les avantages potentiels de l'allaitement maternel et des soins aux bébés sur la santé mentale et le bien-être des mères.

Santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS) est un terme composite utilisé pour décrire tout type de soutien visant à protéger et à promouvoir le bien-être psychosocial ou encore à prévenir et à traiter les troubles mentaux. Adopter une *approche fondée sur la SMSPS* signifie fournir une intervention humanitaire de manière à ce que ça soit bénéfique à la santé mentale et au bien-être psychosocial des réfugiés. Par l'approche de SMSPS, la santé mentale devrait être intégrée dans les services de base. Les *interventions liées à la SMSPS* peuvent comprendre des interventions de soutien dans le secteur de la santé, l'éducation, les services communautaires, la protection et les autres secteurs.⁸³

Le développement de la petite enfance (DPE) s'étend du moment de la conception jusqu'au début de l'école primaire et inclut le bien-être physique, ainsi que le développement cognitif, linguistique et socio-émotionnel. Investir dans le DPE permet aux enfants d'être plus heureux, aux sociétés d'être plus égalitaires, et à éviter des coûts plus élevés plus tard.⁸⁴ La nutrition seule a moins d'impact sur la croissance et le développement que la combinaison de la nutrition et des stimuli parentaux psychosociaux. La stimulation du nourrisson et l'amélioration des programmes portant sur les compétences parentales améliorent directement l'état nutritionnel et la croissance de l'enfant. Tous les programmes de l'ANJE-U devraient donc comprendre des éléments de DPE, de SMSPS et de pratiques de soins.

82 CPI (2007). *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence*. Disponible en ligne : http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf [5 mai 2017]

83 HCR (2013). *Santé mentale et soutien psychosocial : directives opérationnelles pour la programmation des opérations auprès des réfugiés*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/fr/52fccfc79.pdf> Version anglaise : <http://www.unhcr.org/protection/health/525f94479/operational-guidance-mental-health-psychosocial-support-programming-refugee.html> [5 mai 2017]

84 Global Education Cluster (2014). *The importance of early childhood development (ECD)*. [Importance du développement de la petite enfance]. Disponible en ligne : <http://educationcluster.net/importance-early-childhood-development-eecd/> [23 déc. 2014]

Voici quelques exemples d'activités intégrées de santé mentale et d'ANJE :

- a) Veiller à ce que les deux équipes soient formées **sur les documents et les politiques clés**, tels que Santé mentale & Soutien psychosocial : Directives opérationnelles du HCR pour la programmation des opérations auprès des réfugiés⁸⁵ ;
- b) Veiller à ce que les équipes de l'ANJE soient formées aux **techniques de premiers secours psychosociaux et de DPE** ;
- c) Intégrer les **éléments clés du DPE et de la SMSPS dans le matériel de l'ANJE**, et intégrer les éléments clés de l'ANJE dans les documents du DPE et de la SMSPS ;
- d) L'équipe de l'ANJE doit inclure des éléments du DPE et de la SMSPS dans le counseling individuel sur l'ANJE, notamment les pratiques de soins et les compétences parentales ;
- e) Dans les Espaces amis des bébés (EAB), **soutenir la santé mentale des mères** ainsi que l'ANJE et fournir un environnement sûr aux mères et aux nourrissons ou jeunes enfants ;
- f) Établir **des programmes consacrés au rôle des parents**, si possible avec les EAB. Favoriser le jeu, les soins attentifs et le soutien social (voir le chapitre sur l'éducation pour en savoir plus sur les activités de DPE) ;
- g) L'équipe de l'ANJE devrait travailler avec des collègues de la santé et de la protection de l'enfance pour faire un **remue-méninges sur les activités pertinentes de stimulation psychosociale** pour les nourrissons et les jeunes enfants dans les programmes de nutrition ;
- h) **Identifier les ressources humaines et les mécanismes communautaires** appropriés pour promouvoir et partager les bonnes pratiques parentales et les connaissances et conseils liés à l'ANJE. Dans les activités en petits groupes, les parents ont la possibilité d'apprendre de l'interaction des autres avec leurs enfants ;
- i) Utiliser des **groupes de soutien** de mère à mère comme un moyen pour renforcer les initiatives communautaires d'entraide et de soutien social qui favorisent la santé mentale maternelle, y compris la santé mentale et le soutien psychosocial, les compétences parentales et la violence sexuelle et sexiste (VSS) ;
- j) Effectuer des **visites à domicile en combinant les activités et priorités de l'ANJE, du DPE et de la SMSPS**, en particulier pour les nourrissons, les enfants, les FEA et les familles vulnérables. Lors de l'évaluation de la santé mentale chez les FEA (notamment chez les survivantes de la VSS), examiner les implications sur l'alimentation et les soins des nourrissons et des jeunes enfants, car des études ont montré des liens entre la santé mentale maternelle et la malnutrition aigüe ainsi que l'absence d'épanouissement chez les nourrissons ;

85 HCR (2013). *Santé mentale et soutien psychosocial : directives opérationnelles pour la programmation des opérations auprès des réfugiés*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/525f94479.pdf> [5 mai 2017]

- k) Assurer **l'envoi vers les services de santé mentale et psychosociaux** des responsables d'enfants de 0 à 23 mois et des FEA ayant des problèmes de santé mentale potentiels, en particulier la dépression, mais aussi des troubles mentaux graves qui affectent la capacité de la responsable de l'enfant à fournir les bons soins ;

8) Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

La nutrition et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sont étroitement liés. Le maintien d'une bonne santé pour les nourrissons et les enfants exposés au VIH, les nourrissons et les enfants séropositifs et les responsables séropositifs d'enfants est essentiel. En outre, une femme infectée par le VIH peut transmettre le virus à son enfant pendant la grossesse, le travail ou l'accouchement, ou par l'allaitement maternel. Cependant, l'allaitement maternel, et en particulier l'allaitement maternel précoce et exclusif, constitue l'une des interventions les plus précieuses pour améliorer la survie de l'enfant. Des services intégrés de VIH et d'ANJE sont recommandés pour les FEA, les nourrissons et les enfants de 0 à 23 mois afin de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et de promouvoir des pratiques plus sûres pour l'alimentation du nourrisson.

Le manuel Sphère souligne l'importance des considérations reliant l'alimentation des nourrissons et le VIH : « Les mères VIH-négatives ou qui ignorent leur statut VIH doivent être encouragées à allaiter, conformément aux recommandations générales faites aux populations en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. En ce qui concerne les mères infectées par le VIH, combiner les traitements antirétroviraux et l'allaitement au sein peut réduire considérablement la transmission postnatale du VIH. Un accès plus rapide aux antirétroviraux doit devenir une priorité. Les risques associés à une alimentation de remplacement sont encore plus grands pour les nourrissons dans les situations d'urgence. Cela signifie que l'allaitement au sein offre de meilleures chances de survie aux nourrissons nés de mères infectées par le VIH ainsi qu'aux nourrissons infectés par le VIH, et ce, même quand les antirétroviraux ne sont pas encore disponibles. Une aide urgente à l'alimentation artificielle est nécessaire pour les nourrissons qui reçoivent déjà une alimentation de remplacement. »⁸⁶

En résumé, les pratiques d'allaitement recommandées pour les mères infectées par le VIH sont liées à son accès aux traitements antirétroviraux ainsi qu'aux risques de ne pas allaiter. Le personnel devra donc évaluer le traitement et les soins disponibles pour les femmes enceintes, la disponibilité de la prophylaxie adéquate pour l'enfant à la naissance, le traitement disponible après l'accouchement pour la mère (à vie), et par conséquent le soutien nécessaire pour accompagner ses choix en termes d'alimentation de son enfant. En conseillant les mères, le personnel devrait consulter les dernières recommandations de l'OMS sur le VIH et l'alimentation des nourrissons ainsi que les normes et protocoles nationaux, tant dans le pays d'origine que dans le pays d'accueil.

Voici quelques exemples d'activités à mettre en place pour intégrer le VIH et l'ANJE :

- a) En plus de la formation croisée et générale pour le personnel de la santé et de l'ANJE, **former** le personnel en charge du VIH et de l'ANJE en mettant l'accent sur l'ANJE et le VIH. Parmi les sujets abordés figurent les dernières directives de l'OMS sur le traitement du VIH et l'allaitement maternel ; la politique nationale de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ; les procédures de référence entre les deux programmes ; la contextualisation des messages sur le VIH et l'ANJE ; le partage des compétences pour le counseling et les soins des responsables d'enfants de ce groupe d'âge. NB : le niveau de formation sera différent et adapté au rôle du personnel - ajouter des modules pour le

86 Le projet Sphère (2011). *Charte humanitaire et standards minimums pour les interventions humanitaires*, p. 163. Disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [18 déc. 2014]

personnel en fonction de son profil et de son rôle. Le personnel chargé du VIH peut organiser des séances de questions-réponses ;

- b) Cibler les FEA et les enfants de 0 à 23 mois dans les interventions sur le VIH : dans le contexte du VIH, il est important de tenir compte de la mère ou de la responsable de l'enfant, et du nourrisson. **Leurs besoins individuels doivent être identifiés (par exemple, le traitement), ainsi que les risques de transmission et le besoin mutuel de soins ;**
- c) Envisager des moyens de **relier les activités de la prévention du VIH, la planification familiale et les activités de l'ANJE pour cibler les FEA**, car la contraction du VIH pendant la grossesse ou l'allaitement place le nourrisson face à un risque beaucoup plus élevé de transmission lors des trois premiers mois d'infection de la mère ;
- d) Fournir des messages de prévention du VIH dans le cadre des activités de l'ANJE et vice versa ;
- e) **Plaider pour la disponibilité et l'accès aux tests de dépistage du VIH** dans les établissements de santé, en particulier pour les femmes enceintes et en post-partum, les nourrissons et les enfants jusqu'à l'âge de 23 mois, y compris le diagnostic précoce du nourrisson à 6 semaines ;
- f) Lorsqu'ils soutiennent des mères ou des nourrissons exposés au VIH et séropositifs, les deux équipes doivent **comprendre le traitement de la mère et celui du bébé et les recommandations qui en découlent** pour l'allaitement. Les bonnes relations entre les équipes seront importantes pour le suivi des cas individuels et l'apprentissage futur ;
- g) Organiser le **counseling individuel sur l'ANJE pour les mères atteintes du VIH** ; expliquer les avantages de l'allaitement maternel et les risques de transmission. Encourager les options d'alimentation en accord avec les recommandations nationales ; cependant, s'assurer que c'est la décision de la mère ;
- h) Collaborer à **l'offre ciblée d'aliments de remplacement sains pour les mères séropositives** dans des contextes qui répondent aux exigences. Lorsque le SLM est choisi, veiller à ce que l'offre, la préparation et l'alimentation soient effectuées conformément aux directives. Les mères ou responsables d'enfants doivent recevoir un soutien qualifié et tout le matériel pertinent pour réduire le risque de contamination au minimum. Veuillez vous reporter aux POS du HCR sur l'utilisation des substituts du lait maternel⁸⁷ ;
- i) **Faire participer les associations de personnes vivant avec le VIH à la mobilisation et à la sensibilisation des communautés** portant sur les messages clés de l'ANJE et la disponibilité des services à la fois pour la prévention, les soins et le soutien.

87 HCR et ENN (2015). *Procédures opérationnelles normalisées pour la gestion des substituts de lait maternel dans les situations de réfugiés*.
<http://www.unhcr.org/55c474859.pdf>

Resources:

1. HCR (2014). *Stratégie globale du HCR en santé publique 2014-2018*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/fr/53ba648c9.pdf> Version anglaise : <http://www.unhcr.org/530f12d26.html> [5 mai 2017]
2. Le projet Sphère (2018). *La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*, disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [7 mai 2018]
3. HCR (2013). *Directives opérationnelles pour l'amélioration de la santé des nouveau-nés lors des opérations de secours aux réfugiés*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/fr/54bd0f789.pdf> Version anglaise : <http://www.unhcr.org/54bd0dc49.pdf> [5 mai 2017]
4. HCR (2013). *Santé mentale et Soutien psychosocial : Directives opérationnelles pour la programmation des opérations auprès des réfugiés*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/525f94479.pdf> [5 mai 2017]
5. UNICEF et OMS (2012). *Intégration de la stimulation de la petite enfance dans les programmes de nutrition en situation d'urgence. Pourquoi, quoi et comment* Disponible en ligne : http://www.who.int/mental_health/emergencies/eec_note.pdf [5 mai 2017]
6. OMS, War Trauma Foundation et World Vision International (2011). *Premiers secours psychologiques : Guide pour les acteurs de terrain*. Disponible en ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44779/1/9789242548204_fre.pdf Version anglaise : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf [5 mai 2017]
7. OMS (2016). *Directive relative au VIH et à l'alimentation du nourrisson*. Disponible en ligne : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016/en/ [5 mai 2017]



Logement et établissements humains et alimentation du nourrisson et du jeune enfant



Le logement et les établissements humains sont essentiels à la sécurité et au bien-être des populations touchées par des catastrophes. Il s'agit du droit à un logement adéquat, qui permet aux gens de vivre « en sécurité, dans la paix et la dignité ». ⁸⁸ Le HCR vise à permettre aux réfugiés d'avoir accès à des établissements sûrs, d'y vivre, et d'avoir accès à des solutions d'hébergement offrant le respect de l'intimité, la sécurité et la protection. ⁸⁹ Les collègues de l'ANJE et du logement et des établissements ont la possibilité de travailler ensemble pour protéger les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants en réduisant les risques environnementaux dans leur résidence et dans les structures communautaires, et en promouvant une alimentation et des soins sûrs et adéquats.

88 Le projet Sphère (2011). *Charte humanitaire et standards minimums pour les interventions humanitaires*, p. 243. Disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [18 déc. 2014]

89 HCR (2014). *UNHCR Global Strategy for Settlement and Shelter 2014-2018*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/530f13aa9.pdf> [5 mai 2017]

Domaines principaux du secteur du logement et des établissements humains

Un **établissement humain** tient compte de l'attribution spatiale des fonctions tout en maintenant l'équilibre entre les besoins de la population, la disponibilité et l'allocation des ressources, la dynamique économique, l'amélioration des conditions de vie, la fourniture de services et l'amélioration des réseaux de transport ainsi que les espaces récréatifs. Un établissement humain doit répondre aux besoins de la communauté dans son ensemble et être conçu avec la participation active des populations touchées, des partenaires et de tous les secteurs.

Un **logement humain** est un foyer et un espace de vie offrant un environnement de vie sûr et sain avec le respect de l'intimité et la dignité. Les réfugiés ont droit à un logement adéquat afin de bénéficier d'une protection contre les éléments, à un espace pour vivre et conserver leurs biens, ainsi qu'à leur intimité, à leur confort et à leur soutien affectif.

Objectifs stratégiques communs :

- Contribuer à assurer la sécurité pour les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants de 0 à 23 mois dans les situations de réfugiés
- Permettre aux FEA, aux nourrissons et aux jeunes enfants réfugiés d'accéder à des établissements sûrs et de vivre dans la paix et la dignité
- Permettre aux FEA, aux nourrissons et aux jeunes enfants réfugiés d'accéder à des solutions de logement offrant le respect de l'intimité et la protection contre les éléments

Les besoins et les risques pour les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants liés au logement et aux établissements humains dans les situations de réfugiés dépendront de la nature et du contexte de la situation, mais certains besoins et risques sont communément identifiés dans la plupart des situations de réfugiés. Il est important de comprendre ici que le fait d'être un nourrisson ou une FEA ne rend pas, en soi, une personne vulnérable ou à risque accru. C'est plutôt l'interaction des facteurs qui en est responsable : par exemple, un bébé de trois mois dont le corps est encore incapable de maintenir sa propre température corporelle optimale aura un risque accru d'hypothermie lorsqu'il est exposé au froid en raison d'une couverture ou d'un logement inadéquats.⁹⁰ De même, les mères peuvent limiter ou abandonner l'allaitement maternel de leurs bébés s'il n'y a pas de place disponible qui offre de l'intimité pour l'allaitement maternel. Dans ces cas, un lieu sûr et dédié à l'allaitement devient crucial pour répondre aux besoins des enfants de moins de deux ans. Les enfants et les FEA, dont les corps sont sensibles aux changements drastiques de l'environnement, peuvent subir des effets nocifs sur leur santé s'ils restent exposés à des éléments environnementaux. Par conséquent, la fourniture d'un logement et d'articles non alimentaires qui permettent l'intimité et la protection contre le froid ou les températures élevées devient une priorité.

Le secteur du logement et des établissements humains est responsable de la conception du camp, prenant des décisions critiques au début d'une intervention. Il est important de prendre en considération le fait que les équipes du logement et des établissements humains gèrent des priorités multiples, parfois concurrentes,

90 Le projet Sphère (2011). *Charte humanitaire et standards minimums pour les interventions humanitaires*, p. 243. Disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [18 déc. 2014]

de tous les secteurs aux premiers stades d'une situation d'urgence, surtout si la crise implique que les communautés s'installent dans des zones non bâties. Les collègues qui font la promotion du bien-être des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants doivent respecter cette pression mais, en même temps, communiquer clairement et rapidement les besoins de ces groupes.

Principales activités intégrées

- a) Selon la situation, les **équipes de l'ANJE devraient assister aux réunions de coordination du secteur du logement et des établissements humains** dès les premiers stades d'une situation d'urgence et assurer la liaison avec les équipes du logement et des établissements humains pour discuter de la meilleure façon de répondre aux besoins spécifiques des FEA et des enfants de 0 à 23 mois ;
- b) Organiser des **séances d'orientation** pour le personnel du logement et des établissements humains afin de sensibiliser aux principales informations de l'ANJE et aux besoins particuliers en matière de logement et d'établissements humains ainsi qu'aux risques pour les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants ; leur fournir une liste des principales informations sur l'ANJE (voir l'annexe 6) ;
- c) Veiller à ce que les interventions liées au logement et aux établissements humains **soutiennent les familles et les encouragent à rester ensemble** ;
- d) Veiller à ce que **les centres de transit soient sécuritaires et permettent le respect de l'intimité** des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants (par exemple, l'intimité pour l'allaitement maternel) ;
- e) **Élaborer des procédures claires pour l'identification et la référence** entre le secteur du logement et des établissements humains et celui de l'ANJE, et s'assurer que le personnel du logement et des établissements humains est au courant des programmes de l'ANJE disponibles et des critères clés pour les références liées à l'ANJE. Il peut s'agir par exemple des cas suivants : lors des visites aux communautés ou à domicile, les collègues du logement et des établissements humains rencontrent des familles avec des nourrissons qui vivent clairement dans des conditions de vie non hygiéniques ou qui répondent aux critères énoncés dans l'orientation donnée par les collègues de l'ANJE ; ou les collègues de l'ANJE entendent des plaintes concernant des conditions de vie difficiles et dangereuses affectant la santé des jeunes enfants.

Possibilités générales de collaboration

1) Coordination et plaidoyer

- a) Envisager de choisir au moins un **champion de l'ANJE** formé parmi l'équipe du logement et des établissements humains (voir Action 1 : Plaidoyer pour que les parties prenantes concernées tiennent compte de l'ANJE) ;
- b) Améliorer la coordination par le **partage d'informations et la discussion en rapport avec le bien-être des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants âgés de 0 à 23 mois** entre les deux secteurs. Identifier les mécanismes préexistants pour coordonner la programmation du logement et des établissements humains et de l'ANJE ;

- c) Utiliser les données de l'ANJE et du logement et des établissements humains (p. ex. le nombre de nourrissons et de jeunes enfants, le nombre de ménages avec nourrissons ou jeunes enfants) pour défendre les **besoins** des enfants de 0 à 23 mois et de leurs responsables auprès des autorités compétentes ; mener un **plaidoyer conjoint** pour un plus grand impact ;
- d) Tenir **compte spécifiquement des vulnérabilités et des besoins identifiés des enfants de 0 à 23 mois** lors de la conception des évaluations du logement et des établissements humains et des interventions qui en découlent⁹¹.

2) Collecte et partage d'informations

- a) Organiser **une évaluation conjointe des besoins** afin d'identifier les besoins et les demandes spécifiques des FEA et des responsables d'enfants de 0 à 23 mois liés au logement et aux établissements humains. **Ventiler les données d'évaluation et de suivi** pour les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les enfants de 0 à 5 mois, de 6 à 11 mois et de 12 à 23 mois ;
- b) Intégrer les **questions relatives au logement, aux établissements humains et à l'ANJE dans les discussions avec les responsables** de ce groupe d'âge afin d'identifier les besoins, les vulnérabilités, les risques, et les dangers liés au logement et aux établissements humains pour ce groupe d'âge tel que perçus par les responsables d'enfants ;
- c) Recueillir des **histoires de réussite**, y compris celles des mères ou des responsables d'enfants, pour démontrer les effets positifs des programmes de logement et d'établissements humains coordonnés et de qualité sur la santé et le bien-être des nourrissons et des jeunes enfants ;
- d) Formaliser **l'échange d'informations et la discussion sur le bien-être des enfants âgés de 0 à 23 mois** entre les deux secteurs (débriefing suite aux évaluations, suivi ou collecte des données), et veiller à ce qu'il y ait suffisamment de temps alloué à la discussion autour des implications de ces informations pour les équipes du logement et des établissements humains. Identifier les forums préexistants (par exemple les réunions d'équipe ou de secteur) qui sont les plus utiles pour l'examen régulier des informations sur l'ANJE et le logement et les établissements humains.

3) Renforcement des capacités

- a) **Inviter les membres du personnel de l'ANJE à des formations, des retraites ou des ateliers du secteur du logement et des établissements humains** où leurs perspectives et leurs informations peuvent améliorer le résultat et vice versa.

4) Logement

- a) Veiller à ce que **les femmes, y compris les FEA, soient consultées** lors de la conception de logements qui répondent à leurs besoins ;
- b) **Donner la priorité pour un logement approprié aux familles les plus vulnérables (avec des FEA et des enfants de 0 à 23 mois) afin de prévenir les effets négatifs de l'environnement sur la**

⁹¹ Les besoins spécifiques et les vulnérabilités pourraient inclure la sensibilité du nourrisson aux températures froides et chaudes, la sensibilité du nourrisson au bruit, le risque accru de blessures des tout-petits causées par les feux de cuisine non protégés, les maladies transmissibles et la mauvaise hygiène dans les logements collectifs, les besoins d'intimité reliés à l'allaitement et autre alimentation du nourrisson (c'est-à-dire des espaces adaptés aux bébés, des coins d'allaitement maternel, des abris familiaux distincts pour les familles avec enfants), etc.

santé et l'état nutritionnel, c'est-à-dire le froid entraînant une hypothermie, un logement inapproprié ou des établissements sales entraînant une augmentation de la présence de vecteurs (moustiques) et un risque croissant de paludisme, de dengue, etc., et pour fournir aux FEA le soutien nécessaire pour nourrir et soigner ce groupe d'âge vulnérable (localisation des logements par rapport aux services, intimité) ;

- a. Par exemple : accorder la **priorité aux mères et aux nouveau-nés** pour un logement privé ou, au moins, fournir un logement privé temporaire pour les six premières semaines après la naissance.
- c) Inclure les **enfants de 0 à 23 mois dans les critères de vulnérabilité pour les logements** ;
- d) Lors de la conception des logements, tenir compte des risques pour les enfants de 0 à 23 mois :
 - a. Envisager **des stratégies de prévention et d'atténuation des incendies** (cages pour empêcher l'accès des enfants au matériel de sécurité incendie, distribution de seaux de sable) ; offrir de l'éducation sur la sécurité incendie et la vigilance lors des séances communautaires ou des activités d'ANJE ;
 - b. Envisager **des mesures de sécurité dans les cuisines** pour prévenir les blessures chez les tout-petits ;
- e) **Tenir compte des besoins spécifiques des FEA et des enfants de 0 à 23 mois dans la détermination du contenu des articles non alimentaires spécifiques à l'abri** : les ANA clés comprennent les bâches en plastique, les couvertures, la literie, les vêtements pour enfants, les réchauds ou le combustible, et l'isolation dans les climats froids (NB : Le contenu des trousse sera déterminé en collaboration avec les équipes du logement et des établissements humains) ;
 - a. Communiquer les besoins des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants aux équipes du logement et des établissements humains selon le contexte en utilisant des **mécanismes de coordination pour l'harmonisation** avec tous les secteurs ;
 - b. **Tenir compte des problèmes de temps et de charge de travail** lorsqu'on cible les responsables d'enfants pour les distributions d'ANA ; envisager d'organiser des distributions de sorte que les responsables d'enfants aient de multiples occasions de recevoir les articles à des moments variés (éventuellement des distributions à domicile si le contexte le permet) ;
 - c. **Si le kit initial ne reflète pas les besoins spécifiques des FEA et des enfants de 0 à 23 mois**, les équipes de l'ANJE peuvent assurer la liaison avec les équipes chargées des ANA pour déterminer une trousse complémentaire, organisant une distribution spécifique après les premières rondes.
- f) Les équipes de l'ANJE doivent apporter un **soutien pour le suivi auprès des utilisateurs ultimes** (suivi post-distribution) lors des visites à domicile et communiquer les résultats aux équipes du logement et des établissements humains.

5) Établissements humains

- a) Fournir au personnel du logement et des établissements humains le **nombre de FEA, de nourrissons et de jeunes enfants dans les camps et les établissements**, y compris les paires mère-enfant ayant besoin d'espaces amis des bébés (EAB) ;
- b) **Coordonner entre la gestion de camp ou les autorités locales, le logement et les établissements humains ainsi que l'ANJE pour déterminer l'emplacement et la conception de la construction des structures d'ANJE**, notamment les espaces amis des bébés, les coins d'allaitement maternel, les centres d'ANJE, de nutrition ou de santé, etc. afin d'assurer l'accès et la sécurité. Veiller à ce que **les femmes, y compris les FEA, soient consultées** lors de la conception d'établissements qui répondent à leurs besoins ;
- c) Collaborer aux discussions de planification liées à la **réduction des risques environnementaux et ceux liés à la santé dans les EAB** en ce qui concerne les installations d'entreposage des aliments, la préparation des aliments (ventilation, accès à l'eau, etc.) et la lutte antivectorielle ;
- d) **Élaborer des directives standards pour la conception et la construction d'EAB** similaires aux spécifications de la conception pour l'éducation, en incluant des stratégies d'atténuation des dangers externes (inondations, vents, répliques) et des plans pour l'entretien continu ; prévoir également des espaces amis des enfants qui comprennent des zones adaptées aux bébés ;
- e) **Protéger les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants pendant les distributions de masse.**
Les équipes chargées du logement et des établissements humains ainsi que celles de l'ANJE doivent coordonner avec la gestion de camp et la communauté pour définir les moyens de protéger les mères et les responsables des jeunes enfants pendant une distribution générale : concevoir des aires de repos, organiser des files prioritaires, réduire le nombre de personnes dans chaque groupe, etc.

Ressources

1. Le projet Sphère (2018). La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire, disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [7 mai 2018]
2. HCR (2015). *Emergency Handbook*. Disponible en ligne : <https://emergency.unhcr.org> [5 mai 2017]
3. HCR (2014). *Global strategy for settlements and shelter 2014 - 2018*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/530f13aa9.pdf> [5 mai 2017]



Eau, assainissement et hygiène (EAH) et alimentation du nourrisson et du jeune enfant



Le droit à l'eau et aux installations d'assainissement est inextricablement lié au droit à la survie humaine dans les situations d'urgence compte tenu du risque d'une morbidité et d'une mortalité accrues dans ces contextes. Comme l'indique le manuel Sphère, ce droit « implique l'accès à une eau en quantité suffisante, salubre, acceptable, physiquement accessible et financièrement abordable pour l'usage personnel et domestique ainsi que des installations d'assainissement accessibles ».⁹² L'objectif primordial de ce secteur est de réduire la morbidité et la mortalité dues à la transmission par voie oro-fécale et aux vecteurs pathogènes, en favorisant une bonne hygiène, en fournissant suffisamment d'eau potable, en augmentant la disponibilité d'un assainissement approprié et en diminuant les risques associés à une mauvaise santé environnementale.

92 Le projet Sphère (2011). *La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire*, pp. 83-91. Disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [18 déc. 2014]

Stratégies de base du secteur d'EAH

Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions humanitaires. Le projet Sphère

Approvisionnement en eau : l'eau est indispensable à la vie, à la santé et à la dignité humaine. Dans des situations extrêmes, il peut ne pas y avoir suffisamment d'eau disponible pour pourvoir aux besoins essentiels. Il est alors crucial de fournir une quantité suffisante d'eau potable pour assurer la survie. (Sphère, pp. 97 - 103)

Assainissement : Les programmes visent à réduire les risques de maladies liées à l'assainissement et (selon Sphère) désignent l'élimination des excréments, la lutte antivectorielle, l'élimination des déchets solides et le drainage. Les normes d'élimination des excréments visent à assurer que les personnes vivent dans des environnements exempts de matières fécales humaines et qu'il y ait des toilettes appropriées et adéquates. Les programmes de lutte contre les vecteurs comprennent la protection individuelle et familiale grâce à la connaissance et à l'accès à du matériel de protection ainsi qu'à la protection environnementale contre les vecteurs. La gestion des déchets solides comprend la collecte et l'élimination des déchets solides, y compris les déchets ménagers et médicaux. Le drainage est un domaine d'assainissement qui vise à assurer que les gens vivent dans un environnement où ils ne courent pas de risque accru pour leur santé en raison de l'eau stagnante ou de l'érosion hydrique. (Sphère, pp. 105-117)

Promotion de l'hygiène : La promotion de l'hygiène est une démarche planifiée et systématique qui doit permettre à chacun de prendre les mesures nécessaires pour prévenir ou limiter le risque des maladies liées à l'eau, à l'assainissement ou au manque d'hygiène. Elle consiste notamment à s'assurer que les personnes concernées fassent le meilleur usage des installations et des services fournis en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène, y compris l'exploitation et l'entretien efficaces de ces installations. (Sphère, pp. 91-96)

Au HCR, l'EAH fait partie de la Section de la santé publique et est considéré comme faisant partie intégrante de la protection et de la promotion de la santé et du bien-être. Les interventions en EAH ciblent la communauté, les ménages et les institutions pour assurer un environnement sain et hygiénique et l'accès à des quantités suffisantes d'eau salubre. Les principaux éléments de l'EAH sont de veiller à ce que les réfugiés aient **accès à de l'eau salubre en quantité suffisante, à des installations d'assainissement améliorées et à la promotion de l'hygiène.**

Objectifs stratégiques communs :

- Réduire le risque de contamination et rompre le cercle vicieux des maladies transmises par l'eau, de la diarrhée et de la morbidité chez les nourrissons et les jeunes enfants en :
 - Améliorant l'accès à l'eau salubre et à la nourriture en qualité et en quantité suffisantes
 - Améliorant l'accès à un assainissement de qualité et à la gestion des matières fécales
 - Améliorant les pratiques en matière d'hygiène alimentaire et environnementale
- Améliorer l'EAH dans les hôpitaux, les centres de santé et de nutrition, les écoles et autres institutions

L'EAH joue un rôle majeur dans la réalisation des objectifs de réduction de la morbidité et de la malnutrition tels qu'identifiés dans le cadre conceptuel de l'UNICEF (voir l'annexe 3 pour plus d'informations sur le Cadre conceptuel de la malnutrition infantile). Les mauvaises pratiques reliées à l'EAH accroissent le risque de maladie et de malnutrition chez l'enfant et exposent les nourrissons et les jeunes enfants à un risque élevé de décès, en particulier dans les situations où l'allaitement maternel exclusif est peu répandu. Les FEA, les nourrissons et les jeunes enfants sont particulièrement vulnérables aux mauvaises conditions de l'EAH. Les FEA peuvent avoir des besoins d'hygiène accrus après l'accouchement, et les femmes enceintes sont particulièrement vulnérables aux maladies transmises par les aliments et l'eau car ceux-ci peuvent nuire aux fœtus. Les nourrissons et les jeunes enfants ont des besoins d'hygiène spécifiques liés à la manipulation de leurs matières fécales, à l'accès à de l'eau potable pour les aliments complémentaires et les repas, et à une quantité suffisante d'eau pour l'hygiène (corps, vêtements, environnement quotidien). Il est important de noter que les nourrissons et les jeunes enfants sont exposés à des risques accrus liés à la contamination de l'eau, des aliments et d'autres éléments dans leur environnement puisque leur système immunitaire et leur résistance aux maladies sont plus faibles que chez les enfants plus âgés et les adultes. Il est essentiel pour les acteurs de l'ANJE de trouver des moyens de collaborer avec les acteurs de l'EAH pour accroître l'accès aux services pour les FEA et les enfants de 0 à 23 mois. Beaucoup d'activités ont plusieurs liens possibles et peuvent atteindre des résultats communs.

Principales activités intégrées

- a) Le personnel de l'ANJE participe aux groupes de travail afin de **mieux faire connaître l'ANJE** et de veiller à ce que les besoins des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants soient pris en considération ;
- b) Envisager de **standardiser les messages appropriés sur l'ANJE et l'EAH** pour les FEA et les responsables d'enfants de 0 à 23 mois, particulièrement en ce qui concerne les pratiques de soins des enfants de 0 à 23 mois ainsi que l'accès aux services pertinents et leur disponibilité. Les messages devraient être intégrés dans la nutrition, la santé et l'EAH. Planifier conjointement les possibilités de diffusion dans les programmes des uns et des autres ;
- c) Envisager des moyens d'intégrer les indicateurs de l'ANJE dans les listes de contrôle et les systèmes de suivi déjà établis, comme le **bulletin mensuel d'EAH** et les **enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) liées à l'EAH** pour recueillir, analyser et utiliser les informations relatives à l'ANJE. L'objectif principal consiste d'abord à attirer l'attention sur les activités de l'ANJE sur le terrain, puis à en assurer le suivi et à rédiger des rapports sur leur mise en œuvre ;
- d) Organiser des **séances d'orientation** sur l'ANJE pour le personnel chargé de l'EAH ou intégrer l'ANJE dans les programmes de formation existants sur l'EAH et fournir une liste des principales informations sur l'ANJE (voir l'annexe 6) ;
- e) **Élaborer des procédures claires pour l'identification, la référence et le suivi** entre les programmes d'EAH et d'ANJE lorsque les besoins et les risques sont identifiés soit par l'équipe ou par la communauté. S'assurer que tout le personnel soit au courant des programmes d'ANJE disponibles, des normes d'EAH et des critères clés pour les références ;
- f) Collaborer pour **s'assurer que l'eau salubre et les installations d'EAH, telles que les latrines et les stations de lavage des mains, soient présentes dans les coins d'allaitement** et dans toutes les installations de l'ANJE (même lorsque la structure de l'ANJE est mobile, par exemple, la caravane mobile de l'ANJE).

Possibilités générales de collaboration

1) Coordination et plaidoyer

- a) Envisager d'identifier un **champion de l'ANJE** qualifié dans l'équipe d'EAH pour maintenir la connaissance et le suivi des activités spécifiques, par ex. références (voir Action 1 : Plaider pour que les parties prenantes concernées tiennent compte de l'ANJE) ;
- b) Envisager d'identifier un **point focal sur l'hygiène** dans chaque équipe de l'ANJE afin de maintenir des normes d'EAH adéquates dans les installations de l'ANJE ;
- c) Améliorer la coordination par le **partage d'informations et la discussion entre les deux secteurs en rapport avec le bien-être des FEA**, des nourrissons et des jeunes enfants âgés de 0 à 23 mois. Identifier les mécanismes préexistants pour coordonner la programmation intégrée de l'EAH et de l'ANJE, et veiller à ce qu'il y ait suffisamment de temps alloué à la discussion autour des implications de ces informations pour les programmes d'EAH.
- d) Utiliser des données sur l'EAH et l'ANJE pour **défendre** les besoins des enfants de 0 à 23 mois et de leurs responsables auprès des autorités compétentes ; mener un plaidoyer conjoint pour un plus grand impact ;
- e) Tenir compte spécifiquement des **vulnérabilités et des besoins identifiés des FEA et des enfants âgés de 0 à 23 mois** lors de la conception des interventions sur l'EAH⁹³.

2) Collecte et partage d'informations

- a) Organiser des **évaluations conjointes des besoins** dans les ménages et dans d'autres endroits pertinents tels que les Espaces amis des bébés, les centres de santé et de nutrition, etc., et **ventiler les données d'évaluation et de suivi** pour les femmes enceintes, les femmes allaitantes, les enfants de 0 à 5 mois, 6 à 11 mois et 12 à 23 mois ;
- b) Intégrer des **questions sur l'EAH et l'ANJE dans les discussions avec les FEA, les responsables d'enfants** et les membres de la communauté, et inviter les travailleurs de l'EAH et de l'ANJE à assister à ces discussions ;
- c) Recueillir des **histoires de réussite**, y compris celles des FEA et des responsables d'enfants, pour démontrer les effets positifs des programmes d'EAH de qualité et coordonnés sur la santé et le bien-être des nourrissons et des jeunes enfants ;
- d) Formaliser **l'échange d'informations et la discussion sur le bien-être des enfants âgés de 0 à 23 mois** entre les deux secteurs. Identifier les forums préexistants (par exemple les réunions d'équipe ou de secteur) qui sont les plus utiles pour l'examen régulier des informations sur l'EAH et l'ANJE ; et veiller à ce qu'il y ait suffisamment de temps alloué à la discussion autour des implications de ces informations pour les deux secteurs.

⁹³ Les besoins spécifiques et les vulnérabilités pourraient comprendre : les besoins accrus en hygiène après l'accouchement ou pour garantir un allaitement maternel sans risque ; le risque accru de maladies d'origine alimentaire et hydrique pendant la grossesse pouvant causer des dommages aux fœtus et aux FEA ; le risque accru aux maladies en raison du système immunitaire et de la faible résistance des nourrissons ; le besoin de manipuler les matières fécales des nourrissons ; le besoin d'avoir accès à de l'eau salubre pour l'alimentation complémentaire et les repas.

3) Renforcement des capacités

- a) Offrir une **formation croisée** au personnel de l'EAH et à celui de l'ANJE sur les problématiques principales de santé publique en mettant l'accent sur les besoins et les problèmes des FEA et des enfants âgés de 0 à 23 mois. Des formations du personnel conjointes et intersectorielles et des bénévoles communautaires favorisent l'intégration et l'adhésion des équipes. Les sujets à discuter peuvent comprendre :
- a. Des stratégies, des activités, et des objectifs communs définis conjointement pour la formation ;
 - b. Les thèmes pertinents pour les formations conjointes comprennent :
 - i. Finalités, activités et méthodes de travail dans les programmes d'EAH et d'ANJE ;
 - ii. Aspects clés de l'ANJE et des soins, y compris l'allaitement maternel exclusif et continu, les pratiques d'alimentation complémentaire sans risque et les soins hygiéniques pour les nourrissons et les jeunes enfants ;
 - iii. Contextualisation des messages sur l'EAH et l'ANJE ;
 - iv. Rôle de l'EAH dans le soutien de la capacité de la mère à nourrir ses enfants de 0 à 23 mois, et dans la prévention de la malnutrition.
- b) **Inviter les membres du personnel de l'ANJE à des formations, des retraites ou des ateliers sur l'EAH** où leurs perspectives et leurs informations peuvent améliorer le résultat et vice versa.

4) Approvisionnement en eau

- a) **Impliquer les FEA et les responsables d'enfants de 0 à 23 mois dans les consultations communautaires concernant l'approvisionnement en eau** : notamment l'accès à l'eau salubre (les périodes de distribution de l'eau si elle est rationnée), la qualité d'eau (palatabilité, produits chimiques) et l'entreposage dans le ménage.
- b) **Donner la priorité aux responsables d'enfants âgés de 0 à 23 mois et aux FEA dans l'approvisionnement en eau potable** (les comprimés de purification de l'eau, les points de distribution d'eau par les camions, et les coupons pour la distribution d'eau par les camions) **et en ANA liés à l'eau** (le matériel pour la collecte et l'entreposage sûrs de l'eau des ménages). Les trousseaux devraient être distribués à l'admission aux services pertinents et non à la sortie ;
- c) **Concevoir des messages conjoints sur l'EAH et la nutrition autour de l'approvisionnement en eau et de l'ANJE** - y compris l'accès à l'approvisionnement en eau ainsi que son utilisation, sa qualité et sa sécurité ; et des messages clés liés à l'ANJE-U ciblant ce groupe d'âge et leurs responsables (s'assurer que les responsables d'enfants sachent que le lait maternel contient de l'eau « salubre » et protège contre les infections dont le choléra) ;

- d) **Veiller à ce que les responsables des nourrissons nourris artificiellement aient accès à un approvisionnement en eau salubre** pour préparer en toute sécurité les substituts du lait maternel (SLM) ; travailler avec l'équipe de l'ANJE afin de s'assurer que les responsables d'enfants identifiés obtiennent un soutien ciblé (tel que détaillé dans les Directives opérationnelles de l'ANU⁹⁴), notamment une « trousse » comprenant du combustible, des comprimés de purification de l'eau et des informations sur la façon de préparer les SLM avec le moins de risque possible. (Remarque : Il faut veiller à ne pas nuire à l'allaitement. Par conséquent, les mères allaitantes devraient également recevoir des articles d'une valeur égale ou supérieure) ;
- e) **Organiser des visites à domicile** pour soutenir les mères et les responsables d'enfants de 0 à 23 mois dans l'entretien de l'eau salubre au niveau du ménage : les tests d'eau, la vérification de l'utilisation appropriée des articles distribués, et les conseils et explications.

5) Assainissement (évacuation des excréments, lutte antivectorielle, gestion des déchets solides et systèmes de drainage)

- a) **Tenir compte des besoins spécifiques en matière d'assainissement des FEA et des enfants de 0 à 23 mois** (par exemple, la gestion des matières fécales des nourrissons) ainsi que des risques accrus de ce groupe cible pour les maladies liées à l'assainissement. Ventiler les données de la population par groupe d'âge dès le début de l'évaluation (0 à 5 mois, 6 à 11 mois, 12 à 23 mois) ;
- b) Par le biais d'une consultation communautaire avec les responsables d'enfants de 0 à 23 mois, effectuer une **évaluation plus détaillée et systématique** de la façon dont les mères gèrent les excréments des nourrissons et des jeunes enfants et comment elles peuvent être soutenues dans ce domaine ;
- c) **Concevoir des programmes qui comprennent des méthodes d'élimination des excréments applicables aux nourrissons et aux jeunes enfants :**
- a. **S'engager avec les FEA et les responsables d'enfants de 0 à 23 mois dans les discussions sur la localisation, la conception et l'adéquation des installations d'assainissement** ; veiller à ce que les besoins des FEA et des enfants âgés de 0 à 23 mois soient pris en compte dans leur construction (gestion de l'hygiène menstruelle (GHM), gestion des excréments, lavage des mains) ;
- b. Si les latrines ne sont pas sécuritaires ou ne sont pas utilisées par ce groupe d'âge, **concevoir une intervention qui aide les responsables d'enfants à éliminer en toute sécurité les matières fécales de ces derniers et qui prévoit des installations pour le lavage des mains** (à la maison et dans les coins d'allaitement).
- c. Le cas échéant, envisager la **distribution de pots ou de couches**.
- d) Veiller à ce que **des messages concernant l'élimination des matières fécales des enfants, l'évacuation des eaux usées** et le lavage des mains soient fournis aux responsables d'enfants de 0 à 23 mois par les équipes d'EAH et d'ANJE-U ;

94 IFE Core Group (2017) *Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence : directives opérationnelles à l'intention du personnel et des directeurs de programme des secours d'urgence*, disponible en ligne : <http://files.enonline.net/attachments/121/ops-guidance-french-sept-07.pdf> Version anglaise <https://www.enonline.net/operationalguidance-v3-2017> [04 octobre 2017]

- e) **Donner la priorité à ce groupe d'âge lors de la conception des plans de prévention et de lutte contre les vecteurs** compte tenu de leur vulnérabilité accrue aux maladies :
- a. Concevoir un **mécanisme de référence par lequel les participants au programme d'ANJE peuvent recevoir les équipements de protection personnelle nécessaires**, tels que les moustiquaires imprégnées d'insecticide ;
 - b. **Fournir de l'information aux ménages ayant des enfants de 0 à 23 mois (avant la pulvérisation dans la communauté) sur la sécurité des insecticides ou sur les** moyens de limiter les malaises ou les dommages causés par les pulvérisations.
 - f) **Tenir compte des besoins particuliers des FEA et des enfants de 0 à 23 mois en matière de gestion des déchets solides** (l'élimination des couches, la fourniture de poubelles, la GHM) lors de la phase de la conception, et prendre en considération le volume accru de déchets solides pour ce groupe.

6) Promotion de l'hygiène

- a) Dans le cadre du programme d'ANJE-U, **engager les mères dans des consultations communautaires pour identifier les articles d'hygiène prioritaires** requis pour ce groupe cible ;
- b) **Coordonner la promotion ciblée de l'hygiène et les activités d'ANJE pour les enfants de 0 à 23 mois :**
 - a. **Assurer la promotion de l'hygiène et fournir les ANA reliés sur les sites** de l'ANJE afin de permettre une éducation nutritionnelle complémentaire, en particulier autour de l'ANJE et des pratiques de soins ;
 - b. **Inclure la promotion de l'hygiène dans la formation sur l'ANJE** (préparation saine des aliments complémentaires) ;
 - c. **Coordonner le matériel pour la communication pour le changement de comportement (CCC) et pour l'information, l'éducation et la communication (IEC)**, utilisé lors des activités intégrées de santé, de lutte contre le VIH, d'hygiène et de promotion de la nutrition.
- c) **Donner la priorité aux FEA et aux enfants de 0 à 23 mois pour la distribution de trousse d'hygiène** (pour le traitement des eaux ménagères : dosage approprié et entreposage dédié spécifique, savon et produits d'hygiène menstruelle) :
 - a. Identifier les **réseaux de référence pour que les nouveaux parents** reçoivent une trousse d'EAH standard ;
 - b. Le cas échéant, **tenir compte des besoins uniques en matière de lavage pour les nourrissons** (lavage après défécation, fréquence accrue du lavage des vêtements et des articles ménagers, installations de stations de lavage pour nourrissons, offre de baignoires pour bébés). Cela peut ne pas être possible au stade initial d'une situation d'urgence, mais dès que le contexte le permet, veiller à ce que ces besoins soient pris en considération.
- d) **Fournir aux responsables des nourrissons nourris artificiellement un soutien ciblé en matière d'hygiène** (tel qu'indiqué dans les directives opérationnelles de l'ANU), notamment les messages d'hygiène et le savon.

Ressources

1. Le projet Sphère (2018). La Charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaire, disponible en ligne : <http://www.sphereproject.org/> [7 mai 2018]
2. HCR (2014). *Stratégie globale du HCR en santé publique 2014-2018*. Disponible en ligne : <http://www.unhcr.org/fr/53ba648c9.pdf> - Version anglaise : <http://www.unhcr.org/530f12d26.html> [5 mai 2017]
3. 'Save the Children' (2013). *WASH for Children in Emergencies: Final Draft Discussion Document*. Disponible en ligne : <http://www.elrha.org/wp-content/uploads/2015/02/2014-10-11-Emergency-WASH-for-Children-Final.pdf> [5 mai 2017]
4. Group Régional WASH, Afrique de l'Ouest et Centrale (2015). Stratégie « *WASH in Nut* ». Disponible en ligne : http://www.susana.org/_resources/documents/default/3-2297-7-1438183632.pdf [1 mai 2018]

Annexes/Documents connexes

Annexe 1 : Définition de l'ANJE selon le manuel Sphère

Des pratiques sous-optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant augmentent la vulnérabilité de ceux-ci à la sous-alimentation et à la maladie, et le risque de décès. Les risques augmentent lors de catastrophes, et les plus jeunes sont les plus vulnérables. Par contre, plusieurs pratiques optimales augmentent au maximum les chances de survie et réduisent le taux de morbidité chez les enfants de moins de 24 mois : commencer tout de suite l'allaitement exclusif au sein, allaiter exclusivement au sein pendant six mois, poursuivre l'allaitement au sein jusqu'à 24 mois ou au-delà, en introduisant dès l'âge de 6 mois une alimentation complémentaire suffisante, appropriée et sans risque.

L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant fait l'objet d'interventions de l'ANJE visant à protéger les nourrissons et les jeunes enfants qui ont été allaités au sein et ceux qui ne l'ont pas été, et à répondre à leurs besoins nutritionnels. Les interventions prioritaires consistent notamment à protéger et à encourager l'allaitement maternel, à réduire au minimum les risques de l'allaitement artificiel et à permettre une alimentation complémentaire appropriée et sûre. Dans des circonstances exceptionnellement difficiles - comme dans les populations où le VIH est répandu, chez les orphelins, chez les nourrissons ayant un poids insuffisant à la naissance et ceux qui sont gravement malnutris - , les nourrissons et les jeunes enfants exigent une attention particulière. Il est primordial, pour le bien-être de la mère et de l'enfant, de protéger et de favoriser la santé nutritionnelle, physique et mentale des femmes enceintes et des mères allaitantes. Les besoins particuliers des aidants familiaux que sont les grands-parents, les pères qui élèvent seuls leurs enfants ou les membres de la fratrie doivent être pris en compte. Un engagement intersectoriel est essentiel si l'on veut protéger les nourrissons et les jeunes enfants ainsi que leurs mères, et répondre à temps et de manière adéquate à leurs besoins nutritionnels en général.

Annexe 2 : Trousse d'outils pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence (ANJE-U Toolkit)

Save the Children a mis au point la trousse d'outils pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (Trousse d'ANJE-U). La Trousse d'ANJE-U a été conçue comme une collection d'outils nécessaires à la mise en œuvre des programmes d'ANJE-U, en tant que nouvelle activité nutritionnelle d'urgence. La trousse a été conçue non pas comme une reproduction de ressources et d'outils existants, mais plutôt comme une compilation facile à utiliser de ces outils et ressources qui permettront aux conseillers en nutrition, aux coordonnateurs et aux gestionnaires de programme d'accéder rapidement aux données et aux ressources nécessaires, et de commencer la mise en œuvre dès que possible, sans perdre du temps dans la recherche de certains outils. Les principaux documents sont également disponibles en anglais et en arabe. Tous les documents sont disponibles sur le site Internet 'Save The Children Resource Centre', à l'adresse suivante :

bit.ly/IYCFToolkit

La Trousse d'outils n'est pas destinée à être utilisée comme un remplacement des protocoles nationaux. Lors du démarrage de tout programme de nutrition d'urgence, la première ressource pour les gestionnaires de programme est le ministère de la Santé. Lorsque les pays ont des protocoles nationaux en place pour la programmation d'ANJE-U, ces derniers doivent être utilisés et tous les outils de la Trousse d'ANJE-U devraient y être adaptés. Lorsqu'un pays a adopté des formulaires et des modèles de rapports standardisés d'ANJE-U, ceux-ci doivent être utilisés. En outre, dans les pays où les protocoles et les outils nationaux ont été développés pour la programmation d'ANJE dans des contextes hors urgence, il peut être plus approprié d'utiliser ou d'adapter ceux-ci dans le contexte d'urgence.

Annexe 3 : Cadres conceptuels

Le sommaire exécutif des séries de Lancet sur la nutrition maternelle et infantile comprend un cadre d'actions visant à optimiser la nutrition et le développement du fœtus et de l'enfant. Il s'agit d'un cadre conceptuel décrivant les interventions, les programmes et les approches spécifiques et adaptées à la nutrition. Il est accessible ici :

<http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-nutrition>

L'UNICEF a également élaboré un cadre conceptuel en 1990 qui décrit les causes fondamentales, sous-jacentes et immédiates de la sous-nutrition maternelle et infantile. Il est accessible ici :

<https://www.publichealthnotes.com/malnutrition-causes-types/>



Annexe 4 : L'approche des 1 000 jours

L'approche des 1 000 jours cible les 1 000 jours entre le début de la grossesse d'une femme et le 2^e anniversaire de son enfant. Une mauvaise nutrition pendant cette période peut avoir des conséquences graves sur la capacité de l'enfant à grandir et à se développer. Les bébés qui ne reçoivent pas une bonne nutrition dans l'utérus courent un risque plus élevé de mourir dans la petite enfance et sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes de santé chroniques, des déficiences physiques et une déficience cognitive. Pour les enfants de moins de 2 ans, la sous-nutrition peut affaiblir le système immunitaire et laisser les enfants plus susceptibles de mourir de maladies courantes comme la pneumonie, la diarrhée et le paludisme.

Une bonne nutrition pendant les 1 000 premiers jours peut aider à assurer aux enfants le meilleur départ possible dans la vie. Les preuves montrent que le fait de donner aux mères, aux nourrissons et aux jeunes enfants une nutrition adéquate pendant la grossesse et les deux premières années de vie peut sauver plus d'un million de vies par an et réduire le fardeau de la tuberculose, du paludisme et du VIH/SIDA. De plus, une nutrition adéquate à un jeune âge peut améliorer le rendement scolaire et le potentiel de revenu d'une personne. L'organisation des 1 000 jours préconise l'investissement dans des programmes nutritionnels et des partenariats pour promouvoir des interventions abordables et efficaces liées à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, comme la promotion de l'allaitement maternel et le traitement des enfants souffrant de malnutrition avec des aliments thérapeutiques. Pour en savoir plus sur l'approche des 1 000 jours et l'organisation des 1 000 jours, veuillez visiter

<http://www.thousanddays.org/>

Annexe 5 : Termes de référence pour le champion de l'ANJE

Qui devrait être un champion ?

- Une personne disposée à défendre les besoins des FEA, des nourrissons et des jeunes enfants
- Personnel issu de n'importe quel secteur, avec ou sans expérience en ANJE
- Personnel de n'importe quel niveau de l'organisation (par exemple, un gestionnaire, un membre du personnel de terrain, etc.)
- Une personne avec de bonnes aptitudes interpersonnelles ; des personnes modèles et respectées par les bénéficiaires
- Autant que possible ; un membre du personnel de nutrition ou d'ANJE peut identifier et orienter plusieurs champions en fonction du contexte et de l'adhésion des acteurs

Que devrait faire un champion ?

- Jouer un rôle moteur dans l'intervention de l'ANJE à travers les mécanismes existants
- Participer activement à différents mécanismes de coordination stratégique (multisectoriels et sectoriels, le cas échéant) pour s'assurer que l'ANJE soit prise en compte dans les processus décisionnels
- Plaider en faveur de l'ANJE autant que possible
- Participer activement à la collecte de fonds pour l'ANJE lors de l'élaboration de stratégies et de propositions de projets multisectorielles.
- Participer à l'analyse du contexte au début d'une situation d'urgence, en fournissant des informations le cas échéant.
- Tenir compte de l'ANJE dans ses activités quotidiennes.
- Identifier les risques et les besoins des FEA et des enfants de 0 à 23 mois dans son domaine
- Rencontrer de façon bilatérale les collègues des autres secteurs lorsque cela est possible
- Informer et être informé des priorités des secteurs concernés
- Identifier les opportunités d'intégration et réfléchir sur des activités à mettre en place avec d'autres secteurs
- Participer au suivi du Cadre ANJE lorsque demandé

Que devrait connaître un champion ?

- Les raisons pour lesquelles les FEA et les enfants de 0 à 23 mois sont vulnérables et devraient être priorités
- Les besoins des FEA et des enfants de 0 à 23 mois
- La relation entre l'ANJE et les pratiques d'alimentation et de soins
- Les risques identifiés pour les FEA et les enfants de 0 à 23 mois en situation d'urgence (conséquences de la situation)
- Les priorités des autres secteurs

Quand et comment reconnaître un champion ?

- Dans une nouvelle urgence : lors de l'analyse du contexte
- Dans une situation d'urgence : lorsque le Cadre ANJE est mis en place
- S'assurer de : faire une analyse des intervenants, cartographier les services disponibles, identifier les agences responsables par secteur, déterminer qui est responsable de la coordination et déterminer qui sera le champion de l'ANJE.

Comment soutenir un champion ?

- Idéalement, au moins un des champions aurait reçu une formation sur la base de l'ANJE
- Organiser une journée d'orientation pour les champions de tous les secteurs concernés (durée à adapter selon la disponibilité des intervenants dans le contexte) afin de partager les informations techniques

Annexe 6 : Exemple d'un aide-mémoire avec les points clés de l'ANJE

ALIMENTATION DU NOURRISON ET DU JEUNE

Points clés pour le personnel de tous les secteurs



L'ANJE-U ne concerne pas uniquement les nutritionnistes : tous les acteurs et secteurs d'urgence doivent tenir compte de la façon dont leurs actions affectent les besoins de survie des nourrissons et des jeunes enfants.

Allaitement

- L'allaitement maternel protège les bébés contre la maladie, la malnutrition et la mort. L'allaitement maternel favorise également une bonne santé chez les mères et une bonne relation sûre entre la mère et le bébé.
- Tous les nouveau-nés doivent être allaités immédiatement après la naissance. L'allaitement maternel exclusif est optimal pour les nourrissons de moins de 6 mois. D'autres aliments et boissons (y compris les préparations pour nourrissons) peuvent nuire au bébé.
- L'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans est recommandé.
- Les préparations pour nourrissons ne doivent être utilisées que dans des circonstances contrôlées avec le soutien des agents de santé. L'utilisation inappropriée des préparations pour nourrissons peut entraîner une maladie grave ou la malnutrition.
- Les dons de substituts du lait maternel ne devraient pas être distribués librement dans la population générale.
- L'utilisation de biberons et de tétines doit être évitée car il est difficile de les garder propres.
- Les mères qui éprouvent des difficultés à allaiter ou qui utilisent des préparations pour nourrissons, des biberons ou des tétines doivent être référées aux agents de la santé pour obtenir des conseils et du soutien.

Autres considérations

- Des espaces spécifiques, tels que des espaces amis des bébés et des groupes de soutien de mère à mère, devraient être offerts à toutes les mères qui ont de jeunes bébés afin de promouvoir des pratiques saines d'alimentation des nourrissons.
- Des services adéquats d'approvisionnement en eau et d'assainissement devraient être disponibles pour les mères et les jeunes bébés.
- Les femmes enceintes ou celles qui ont de jeunes enfants devraient être priorisées lorsqu'elles reçoivent des services.

Alimentation complémentaire

- Après 6 mois, les nourrissons devraient recevoir principalement du lait maternel avec des aliments complémentaires ajoutés lentement.
- Les aliments complémentaires comprennent tous les aliments disponibles localement et provenant de tous les groupes alimentaires (céréales, racines et tubercules, légumineuses et noix, fruits et légumes et aliments d'origine animale) préparés de façon appropriée pour le nourrisson.
- Les mères peuvent avoir besoin de soutien pour s'assurer que l'offre d'aliments complémentaires soit adéquate en quantité (quantité suffisante), en diversité (variété d'options pour une alimentation équilibrée) et en qualité (les aliments sont frais et préparés de façon appropriée pour ne pas perdre les nutriments).

Alimentation maternelle

- Il est essentiel que les mères reçoivent suffisamment de nourriture pendant la grossesse et l'allaitement.
- Les mères ont également besoin de suppléments de micronutriments pendant la grossesse et après la naissance de leur enfant. Elles devraient être référées à un agent de santé pour les services anténatals et postnatals afin de recevoir ces services ainsi que d'autres types de soutien.

SIGNES DE DANGER À REPÉRER chez les FEA et les 0-23 MOIS :

- ⇒ **Nourrisson faible ou visiblement malnutri.**
 - ⇒ **Absence de la mère ou responsable de l'enfant**
 - ⇒ **Mère atteinte de maladie physique ou mentale**
 - ⇒ **Mère malnutrie**
 - ⇒ **Nouvelle mère sans réseau de soutien**
 - ⇒ **Logement ou installations d'EAH inadéquats**
 - ⇒ **Pénurie alimentaire dans la famille**
 - ⇒ **Utilisation des biberons, tétines ou préparations pour nourrissons**
 - ⇒ **Dons de substituts de lait maternel (lait en poudre ou préparations pour nourrissons)**
-

Annexe 7 : Contenu proposé pour les 3 jours de formation et le recyclage pour le personnel de santé et de nutrition

Formation de trois jours :

Premier jour		
Horaire	Sujet	Table des matières
08h30	Bienvenue	<ul style="list-style-type: none"> Présentations, lecture du programme et des objectifs
09h00	Évaluation initiale	<ul style="list-style-type: none"> Test court des connaissances existantes
09h30	Pratiques recommandées de l'ANJE : Allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> Avantages de l'allaitement Informations techniques, fausses idées et mythes courants Défis de l'allaitement maternel Obstacles à l'allaitement maternel (individuels et communautaires)
10h30	Pause	
10h45	Pratiques recommandées de l'ANJE : Allaitement maternel, suite	
11h30	Pratiques recommandées de l'ANJE : Alimentation complémentaire et aliments complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> Informations techniques : âge, aliments adaptés, préparation, etc. Discussion sur les défis communs pour l'alimentation complémentaire en situation d'urgence
13h00	Déjeuner	
14h00	Évaluations des risques individuels et communautaires de l'alimentation artificielle	<ul style="list-style-type: none"> Examen des risques de l'alimentation artificielle Discussion sur les conditions nécessaires pour une alimentation artificielle plus sûre Informations techniques : évaluation des risques pour les individus et la communauté
14h45	Réduire au minimum le risque de l'alimentation artificielle	<ul style="list-style-type: none"> Préparation plus sûre des SLM Alimentation à la tasse
16h00	Pause	
16h15	Alimentation du nourrisson en situations d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> Directives sur la gestion des dons des SLM Études de cas de l'ANJE-U
17h00	Fin du premier jour	

Deuxième jour		
Horaire	Sujet	Table des matières
08h30	Comment conseiller : conseil sur l'ANJE en 3 étapes	<ul style="list-style-type: none"> Revue des services de conseil Discussion sur le processus de conseil en trois étapes : évaluer, analyser et agir
10h30	Pause	
10h45	ANJE et intégration avec d'autres secteurs	<ul style="list-style-type: none"> Discussion sur les activités de l'ANJE ciblant les nourrissons, les enfants et les FEA dans tous les secteurs
13h00	Déjeuner	
14h00	Intégration de l'ANJE, suite	
15h00	ANJE dans la PCMA	<ul style="list-style-type: none"> Intégration de l'ANJE à la PCMA Discussion sur les liens entre la malnutrition et l'alimentation ou les soins pour les mères et les nourrissons
16h00	Pause	
16h15	Évaluation de l'ANJE et références	<ul style="list-style-type: none"> Évaluations rapides de l'ANJE Revue des meilleures pratiques des systèmes de référence
17h00	Fin du deuxième jour	

Troisième jour		
Horaire	Sujet	Table des matières
08h30	Visite de terrain : évaluation de l'ANJE et référence	<ul style="list-style-type: none"> Travail de terrain, visites des installations offrant des services d'ANJE
12h00	Revenir en grand groupe + Commentaires sur la session de terrain	<ul style="list-style-type: none"> Discussion en groupe sur les enseignements tirés de la visite du terrain
13h00	Déjeuner	
14h00	Organisation de l'intégration de l'ANJE dans d'autres secteurs	<ul style="list-style-type: none"> Coordination des activités multisectorielles de l'ANJE Suivi et établissement de rapports
15h30	Pause	
16h00	Évaluation finale	<ul style="list-style-type: none"> Court test sur les connaissances acquises
15h00	Évaluation de la formation	<ul style="list-style-type: none"> Commentaires des participants sur les séances de formation
17h00	Clôture et départ	

Recyclage d'un jour

Horaire	Sujet	Table des matières
08h30	Bienvenue	<ul style="list-style-type: none"> • Présentations, lecture du programme et des objectifs
09h00	Identification des risques pour les nourrissons, les jeunes enfants et les FEA en situation d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • Les évaluations de l'ANJE • Évaluations communautaires et individuelles des conditions d'utilisation des SLM
10h30	Pause	
10h45	Réduire le risque au minimum : meilleures pratiques de l'ANJE - Allaitement maternel et nutrition maternelle	<ul style="list-style-type: none"> • Aperçu de l'allaitement maternel: avantages, information technique, nutrition et allaitement maternelles • Mythes et idées fausses sur l'allaitement • Obstacles individuels et communautaires courants à l'allaitement maternel • Risques liés à l'allaitement artificiel
13h00	Déjeuner	
14h00	Réduire le risque au minimum : meilleures pratiques de l'ANJE - Alimentation complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Aperçu de l'alimentation complémentaire : âge, aliments adaptés, préparation, etc. • Risques associés à l'alimentation complémentaire • Défis de l'alimentation complémentaire en situation d'urgence
15h00	ANJE et intégration avec d'autres secteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion sur les activités de l'ANJE ciblant les nourrissons, les enfants et les FEA dans tous les secteurs
16h00	Pause	
16h15	Organisation de l'intégration de l'ANJE dans d'autres secteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination des activités multisectorielles de l'ANJE • Suivi et établissement de rapports
17h00	Fin de la journée	

Annexe 8 : Cadre de la Conception pour le changement de comportement et l'enquête sur l'analyse des obstacles

La conception pour le changement de comportement (DBC) est un outil de planification qui engage la communauté par le biais de la recherche formative sur l'analyse des obstacles afin d'identifier les obstacles et les facteurs de motivation pour le changement de comportement. La technique de recherche pour l'analyse des obstacles consiste en une sélection ciblée et une entrevue structurée de 90 membres du groupe cible, 45 qui se livrent actuellement au comportement souhaité et 45 qui ne le font pas. Les résultats de ces entrevues sont ensuite analysés qualitativement et quantitativement afin d'identifier les obstacles et les facteurs de motivation pour le changement de comportement. Après l'identification, l'équipe de projet, les partenaires et la communauté travaillent ensemble pour développer des activités durables, localement pertinentes et participatives pour réduire les obstacles et maximiser les facteurs de motivation. Ceux-ci alimentent des stratégies de changement de comportement plus efficaces dans n'importe quel secteur et peuvent également être utilisés pour promouvoir le changement chez les prestataires de services.

On trouve des exemples de Cadres de la conception pour le changement de comportement, notamment un exemple de l'ANJE, dans le programme de la Conception pour le changement de comportement disponible au Nutrition Core Group :

<http://coregroup.secure.nonprofitsoapbox.com/resources/386-designing-for-behavior-change-curriculum> [1 mai 2018]

Annexe 9 : Qualifications requises pour le personnel technique de l'ANJE

Rôles	Qualifications et compétences essentielles
Mobilisateur ou éducateur communautaire en ANJE	<ul style="list-style-type: none"> • Enseignement secondaire complété • Expérience en communication pour la santé et la nutrition • Connaissance des pratiques optimales de l'ANJE ou volonté d'apprendre • Excellentes capacités de communication et d'animation, notamment pour le travail avec de petits groupes • Capacité à tenir des registres précis des activités et à remettre des rapports en temps voulu • Maîtrise de la langue locale des bénéficiaires
Conseillère en allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière, sage-femme, sage-femme auxiliaire ou nutritionniste • Expérience en soutien de l'ANJE et en particulier le soutien de l'allaitement maternel • Connaissance des pratiques optimales de l'ANJE et respect des recommandations de l'OMS en matière d'allaitement dans son travail et ses attitudes • Attitude de soutien et d'encouragement envers les mères qui allaitent • Volonté d'apprendre ou d'être formée aux techniques appropriées d'allaitement maternel, aux conditions de référence et pour la correction des fausses idées sur l'allaitement • Excellentes aptitudes en communication et une volonté d'être respectueuse, aimable, sensible et empathique envers tous les bénéficiaires • Capacité à tenir des registres précis des activités et à remettre des rapports en temps voulu • Maîtrise de la langue locale des bénéficiaires
Conseillère en ANJE	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière, sage-femme, sage-femme auxiliaire ou nutritionniste • Expérience en soutien à l'ANJE • Connaissance des pratiques optimales de l'ANJE et respect des recommandations de l'OMS en matière d'allaitement dans son travail et ses attitudes • Attitude de soutien et d'encouragement envers les mères qui allaitent • Capacité de soutenir les nourrissons et leurs responsables qui utilisent les SLM (si les SLM font partie du programme) • Excellentes aptitudes en communication et une volonté d'être respectueuse, aimable, sensible et empathique envers tous les bénéficiaires • Capacité à tenir des registres précis des activités et à remettre des rapports en temps voulu • Maîtrise de la langue locale des bénéficiaires

<p>Consultante en ANJE-U</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diplôme universitaire supérieur en nutrition, en santé publique ou dans un domaine similaire • Expérience minimale de 5 à 7 ans dans les programmes nutritionnels dans les situations humanitaires ou d'urgence • Expérience dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de programmes d'ANJE • Expérience dans l'évaluation des pratiques de l'ANJE • Expérience dans la conduite d'évaluations de l'ANJE et de la nutrition, ainsi que la compréhension des données nutritionnelles • Engagement manifeste pour promouvoir et soutenir l'allaitement maternel optimal et l'alimentation complémentaire • Expérience manifeste en gestion, y compris la capacité de superviser, de former et d'encadrer le personnel • Capacité de concevoir et de mettre en œuvre des plans et des initiatives de renforcement des capacités pour le personnel et les partenaires • Expérience dans la définition et la prestation de programmes de formation • Excellentes aptitudes en communication interpersonnelle et capacité à faciliter le lien entre les différents secteurs • Compétences solides en communication écrite, y compris pour la préparation de documents • Niveau élevé de connaissances en informatique • Maîtrise du français écrit et parlé • Aptitude à communiquer efficacement dans la langue de travail officielle
<p>Agent de programme d'ANJE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diplôme universitaire en nutrition, en santé publique ou dans un domaine similaire • Minimum de 5 ans d'expérience en nutrition • Expérience dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de programmes nutritionnels, idéalement des programmes d'ANJE • Expérience dans l'évaluation des pratiques de l'ANJE • Expérience dans la conduite d'évaluations de l'ANJE et de la nutrition, ainsi que la compréhension des données nutritionnelles • Engagement manifeste pour promouvoir et soutenir l'allaitement maternel optimal et l'alimentation complémentaire • Expérience manifeste en gestion, y compris la capacité de superviser, de former et d'encadrer le personnel • Excellentes aptitudes en communication interpersonnelle • Compétences solides en communication écrite, y compris pour la préparation de documents • Niveau élevé de connaissances en informatique • Maîtrise du français écrit et parlé • Aptitude à communiquer efficacement dans la langue de travail officielle

<p>Gestionnaire de programme d'ANJE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diplôme supérieur universitaire en médecine, en nutrition, en santé publique ou dans un domaine similaire • Minimum de 3 ans d'expérience dans les programmes liés à la nutrition ou la santé dans des contextes humanitaires ou d'urgence • Expérience dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de programmes nutritionnels, idéalement des programmes d'ANJE • Expérience dans la conduite d'évaluations de l'ANJE et de la nutrition, ainsi que la compréhension des données des systèmes de surveillance nutritionnelle • Engagement manifeste pour promouvoir et soutenir l'allaitement maternel optimal et l'alimentation complémentaire • Expérience avérée en gestion, y compris la responsabilité du budget • Capacité avérée à superviser, à former et à encadrer le personnel • Capacité de concevoir et de mettre en œuvre des plans et des initiatives de renforcement des capacités pour le personnel et les partenaires • Expérience dans la définition et la prestation de programmes de formation • Excellentes aptitudes en communication interpersonnelle et capacité à faciliter le lien entre les différents secteurs • Compétences solides en communication écrite, y compris pour la préparation de documents • Niveau élevé de connaissances en informatique • Maîtrise du français écrit et parlé • Aptitude à communiquer efficacement dans la langue de travail officielle
<p>Travailleur psychosocial en ANJE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diplôme universitaire en psychologie, en sciences sociales, en médecine, en santé publique ou dans un autre domaine pertinent • Minimum de 3 ans d'expérience dans les programmes psychosociaux ou de protection de l'enfance dans un contexte humanitaire ou d'urgence • Expérience dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de soutien psychosocial ou de protection de l'enfance - idéalement, les programmes liés à la nutrition • Aptitudes solides en communication, capacité de communiquer et d'entretenir des relations appropriées et productives avec un éventail d'acteurs, notamment les enfants, les parents, les autorités locales et nationales • Bonne connaissance et expérience de l'utilisation des normes et des directives interinstitutionnelles établies en matière de soutien psychosocial et de protection de l'enfance • Maîtrise du français écrit et parlé • Aptitude à communiquer efficacement dans la langue de travail officielle

<p>Agent de suivi et de SERA pour l'ANJE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diplôme universitaire en sciences sociales ou en développement • Minimum de 3 ans d'expérience dans le suivi et l'évaluation des programmes • Expérience dans la gestion globale du programme • Compréhension et expérience de la collecte et de l'analyse de données quantitatives et qualitatives, et application de ces méthodes à la conception, au suivi, et à l'évaluation du projet, ainsi qu'au renforcement des capacités • Capacité de travailler et de communiquer avec les communautés à l'aide d'approches participatives de suivi • Volonté d'être respectueux, aimable, sensible et empathique avec tous les bénéficiaires • Capacité de transférer des connaissances à divers publics grâce à la formation, au mentorat et à d'autres méthodes formelles et non formelles. Compétences avérées en analyse des données et en rédaction de rapports • Niveau élevé de connaissances en informatique (MS Word, Excel, Access et PowerPoint) et en gestion des données • Maîtrise du français écrit et parlé • Aptitude à communiquer efficacement dans la langue de travail officielle
<p>Superviseur de S & E ou de SERA en ANJE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diplôme universitaire supérieur en nutrition, en santé publique, en épidémiologie, en sciences sociales, en développement ou dans un domaine similaire • Minimum de 3 ans d'expérience en S & E dans un contexte humanitaire ou d'urgence • Expérience significative dans la mise en œuvre des rôles principaux en S & E • Compréhension et expérience de la collecte et de l'analyse de données quantitatives et qualitatives, et application de ces méthodes à la conception, au suivi, et à l'évaluation du projet, ainsi qu'au renforcement des capacités • Expérience ou connaissance du suivi de l'ANJE • Capacité de s'assurer qu'un niveau approprié de S & E soit pris en compte dans les hautes structures opérationnelles, et que les fonctions de S & E soient bien positionnées et appliquées efficacement • Expérience avérée en gestion, y compris la responsabilité du budget • Capacité de concevoir et de mettre en œuvre des plans et des initiatives de renforcement des capacités pour le personnel et les partenaires • Expérience dans la définition et la prestation de programmes de formation et de présentations sur les systèmes, les outils et les meilleures pratiques pour un public varié • Excellentes aptitudes en communication verbale et écrite et en renforcement des relations afin de traiter avec tact et sensibilité avec un large éventail de personnes dans une grande organisation et à distance • Compétences analytiques et en résolution de problèmes avérées afin de comprendre la portée et le contenu du travail du programme et de fournir des solutions pratiques aux défis opérationnels • Aptitude avérée à l'analyse de données et à la rédaction de rapports • Niveau élevé de connaissances en informatique (MS Word, Excel, Access et PowerPoint) et en gestion des données • Maîtrise du français écrit et parlé • Aptitude à communiquer efficacement dans la langue de travail officielle

Annexe 10 : Indicateurs de base

Une liste d'indicateurs de base approuvés par le Core group de l'ANU et le Cluster mondial sur la nutrition figure dans la trousse d'outils de l'ANJE-U (bit.ly/IYCFToolkit). Le document est appelé **The Global Nutrition Cluster Indicators 2015**.

The Global Nutrition Cluster Indicators 2015 comprennent 13 indicateurs pour l'évaluation de l'ANJE et 35 indicateurs pour le suivi de la performance de l'ANJE (site web du GNC: <http://nutritioncluster.net/resources/indicators-registry/>). Les indicateurs d'évaluation visent l'allaitement maternel (initiation, durée ou absence d'allaitement), l'alimentation au biberon, la diversité des aliments et leur disponibilité en quantité suffisante pour les bébés qui reçoivent de la nourriture complémentaire, ainsi que la distribution de substituts du lait maternel dans la population touchée. Les indicateurs pour le suivi de la performance portent sur les domaines suivants :

- Services aux mères, comprenant des coins pour l'allaitement maternel et du soutien
- Reprise de l'allaitement maternel
- Fortification alimentaire pour les mères et les nourrissons
- Substituts du lait maternel et l'alimentation au biberon
- Déclaration des violations du Code
- ANJE dans le contexte du VIH
- Services aux orphelins et aux enfants non accompagnés
- Programmes de coupons et de transfert monétaire pour l'ANJE
- Groupes de discussion thématique, consultations avec les partenaires et communication avec les populations touchées
- Politique, coordination et capacités liées à l'ANJE

Annexe 11 : Redevabilité

Source : *La norme HAP 2010 de redevabilité humanitaire et de gestion de la qualité*

Le Humanitarian Accountability Partnership (HAP) est un partenariat entre des organisations humanitaires et de développement qui s'emploient à assurer une plus grande redevabilité vis-à-vis des personnes touchées par les crises, en promouvant une Norme sur la qualité et la redevabilité. Il certifie également les organisations par rapport à cette Norme. HAP croit que les organisations redevables répondent mieux aux besoins des gens et réduisent la possibilité d'erreurs, d'abus et de corruption.

Le mot « redevabilité » a plusieurs significations. Traditionnellement, la redevabilité décrit la manière dont ceux qui autorisent des tiers à agir en leur nom vérifient que l'autorité est exercée conformément à ce qui a été convenu. De nos jours, ce mot englobe aussi le droit de toute personne à demander des comptes sur la prise de décisions ou les actions la concernant. Cette signification plus récente est la base de la norme HAP. Aux fins de la norme HAP, la redevabilité est le moyen par lequel le pouvoir est exercé de manière responsable. Il s'agit d'un processus qui implique de prendre en compte les opinions des différentes parties prenantes et de leur être redevables, en particulier les personnes concernées par l'autorité ou le pouvoir.

La redevabilité est particulièrement nécessaire pour les organisations qui fournissent une aide humanitaire ou qui agissent au nom de personnes touchées par les catastrophes ou exposées aux désastres, aux conflits, à la pauvreté ou à d'autres crises. Ces organisations exercent un pouvoir significatif dans le cadre de leur mission pour sauver des vies et réduire la souffrance. À l'opposé, les personnes touchées par les catastrophes n'ont aucun contrôle officiel et souvent très peu d'influence sur ces organisations. En conséquence, il leur est très difficile de demander des comptes aux organisations qui agissent en leur nom.

Être redevable vis-à-vis des personnes touchées par les catastrophes permet aux organisations de développer des programmes de qualité qui répondent aux besoins des populations concernées, ainsi que de réduire les risques d'erreurs, d'abus et de corruption. Les processus de redevabilité gérés efficacement permettent aux organisations d'obtenir de meilleurs résultats. Dans cette optique, la norme HAP aide les organisations à évaluer, améliorer et reconnaître la qualité et la redevabilité de leur travail, et profite aussi bien aux organisations qu'aux personnes touchées par les catastrophes.

Définitions selon HAP:

Redevabilité : moyen par lequel le pouvoir est exercé de façon responsable. La redevabilité humanitaire nécessite d'impliquer et de rendre des comptes aux différentes parties prenantes et en particulier aux personnes concernées par l'exercice de ce pouvoir.

Le cadre de redevabilité: document qui spécifie ce que les parties prenantes peuvent demander à l'organisation en termes de redevabilité. Une description détaillée de ce qui est exigé dans un cadre de redevabilité est présentée dans l'exigence 1.1. Le cadre de redevabilité permet aux organisations de communiquer, de mettre en œuvre, d'effectuer un suivi et de s'améliorer en fonction des engagements qu'ils ont pris. À cet effet, le cadre de redevabilité global doit être adapté aux contextes spécifiques. Le cadre de redevabilité peut inclure ou se référer à une base de référence de conformité aux engagements souscrits, un plan détaillé pour la mise en pratique des engagements, ainsi que des lignes directrices pour le personnel.

Les principes de redevabilité HAP

1. Engagement sur les normes et les droits humanitaires

- Les membres déclarent s'engager à respecter et à promouvoir les normes humanitaires et les droits des bénéficiaires

2. Fixer les normes et développer les compétences

- Les membres fixent un cadre de redevabilité pour les parties prenantes*
- Les membres établissent et réexaminent périodiquement leurs normes, ainsi que leurs indicateurs de résultats et, si nécessaire, procèdent à leur révision
- Les membres dispensent la formation nécessaire à l'utilisation et à la mise en œuvre de ces normes

3. Communication

- Les membres informent et consultent les parties prenantes, en particulier les bénéficiaires et le personnel, au sujet des normes adoptées, des programmes à entreprendre, ainsi que des mécanismes mis à disposition pour répondre aux préoccupations

4. Participation aux programmes

- Les membres impliquent les bénéficiaires dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes et les tiennent informés du déroulement de ceux-ci, sauf en cas de force majeure

5. Contrôle et compte-rendu de conformité

- Les membres impliquent les bénéficiaires et le personnel dans le contrôle du respect des normes et leur mise à jour
- Les membres contrôlent et évaluent régulièrement le respect des normes en utilisant des procédures rigoureuses
- Les membres établissent un rapport sur le respect des normes, au moins une fois par an, à l'intention des parties prenantes, y compris les bénéficiaires. Le compte-rendu peut être formalisé de différentes manières.

6. Traitement des plaintes

- Les membres permettent aux bénéficiaires et au personnel de déposer des plaintes et de demander réparation sans crainte

7. Partenaires

- Les membres s'engagent à mettre en œuvre ces principes, même lorsqu'ils mènent leur action par l'intermédiaire de partenaires

Annexe 12: Instructions sur le suivi de la mise en œuvre du Cadre

Une base de données des rapports sur le Cadre a été élaborée pour aider à assurer le suivi de la mise en œuvre du Cadre. Cette base de données est un moyen qui permet aux acteurs de l'ANJE de noter les progrès accomplis dans l'atteinte des objectifs et la réalisation des activités sélectionnées décrites dans le Cadre. L'outil énumère tous les objectifs et les activités clés, et permet aux utilisateurs de noter leurs progrès, et d'inclure des commentaires pour les aider à connaître le degré de mise en œuvre du Cadre ainsi que les activités et objectifs pris en considération. La base de données des rapports sur le Cadre est sous format Excel, et peut être accessible en tant que document séparé pour appuyer ce Cadre.

La base de données des rapports du Cadre devrait toujours être utilisée lors de la mise en œuvre du Cadre ANJE dans chaque contexte.







**Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
dans les situations de réfugiés :**

Un cadre d'action multisectoriel