

MANUEL

ESPACES MÈRES-BÉBÉS

Approche holistique pour les femmes enceintes et allaitantes
et leurs très jeunes enfants en situation d'urgence



Espaces Mères-Bébés

Approche holistique pour les femmes enceintes et allaitantes
et leurs très jeunes enfants en situation d'urgence

Décembre 2015

Département Expertise et Plaidoyer

Action contre la Faim-France

INFORMATION LÉGALE

COPYRIGHT

© Action contre la Faim, membre du réseau ACF International.

La reproduction est autorisée à condition de mentionner la source, sauf indication contraire. Si la reproduction ou l'utilisation de données textuelles ou multimédias (son, image, logiciel, etc.) est soumise à autorisation préalable, celle-ci annulera l'autorisation générale décrite ci-dessus et spécifiera clairement toute restriction d'utilisation.

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Le présent document vise à fournir au public un accès aux actions et politiques d'ACF International. Il est destiné à diffuser des informations exactes et à jour au moment de sa rédaction. Nous nous efforcerons de corriger toute erreur portée à notre attention. Cependant, ACF n'est pas responsable des informations contenues dans le présent document.

Ce document :

- a pour seul but de fournir des informations générales, et ne se concentre pas sur une situation en particulier, une personne physique ou un individu ayant une opinion morale spécifique ;
- n'est pas nécessairement complet, exhaustif, exact ou à jour ;
- renvoie parfois à des documents ou sites externes sur lesquels ACF n'a aucun contrôle et concernant lesquels ACF décline toute responsabilité ;
- ne constitue pas un conseil juridique.

La présente clause de non-responsabilité ne vise pas à limiter la responsabilité d'ACF au regard de la législation nationale applicable, ni à nier sa responsabilité dans les cas où celle-ci serait engagée par cette même législation.

Auteurs : Astrid De Brabandere, Alexandra David, Elisabetta Dozio, sous la coordination de Cécile Bizouerne.
Design graphique : Céline Beuvin
Photographie de couverture : © ACF-Richard Aujard-Haïti
Recycled paper Cyclus print
Première publication : Décembre 2015

© Action contre la Faim 2015, 14/16 Boulevard Douaumont - CS 80060 - 75854 Paris CEDEX 17, France
www.actioncontrelafaim.org

REMERCIEMENTS

Ce manuel a été écrit par Astrid De Brabandere, Alexandra David, Elisabetta Dozio, sous la coordination de Cécile Bizouerne.

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont aidé à préparer ce document pour leurs précieuses informations, leurs contributions diverses à ce projet, leurs observations et leurs conseils.

À cet égard, nous remercions tout particulièrement :

Laetitia Barnier, Sandra Bernhardt, Francesca Corna, Colleen Emary, Martha Falk, Anne Filorizzo, Maureen Gallagher, Ali Maclaine, Marie McGrath, Megan McGrath, Oscar Serrano Orio.

Pour plus de détails ou informations :

Cécile Bizouerne, *Psychologue référent secteur santé mentale et pratiques de soins infantiles*
cbizouerne@actioncontrelafaim.org

Elisabetta Dozio, *Psychologue référent secteur santé mentale et pratiques de soins infantiles*
edozio@actioncontrelafaim.org

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ACF	Action contre la Faim
ADBB	Échelle Alarme Détresse Bébé
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (IYCF en anglais)
ANJE-U	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (IYCF-E en anglais)
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CPIA	Comité Permanent Inter-Agences
EAH	Eau, Assainissement et Hygiène
EMB	Espaces Mères-Bébés
ENN	Emergency Nutrition Network (Réseau de Nutrition d'Urgence)
IBFAN	The International Baby Food Action Network (Réseau International d'Action pour la nutrition infantile)
IDP	Internally Displaced person (Déplacé Interne)
IFE	Infant Feeding in Emergency (Alimentation du nourrisson en situation d'urgence)
IHAB	Initiative Hôpital Ami des Bébés
LANPE	Lait artificiel pour Nourrissons Prêt à l'Emploi
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MAM	Malnutrition Aiguë Modérée
MCH	Mother and Child Health (Santé de la mère et l'enfant)
MMK	Méthode « Mère Kangourou »
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PB	Périmètre brachial
PPN	Petit poids de naissance
PSP	Premiers Secours Psychologiques
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du SIDA / VIH
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SLM	Substitut du Lait Maternel
SRO	Solutions de Réhydratation Oral
SSPT	Syndrome de Stress Post-Traumatique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIÈRES

Copyright	4
Clause de non-responsabilité	4
Remerciements	5
Table des Matières	7
Abréviations et Acronymes	6
Terminologie	9
Introduction	13
1. Les six pratiques de soins dans des contextes d'urgence	17
1.1. Soins en direction des femmes femmes	18
1.2. Allaitement et alimentation du jeune enfant	27
1.3. Soins psychosociaux	37
1.4. Pratiques d'hygiène	45
1.5. Préparation et conservation des repas	48
1.6. Pratiques domestiques de santé	49
2. Espaces Mères-Bébés	53
2.1. Objectifs et groupes cibles	55
2.2. Critères d'admission et de sortie pour les bénéficiaires des Espaces Mères-Bébés	57
2.3. Description des Espaces Mères-Bébés	59
2.4. Évaluation des résultats et impact des Espaces Mères-Bébés	66
2.5. Système de référencement	68
2.6. Phase de sortie	69
3. Activités	71
3.1. Accueillir les bénéficiaires et leur apporter des informations de base	74
3.2. Admission	76
3.3. Soutien psychologique	78
3.4. Soutien psychosocial	82
3.5. Groupes de parole	85
3.6. Exercices de relaxation	87
3.7. Massage Bébé	90
3.8. Sessions de bain du bébé et activités liées aux pratiques d'hygiène	93
3.9. Sessions de jeu	95
3.10. Conseils sur l'allaitement	98
3.11. Activités autour de l'alimentation complémentaire	105
3.12. Suivi de la croissance du nourrisson et du jeune enfant	107
3.13. Visites à domicile	108
3.14. Sessions communautaires	111

4. Alimentation du nourrisson non-allaité	1113
4.1. Introduction	114
4.2. Solutions alternatives au Substitut du lait maternel (SLM)	114
4.3. Critères d'admission et d'exclusion pour les programmes d'allaitement artificiel	117
4.4. Choix du Substitut du lait maternel	121
4.5. Quantité du Substitut du lait maternel	124
4.6. Guide étape par étape pour l'apport du SLM aux nourrissons	128
4.7. Préparer des repas	129
4.8. Pratiques de soins pour les nourrissons non-allaités	133
4.9. Nourrir le bébé	137
4.10. Bébés de petit poids de naissance	138
5. Informations techniques sur l'allaitement et l'alimentation de l'enfant	143
5.1. Comment fonctionne l'allaitement ?	144
5.2. Informations et messages importants concernant l'allaitement et les pratiques d'alimentation	150
5.3. Les difficultés d'allaitement courantes	153
5.4. Mythes et idées reçues courants sur l'allaitement	163
5.5. Techniques spécifiques d'allaitement : expression du lait maternel, traitement par la chaleur du lait maternel, relactation	167
5.6. Conseils pour les soins donnés aux nourrissons et aux jeunes enfants dans les centres de santé	176
6. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant et VIH en situation d'urgence	179
7. Gestion des distributions non sollicitées et non suivies de SLM	185
7.1. Introduction	186
7.2. Code International de commercialisation des substituts du lait maternel	187
7.3. Activités pour mettre en place le « Guide opérationnel sur l'ANJE-U »	189
Table des figures	195
Table des références	197

TERMINOLOGIE

ALIMENTATION ARTIFICIELLE

Fait d'alimenter un bébé avec un substitut du lait maternel.

CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Les initiatives de changement de comportement ont pour but d'aider à atteindre les objectifs des projets, par le renforcement de pratiques positives, la définition de pratiques alternatives ou nouvelles et la promotion de changements structurels des variables psychologiques impliquées : savoir, attitudes, comportements, pratiques sociales... ayant une influence structurelle (négative ou positive) sur de nombreux problèmes individuels, sociaux et communautaires d'intérêt humanitaire direct.. Pour plus de détails, se reporter au guide ACF « ABC - Accompagnement au Changement de Comportement » 2013.

SUBSTITUT DU LAIT MATERNEL (SLM)

Toute nourriture, commercialisée ou présentée comme un substitut partiel ou total du lait maternel, qu'elle soit ou non adaptée pour cet usage. Concrètement, certains produits seront considérés comme SLM selon la manière dont ils sont commercialisés ou représentés. Cela inclut le lait en poudre pour nourrissons, d'autres produits laitiers, le lait thérapeutique, les aliments complémentaires donnés au biberon destinés aux enfants de moins de deux ans, et les aliments, jus et thés complémentaires destinés aux bébés de moins de six mois.

PRATIQUES DE SOINS INFANTILES

« Les comportements et pratiques des donneurs de soins (mères, frères et sœurs, pères et donneurs de soins) qui apportent la nourriture, la stimulation et le soutien émotionnel nécessaires à la croissance et au développement adéquates de l'enfant. Ces pratiques, avec la sécurité alimentaire et les soins de santé, assurent le bien-être de l'enfant. Non seulement les pratiques en elles-mêmes, mais aussi la manière dont elles sont exercées (avec affection et adaptées aux enfants) sont essentielles à la survie, à la croissance et au développement des enfants. Il est impossible pour les donneurs de soins d'apporter ces soins sans disposer des ressources suffisantes, comme le temps et l'énergie »¹

ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE (ANCIENNEMENT APPELÉE “SEVRAGE”)

Action de fournir une nourriture complémentaire en plus du lait maternel ou du lait maternisé.

1 - Engle, P.L., M. Bentley, and G. Pelto, The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. Proceedings of the Nutrition Society, 2000. 59(1): p. 25-35.

ALIMENT COMPLÉMENTAIRE

Tout aliment, qu'il soit produit industriellement ou préparé sur place, utilisé comme un complément au lait maternel ou au lait maternisé lorsque ceux-ci ne suffisent plus à satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson (à partir de 6 mois). Les aliments complémentaires commercialisés pour les enfants de moins de 6 mois sont les substituts du lait maternel.

Note : les aliments complémentaires ne doivent pas être confondus avec les aliments supplémentaires, qui sont des produits visant à compléter une ration générale, et utilisés lors de programmes d'alimentation d'urgence pour la prévention et la rééducation de la malnutrition et de la mortalité auprès des groupes vulnérables.

ALLAITEMENT PROLONGÉ

Prolongation de l'allaitement, en plus de la nourriture complémentaire, après l'âge de 6 mois.

COUNSELLING

Le counselling est une approche selon laquelle des thérapeutes ou des experts apportent conseils et soutien à un individu pour un problème spécifique. Le terme englobe plusieurs approches sur le terrain, de la prise en charge par un personnel qualifié aux projets à grande échelle menés par du personnel non-qualifié, formé en quelques jours à « amener les victimes à s'exprimer », en particulier après une catastrophe naturelle. ACF met en place des opérations de soutien psychologique aux populations, dont le but est thérapeutique. Nous faisons alors appel à du personnel formé sur une longue période et supervisé par des psychologues experts. Nous n'adhérons pas à la stratégie de counselling ou de débriefing à grande échelle, dont les limites et les risques, à la fois pour les victimes et pour les équipes, ont été démontrés.

DÉMARRAGE PRÉCOCE DE L'ALLAITEMENT

Mettre le nourrisson au sein dans l'heure qui suit la naissance.

ALLAITEMENT EXCLUSIF

Le nourrisson n'est alimenté que via l'allaitement ou le lait maternel (lait maternel exprimé ou lait d'une nourrice) et par aucun autre aliment ou boisson, eau, jus, thé, nourriture pré-lactéale, à l'exception des gouttes ou sirops constituant des suppléments en micronutriments ou des médicaments.

LAIT MATERNISÉ

Substitut du lait maternel produit de manière industrielle en accord avec les standards applicables du Codex Alimentarius (programme commun de définition des standards alimentaires développé par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture - FAO - et l'OMS).

- **Lait artificiel générique** : lait artificiel sans marque, non disponible sur le marché, et nécessitant par conséquent une chaîne d'approvisionnement séparée.
- **Lait artificiel commercial** : lait artificiel fabriqué pour la vente et disponible à l'achat dans les points de vente locaux.

NOURRISSONS

Enfants âgés de moins de 12 mois.

SANTÉ MENTALE

Le terme de “santé mentale” peut renvoyer à des réalités différentes et pourtant juxtaposées : les problèmes qui perturbent l'équilibre social, qui doivent être gérés par le gouvernement, les troubles pathologiques qui doivent être traités par les psychiatres, et la souffrance mentale, qui doit être soulagée par des soins de santé ou des travailleurs sociaux professionnels. ACF utilise le concept de l'OMS, plus large et lié à la santé publique : un état de bien-être mental, et non simplement l'absence de troubles mentaux ou d'addictions (drogue, alcool, etc.). Ainsi, il s'applique à tous les êtres humains, et est partie intégrante de leur santé, déterminée par des facteurs sociaux, environnementaux, biologiques et psychologiques.

LAIT ET PRODUITS LAITIERS

Comprend une large gamme de produits, tels que le lait en poudre et liquide, qu'il soit entier, demi-écrémé ou écrémé, les laits de soja, le lait évaporé ou condensé, le lait fermenté, les yaourts et les dérivés industriels du lait (tels que la crème en poudre).

ALLAITEMENT MIXTE

Allaitement au sein associé à l'utilisation de substituts du lait maternel.

ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT (ANJE)

Allaitement exclusif durant les six premiers mois, puis allaitement poursuivi et accompagné d'aliments complémentaires adaptés jusqu'à deux ans et au-delà.

ALLAITEMENT AU SEIN PRÉDOMINANT

Le nourrisson de moins de 6 mois est nourri de manière prédominante par le lait maternel, mais reçoit également d'autres liquides, tels que les boissons à base d'eau, les jus de fruits et fluides rituels. Cela ne comprend pas de lait non-humain ou de fluides à base de nourriture.

ALIMENTATION PRÉ-LACTÉALE

Aliments ou boissons donnés à un bébé avant le démarrage de l'allaitement.

PSYCHOSOCIAL

Ce terme décrit le bien-être psychologique et le développement (cognitif, affectif et émotionnel) d'un individu ainsi que son interaction avec un environnement social. En sciences humaines, il existe de nombreuses approches au sein desquelles le psychologique et le social convergent. Les aspects psychologiques et sociaux sont souvent impactés dans les contextes dans lesquels ACF intervient et il convient d'en faire une analyse au niveau de l'organisation de la société, la cellule familiale et l'individu pour adapter les interventions.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Méthode thérapeutique utilisée par des psychologues ou des psychiatres pour venir en aide à des personnes ayant des difficultés psychologiques.

RELACTATION

Reprise de l'allaitement après une réduction ou un arrêt de la production de lait.

JEUNES ENFANTS

Enfants âgés de 12 à 24 mois.

INTRODUCTION

Les Espaces Mères-Bébés sont un modèle d'intervention pour un programme holistique visant à aider les femmes enceintes et allaitantes et leurs enfants en situation d'urgence.

Les objectifs des Espaces Mères-Bébés sont :

- prévenir l'augmentation des taux de malnutrition, morbidité et mortalité ;
- aider la famille à adapter les pratiques de soins au contexte de l'urgence et de la post urgence ;
- améliorer le bien-être des femmes enceintes, nourrissons, jeunes enfants et leurs mères/ donneurs de soins, en tenant compte de leur parcours et de leurs difficultés passées et présentes ;
- offrir un espace sécurisé et privé aux femmes enceintes et allaitantes et leurs nourrissons ;
- aider les familles à favoriser le développement et la survie du nourrisson ;
- prévenir ou réduire les effets négatifs de distributions non sollicitées ou non surveillées de substituts du lait maternel ;
- apporter des solutions adaptées et durables aux nourrissons pour lesquels l'allaitement n'est pas une option.

Par conséquent, le principal objectif - et ligne directrice - d'un Espace Mères-Bébés est **de prendre soin de la mère/du donneur de soins afin de l'aider à prendre soin de son enfant/nourrisson.**

Les Espaces Mères-Bébés ne se concentrent pas uniquement sur l'allaitement et l'enfant. Ils font partie d'un programme psychosocial holistique visant à apporter un soutien global aux enfants et à leurs donneurs de soins qui se trouvent dans des situations d'urgence.

Les nourrissons et les jeunes enfants appartiennent aux groupes les plus vulnérables. Leur survie dépend d'un tiers, ils sont plus exposés aux maladies et à la malnutrition, et ce que les enfants vivent durant leurs premières années conditionne le reste de leur vie - la recherche ayant établi une très forte corrélation entre la survie de l'enfant et son développement¹.

Le bien-être de l'enfant est le résultat de plusieurs composantes : sa santé, les ressources alimentaires et économiques ainsi que le type et la qualité de la relation entre le donneur de soins et l'enfant. Comme le montre bien le schéma ci-dessous, ces composantes sont toutes interdépendantes, et la malnutrition ou les retards/troubles de développement de l'enfant sont également le résultat de plusieurs facteurs. Si les conditions de vie deviennent instables, comme c'est le cas dans des contextes d'urgence, cela a un impact direct sur la croissance et/ou le développement de l'enfant.

1 - Early Child Development, a Powerful Equalizer, WHO Commission on the social determinants of health, March 2007.

Comme vous pouvez le voir sur ce diagramme, les pratiques de soins envers l'enfant occupent une place centrale parmi ces composantes diverses :

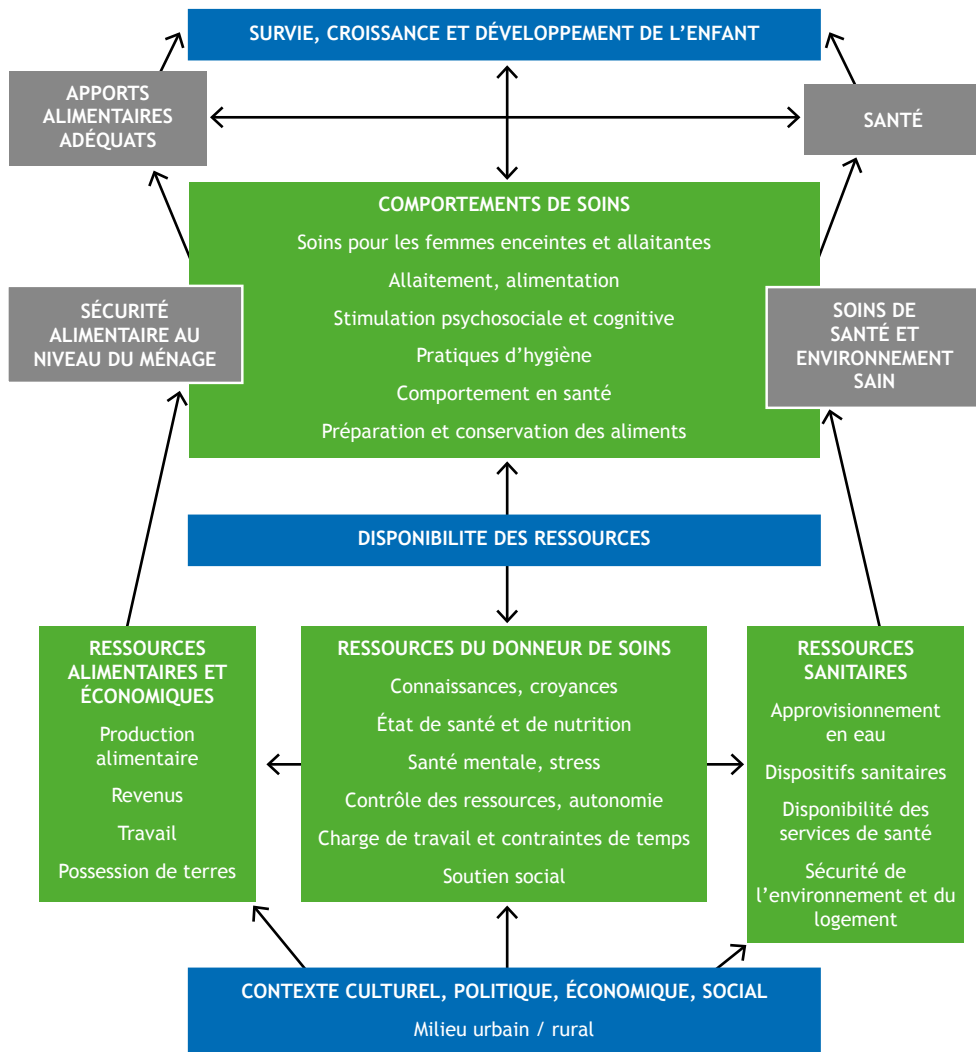


Figure 1 : Le modèle de soins étendu (Source : Engle[2], traduit par Martin-Prevel [3])

Action contre la Faim s'appuie sur la définition des pratiques de soins proposée par Engle (1997)¹: *“Les comportements et pratiques des donneurs de soins (mères, frères et sœurs, pères et donneurs de soins) qui apportent la nourriture, la stimulation et le soutien émotionnel nécessaires à la croissance et au développement adéquat de l'enfant. Ces pratiques, avec la sécurité alimentaire et les soins de santé, assurent le bien-être de l'enfant. Non seulement les pratiques en elles-mêmes, mais aussi la manière dont elles sont exercées (avec affection et adaptées aux enfants) sont essentielles à la survie, à la croissance et au développement des enfants. Il est impossible pour les donneurs de soins d'apporter ces soins sans disposer des ressources suffisantes, comme le temps et l'énergie”.*

Six pratiques de soins ont été sélectionnées dans le *Initiative Care Manual* publié par l'UNICEF en 1997 : les soins en direction des femmes, l'allaitement et l'alimentation du jeune enfant, les soins psychosociaux, la préparation des repas, les pratiques d'hygiène et les pratiques domestiques de santé. Aider les donneurs de soins en favorisant, développant ou maintenant l'utilisation de pratiques de soins appropriées est un aspect fondamental pour la protection de la santé, du statut nutritionnel et du développement de l'enfant.

L'importance de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence a été reconnue par la Déclaration d'Innocenti², le guide de l'OMS sur l'Alimentation des Nourrissons et Jeunes Enfants en Situation d'Urgence³, le Guide Opérationnel du Core Groupe IFE⁴ et par de nombreux autres documents. C'est pourquoi l'alimentation et l'allaitement sont des questions clés sur lesquelles se concentrent de nombreuses agences et organisations.

ACF estime que les conseils d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant doivent aller au-delà de l'alimentation et inclure toutes les pratiques de soins. Leur promotion est essentielle pour limiter la morbidité, la malnutrition et la mortalité. Qui plus est, les pratiques de soins permettent de renforcer un développement optimal, la relation mère/donneur de soins-enfant et le bien-être psychologique des enfants et de leurs donneurs de soins.

Des pratiques de soins adéquates sont d'autant plus importantes quand l'environnement est perturbé, car elles permettent d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles. Les urgences humanitaires telles que les catastrophes naturelles, les guerres et les conflits peuvent détériorer les conditions de vie et mettre encore plus en danger les enfants. En effet, non seulement la sécurité alimentaire et la santé deviennent précaires, mais également toutes les autres pratiques de soins. Ces situations risquent d'affecter gravement la capacité des donneurs de soins à apporter les soins essentiels, tant en quantité (temps passé à s'occuper du bébé) qu'en qualité (écoute, attention continue, affection et encouragement de l'autonomie et de l'exploration). Dans ces contextes, les nourrissons et jeunes enfants risquent d'être plus exposés à la malnutrition, la morbidité, le retard de développement et la mortalité. Les familles pour qui il est difficile d'apporter des soins

1 - Engle, P. (1997) « The care initiative: assessment, analysis, and action to improve care for nutrition » - UNICEF.

2 - Déclaration d'Innocenti, OMS et al., 2005.

3 - Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies, WHO, 2004.

4 - Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence, Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs de programmes. IFE, V2.1; Février 2007

optimaux doivent recevoir un soutien psychosocial et psychologique, afin de maintenir/d'améliorer les soins apportés aux enfants.

Pour toutes les raisons citées ci-dessus, ACF considère comme une priorité la mise en place d'Espaces Mères-Bébés dans les contextes d'urgence.

Ce document vise à expliquer **POURQUOI** et **COMMENT** mettre en place des **Espaces Mères-Bébés (EMB)**.

Ce manuel démontre pour quelle raison la mise en place d'Espaces Mères-Bébés est cruciale en situation d'urgence, et fournit un condensé d'informations de base, de conseils pratiques, et renvoie à d'autres documents pour plus d'informations. Il doit être utilisé avec le kit d'outils ACF pour les Espaces Mères-Bébés, qui fournit des documents clés sur les différents sujets.

Ce manuel est composé de sept chapitres.

- **Le premier chapitre** est une section théorique présentant les six pratiques de soins. Il comprend des informations de base sur chaque pratique de soins, sur la manière dont celles-ci sont renforcées/maintenues dans les EMB. Les principaux points à mémoriser sont rappelés à la fin de chaque sous-chapitre.
- **Le deuxième chapitre** décrit les différentes étapes de la mise en place opérationnelle des Espaces Mères-Bébés.
- **Le troisième chapitre** se concentre sur les différentes activités pouvant être développées dans les EMB, en détaillant chaque étape de la mise en place.
- **Le quatrième chapitre** est dédié au nourrisson non-allaité. Ce chapitre décrit quel type d'intervention devrait être développé pour ces enfants et leurs donneurs de soins.
- **Le cinquième chapitre** est un guide détaillé et technique concernant l'allaitement et l'alimentation de l'enfant.
- **Le sixième chapitre** se concentre sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant touché par le VIH.
- **Le dernier chapitre** donne des clés pour gérer une distribution non sollicitée ou non surveillée de Substitut du Lait Maternel.

Au fil du manuel, vous trouverez des pistes pour adapter les Espaces Mères-Bébés à une large gamme de situations locales et de spécificités culturelles.

I. LES SIX PRATIQUES DE SOINS DANS DES CONTEXTES D'URGENCE



© E. Dozio - Éthiopie

Dans ce chapitre, nous vous donnerons des informations générales sur les six pratiques de soins : les soins en direction des femmes, l'allaitement et l'alimentation du jeune enfant, les soins psychosociaux, la préparation et la conservation des repas, les pratiques d'hygiène et les pratiques domestiques de santé. Pour chaque pratique de soin, nous vous présenterons le travail spécifique effectué dans les espaces Mères-Bébés afin d'améliorer la qualité des pratiques de soins dans les contextes d'urgence. Ces propositions doivent toujours être adaptées au contexte culturel, au type d'urgence, aux structures existantes, ainsi qu'aux besoins et ressources de la population. N'oubliez pas, les urgences affectent gravement la population, mais constituent également une possibilité de changement, ou encore l'occasion d'avoir accès à des services ou des informations qui n'étaient pas accessibles auparavant.

Quelques exemples d'actions seront également présentés.

1. SOINS EN DIRECTION DES FEMMES



© ACF - Julien Goldstein - Libéria

Les soins en direction des femmes se fondent sur l'idée que dans la plupart des contextes, ce sont elles qui sont chargées de prendre soin des jeunes enfants. Dans ce manuel, nous utiliserons "mères" et "donneurs de soins" comme synonymes, mais nous considérons que les enfants sont pris en charge par les familles (les deux parents, les deux familles et, souvent, la famille élargie) et la communauté. Dans une situation d'urgence, il est essentiel de définir qui est le donneur de soins, mais aussi quels sont les changements potentiels dans la pratique de soins qui sont provoqués par le contexte.

Exemple

Après le tsunami au Sri Lanka, l'équipe d'ACF a vu un père pleurer car sa femme venait de mourir, et il ne savait pas faire cuire du riz pour ses enfants. Sa situation n'était pas isolée : de nombreux veufs se sont remariés très vite après le tsunami afin que quelqu'un prenne soin de leurs enfants. Ce type d'information est crucial pour mieux connaître la relation entre le donneur de soin et l'enfant, mais également pour comprendre la place et le rôle du donneur de soin au sein de la famille.

Les soins en direction des femmes comprennent :

- les soins pour les femmes enceintes et allaitantes ;
- la santé reproductive ;
- la santé physique et le statut nutritionnel ;
- le stress et la santé mentale ;
- le niveau d'autonomie au sein du foyer, le temps dont elles disposent pour s'occuper des enfants et la charge de travail des femmes ;
- l'accès à l'éducation et à l'information.

Pour tous les projets visant à améliorer ou maintenir le bien-être des jeunes enfants, il est essentiel de s'occuper de leurs mères et/ou de leurs donneurs de soins, particulièrement lorsqu'on tient compte de l'impact considérable qu'a l'état physique et psychologique de la mère sur la santé, le développement et le statut nutritionnel de l'enfant.

La recherche a mis en lumière les effets négatifs de la dépression maternelle sur la manière dont une mère prend soin de son jeune enfant, en particulier en termes d'accès aux services de santé. La nature violente des situations d'urgence, dans lesquelles la survie est souvent menacée, affecte gravement les mères et les femmes enceintes. Dans ces situations extrêmes, leur capacité à apporter des soins appropriés à leur enfant est touchée. Par conséquent, s'occuper des donneurs de soins est l'un des principaux objectifs des Espaces Mères-Bébés.

La question des soins en direction des femmes regroupe une large gamme de facteurs liés à la santé de la mère, son état psychologique et sa situation sociale, tous interdépendants.

Étant donné la complexité de cette problématique, et afin d'apporter aux donneurs de soins une aide adaptée, il est important de souligner qu'il est absolument nécessaire de développer une relation de proximité, d'aide et de confiance avec eux.

Cela est d'autant plus important dans des situations d'urgence, au cours desquelles les individus font face à des événements traumatisants, des incertitudes concernant leur situation présente, des conditions de vie difficiles, des changements de vie, une charge de travail considérable et de nouvelles priorités dans les besoins. Une situation d'urgence affecte la confiance en soi de la population et entraîne un fort sentiment de peur, d'instabilité et de solitude qui cause stress et anxiété ainsi que des symptômes de dépression ou des manifestations psychosomatiques. Cette situation critique amène les individus à passer en mode survie, ce qui les empêche d'avoir des projets et d'envisager des perspectives qui pourraient améliorer leurs conditions de vie.

La difficulté à gérer ce type de situation amène souvent les individus (bénéficiaires et professionnels) à réagir rapidement en proposant des "réponses immédiates". Il est donc primordial d'offrir un espace où il est possible de se sentir en sécurité, en sûreté, de se reposer et de prendre le temps de partager et d'être écouté.

Le personnel impliqué dans ce projet doit accueillir les donneurs de soins avec gentillesse, afin de créer une atmosphère apaisante et agréable dans l'EMB. Ils doivent également montrer un véritable intérêt à rencontrer et soutenir les donneurs de soins et leurs enfants, les mettre aussi à l'aise que possible et respecter la culture et les traditions locales.

Grâce à cette relation de soutien et à la perception positive de l'Espace Mères-Bébés parmi les bénéficiaires, les donneurs de soins s'exprimeront plus volontiers sur leur situation, leurs difficultés actuelles et leurs besoins réels.

PRENDRE SOIN DES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES

Les femmes enceintes se voient consacrer une attention particulière dans les Espaces Mères-Bébés, étant donné qu'elles représentent un groupe particulièrement exposé aux risques divers dans des contextes d'urgence (santé, nutrition et bien-être des femmes enceintes, santé et survie du fœtus, santé et statut nutritionnel du bébé après la naissance, etc.). Nous recommandons aux équipes de l'EMB d'apporter une attention accrue et suivie aux femmes attendant leur premier enfant.

Une grossesse entraîne de nombreux bouleversements (changements physiques, modification de la structure familiale et des rôles de chacun, bouleversements internes - psychologiques et émotionnels - statut identitaire, implications socio-économiques, etc.). Il s'agit d'une période extrêmement sensible pour la mère et l'enfant à naître, tant sur le plan physique que psychologique et émotionnel.

Il est important de souligner que les changements psychologiques durant une grossesse sont normaux, dus aux changements hormonaux et à divers facteurs externes (tels que l'état émotionnel précédent de la femme ou l'environnement dans lequel elle évolue).

Des études conduites dans un contexte général ont démontré que la fréquence de la dépression et de l'anxiété chez les femmes double pendant la grossesse (et augmente même lors de l'année suivant l'accouchement)¹. La pauvreté, la migration, le stress extrême, l'exposition à la violence, l'urgence et le manque d'aides sociales augmentent encore les risques. Or, le stress, la dépression ou toute autre difficulté psychologique que pourrait avoir la mère ont un effet négatif, à la fois sur la santé et le bien-être général de l'enfant et également sur la relation mère-enfant.

Qui plus est, la relation mère-enfant risque d'être gravement perturbée. Certaines mères n'ont pas la force psychologique de s'occuper de leur enfant. Par exemple, les femmes qui ont déjà perdu un ou plusieurs enfants risquent d'avoir des difficultés à s'occuper des enfants suivants, car une nouvelle grossesse réveille chez elles des sentiments douloureux liés à la perte de l'enfant.

Plusieurs actions peuvent être mises en place pour aider les femmes enceintes :

- sur **l'aspect médical de la grossesse** : soins prénataux et suivi médical (à travers les référencement aux structures médicales disponibles), augmentation de la ration alimentaire (référencement aux programmes de distribution alimentaire) ;
- information et psychoéducation sur la grossesse et la naissance ;
- exploration, en association avec la femme enceinte, des pistes possibles pour **diminuer sa charge de travail et lui laisser plus de temps pour se reposer** (à travers une discussion familiale pendant les visites à domicile) ;
- discussion pour savoir si cette grossesse est différente des autres, quels sont les projets de la mère pour l'accouchement, etc. au vu du nouveau contexte ;
- aider la femme enceinte à se **préparer** pour la grossesse : prévoir où se déroulera l'accouchement (avec recommandation aux structures médicales, le cas échéant), arrangement de la maison, soutien de la famille/des pairs, possibilité de se reposer après l'accouchement.

1 - "Maternal Mental Health & Child Health and Development." WHO. N.p., n.d. Web. 19 Nov. 2013.

- apporter un **soutien psychologique et émotionnel** (faites-la parler de ses sentiments et émotions, de ses préoccupations éventuelles quant au futur, de sa représentation du fœtus, de ses sensations physiques lors des mouvements du fœtus, de ses éventuelles grossesses passées/pertes antérieures d'enfants, etc.). Vous pouvez adresser les femmes enceintes à un psychologue pour plus de conseils, si nécessaire.
- renforcer la capacité à s'imaginer avoir ce bébé et passer du temps avec lui, aider les femmes à exprimer leurs éventuelles peurs ou angoisses concernant l'accouchement ;
- **exercices de relaxation et techniques simples de gestion du stress** ;
- **discussions individuelles avec les femmes enceintes présentant des difficultés spécifiques**, comme la peur de l'avenir, des doutes sur leur capacité à être mère ou toute autre difficulté ;
- groupes de discussion et sessions d'éducation sur l'importance d'une **alimentation optimale des femmes pendant la grossesse**, création de recettes à partir de denrées alimentaires abordables et disponibles durant l'urgence, et mise en place d'ateliers cuisine ;
- Groupes de discussions sur les pratiques de **soins pouvant être données par la femme enceinte et le futur père**, telles que parler au bébé, caresser son ventre, privilégier les pensées positives, etc... ;
- discussion de groupe sur l'allaitement juste après la naissance du bébé ;
- fournir à la mère un kit bébé, afin que la famille dispose des articles de base pour bien s'occuper de l'enfant. Ceci est particulièrement important dans les situations où les bénéficiaires ont perdu la plupart de leurs biens, ou vivent dans une extrême pauvreté. Si ces objets ne sont pas compris dans les distributions générales d'articles non-alimentaires, des distributions spécifiques de kits bébé peuvent être organisées via l'EMB, les équipes mobiles, ou les structures de santé. Le contenu de ces kits doit répondre aux besoins spécifiques de la population, déterminés par une évaluation, et correspondre aux objets que les gens ont l'habitude d'utiliser. Le contenu de ces kits est par conséquent amené à varier d'un pays à l'autre, mais peut contenir par exemple :
 - du matériel d'hygiène pour bébé : savon, peigne, coton, couches (si utilisées dans la communauté) ou vêtements, baignoire bébé, etc...,
 - une protection contre les éléments : couverture bébé, moustiquaire, vêtements (adaptés à la saison).

Quelles actions peut-on mettre en place pour les femmes après l'accouchement et pendant l'allaitement ?

- **L'allaitement est un élément clé** de la survie de l'enfant. Ce sujet spécifique sera abordé en détails dans la nouvelle section, ainsi que dans le chapitre 6.
- **Suivi de la mère et du bébé après l'accouchement** (selon la culture : rencontrer la mère et le bébé à l'EMB ou durant les visites à domicile).
- Groupes de discussion diffusion de l'information sur **les pratiques de soins optimales pour les nourrissons** ; avec la possibilité d'inviter des femmes allaitantes pour le partage d'expérience.

- Recommander une **consultation et vaccination postnatale** (services médicaux externes - si disponibles).
- Faciliter la communication avec les autres membres de la famille, et s'assurer qu'ils ont bien compris qu'une jeune maman, surtout si elle allaite, a besoin de se reposer et qu'il est donc primordial de se répartir les tâches ménagères.

SANTÉ REPRODUCTIVE

Dans un contexte d'urgence, étant donné que la population lutte pour sa survie et fait face à des situations instables et potentiellement traumatisantes, il est souvent difficile de travailler spécifiquement sur la question de la santé reproductive.

Néanmoins, selon la situation locale et les services disponibles, ce sujet peut être discuté dans l'EMB (ou lors de discussions en petit groupe dans la communauté), et des recommandations peuvent être proposées aux agences externes le cas échéant.

La manière d'aborder ce sujet sensible avec les bénéficiaires et de proposer des solutions dépend surtout de facteurs culturels, mais aussi de la **disponibilité des services**.

Toutes les organisations existantes proposant des services de santé reproductive ont été détruites après le tremblement de terre de 2010 en Haïti. Quelques mois après le séisme, dans la phase de post-urgence, certaines ONG ont ouvert des programmes offrant des services de santé reproductive, et l'équipe de l'Espace Mères-Bébés pouvait donc leur adresser certains bénéficiaires.

SANTÉ PHYSIQUE ET STATUT NUTRITIONNEL

La santé et le statut nutritionnel des femmes sont souvent loin d'être satisfaisants, même avant les urgences. Les croyances populaires peuvent également avoir un impact sur leurs conditions de santé et affecter leur statut nutritionnel durant la grossesse et la période d'allaitement. Les conditions de vie très difficiles dans un contexte d'urgence risquent d'exacerber ces pratiques : l'impact du traumatisme ou du stress, les difficultés d'accès à l'eau, à une nourriture suffisante ou à des soins et traitements adaptés, l'exposition éventuelle à la violence et la promiscuité sont potentiellement néfastes à la santé et à la nutrition des femmes. Il est intéressant de rappeler ici que parfois, les individus sont tellement concentrés sur leur survie au quotidien qu'ils ne prennent pas conscience de leur situation de santé ni, par conséquent, de leurs propres besoins en matière de santé. Notez que dans de nombreuses cultures, les difficultés psychosociales ou psychologiques peuvent être exprimées à travers des plaintes somatiques.

Dans le contexte des pratiques de soins infantiles, cette question couvre l'accès à une nourriture suffisante selon l'âge et l'état de la femme, ainsi que la protection contre les agressions physiques et la violence sexuelle. Les situations d'urgence augmentent les risques pour les femmes et les enfants d'être exposés à la violence et aux abus, et les effets psychologiques de telles expériences s'ajoutent aux difficultés qu'ils vivent déjà. Il est difficile de déceler des signes de détresse chez

les nourrissons, et il est donc nécessaire de former le personnel en conséquence. Il est important de proposer des espaces appropriés dans l'EMB pour favoriser les discussions individuelles ou en petits groupes, celles-ci aidant à reconnaître les signes de détresse et, ensuite, assurer aux femmes un accès aux soins dont elles ont besoin.

Dans les Espaces Mères-Bébés, plusieurs actions peuvent être mises en place :

- L'équipe identifie, en accord avec les bénéficiaires, leurs **besoins en termes de santé et de nutrition**, lors de discussions individuelles ou de groupe.
- **Information et référencement vers des services de distribution alimentaire.** Notez que dans les situations d'urgence, les distributions de nourriture se trouvent généralement parmi les premiers services à être fournis à la population touchée, tout comme les services médicaux.
- **Information et recommandation aux services de santé existants¹.**
- Information de la part des services de santé sur l'existence de l'EMB.
- **Discussions en petits groupes pour aider les femmes à partager leurs questions de santé**, l'impact possible des problèmes de santé sur leurs relations avec leur environnement social ou familial, la nature et l'utilisation des pratiques de santé traditionnelles locales. Ces exercices de partage peuvent inclure des discussions concernant **l'impact de leur santé ou de leur état nutritionnel sur leurs enfants, sur les soins donnés à leur enfant**, et sur la manière de les améliorer.
- **Des sessions de soutien individuel ou en petits groupes sur l'exposition aux mauvais traitements physiques ou abus, ou une intervention dans la famille** (discussion en famille / conseils à la famille par un psychologue) pour les donneurs de soins exposés à une agression physique.
- **Une attention spécifique à la question de l'exposition à la violence durant les sessions de jeux parent-enfant** ou les activités éducatives organisées pour les enfants.
- **Une intervention au niveau de la communauté** peut être organisée (petite pièce de théâtre/tribune, sessions au sein de la communauté, sessions d'information...), afin d'alerter sur la question de l'exposition des femmes aux agressions physiques et son impact, pour ensuite faciliter le développement de mesures préventives pour les femmes au sein de la communauté.

SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHO-SOCIAL

Dans le contexte des pratiques de soins infantiles, travailler sur la santé mentale des mères entraîne **une baisse du stress, un renforcement de l'estime de soi et une protection contre les agressions psycho-affectives.**

Les Espaces Mères-Bébés constituent un lieu où les donneurs de soins, se sentant soutenus, peuvent se remettre un peu des difficultés liées à la situation d'urgence à laquelle ils font face. En ce sens, l'ensemble de l'Espace Mères-Bébés représente un service de soutien participant à l'amélioration de l'état de santé mentale des donneurs de soins.

¹ - Dans chaque situation, il est important que le personnel explique très clairement comment accéder à ces services (c'est-à-dire les documents nécessaires, la nécessité de s'enregistrer, le bon de référencement, etc.)

Un des objectifs les plus importants de l'EMB est d'aider les bénéficiaires à améliorer leur combativité, leur aptitude à gérer leur stress et leurs émotions, leur estime d'eux-mêmes, et à renforcer la relation donneur de soins - enfant afin de développer leur stabilité émotionnelle et leur bien-être.

Voici quelques exemples d'actions pouvant être mises en place dans l'EMB :

- **Des activités individuelles ou de groupe** visant à leur faire partager leurs expériences et leurs difficultés actuelles et passées, à parler de leurs sentiments auprès de gens qui les écoutent, en leur offrant la possibilité de réfléchir et d'envisager les options possibles pour améliorer ou alléger la situation présente. Cela contribue à faire baisser le niveau de stress du donneur de soins et à améliorer la confiance et l'estime de soi.
- **Des techniques simples de relaxation** peuvent être effectuées avec les bénéficiaires afin de les aider à gérer leur stress et leurs émotions de manière plus efficace.
- **Des sessions de soutien psychologique individuel ou de groupe avec le psychologue** sont possibles en cas de difficultés spécifiques, telles que des symptômes post-traumatiques, une intense souffrance psychologique ou émotionnelle, des pensées suicidaires, une dépression du post-partum, etc.
- **Un référencement** vers d'autres services externes (services médicaux, services de protection...) peut être effectué en se basant sur l'évaluation initiale du psychologue, en fonction de la disponibilité de ces services et du contexte local.
- **Un plaidoyer** concernant la situation des femmes en contexte d'urgence et leur exposition à la violence devrait être considéré.

L'impact de la santé mentale des femmes sur les enfants est abordé dans chaque discussion, ainsi que dans les évaluations rapides et les visites à domicile. Mais il est également important d'analyser et d'approfondir l'impact de la santé mentale des enfants sur les parents.

Prenons comme exemple l'Espace Mères-Bébés qui a été mis en place en Haïti quelques jours après le tremblement de terre de janvier 2010, à Port-au-Prince, puis aux Gonaïves.

Même avant le tremblement de terre, l'état de santé des mères et des enfants n'était pas très bon. Les taux de malnutrition chronique et de carences en micronutriments étaient élevés. Après le tremblement de terre, les personnes les plus vulnérables - en particulier les très jeunes enfants et les femmes enceintes et allaitantes - étaient de plus en plus en danger, d'un point de vue émotionnel, psychologique et matériel. De nombreuses familles se sont trouvées en difficulté avec leurs nourrissons. Ils avaient perdu tous leurs biens et se retrouvaient dans des tentes surpeuplées. L'accès à l'eau et à l'hygiène était problématique. Les femmes étaient souvent seules ; certaines étaient en état de choc et avaient du mal à apporter des soins adéquats à leurs enfants, dont l'état de santé général était compromis.

Dans cette situation, un certain nombre de mères allaitantes ont expliqué qu'elles n'avaient plus de lait après le tremblement de terre, car "le lait était monté dans leur cerveau", ce qui explique pourquoi elles étaient tristes ou pourquoi certaines personnes de leur communauté les prenaient pour des "folles". Par conséquent, ces mères avaient interrompu l'allaitement, pensant qu'elles ne pouvaient plus produire de lait. Ces femmes se sont senties stigmatisées parce qu'elles étaient "tristes", et il était important de leur expliquer que leurs réactions étaient "normales" face à une situation "anormale" et très stressante. Une autre croyance locale conseille de donner aux bébés un mélange d'herbes à boire à la naissance. L'eau n'étant pas potable, les nourrissons pouvaient rapidement devenir malnutris. L'équipe a par conséquent expliqué aux bénéficiaires, au-delà de cette croyance, les bénéfices du colostrum et de l'allaitement pour l'enfant. L'équipe a également proposé un accompagnement dans les soins donnés aux bébés. Progressivement, les mères ont été capables d'exprimer leurs inquiétudes, leurs préoccupations et leurs croyances sans craindre d'être jugées. Elles ont réagi de manière positive au soutien et aux conseils qui leur ont été prodigués. De nombreuses mères ont également réagi de manière positive aux exercices de relaxation et technique de gestion du stress que nous leur avons appris. Ces techniques les ont aidées à développer un sentiment de contrôle sur leurs émotions et à retrouver un certain sentiment d'estime d'elles-mêmes.

NIVEAU D'AUTONOMIE AU SEIN DU FOYER, TEMPS PASSÉ À S'OCCUPER DE L'ENFANT ET CHARGE DE TRAVAIL DES FEMMES

Les pratiques associées à ce sujet sont **le pouvoir de prise de décisions, l'accès à la gestion des revenus et des biens du foyer** ainsi que la **répartition des tâches** (corvées domestiques et production économique).

Ces trois points sont explorés avec les bénéficiaires au cours des différentes activités dans l'EMB, afin d'évaluer leur situation, les contraintes existantes touchant leur famille et l'environnement social qui pourrait affecter leur disponibilité et leur capacité à prendre soin de leurs enfants.

Il s'agit de questions sensibles liées à la culture locale, la position, le rôle et la considération des femmes au sein de la société et de la communauté. Les réponses ou interventions à proposer dépendent fortement de la spécificité du contexte social et culturel de l'intervention. Par conséquent, un soutien individuel peut être proposé, mais il semblera souvent insuffisant pour apporter des améliorations globales aux conditions de vie des femmes. Il est essentiel ici de bien comprendre l'environnement social et culturel local.

En fonction de ce contexte, des **interventions basées sur la communauté** (forum ou pièce de théâtre) peuvent être mises en place afin de sensibiliser la population et de discuter des changements possibles qui pourraient améliorer la condition des femmes et leur charge de travail. Il est impératif d'impliquer les chefs de la communauté ou les individus ayant une forte influence sur la prise de décisions dans la communauté.

Exemple du camp Hiloweyn de Dollo Ado : 3 Espaces Mères-Bébés ont été mis en place depuis juillet 2011 à la suite de la crise alimentaire consécutive à la sécheresse prolongée.

Pendant les groupes de parole, des mères se sont plaintes de ne pas avoir assez de temps pour leurs bébés. Culturellement, c'est principalement le rôle des frères et sœurs de s'occuper des plus jeunes et de jouer avec eux. Les mères se sont plaintes en particulier de la charge de travail qu'elles avaient dans le camp. Elles devaient aller chercher la nourriture pendant la distribution, le bois pour le feu, l'eau, etc. Elles ont soulevé des problèmes tels que le manque d'espace dans les tentes pour les enfants ou l'absence de soutien de la part des membres de leur famille pendant la grossesse. Les travailleurs psychosociaux ont organisé dans les Espaces Mères-Bébés des groupes de parole, afin de leur permettre d'exprimer leurs sentiments et de partager avec le groupe leurs stratégies et solutions pour l'organisation de leur temps et la redistribution des tâches au sein de la famille. Certaines activités se concentraient sur la manière de trouver des ressources au sein de la communauté, afin de les aider dans certaines tâches : à travers des activités de dessins et de sociogrammes¹, les mères peuvent apprendre à mieux organiser leur temps ou à trouver de l'aide parmi leurs voisins ou les membres de leur famille, mais aussi à optimiser la gestion de leurs tâches tout au long de la journée. Afin de trouver des solutions individualisées, car notre travail sur ces questions nécessite une intervention au niveau de la famille, le soutien peut être étendu sur ces thèmes durant les visites à domicile.

ACCÈS À L'ÉDUCATION ET À L'INFORMATION

Une conséquence inévitable des situations d'urgence est la dégradation du tissu social et des services existants. Les équipes des EMB doivent être en mesure de donner aux familles des informations concernant l'aide humanitaire, ainsi que les services actuels et adaptés. Le fait de donner des informations rassure la population. Il est également important de noter les besoins de celle-ci et de les transmettre à la coordination humanitaire pour une meilleure assistance.

Dans l'organisation de l'EMB, **toute information relative aux pratiques de soins est partagée et à disposition durant toutes les activités proposées, et devrait aussi être proposée de manière individuelle si nécessaire.** Des supports pédagogiques visuels ou des brochures sont également disponibles dans l'EMB afin d'être montrés ou distribués aux bénéficiaires.

Le problème de l'accès des **filles à l'éducation apparaît rarement comme une priorité et peut être une action de protection.** Si des programmes d'éducation sont créés, les équipes de l'EMB devraient développer un contact et un **système de référencement** avec ces structures afin d'en faciliter l'accès aux bénéficiaires.

1 - le sociogramme est une représentation graphique des liens sociaux d'une personne.

À GARDER À L'ESPRIT CONCERNANT LES SOINS DESTINÉS AUX FEMMES :

- Les femmes enceintes et allaitantes, les nourrissons et les très jeunes enfants sont considérés comme des bénéficiaires prioritaires, et devraient recevoir une attention particulière, ainsi qu'un suivi spécifique de leur condition générale (santé, nutrition, état psychosocial, etc.).
- L'allaitement est un facteur essentiel de la protection des nourrissons : le soutien aux femmes allaitantes et la promotion de l'allaitement représentent l'une des priorités de l'EMB (voir le paragraphe suivant et le chapitre 6).
- L'exposition à la violence, aux agressions physiques et émotionnelles a un effet négatif sur la condition générale du donneur de soins et sur la manière dont celui-ci s'occupe de l'enfant. Le bien-être et le développement de l'enfant risquent d'être affectés par la situation. Bien que tous les professionnels ne soient pas des psychologues ou travailleurs psychosociaux formés, il existe des actions à mettre en place afin d'apporter de l'aide aux donneurs de soins (voir chapitre 3), aux enfants et à leurs proches, et de réduire / prévenir les effets négatifs du stress et des difficultés psychologiques et émotionnelles.
- Les contextes d'urgence affectent la santé mentale des individus (y compris les enfants), avec un impact négatif sur les pratiques de soins infantiles. L'état mental du donneur de soins a un impact direct sur la condition générale de l'enfant, son développement et son bien-être. En apportant une aide adaptée et en proposant des activités spécifiques, il est possible d'aider les bénéficiaires à améliorer leur santé mentale et leur bien-être.
- La possibilité pour les mères de prendre soin de leurs enfants, de prendre certaines décisions et de consacrer suffisamment de temps aux soins de l'enfant est un facteur important dans les pratiques de soins. Il est important d'explorer, avec les acteurs clés de la communauté ciblée, les stratégies - possibles culturellement - d'amélioration de l'autonomie des femmes.
- Apporter un soutien psychosocial adapté est au cœur du concept de l'Espace Mères-Bébés.

2. ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DU JEUNE ENFANT

ALLAITEMENT

Une description détaillée des mécanismes et processus physiologiques de l'allaitement, avec ses bénéfices pour la mère et l'enfant et pour la relation mère-enfant, est présentée dans le chapitre 6.

L'allaitement est un moyen inégalé de favoriser une croissance et un développement sains des nourrissons, et a des implications importantes pour la santé des mères. Les études prouvent qu'un allaitement sous-optimal risque d'être synonyme pour l'enfant de maladie¹ et de mortalité². Par conséquent, nous portons une attention toute particulière à l'allaitement lors des interventions mises en place dans les contextes particulièrement difficiles.

1 - Black R. et al., Maternal and child undernutrition 1: global and regional exposures and health consequences, The Lancet, DOI:10.1016/S0140-6736(07)61690-0, January 17, 2008, Published online: suboptimum breastfeeding results in 1,4 million deaths and 10% of disease burden in children younger than 5 years.

2 - Save the Children UK, Hungry for Change, 2009.

En effet, l'allaitement peut être problématique dans les situations d'urgence : par exemple, les expériences traumatisantes, un niveau de stress élevé et des difficultés émotionnelles peuvent perturber la production de lait maternel dans certains cas. L'allaitement peut aussi être compromis par l'influence de croyances locales et d'idées reçues fausses, ainsi que par le manque de temps, d'espace et d'intimité des mères¹, le soutien insuffisant aux mères ou la présence de distributions de substituts du lait maternel non sollicitées et non suivies. Cependant, la plupart des mères sont capables de poursuivre ou de reprendre l'allaitement, même dans des conditions difficiles, si un soutien technique et psycho-social approprié leur est apporté, si la capacité d'adaptation du donneur de soins est favorisée et développée et si un environnement soutenant est créé. Il est essentiel de se renseigner sur la prévalence de l'allaitement exclusif et sur les pratiques d'allaitement avant la crise, afin de déterminer quels sont les changements dus à la crise et quelle aide apporter aux familles.

En 2006, au Liban, de nombreux bébés et très jeunes enfants n'étaient pas allaités avant la crise. Or, pendant le conflit, beaucoup de familles ont eu du mal à trouver une alimentation artificielle pour leurs bébés. Les programmes ont donc été ajustés pour aider les femmes qui allaitaient avant le conflit ainsi que celles qui auraient aimé commencer ou recommencer à allaiter en raison de la situation et du manque d'alimentation artificielle. Récemment, le lait artificiel a aussi été distribué aux femmes non-allaitantes qui ne voulaient pas allaiter selon les règles internationales de distribution d'alimentation artificielle dans les situations d'urgence (voir chapitre 4).

Il est important de garder à l'esprit que nourrir ou allaiter un enfant est un processus complexe. De nombreux facteurs influencent les pratiques d'alimentation ainsi que la relation nourricière entre une mère et son enfant (facteurs contextuels, économiques, sociaux, psychologiques, émotionnels, physiques, etc.) En fait, l'allaitement n'est pas nécessairement facile ou "naturel", et de nombreuses mères et leur nouveau-né rencontrent des difficultés. Les mères ont parfois besoin d'aide. Ce point est crucial, surtout dans les contextes d'urgence, car l'allaitement peut sauver des vies, et il constitue la meilleure protection pour la santé et le statut nutritionnel de l'enfant. Qui plus est, le lien qui se crée entre la mère et l'enfant à travers l'allaitement a un effet positif sur le processus d'attachement, et permet aussi de sécuriser l'enfant.

ALLAITEMENT, ATTACHEMENT ET RELATION MÈRE-ENFANT

L'allaitement ne favorise pas seulement une nutrition optimale et une protection immunologique. Il constitue également un excellent moyen de renforcer l'attachement entre la mère et l'enfant, ce qui est bénéfique pour tous les deux. L'attachement est un besoin fondamental de l'être humain. Il commence à se développer avant la naissance, et même avant la conception du bébé. Après la naissance, les moments durant lesquels la mère nourrit l'enfant et lui apporte les soins de base sont précieux. Ils permettent à la mère et à l'enfant d'interagir et de créer des liens. Pendant les

¹ - Dans certains contextes, les femmes ne sont pas autorisées à allaiter en public. Après un désastre, il peut s'avérer très compliqué pour elles de trouver un endroit pour allaiter. L'EMB peut être un lieu sécurisant et protecteur dans de tels contextes.

premières semaines, la plupart de ces moments ont lieu lorsque l'enfant est nourri. Par conséquent, l'alimentation est une part essentielle du processus de développement de cette interaction entre le nouveau-né et son environnement.

Il est intéressant de noter que physiologiquement, les hormones diffusées pendant l'allaitement ont un effet positif sur le processus d'attachement entre la mère et l'enfant.

Cependant, plusieurs facteurs peuvent compromettre l'allaitement ainsi que la relation mère-enfant :

MÈRE

- **Son attitude** : une femme qui est convaincue que l'allaitement est ce qu'il y a de mieux pour son bébé est qu'elle est capable de le faire a plus de chances d'allaiter avec succès.
- **Sa confiance en elle** et sa capacité à produire et donner assez de lait (ce qui nécessite un bien-être psychologique).
- **Sa technique : savoir comment** positionner son bébé et le faire téter (sans oublier l'importance qu'elle accorde à lui montrer de l'affection, le/la regarder avec tendresse, le/la caresser).
- **La fréquence** à laquelle elle donne le sein à son enfant, jour et nuit.
- **L'aide qu'elle reçoit** de la part de sa famille, de ses amis, de ses voisins et/ou des professionnels.

ENFANT

- **Les spécificités de chaque enfant** : l'allaitement n'est pas toujours simple ou "automatique" pour les nouveau-nés, et certains enfants ont plus de difficultés à téter que d'autres. Il est important de noter que chaque enfant est différent. Certains sont plus actifs que d'autres, initiant une interaction avec leur donneur de soins, alors que d'autres sont plus passifs. Chaque enfant est perçu de manière différente par sa mère, ce qui entraîne celle-ci à prodiguer les soins avec plus ou moins de satisfaction, de patience, selon que le bébé apparaît comme plus ou moins "satisfaisant" ou "gratifiant" pour elle. Toutes ces différences ont un impact sur l'interaction entre la mère et l'enfant ainsi que sur l'allaitement.
- L'état de santé de l'enfant
 - **Les bébés de petit poids de naissance** sont plus fragiles, plus passifs et ont moins d'énergie. Par conséquent, ils ont tendance à être moins actifs et à ne pas initier l'interaction avec leur mère. En réaction à ce comportement, les mères ont tendance à moins stimuler leur enfant, alors que celui-ci a justement besoin de plus d'attention et de stimulation pour bien se développer. L'allaitement, pour ces enfants, peut être plus difficile, ou prendre plus de temps, ce qui risque d'affecter la mère et de l'inciter à accorder moins d'attention à l'enfant et à moins l'allaiter. Ces enfants sont plus vulnérables à la malnutrition et sont donc considérés comme des bénéficiaires prioritaires au sein de l'EMB.
 - Ceci est également vrai pour les enfants qui sont déjà **malnutris** ou qui souffrent d'**autres maladies**, ce qui affecte leur niveau d'énergie et la manière dont ils répondent à la stimulation des donneurs de soins.

RELATION SOIGNANT-ENFANT

L'allaitement a davantage de chances de bien se passer s'il existe une relation positive et émotionnelle entre la mère et l'enfant : la mère peut être encouragée à regarder son enfant et à lui parler durant l'allaitement, le caresser, lui sourire. Ainsi, le bébé se sentira à l'aise et en sécurité, ce qui l'amènera à téter de manière efficace.

Il a été observé que les mères allaitantes ont une plus confiance en elles et répondent mieux aux besoins de leur enfant, ce qui réduit le risque de négligence et d'abandon.

Les mères souffrant d'un flux de lait insuffisant risquent d'arrêter d'allaiter prématurément. Or, l'insuffisance en lait chez les mères due à des facteurs physiologiques représente moins de 5 %. D'autres facteurs, tels que la santé mentale et le stress de la mère et des difficultés dans la relation mère-enfant, ont également des conséquences sur la production de lait, et peuvent mener à une production insuffisante.

ENVIRONNEMENT

Le soutien de l'environnement d'une mère allaitante est essentiel, sous tous ses aspects : soutien émotionnel, matériel, organisationnel, social, etc.

L'existence d'un ***espace adapté à l'allaitement*** est très importante.

Voici quelques points importants concernant l'allaitement à partager avec les bénéficiaires :

- Encourager la mère à tenir son nouveau-né sur son torse nu (en peau à peau) juste après l'accouchement permettra de stimuler les réflexes du bébé et facilitera l'allaitement ainsi que la création du lien entre la mère et l'enfant.
- Le colostrum (le premier lait produit durant les toutes premières heures après l'accouchement) devrait être donné au bébé, car il contient exactement toutes les substances dont celui-ci a besoin pour grandir.
- Le lait maternel change et s'adapte durant l'allaitement et durant la croissance de l'enfant, afin de pouvoir répondre à ses nouveaux besoins. Le bébé devrait pouvoir téter autant qu'il le veut à chaque fois.
- Les séances d'allaitement ne devraient pas être limitées en temps ni interrompues par l'adulte (par exemple, certains bébés boivent lentement, d'autres plus rapidement, d'autres encore ont besoin de se reposer de temps en temps, etc.). Lorsque le bébé a fini de téter, il lâche le sein lui-même.
- Plus le bébé tète, plus la mère produit de lait.
- Allaiter la nuit permet de conserver un bon niveau de lait.
- Les nouveau-nés devraient être allaités exclusivement au sein pendant au moins six mois. Étant donné les incertitudes sur la nourriture dans les situations d'urgence, il est recommandé d'allaiter les enfants aussi longtemps que possible en plus de l'alimentation complémentaire, après six mois.
- Certaines positions facilitent l'allaitement, alors que d'autres le compliquent. Aussi, certains

signes montrent que l'enfant tète de manière efficace (voir le chapitre 5 pour plus de détails). Ce sont des informations utiles pour les mères allaitantes.

- L'état psychologique et émotionnel de la mère affecte le flux et la production de lait (les sentiments positifs maintiennent le flux de lait, alors que les émotions négatives peuvent mener temporairement à un ralentissement/un arrêt du flux de lait).
- Le soutien, l'encouragement et la mise en confiance sont essentiels pour aider la mère à produire l'hormone appelée ocytocine, qui est nécessaire à la montée de lait.
- Une femme allaitante a besoin d'en-cas nutritionnels, ou bien d'un cinquième de sa ration journalière habituelle en plus. Il est recommandé qu'elle privilégie les aliments qui lui apportent de l'énergie, des protéines, mais aussi des microéléments suffisants, car elle les transmet au bébé à travers le lait maternel. Lui assurer un accès à l'eau potable est également important.
- Une femme qui n'est pas bien nourrie peut allaiter, son corps continuera de produire du lait pour son enfant. Même les femmes modérément malnutries peuvent produire une quantité suffisante de lait maternel, mais elles devront recevoir un traitement pour leur malnutrition.
- Dans certains contextes bien précis, les mères allaitantes ont besoin d'espaces adaptés leur apportant une intimité suffisante, où elles pourront allaiter dans le calme et sans crainte.

Toutes ces recommandations sont générales, et chaque culture a ses propres pratiques concernant l'allaitement.

Certaines pratiques culturelles retardent le moment d'allaiter le nouveau-né (avec le risque de compliquer le processus d'allaitement, la production de lait, etc.). Une nourriture complémentaire est donnée aux bébés, étant donné que le lait maternel est considéré comme insuffisant pour couvrir tous les besoins de l'enfant.

Bien que les croyances et pratiques locales doivent être strictement respectées, dans le cadre de la relation de confiance qui nous unit aux bénéficiaires, il est possible de discuter de ces pratiques. Des informations concernant l'allaitement peuvent être diffusées, avec la possibilité d'explorer certains ajustements culturellement acceptables.

ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE

L'alimentation complémentaire est le processus qui commence lorsque le lait maternel seul ne suffit plus à couvrir les besoins nutritionnels des nouveau-nés et que, par conséquent, d'autres aliments et liquides sont nécessaires, en plus du lait maternel. L'alimentation complémentaire devrait commencer à 6 mois. Son nom le dit bien : elle vise à compléter l'allaitement, et non à le remplacer. Par conséquent, **la fréquence de l'allaitement, ainsi que la durée de chaque tétée doivent rester les mêmes, car il constitue toujours une contribution importante à la nutrition de l'enfant.** Cependant, de nombreuses femmes auront besoin de soutien et d'encouragements pour trouver l'énergie nécessaire pour continuer d'allaiter.

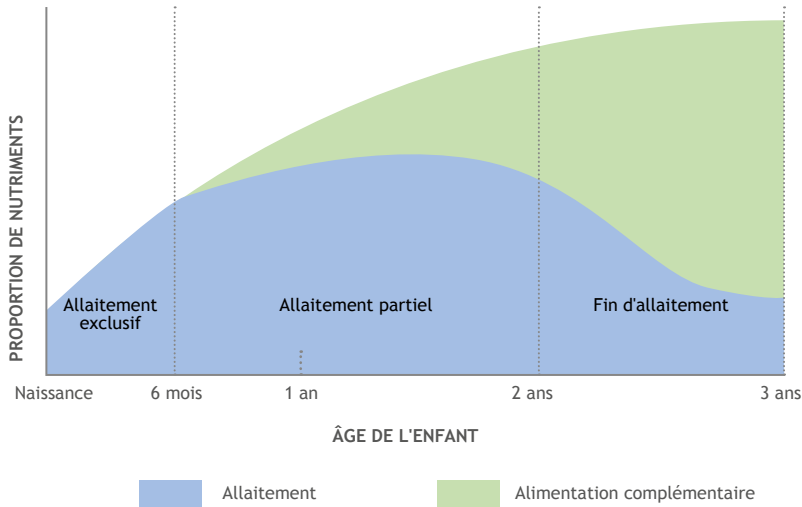


Figure 2 : Proportion de nutriments apportés par le lait maternel et l'alimentation complémentaire; IBFAN

L'alimentation complémentaire suit d'importants principes directeurs^{1, 2} (se reporter au chapitre 3 pour une présentation détaillée de ces principes) :

- pratiquer une alimentation active, appliquer les principes des soins psychosociaux (prêter attention à tous les enfants pendant les repas, prendre le temps de nourrir l'enfant, encourager l'enfant à manger sans le forcer, etc.) ;
- avoir une bonne hygiène et manipulation de la nourriture ;
- démarrer l'alimentation complémentaire à six mois par de petites quantités de nourriture, et augmenter la quantité à mesure que l'enfant grandit, tout en maintenant un allaitement fréquent ;
- augmenter petit à petit la consistance et la variété de la nourriture à mesure que le nourrisson grandit, en l'adaptant aux besoins et capacités de l'enfant ;
- augmenter la fréquence de l'alimentation complémentaire à mesure qu'il/elle grandit ;

POUR PLUS D'INFORMATION, VOIR :

la page de l'OMS sur l'alimentation complémentaire

http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/fr/

“Complementary Feeding, Family foods for the Breastfed Child”, WHO 2001 (en anglais)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66389/1/WHO_NHD_00.1.pdf?ua=1&ua=1

et “Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child”, PAHO/WHO (en anglais)

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/a85622/en/

et “Complementary Feeding Counselling, a Training Course” WHO 2004 (en anglais)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42996/1/9241546522_TrainersGuide_eng.pdf?ua=1&ua=1

1 - Principes directeurs pour l'alimentation complémentaire de l'enfant allaité au sein, OPS/OMS

2 - Complementary Feeding Counselling, A Training Course; WHO 2004

- lui donner une variété d'aliments, pour être sûr qu'il reçoive la quantité de nutriments nécessaire ;
- utiliser des aliments complémentaires enrichis, ou des suppléments en vitamines et minéraux pour le nourrisson, si nécessaire. Dans certaines populations, les mères allaitantes peuvent également avoir besoin de suppléments en vitamines et minéraux ou de produits enrichis. [Ces produits peuvent également être utiles pour des femmes enceintes] ;
- quand l'enfant est malade, augmenter sa ration de liquides, ce qui signifie un allaitement plus fréquent, et encourager l'enfant à manger des aliments tendres, variés, appétissants, et qui lui plaisent. Dans la période de guérison, le nourrir plus souvent que d'habitude, et l'encourager à manger davantage.

Âge	Texture	Fréquence	Quantité à chaque repas
À partir de 6 mois	Bouillie/soupe liquide, légumes, viande et fruit cuits et mixés	2 fois par jour + tétées fréquentes	2-3 cuillères à café
7-8 mois	Aliments cuits mixés/écrasés	3 fois par jour + tétées fréquentes	Augmentation régulière jusqu'à 2/3 d'une tasse de 250 ml à chaque repas
9-11 mois	Aliments mixés ou en petits morceaux, et aliments que le bébé peut attraper avec ses doigts	3 repas + 1 en-cas entre les repas + tétées	¼ d'une tasse de 250 ml
12-24 mois	Tous les aliments, mixés ou en petits morceaux	3 repas + 2 en-cas entre les repas + tétées	Une tasse de 250 ml

Figure 3 : Résumé de la texture, fréquence et quantité de nourriture complémentaire par groupe d'âge ; Basé sur « Complementary Feeding Counselling, a Training Course » ; OMS 2004.

Il y a de nombreux risques à démarrer l'alimentation complémentaire avant l'âge de 6 mois :

- L'enfant consommera moins de lait maternel, ce qui risque de compromettre la satisfaction de ses besoins nutritionnels ; et aussi de compromettre la production de lait.
- Les soupes et bouillies légères et aqueuses qui sont faciles à manger pour le bébé à cet âge sont pauvres en nutriments.
- La plus grande exposition aux bactéries et virus par le biais de l'alimentation complémentaire entraînera un plus grand risque de maladie.
- Le bébé ne peut pas bien digérer et absorber un autre aliment que le lait maternel, car son système digestif n'est pas encore bien développé. Il existe par conséquent un risque de réaction allergique et de mauvaise absorption des nutriments.

Dans les contextes d'urgence, l'allaitement jusqu'à deux ans ou plus présente de nombreux avantages, dont :

- Le lait maternel est sain, gratuit et aide à protéger des maladies.
- L'allaitement renforce le lien mère-enfant et est bénéfique pour le développement de l'enfant.

- Dans les situations d'urgence, la quantité et la qualité de l'alimentation complémentaire peut être réduite. L'allaitement doit par conséquent être utilisé davantage, afin de couvrir les besoins nutritionnels du bébé.

LE PROCESSUS DE SEVRAGE

Le processus de sevrage de l'enfant renvoie au fait d'arrêter l'allaitement pour lui donner exclusivement des aliments solides. Il s'agit d'un moment crucial du développement de l'enfant. Étant donné la relation de proximité et de dépendance qu'induit l'allaitement, le sevrage est synonyme de séparation entre la mère et l'enfant. Celui-ci gagne en autonomie et apprend comment survivre sans être exclusivement nourri par le lait maternel. Si le processus de sevrage n'est pas approprié et/ou trop abrupt, l'enfant risque d'être exposé à la malnutrition ou d'autres troubles, tels qu'un sentiment de rejet ou d'abandon. Il y a plusieurs manières de sevrer un enfant, selon les différents facteurs et croyances culturels. Dans de nombreux contextes, les enfants sont sevrés de manière abrupte lorsque leur mère est enceinte à nouveau. Certaines croyances disent que le lait maternel n'est plus bon et risque d'être dangereux pour la mère, le fœtus ou l'enfant allaité.

Par exemple, voici l'histoire d'Abbakar, au Tchad, où la tradition recommande aux parents d'allaiter les filles jusqu'à dix-sept mois, et les garçons jusqu'à dix-huit mois, "pour qu'ils soient plus intelligents".

Ils sèvent leur enfant à cet âge-là. Il s'agit d'une date importante, célébrée par une cérémonie qui rassemble toutes les femmes de la communauté. Un imam est venu avec une planche de bois, sur laquelle il avait écrit quelques vers du Coran. Il a versé de l'eau et récité quelques prières. La mère a ensuite posé du natron enveloppé¹ sur son sein, a pris Abbakar dans ses bras et lui a montré le sein en disant : "Tu vois, ce n'est pas bon, tu ne peux plus téter." Les autres mères ont ensuite craché de l'eau sur le visage d'Abbakar, avant que la mère ne le confie à sa propre mère vivant dans le village voisin.

Pendant les quelques jours passés avec sa grand-mère, l'enfant pleura et refusa de manger. Lorsqu'il retourna chez lui, il souffrait de diarrhée et vomissait. La mère, inquiète, demanda conseil à son mari. Il lui conseilla de confier l'enfant à son propre père, qui pourrait l'emmener chez le wazambi, un guérisseur travaillant sur la place du marché. Cela peut être un cordonnier, un marchand ou un forgeron. Après avoir regardé la bouche d'Abbakar, le wazambi déclara qu'il souffrait de l'"uvule" et de "fausses dents". Avec les outils qu'il avait sous la main, il coupa l'uvule de l'enfant et arracha ses canines. Mais la diarrhée et les vomissements continuèrent. Sa mère tenta de lui donner des thés, mais l'enfant n'était plus capable d'avalier. Il commença à perdre beaucoup de poids. Étant donné que son estomac était distendu, son grand-père le ramena chez le wazambi, qui lui fit des brûlures sur l'estomac, en forme de patte d'oiseau, tout autour de son nombril. La mère alla également voir un autre guérisseur, qui récita des prières et des vers du Coran, aussi écrits sur une planche de bois. Malgré ces traitements répétés et les prières de son entourage, l'état de santé d'Abbakar continua de se détériorer.

1 - Minéraux utilisés dans certains soins de santé traditionnels

Avec l'accord de son mari, la mère se rendit finalement au centre de santé situé à 45 minutes de chez eux à dos d'âne. Après avoir pesé et mesuré Abbakar, l'infirmière suggéra à sa mère de l'envoyer au Centre Nutritionnel Thérapeutique, où on lui prodiguerait les soins nécessaires. Quand la mère y raconta l'histoire de la malnutrition de son fils, les mères présentes m'expliquèrent que leurs enfants avaient vécu une expérience similaire. La plupart des enfants admis au Centre Nutritionnel Thérapeutique avaient été sevrés peu avant, et ils avaient tous reçu des traitements traditionnels¹."

ALIMENTATION ACTIVE ET SOUTIEN À L'ENFANT, ADAPTATION DU RÉGIME ALIMENTAIRE DE LA FAMILLE

À part les aspects nutritifs des repas et le processus technique d'inclure des aliments solides dans le régime alimentaire de l'enfant, il est nécessaire d'offrir à celui-ci des conditions d'alimentation adaptées à ses capacités et besoins. Les pratiques d'alimentation de l'enfant devraient être adaptées à ses capacités psychomotrices.

Par exemple, dans de nombreuses cultures, les membres de la famille partagent la nourriture sur un plat commun. Or, lorsque l'enfant est encore petit, il risque de ne pas avoir la capacité psychomotrice de prendre une quantité suffisante de nourriture dans le plat. En effet, les jeunes enfants ont souvent besoin de plus de temps pour manger. Ces limitations psychomotrices tout à fait normales risquent de limiter la quantité de nourriture ingérée, ce qui comporte des risques pour la santé et le statut nutritionnel de l'enfant.

LES JEUNES ENFANTS DOIVENT ÊTRE STIMULÉS ET ENCOURAGÉS PENDANT LES REPAS (ALIMENTATION ACTIVE).

Les repas constituent des moments d'apprentissage importants pour les jeunes enfants. Ils doivent produire un effort afin de maîtriser les compétences psychomotrices nécessaires pour ingérer des aliments solides, et pour s'alimenter par eux-mêmes. Ce processus n'est pas facile, et les jeunes enfants ont besoin de se sentir soutenus par leurs soignants. Ceux-ci doivent par conséquent encourager l'enfant et le stimuler, afin de le soutenir dans ce processus d'apprentissage.

Comme nous l'avons déjà expliqué, les repas représentent plus qu'une simple ingestion de nourriture et jouent un rôle considérable dans la relation donneur de soins-enfant. À mesure qu'il grandit et apprend à s'alimenter tout seul, l'enfant doit sentir qu'il n'est pas en train de "perdre" l'attention et l'affection de sa mère. Il est important de rassurer émotionnellement le jeune enfant, de passer du temps avec lui pendant les repas, etc.

L'ORGANISATION DES REPAS ET LE PARTAGE DE LA NOURRITURE DOIVENT ÊTRE ADAPTÉS AUX BESOINS DE L'ENFANT.

Dans la mesure du possible, il est recommandé d'organiser les repas à heures fixes et dans le même endroit, afin d'en assurer la consistance et la régularité.

1 - L'article complet est paru dans la publication d'ACF : « Histoires de psy, histoires de soins ».

Les distractions doivent être limitées, afin d'aider l'enfant à maintenir son attention sur le repas. La manière dont les différents types de nourriture sont partagés au sein de la famille est un autre facteur important pour la santé et la nutrition de l'enfant, car les jeunes enfants ont besoin de manger une certaine variété d'aliments pour couvrir leurs besoins en nutriments.

Dans certaines situations d'urgence (ou dans des contextes culturels spécifiques), les aliments les plus nutritifs sont parfois réservés à certains adultes - à savoir les hommes, ou les travailleurs de la famille. Les jeunes enfants risquent ainsi d'être privés d'une précieuse source de nutriments, et leur santé et statut nutritionnel sont en danger. Dans de telles situations, une intervention spécifique doit être mise en place (au niveau de la famille et/ou de la communauté) afin de discuter de la question et de trouver des solutions acceptables en accord avec la famille/la communauté pour répondre aux besoins nutritionnels des femmes enceintes/allaitantes et de leurs enfants.

À GARDER À L'ESPRIT CONCERNANT L'ALLAITEMENT ET L'ALIMENTATION :

- L'allaitement/l'alimentation est un processus complexe qui ne repose pas uniquement sur des facteurs physiologiques. L'établissement de l'allaitement peut être difficile pour certaines mères et nourrissons.
- L'attachement est un besoin primaire de l'être humain, il se développe avant même la naissance. L'alimentation joue un rôle considérable dans le processus de création de liens entre le nouveau-né et son environnement.
- Afin de soutenir la mère, l'enfant et leur relation, il est important de discuter et de reconnaître les spécificités de l'enfant, en soulignant les points positifs (ses capacités, compétences et autres aspects gratifiants), mais aussi de reconnaître les aspects qui peuvent être plus difficiles à gérer pour ses donneurs de soins.
- Si une mère se plaint d'un flux de lait insuffisant entraînant des difficultés à allaiter, il est important de mener une analyse de l'état psychologique et émotionnel de la mère.
- Les mères allaitantes souffrant d'une insuffisance en lait maternel nécessitent une aide spécialisée de la part des équipes de l'EMB.
- Même les mères modérément malnutries peuvent produire une quantité suffisante de lait maternel, mais elles doivent recevoir un traitement contre leur malnutrition. Les femmes sévèrement malnutries doivent être encouragées à poursuivre l'allaitement tout en recevant des soins appropriés le plus vite possible.
- Les enfants de petit poids de naissance, ainsi que les enfants malades ou malnutris sont les bénéficiaires prioritaires des Espaces Mères-Bébés.
- Les enfants devraient être exclusivement allaités jusqu'à l'âge de six mois.
- Une alimentation complémentaire saine et appropriée devrait être démarrée dès l'âge de six mois, en petites quantités mais fréquemment, donnée à l'enfant avec attention et affection, de manière active.
- Le processus de sevrage doit être aussi progressif que possible.

3. SOINS PSYCHOSOCIAUX



© ACF - Veronique Burger - Libéria

Dans le contexte des pratiques de soins infantiles, les soins psychosociaux se réfèrent à ce qui suit :

- respecter l'espace de développement de l'enfant, et ajuster l'attitude des donneurs de soins en fonction du niveau de développement de l'enfant ;
- apporter attention et affection à l'enfant ;
- offrir à l'enfant une occasion d'explorer, d'apprendre et d'augmenter son niveau d'autonomie.

Le cerveau d'un enfant se développe rapidement durant les cinq premières années de sa vie, en particulier lors des trois premières années. C'est un moment crucial de son développement¹.

Le développement de l'enfant se divise en différentes sphères :

- **développement moteur** : développement du corps dans le sens physiologique et neurologique ;
- **développement du langage** : capacités de communication et d'expression ;
- **développement cognitif** : développement des capacités intellectuelles ;
- **développement affectif et social** : développement émotionnel, développement de la personnalité et interactions sociales.



¹ - Ce paragraphe se base sur le Manuel d'ACF pour l'Intégration des Pratiques de Soins Infantiles et de la Santé Mentale dans les Programmes de Nutrition, ACF, 2011.

Le développement de l'enfant commence au début de la grossesse. Pendant sa vie fœtale, le fœtus développe ses 5 sens (d'abord le sens du toucher - et la proprioception/perception somesthésique¹, puis le goût, l'odorat, l'ouïe et la vue). Il est également sensible aux émotions de sa mère. Il apparaît que le bébé garde en mémoire une partie de ses expériences fœtales, et sa réactivité après la naissance reflète ce qu'il a été capable d'apprendre pendant sa vie intra-utérine (cela renvoie à ses perceptions sensorielles comme à son comportement moteur).

Un bébé ou un jeune enfant n'est pas un être humain passif, mais un partenaire complètement interactif, capable d'initier et de contrôler (en partie) sa relation aux autres (ce qui peut varier selon la phase de développement). Au cours de leur développement, les enfants passent successivement d'une phase à l'autre, une fois qu'ils ont maîtrisé la phase dans laquelle ils sont. Chaque enfant passe par différentes étapes de développement, à son propre rythme. L'environnement et les proches d'un enfant stimulent et encouragent, ou bien freinent, son développement.

Le développement du cerveau de l'enfant s'appuie sur une nutrition appropriée, ainsi que sur la stimulation que reçoit l'enfant. Par exemple, lorsqu'un enfant utilise l'un de ses sens, cela crée des connexions neuronales dans son cerveau. Les nouvelles expériences répétées de nombreuses fois permettent de créer de nouvelles connexions, ce qui façonne la manière dont l'enfant pense, ressent, se comporte et apprend.

Le développement neurologique et moteur est progressif : d'abord la tête, le tronc, puis les membres. Le nourrisson commence son développement en levant la tête puis en s'asseyant. Il acquiert peu à peu le contrôle de ses membres en cultivant la capacité d'attraper des objets en les pinçant (pouce-index).

Les jeunes enfants apprennent et se développent en fonction des stimulations qu'ils reçoivent, de leurs expériences et de leurs interactions avec leur environnement (humain et matériel).

À mesure qu'il se développe, un enfant a des besoins qu'il exprime de manière simple et directe. Afin de jouir d'un développement harmonieux, l'enfant a des besoins fondamentaux :

- **Un besoin de sécurité émotionnelle** : les jeunes enfants doivent sentir que leurs accompagnants leur apportent soins, stabilité, cohérence, régularité, ainsi que de l'affection et des émotions positives.
- **Un besoin de différenciation, d'identité et de conscience de soi** qui s'établit à mesure que l'enfant fait des expériences et évolue.
- **Un besoin d'exploration et d'agrandissement de sa vision du monde** : ce besoin apparaît une fois que les conditions de sécurité émotionnelle et d'autonomie sont satisfaites.

Plus spécifiquement, un enfant a besoin de :

- nourriture, vêtements, repos et logement ;
- développer son corps et de bonnes habitudes d'hygiène ;
- se sentir aimé ;
- soins de santé psychologiques et physiques ;

1 - La perception des sensations du corps provenant de la peau, des organes internes...

- être respecté ;
- se sentir intégré à un groupe;
- la satisfaction de créer ;
- sentir que sa conduite et ses efforts sont acceptés ;
- être encouragé ;
- être soutenu dans sa motivation à apprendre ;
- liens émotionnels permanents (soutien, réconfort et structure) ;
- apprendre à réfléchir et à résoudre les problèmes ;
- apprendre à vivre en harmonie avec autrui ;
- créer ses premières amitiés ;
- développer des attitudes coopératives avec d'autres enfants ou adultes ;
- apprendre et d'apprécier les valeurs, règles et comportements culturels ;
- tester ses premières connaissances.

L'UNICEF¹ a défini cinq éléments essentiels au bon développement d'un enfant :

1. **Le soin et l'attention** que reçoit un enfant *en particulier durant les trois premières années, sont cruciaux et déterminants pour son futur.*
2. Afin de grandir et de se développer, un bébé a besoin **d'affection, d'attention et de stimulation**, ainsi que **d'une bonne nutrition** et de **soins de santé adaptés**.
3. Les enfants doivent être **encouragés à jouer et explorer**. C'est ainsi qu'ils s'enrichissent et se développent sur le plan social, émotionnel, physique et intellectuel.
4. Les enfants **apprennent à se comporter en imitant** l'attitude de ceux qui les entourent.
5. Les parents et ceux qui prennent soin de l'enfant doivent être **capables de remarquer les signes révélant un retard de croissance et de développement**.

Comme expliqué plus haut, l'environnement dans lequel un enfant grandit sculpte littéralement son cerveau².

Si l'enfant souffre d'un manque de stimulation, ou d'une relation de soins de qualité médiocre pendant cette période critique de sa vie, cela entravera son développement émotionnel, social, physique et cognitif³, etc⁴.

Lorsqu'un jeune enfant est confronté à des difficultés sévères, fréquentes ou prolongées (par exemple pendant des urgences), et qu'il ne bénéficie pas du soutien d'un adulte, l'activation prolongée du stress peut perturber le développement de son cerveau.⁵

1 - Vous trouverez des informations complémentaires concernant le développement de l'enfant, ainsi que d'autres sujets très intéressants, sur le site de l'UNICEF : "Facts for Life saves lives!" Facts for Life. N.p., n.d. Web. 19 Nov. 2013. <<http://www.factsforlifeglobal.org/>>.

2 - Integrating Early Childhood Development (ECD) activities into Nutrition Programmes in Emergencies: Why, What, and How, UNICEF & WHO - 2012

3 - Black, M., Walker, S., Wachs, T., Ulkuer, N., Gardner, J., Grantham-McGregor, Lozoff, B. Engle, P., Cabral de Mellow, M., (2008). Policies to reduce under-nutrition include child development. Lancet, 371: 454 - 455

4 - WHO Department of child and Adolescent Health and Development, (1999). A Critical Link: Interventions for physical growth and psychological development: A Review. Geneva: WHO

5 - National Scientific Council on the Developing Child (2010) Persistent Fear and Anxiety Can Affect Young Children's Learning and Development. Working Paper No. 9.

Dans les situations d'urgence, de nombreux parents n'ont pas le temps ou la capacité d'apporter une stimulation psychosociale à leur enfant, en raison de leurs propres problèmes de santé physique ou mentale. Or, un manque de stimulation psychosociale a des conséquences néfastes sur le développement (cognitif, moteur, langagier) de l'enfant ainsi que sur sa santé mentale.

Dans ces contextes de crise, les programmes doivent être conçus avec une attention particulière portée au développement de la petite enfance.

L'OMS préconise des programmes regroupant les champs du psychosocial et de la nutrition dans les situations de pénuries alimentaires, afin de répondre aux besoins physiques, sociaux, émotionnels et intellectuels de l'enfant et de favoriser le bien-être maternel¹.

Les directives de l'IASC concernant la santé mentale et l'aide psychosociale dans les situations d'urgence recommandent également l'intégration d'interventions psychosociales, telles que le développement de la petite enfance, au sein de l'aide alimentaire².

Durant les situations d'urgence, afin d'améliorer le développement, la santé et l'état nutritionnel de l'enfant, certaines activités de stimulation de la petite enfance peuvent être mises en place, telles que :

- des sessions de jeu parent-enfant ;
- des massages destinés au bébé ;
- une stimulation psychomotrice.

Offrir aux enfants des occasions d'expérimenter des mouvements corporels libres, d'explorer et de découvrir leur environnement est essentiel à leur bon développement.

Bien entendu, il est impératif de connaître les différentes phases de développement et d'adapter les stimulations, attitudes et attentes aux besoins et capacités de l'enfant (voir tableau de la Figure 4 : "Développement de l'enfant entre 0 et 3 ans ; Manuel pour l'Intégration des Pratiques de Soins destinés aux Enfants et de Santé dans les Programmes de Nutrition, ACF, 2011").

Le tableau suivant présente ces différentes phases et les classe selon les fonctions concernées :

1 - WHO, (2001). Mental Health and Psychosocial well-being among children in Severe Food Shortage Situations

2 - Inter agencies Standing Committee: Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, Juin 2007

	APTITUDE MOTRICE	APTITUDE DE LANGAGE	APTITUDE COGNITIVE	APTITUDE SOCIALE ET DE JEU
PENDANT LA GROSSESSE	<ul style="list-style-type: none"> • Il peut toucher la paroi abdominale de sa mère. • Il suce son pouce. • Il bouge et calque ses mouvements sur ceux de sa mère. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il entend la musique et les voix, en particulier celle de sa mère. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de réelles intentions, mais des réflexes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il ressent l'état émotionnel de sa mère.
0-3 MOIS	<ul style="list-style-type: none"> • Motilité globale quasi-nulle, il est toujours couché. • Il tète. • Il dort la plupart du temps. • Il tient sa tête droite autour de trois mois. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il pleure ou émet des sons en fonction de son état d'inconfort, de tension ou de bien-être. • Ses sourires sont rapidement symboles de plaisir ou de relaxation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il évite l'inconfort et recherche le plaisir. • Il apprend par l'expérience et la répétition. 	<ul style="list-style-type: none"> • Au début, il évite le contact visuel, puis il commence à regarder les visages humains qui l'entourent. • Il voit clairement à 20 cm. • Le nourrisson est dépendant de son environnement pour son bien-être.
3-9 MOIS	<ul style="list-style-type: none"> • Il s'assoit. • Il se déplace en rampant. • Il se sauve. • Coordination des doigts de la main (amène des objets à sa bouche, manipule des blocs d'une main à l'autre). 	<ul style="list-style-type: none"> • Il utilise son corps pour exprimer ses besoins. • Il rit. • Il gazouille. 		<ul style="list-style-type: none"> • Ses sourires sont sélectifs et sociaux. • Il fait attention aux visages, mimiques et voix. • Il échange avec sa mère, développe des moyens de communication tels que les gazouillis et l'imitation des sons. • Il cherche le contact et la présence de sa mère.
9-18 MOIS	<ul style="list-style-type: none"> • Il se tient droit, au début avec un support (10 mois). • Il marche seul entre 10 et 16 mois. • Pincement entre le pouce et le doigt. • Il manipule lentement des objets : il les attrape, les amène à lui, les regarde, les amène à sa bouche, les suce et les mord. • Il boit tout seul. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deux syllabes. • Il prononce ses premiers mots. 	<ul style="list-style-type: none"> • Commence à comprendre la constance des objets autour de 10 mois. • Commence à s'intéresser aux détails. • Il est capable d'imiter. 	<p>Relation avec sa mère :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il est anxieux lorsqu'on le sépare d'elle. • Il est conscient du plaisir qu'il a à être avec elle, il cherche constamment sa présence. Il la reconnaît et la distingue des autres. Il veut continuer les jeux à deux. <ul style="list-style-type: none"> • À 8 ou 9 mois, un bébé peut exprimer des inquiétudes vis-à-vis d'une personne inconnue. • Il commence à jouer seul. • Il a souvent un objet favori ou transitionnel (couverture).

<ul style="list-style-type: none"> • Il monte et descend les escaliers. • Il commence à courir. • Ses mouvements de bras sont précis et orientés. • Il peut se tenir sur un pied pour attraper un objet. • Il commence à dessiner. • Il aime pousser, tirer, assembler des choses, les remplir, les mettre ensemble, les séparer. • Il peut attraper un ballon et le renvoyer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il prononce ses premières phrases. • Il apprend à dire “non” entre 18 mois et 2 ans. • Son vocabulaire comprend entre 100 et 300 mots. • Il possède divers moyens de communication : le dessin, le langage et l'imitation. • Il est capable d'exprimer des émotions (méfiance, regret, honte, colère, curiosité, joie). 	<ul style="list-style-type: none"> • Il commence à avoir une représentation mentale de son environnement (symbolisme). • Il est capable d'abstraction (de parler d'un objet ou d'une personne absente). • Il commence à s'opposer et à acquérir de l'autonomie. • L'opposition et l'imitation lui servent de moyens d'identification. • Il commence à tester les limites. • Il s'intéresse aux images. 	<ul style="list-style-type: none"> • Il exprime un besoin d'autonomie. • Il prend plaisir à faire les choses lui-même. • En assurant son indépendance, il exerce son besoin de dépendance émotionnelle (il refuse d'aller se coucher, a besoin d'un rituel de coucher), il commence à montrer sa confusion et sa frustration. • Il commence à jouer avec les autres enfants, et surtout avec un en particulier. • Il commence les jeux symboliques. • Il peut faire semblant. • Sa mère reste celle qui le console dans les moments de souffrance émotionnelle et physique.
---	---	--	--

Figure 4 : Développement de l'enfant de 0 à 3 ans, Manuel pour l'Intégration des Pratiques de Soins infantiles et de la Santé Mentale dans les Programmes de Nutrition, ACF 2011

Le tableau suivant fournit des informations sur les différentes manières qu'a un enfant de développer ses actions et attitudes selon chaque phase de fonctionnement, ainsi que les éléments pouvant révéler un retard de développement. Il est important de garder à l'esprit que ce tableau présente des points de référence qui peuvent varier d'un enfant à l'autre. Chaque enfant suit son propre rythme de développement. Selon la culture et le contexte, les enfants se développent différemment en réaction à la stimulation et à l'interaction avec leur entourage et environnement.

Un développement lent peut être “normal” ou bien un symptôme de malnutrition, de mauvaise santé, d'un manque de stimulation ou d'un problème plus grave. Il est important de créer un réseau institutionnel ou des services entre partenaires qui soient capables de diagnostiquer ces enfants et de les prendre en charge.

	Ce que le nourrisson devrait être capable de faire	Quelques suggestions d'attitudes et gestes importants	Signes à ne pas négliger
1 MOIS	<ul style="list-style-type: none"> • Il tourne la tête vers une main qui lui caresse la joue. • Il amène ses deux mains à sa bouche. • Il tourne la tête s'il entend des voix ou des sons familiers. • Il tète le sein et le touche avec ses mains. 	<ul style="list-style-type: none"> • Établir un contact physique et allaiter le bébé dans l'heure qui suit sa naissance. • Soutenir la tête du bébé lorsque vous le tenez à la verticale. • Masser et caresser régulièrement le bébé. • Toujours toucher le bébé avec délicatesse. • L'allaiter régulièrement. • Parler, lire et chanter pour le bébé aussi souvent que possible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le bébé refuse de s'alimenter au sein, ou n'y arrive pas bien. • Le bébé ne bouge pas beaucoup ses membres. • Le bébé réagit peu ou pas du tout aux bruits et lumières fortes. • Le bébé pleure longtemps sans raison apparente. • Le bébé vomit et souffre de diarrhée.
6 MOIS	<ul style="list-style-type: none"> • Il lève la tête et le corps lorsqu'il est couché à plat ventre. • Il attrape et tient les objets suspendus. • Il tient et secoue les objets. • Il roule de chaque côté. • Il s'assoit avec un support. • Il découvre les objets avec ses mains et sa bouche. • Il commence à imiter les sons et les expressions faciales. • Il réagit à son nom et aux visages familiers. 	<ul style="list-style-type: none"> • Allonger le bébé sur une surface plane, propre et sûre où il pourra se déplacer librement et attraper des objets. • Caler le bébé avec un support ou le porter pour qu'il voie ce qui se passe autour de lui. • Continuer à allaiter le bébé tant qu'il le demande nuit et jour, et commencer à introduire d'autres aliments (deux repas par jour entre 6 et 8 mois, 3 à 4 repas par jour entre 8 et 12 mois). • Parler, lire et chanter pour le bébé aussi souvent que possible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Raideur ou difficulté à bouger ses membres. • Mouvement constant de la tête (cela peut être causé par une oreille infectée, qui pourrait entraîner une surdité si elle n'est pas traitée). • Peu ou pas de réaction aux sons, aux visages familiers ou au sein. • Refus du sein ou d'autres aliments.
12 MOIS	<ul style="list-style-type: none"> • Il reste assis sans aucun support. • Il se déplace à quatre pattes et se tient debout en s'accrochant à quelque chose. • Il fait ses premiers pas tout seul. • Il essaie d'imiter les sons et les mots, et répond à des questions simples. • Il aime jouer et taper dans ses mains. • Il répète les sons et les gestes pour attirer l'attention. • Il ramasse des objets en utilisant son pouce et son index. • Il commence à tenir des objets tels qu'une cuillère et une tasse, et essaie de manger seul. 	<ul style="list-style-type: none"> • Montrer des objets à l'enfant en les nommant, lui parler souvent et jouer avec lui. • Profiter des repas pour encourager l'interaction avec tous les membres de la famille. • Si l'enfant a un développement lent ou un handicap physique, se concentrer sur ses capacités. Lui apporter plus de stimulation et interagir avec lui plus souvent. • Ne pas laisser l'enfant dans la même position plusieurs heures de suite. • S'assurer que son environnement est aussi sûr que possible, afin d'éviter les accidents. • Continuer à allaiter l'enfant, s'assurer qu'il a assez de nourriture et qu'il mange des repas familiaux variés. • Encourager l'enfant à se servir d'une cuillère et d'une tasse. • S'assurer que l'enfant a reçu tous les vaccins nécessaires, et qu'il reçoit les compléments recommandés en oligoéléments. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant n'émet aucun son lorsqu'on lui parle. • L'enfant ne regarde pas les objets lorsque vous les déplacez. • L'enfant est apathique et ne réagit pas lorsque vous lui portez de l'attention. • L'enfant n'a pas d'appétit ou refuse de manger.

	Ce que le nourrisson devrait être capable de faire	Quelques suggestions d'attitudes et gestes importants	Signes à ne pas négliger
2 ANS	<ul style="list-style-type: none"> • Il marche, grimpe et court. • Il désigne les objets ou les images que vous nommez (par exemple, le nez, les yeux...). • Il prononce une suite de plusieurs mots (à partir de 15 mois environ). • Il suit des instructions simples. • Il gribouille lorsqu'on lui donne un crayon ou une craie. • Il apprécie les chansons et histoires simples. • Il imite l'attitude des autres. • Il commence à manger seul. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lire et chanter pour l'enfant, et jouer avec lui. • Apprendre à l'enfant à éviter les objets dangereux. • Parler à l'enfant normalement, ne pas utiliser le langage bébé. • Continuer à allaiter l'enfant, s'assurer qu'il a assez de nourriture et qu'il mange des repas familiaux variés. • Encourager l'enfant à s'alimenter sans le forcer. • Fixer des règles simples et lui faire des demandes raisonnables. • Féliciter l'enfant lorsqu'il réussit une tâche. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'enfant ne réagit pas lorsqu'on lui porte de l'attention. • L'enfant a du mal à trouver son équilibre en marchant. • Blessures ou changements de comportement inexplicables (en particulier si d'autres personnes se sont occupées de l'enfant). • L'enfant n'a pas d'appétit.

Figure 5 : "Adapter les actions et attitudes au développement de l'enfant"; Manuel pour l'Intégration des Pratiques de Soins infantiles et de la Santé Mentale dans les Programmes de Nutrition, ACF 2011.

À GARDER À L'ESPRIT CONCERNANT LES SOINS PSYCHOSOCIAUX :

- Le développement d'un enfant commence au début de la grossesse.
- Afin de se développer correctement, *un enfant doit recevoir une stimulation appropriée dans les différentes sphères de développement.*
- *Les soins et l'attention* qu'un enfant reçoit dans les premières années de sa vie sont cruciaux et ont une influence sur son avenir.
- Pour grandir et se développer, un bébé a besoin *d'affection, d'attention et de stimulation, ainsi que d'une bonne nutrition et des soins de santé adéquats.*
- Les enfants doivent *jouer et explorer* pour avoir un bon développement. Les accompagnants doivent leur donner l'occasion de le faire et les y encourager.
- Les adultes apportant à leur enfant des soins et des opportunités de développement devraient être en mesure de *déceler des signes de retard ou de trouble de la croissance ou du développement.*
- Le personnel de l'EMB doit être *correctement formé*, afin de proposer aux enfants des activités de développement adaptées, et de soutenir les donneurs de soins.

4. PRATIQUES D'HYGIÈNE



© ACF - S. Aubrespin - Indonésie

Les jeunes enfants sont plus vulnérables que tout autre groupe aux conséquences néfastes de l'eau non potable, d'un mauvais assainissement et d'un manque d'hygiène, qui causent des maladies telles que la diarrhée et mènent à la malnutrition et au décès.

On estime que le simple fait de se laver les mains au savon réduit presque de moitié l'incidence de la diarrhée. Cela réduit aussi considérablement le risque d'infections respiratoires telles que la pneumonie ou d'autres maladies, dont les infections oculaires comme le trachome.

Dans les situations d'urgence, les conditions de vie font qu'il est difficile d'adopter de bons comportements d'hygiène.

Dans l'Espace Mères-Bébés, certaines activités peuvent aider les parents en partageant des conseils simples d'hygiène avec les bénéficiaires.

POUR PLUS D'INFORMATION, VOIR :

"Savoir pour sauver" 4ème Edition,
UNICEF et al. 2010

[http://www.factsforlifeglobal.org/
resources/factsforlife-fr-full.pdf](http://www.factsforlifeglobal.org/resources/factsforlife-fr-full.pdf)

Les éléments suivants devraient être considérés et encouragés par l'équipe de l'Espace Mères-Bébés :

- Les parents et donneurs de soins doivent se laver les mains à l'eau et au savon pour ces moments très importants :
 - après avoir lavé le nourrisson ou le jeune enfant qui a déféqué,
 - après avoir aidé l'enfant à utiliser les toilettes ou latrines,
 - après être eux-mêmes allés aux toilettes ou latrines,
 - avant de toucher la nourriture et de nourrir de jeunes enfants,
 - après avoir manipulé des ordures.
- Les parents et donneurs de soins doivent aider les enfants à prendre l'habitude de se laver les mains au savon avant de manger et après avoir utilisé les latrines ou toilettes. S'ils ne disposent pas de savon, ils peuvent se laver les mains avec des cendres et de l'eau.
- Se laver le visage et les mains à l'eau et au savon chaque jour aide à prévenir les infections oculaires. Dans certains endroits du monde, les infections oculaires peuvent se transformer en trachome, qui peut provoquer une cécité.
- Les bains, surtout pour les bébés, devraient être donnés pendant les heures les plus chaudes de la journée, et non tôt le matin ou tard le soir.

Dans le contexte des Espaces Mères-Bébés, les questions d'hygiène générale sont pour la plupart discutées en collaboration avec les équipes EAH (Eau, Assainissement et Hygiène) d'ACF. En l'absence d'une équipe EAH d'ACF, il est nécessaire de travailler avec les ONG présentes ou partenaires locaux spécialisés dans l'EAH afin de garantir que :

- Toutes les déjections (humaines et animales) soient débarrassées. S'assurer que tous les membres de la famille utilisent des toilettes, latrines ou un pot (pour les jeunes enfants) est le meilleur moyen pour se débarrasser des déjections. En l'absence de toilettes, celles-ci doivent être enterrées.
- Toute eau bue et utilisée par les populations doit provenir d'une source sans danger ou être purifiée. Les récipients servant à transporter et stocker l'eau doivent être propres à l'intérieur comme à l'extérieur, et disposer d'un couvercle, afin de garder l'eau propre. Si nécessaire, il est possible de purifier l'eau en la traitant dans le foyer, soit en la faisant bouillir, soit en la filtrant, en y ajoutant du chlore ou en la désinfectant à la lumière du soleil.
- Tous les déchets du foyer soient éliminés, afin de garder un environnement propre et sain, ce qui aide à prévenir les maladies.
- L'hygiène est primordiale en période de règles. Des produits d'hygiène féminine propres et secs doivent être mis à la disposition des jeunes filles et des femmes. Un espace propre et privé doit leur être proposé, afin qu'elles puissent faire leur toilette, mais aussi laver et sécher leurs linges. Les serviettes hygiéniques doivent être soigneusement jetées avec les autres déchets, ou bien brûlées.

L'attention que porte le donneur de soins à l'hygiène de son bébé est également un indicateur significatif de sa relation avec l'enfant. Les équipes de l'Espace Mères-Bébés doivent donc concentrer leur aide et leurs activités sur les aspects psychosociaux liés à l'hygiène.

Par exemple, proposer des activités telles que donner le bain aux bébés dans l'Espace Mères-Bébés est un moyen intéressant de soutenir les bénéficiaires, d'évaluer les sentiments et l'état émotionnel du donneur de soins, et de renforcer la relation donneur de soins-enfant.

Si le bébé a des problèmes de peau, la mère peut ajouter du lait maternel à l'eau du bain, au lieu d'utiliser du savon. Il est important de préciser ici que, quelles que soient les conditions de vie durant l'urgence, la manière dont les individus s'occupent de leur hygiène corporelle et de leur environnement immédiat reflète aussi leur état psychologique et émotionnel.

En effet, une personne qui souffre de dépression ou de toute autre difficulté psychologique ou émotionnelle aura beaucoup plus de mal à prendre soin d'elle-même ou de sa maison. Les conditions d'hygiène reflètent l'état intérieur de la personne et donnent des indications sur son estime de soi et son amour-propre

À GARDER À L'ESPRIT CONCERNANT L'HYGIÈNE

- L'hygiène est un facteur important de la réduction des risques d'exposition aux maladies.
- Il est primordial que les donneurs de soins se lavent soigneusement et régulièrement les mains à l'eau et au savon.
- Une attention particulière doit être portée à la qualité de l'eau potable utilisée par les donneurs de soins et donnée aux enfants.
- La santé mentale est un facteur qui affecte les pratiques d'hygiène.
- La manière dont les donneurs de soins s'occupent de l'hygiène corporelle du jeune enfant reflète également la qualité de la relation donneur de soins-enfant.
- Les questions d'hygiène générale doivent être discutées en coordination avec les équipes EAH.

5. PRÉPARATION ET CONSERVATION DES REPAS

Dans le contexte des pratiques de soins infantiles, la préparation des repas renvoie à :

- 1) La préparation, cuisson et transformation des aliments au sein du foyer (temps passé à préparer les repas, techniques d'économie du combustible, etc.) ;
- 2) Le stockage des aliments (afin d'éviter la contamination bactérienne des aliments et leur perte) ;
- 3) L'hygiène entourant les aliments (temps réduit entre la préparation des aliments et leur consommation, bonne hygiène des ustensiles).

Les efforts et les compétences liés à ces activités ont un impact sur la nutrition de l'enfant, et peuvent être affectés dans un contexte d'urgence. Même avant la crise, il est possible que ces pratiques n'aient pas été adéquates, et la nouvelle situation risque de réduire la disponibilité de la nourriture et le temps passé par les femmes à la préparation des repas.

Des données de base concernant la préparation des repas sont communiquées aux bénéficiaires et discutées au sein de l'EMB. Durant les groupes de parole, les femmes peuvent parler de leurs pratiques et recevoir des conseils de la part de l'équipe ACF sur la meilleure manière de préparer et stocker la nourriture, en tenant compte des contraintes induites par le contexte d'urgence. Il est possible d'organiser des sessions spécifiques sur la charge de travail et la gestion du temps afin de se ménager des moments consacrés à la préparation de la nourriture.

Les questions relatives à la préparation des repas sont discutées en collaboration avec les équipes d'ACF des programmes Nutrition et Sécurité Alimentaire.

À GARDER À L'ESPRIT CONCERNANT LA PRÉPARATION ET LA CONSERVATION DES REPAS

- La préparation et la conservation des aliments est un facteur important en termes de nutrition et de santé de l'enfant.
- La gestion des questions générales relatives à la préparation/conservation des repas se fait en collaboration avec les équipes des programmes Nutrition et Sécurité Alimentaire.

Les situations d'urgence exacerbent tous ces facteurs.

Les croyances et attitudes culturelles et religieuses ont des conséquences profondes sur de nombreux aspects des soins, comme par exemple le rôle des guérisseurs traditionnels au sein de la communauté, ou l'attribution des causes d'une maladie. Qui plus est, de nombreuses restrictions alimentaires culturelles risquent d'entraîner des taux accrus de malnutrition et de carences.

GESTION DES MALADIES AU SEIN DU FOYER ET UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Les soins que reçoivent les enfants chez eux, de la part de leur famille, et au sein de leur communauté, est tout aussi important que les soins dispensés par les structures de soins. C'est pourquoi améliorer la manière dont les enfants sont traités et soignés par leur communauté est reconnu comme un outil vital dans la lutte pour protéger les enfants des maladies.

L'importance d'un allaitement et d'une alimentation complémentaire optimaux, ainsi que d'une bonne hygiène, dans la prévention des maladies et la bonne santé, croissance et développement d'un enfant a déjà été abordée plus haut.

Voici quelques conseils pouvant vous aider à prévenir les maladies chez l'enfant et les femmes enceintes et allaitantes en situation d'urgence :

- Encouragez les femmes enceintes à bénéficier de soins prénataux, si cela est possible et que les structures de soins fonctionnent.
- Emmenez les enfants recevoir une vaccination complète avant leur premier anniversaire, car c'est cela qui les protégera des maladies pouvant entraîner des retards de croissance, des handicaps ou même le décès. En situation d'urgence, cela est d'autant plus important que les conditions de vie détériorées, dans des espaces surpeuplés, peuvent entraîner une plus grande exposition aux maladies.

Inévitablement, les enfants seront malades de temps en temps. Dans ce cas, de bonnes pratiques de soins empêcheront la maladie de s'aggraver, et feront barrière aux complications et au décès :

- Continuez à donner le sein aux enfants malades. S'ils ont moins faim, il faudra peut-être les allaiter plus souvent, pour être sûrs qu'ils boivent assez de lait.
- Pour les enfants de plus de 6 mois, continuez à leur donner du lait maternel, mais aussi des aliments complémentaires. Si l'enfant n'a pas faim, donnez-lui de petites portions plusieurs fois par jour et assurez-vous qu'il soit riche en énergie et vitamines.
- Pour les enfants non-allaités, donnez-leur plus de liquides sûrs tels que l'eau potable. S'ils souffrent de diarrhée ou de fièvre, donnez-leur encore plus de liquides.
- Laissez l'enfant se reposer. Dormir est un bon moyen de lutter contre la maladie. Apportez-lui encore plus d'attention et d'amour (prenez-le dans vos bras, chantez-lui des chansons, racontez-lui des histoires, etc.).
- Si l'enfant a des plaies, nettoyez-les à l'eau propre et au savon, et appliquez-y du désinfectant

ou utilisez du lait maternel¹ pour nettoyer la plaie et couvrez-la afin qu'aucune impureté ne pénètre à l'intérieur.

- Lorsqu'un enfant est très malade, amenez-le à la structure de soin la plus proche, si celle-ci fonctionne pendant l'urgence. Si vous attendez trop, la santé de l'enfant risque de se détériorer. Par conséquent, allez-y aussi vite que possible si :
 - L'enfant a de la fièvre depuis plus d'une journée.
 - L'enfant souffre de diarrhée continue depuis plusieurs jours.
 - L'enfant refuse de manger.
 - L'enfant est trop faible pour jouer, parler, marcher, s'asseoir...
 - L'enfant a une blessure profonde, ou bien une blessure qui devient jaune et sent mauvais.
 - L'enfant souffre de brûlures.
- Suivez les conseils des professionnels de santé :
 - Donnez les gouttes ou les cachets en respectant les quantités et la fréquence prescrites : donner plus de gouttes ou de cachets que prescrit peut rendre l'enfant encore plus malade. Donnez les gouttes ou cachets tels qu'ils ont été prescrits, et ce jusqu'à la fin du traitement. N'arrêtez pas lorsque l'enfant se sent mieux.
 - Retournez au centre de soins pour un contrôle, tel que l'a prescrit le professionnel de santé.
 - Retournez au centre de soins si l'enfant ne va pas mieux après avoir pris le traitement pendant quelques jours.
 - Retournez au centre de soins si l'état de l'enfant empire. Si le professionnel de santé vous conseille d'aller voir un spécialiste, faites-le aussi vite que possible.

POUR PLUS D'INFORMATION, VOIR :

“Improving Child Health in the Community”, WHO (en anglais)
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/fch_cah_02_12/en/index.html

PROTECTION AU SEIN DU FOYER

- Protégez les enfants dans les zones touchées par le paludisme, en vous assurant qu'ils dorment sous une moustiquaire enduite d'insecticide, car :
 - Le paludisme est transmis par les moustiques qui piquent la nuit.
 - Le paludisme est une maladie grave qui cause une anémie, des convulsions et le décès. Il est très dangereux pour les jeunes enfants et les femmes enceintes.
- Répondez aux besoins de soins d'un enfant en jouant avec lui, en lui parlant et en créant un environnement stimulant.

¹ - Le lait maternel a des propriétés antibactériennes.

- Protégez les enfants des blessures et des accidents, et apportez-leur un traitement si nécessaire :
 - Ne laissez pas l'enfant jouer près d'objets qui peuvent le blesser : verre brisé, clous, objets tranchants.
 - Ne laissez pas de jeunes enfants sans surveillance sur une table, une chaise ou toute autre surface élevée. Ils pourraient tomber et se blesser gravement.
 - Ne laissez pas les enfants sans surveillance près d'articles dangereux qu'ils pourraient boire ou manger, tels que les produits d'entretien, l'essence, le poison contre les rats, l'alcool, les comprimés de chlore...
 - Ne laissez pas les enfants s'approcher du feu, ils pourraient se brûler gravement.
 - Ne laissez pas les enfants sans surveillance près d'un plan d'eau (lac, rivière) car ils pourraient y tomber et se noyer. Les jeunes enfants peuvent même se noyer dans un seau d'eau ou bien leur bain !
 - Ne laissez pas les enfants sans surveillance près de routes où passent des voitures et des motos.

À GARDER À L'ESPRIT CONCERNANT LES PRATIQUES DOMESTIQUES DE SANTÉ :

- Les situations d'urgence exacerbent les facteurs négatifs pouvant avoir un impact sur les bonnes pratiques domestiques de santé.
- Pendant une urgence, alors que les conditions de vie peuvent rendre difficile d'assurer un environnement sûr pour un enfant, l'équipe de l'EMB doit soutenir les familles afin de garantir un minimum de sécurité à la maison et protéger l'enfant des accidents, des maladies et de la violence.

II. ESPACES MÈRES-BÉBÉS



Dans les situations d'urgence, qu'elles soient provoquées par l'homme ou bien des catastrophes naturelles, les taux de maladies et de décès parmi les enfants de moins de deux ans sont généralement plus élevés que pour les autres groupes d'âge, les plus hauts risques concernant les nourrissons.

En effet, l'état des donneurs de soins et des enfants (aussi bien en termes de santé, de nutrition que d'état psychologique) ainsi que leurs relations sont affectés par le déplacement, le deuil (perte d'un enfant, d'un conjoint, d'un parent...) et les expériences traumatisantes, aggravés par les bouleversements dans l'environnement habituel, les ressources et les personnes qui aidaient traditionnellement la famille, ainsi que par la nécessité de trouver des moyens de survie. Le stress causé par les situations d'urgence peut temporairement interférer avec la production de lait maternel des mères allaitantes, comme nous l'avons constaté après le cyclone Nargis qui a frappé la Birmanie en 2008.

Dans de tels contextes, les pratiques de soins infantiles sont affectées, ce qui met en danger le développement, la santé et le statut nutritionnel des jeunes enfants...

En conséquence, il est nécessaire d'apporter une aide appropriée aux enfants et à leurs donneurs de soins, afin de réduire le risque de malnutrition et de retard de développement, et de promouvoir ou restaurer des pratiques de soins adaptées aux enfants. En ce sens, le concept de l'Espace Mères-Bébés apparaît comme un cadre adapté et efficace. **Étant donné les risques qui menacent les nourrissons et les jeunes enfants dans les contextes d'urgence, des Espaces Mères-Bébés devraient être mis en place, même si le taux de malnutrition est bas.**

1. OBJECTIFS ET GROUPES CIBLES



© ACF - Burundi

L'objectif global des Espaces Mères-Bébés est de protéger les nourrissons et les jeunes enfants au sein de leur famille dans les situations d'urgence, par l'optimisation des pratiques de soin avec une approche holistique pour les femmes enceintes et allaitantes et leurs enfants.

Plus concrètement, l'idée de l'Espace Mères-Bébés est de créer :

- un espace où les nourrissons, les jeunes enfants et leurs donneurs de soins, ainsi que les femmes enceintes sont accueillis et reçoivent du soutien ;
- un endroit sûr, où il est possible de partager son expérience et d'avoir droit à une intimité ;
- un lieu où les donneurs de soins et leurs enfants se retrouvent pour partager un moment agréable, positif et gratifiant ;
- un endroit où l'on apporte sensibilisation, conseils et soutien aux donneurs de soins des nourrissons et jeunes enfants, ainsi qu'aux futures mères ;
- un lieu de promotion et de renforcement des pratiques de soins infantiles et prodigués par les parents, donneurs de soins, familles et communautés ;
- un endroit pour renforcer les liens communautaires, pour se rencontrer et échanger des opinions, ce qui peut donner l'occasion d'échanger des informations sur des sujets tels que l'allaitement, l'hygiène, la nutrition, etc. ;
- un lieu où les liens entre la mère/le parent et l'enfant peuvent être développés et renforcés, et où la capacité des mères/donneurs de soins à s'occuper de leur enfant en dépit des conditions de vie difficiles peut être renforcée ;
- un lieu de prévention et de détection de la malnutrition aigüe chez les nourrissons, jeunes enfants ainsi que chez les femmes enceintes et allaitantes.

- un endroit pour identifier les personnes en état de détresse émotionnelle ; où on leur apporte un soutien psycho-social ou psychologique
- un lieu où des soins de bonne qualité destinés aux nourrissons sont prodigués en toute sécurité (c'est-à-dire donner un bain, proposer des espaces d'allaitement si le camp n'offre aucune intimité, etc.)
- un contexte dans lequel des pratiques de soins optimales sont assurées et encouragées via le soutien aux familles et la prise de conscience de la communauté

Action contre la Faim s'est engagé dans la création et la mise en place de directives psychosociales IASC¹. Le programme psychosocial développé dans les Espaces Mères-Bébés doit apporter un soutien aux premier et deuxième degrés de la pyramide. Néanmoins, une proche coordination avec l'unité spéciale est attendue et doit être développée au début du programme.

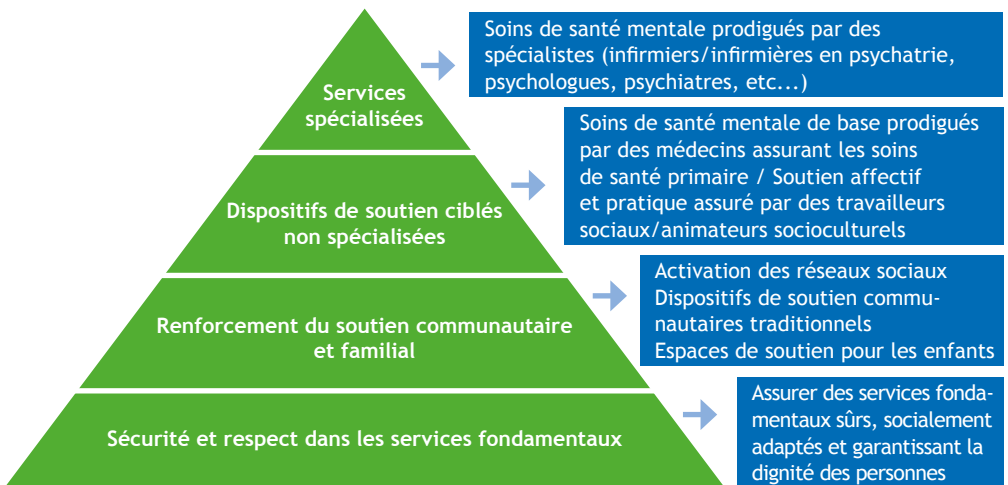


Figure 6 : pyramide des interventions psychosociales

Les groupes cibles de l'EMB sont :

- bénéficiaires directs :
 - toutes les femmes enceintes,
 - toutes les mères allaitantes et leur(s) enfant(s),
 - tous les enfants de moins de 2 ans (allaités ou non) et leurs donneurs de soins ;
- bénéficiaires indirects :
 - la famille étendue des nourrissons et jeunes enfants,
 - les autres membres de la communauté qui sont affectés par la situation d'urgence.

1 - Inter agencies Standing Committee: Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, Juin 2007

À propos des soins destinés aux enfants de plus de 2 ans :

Il peut arriver que des mères/donneurs de soins arrivent à l'Espace Mères-Bébés accompagnés d'enfants de plus de 2 ans. Ces enfants n'étant pas considérés comme des bénéficiaires directs de cette intervention, il est nécessaire de trouver des solutions pour permettre à ces mères/donneurs de soins de participer aux activités.

- 1) L'équipe doit vérifier s'il existe un Espace Mères-Enfants dans la zone d'intervention.
- 2) Si c'est le cas, un système de référencement doit être développé avec l'agence organisant les activités.
- 3) Si non, les équipes d'ACF devraient encourager la création de tels espaces pour les enfants de plus de 2 ans.
- 4) S'il n'est pas possible d'adresser ces enfants à des services externes, des activités de développement de base pour les enfants âgés de 2 à 5 ans devraient être organisées dans l'Espace Mères-Bébés ou à côté. Dans ce cas, l'espace de l'EMB doit être réorganisé afin que les autres activités (sessions de jeu donneur de soins-enfant, allaitement, groupes de parole...) ne soient pas perturbées.

2. CRITÈRES D'ADMISSION ET DE SORTIE POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE L'ESPACE MÈRES-BÉBÉS

Les critères d'admission sont :

- 1) Grossesse (selon le contexte de chaque programme, les femmes enceintes peuvent être admises dès qu'elles apprennent leur grossesse, ou bien seulement au troisième mois de la grossesse - par exemple si le nombre de bénéficiaires est déjà très élevé) ;
- 2) Mères allaitantes ;
- 3) Tous les enfants âgés de 0 à 2 ans.

Les critères de sortie sont :

- 1) Enfants de plus de 2 ans ;
- 2) Abandons ;
- 3) Décès des bénéficiaires.

Lorsqu'un individu "abandonne", il est important pour l'équipe d'identifier pourquoi cette personne a cessé de venir à l'Espace Mères-Bébés depuis plus de deux semaines. Il est nécessaire de recueillir des informations sur les bénéficiaires (par exemple, ceux qui ont déménagé) et d'effectuer une visite à leur domicile afin d'évaluer la situation. Certaines questions doivent être éclaircies : pourquoi ces bénéficiaires ont-ils décidé de ne plus participer au programme ? Existe-t-il une situation d'urgence qui les empêche de se rendre à l'Espace Mères-Bébés ? Y a-t-il une incompréhension vis-à-vis du programme qui pourrait expliquer leur absence ? Quelle est la situation actuelle des bénéficiaires ? (Si la situation est préoccupante et que le bénéficiaire refuse de participer aux activités de l'EMB, l'équipe devrait explorer la possibilité de les adresser à d'autres programmes existants).

Bien sûr, le paragraphe qui précède ne s'applique pas aux **femmes enceintes qui accouchent**. Dans de nombreux contextes culturels, une période de 40 jours doit être respectée avant que la mère (et parfois le bébé) ne puissent sortir de la maison. Lorsque l'équipe apprend qu'une femme enceinte a accouché, une visite à son domicile doit être organisée (si cela est accepté culturellement) afin d'apporter à la mère et à l'enfant un soutien adapté. La mère devrait être encouragée à se rendre à l'EMB dès que possible.

Le décès d'un bénéficiaire ne signifie pas forcément l'exclusion du programme. Au contraire, il s'agit d'un moment où le donneur de soins a davantage besoin de soutien pour faire face au deuil suite à la perte de l'enfant/du nourrisson, ou bien le nouveau donneur de soins a besoin de davantage de soutien pour faire face à la mort du donneur de soins habituel. Ces bénéficiaires requièrent une attention accrue et doivent être accueillis au sein du programme s'ils le souhaitent. Sachez que cela risque de leur être difficile de continuer à venir à l'EMB (surtout dans le cas de leur décès d'un enfant). Dans ce cas, l'équipe devrait organiser des visites à domicile.

Dans certains contextes, le nombre de bénéficiaires est parfois trop élevé. Dans ce cas, avant de modifier les critères de sortie, d'autres types d'ajustements doivent être envisagés : ouvrir un nouvel EMB, trouver un espace plus grand, réorganiser le planning (par exemple, les femmes peuvent venir par demi-journée, ou seulement un jour sur deux, etc.). Modifier les critères d'admission et de sortie afin d'accueillir plus de bénéficiaires doit être la dernière option, la visée de l'EMB étant de soutenir toutes les femmes enceintes et allaitantes et leurs nourrissons.

Il est essentiel de garder à l'esprit que les Espaces Mères-Bébés ont un but qualitatif et un objectif préventif. Cela signifie que même si la situation des donneurs de soins et des nourrissons s'améliore, ils continuent d'être les bienvenus dans le programme. Par conséquent, l'amélioration de la situation des bénéficiaires n'est pas un critère de sortie (sauf pour les activités de soutien psychologique - voir ci-dessous).

Note sur le statut et l'enregistrement des bénéficiaires

Dans les fichiers de l'équipe, chaque bénéficiaire est compté et enregistré comme suit : un donneur de soins¹ et son bébé sont comptés comme deux bénéficiaires (un donneur de soins + un enfant), alors qu'une femme enceinte est comptée comme un bénéficiaire (une femme enceinte). Si une mère a plus d'un enfant de moins de deux ans admis dans le BFS, le nombre de bénéficiaires est une mère + nombre d'enfants.

Lorsqu'une femme enceinte accouche, elle change de statut et est comptée comme une femme allaitante (et plus comme une femme enceinte) + un enfant (ou le nombre d'enfants si elle en a plus d'un).

Si une mère est à la fois allaitante et enceinte, elle est comptée comme une mère allaitante + nombre d'enfants déjà admis. Lorsqu'elle accouchera, le nouveau-né sera ajouté aux bénéficiaires.

Dans les archives du programme, chaque bénéficiaire est enregistré sous un numéro (ce code

¹ - Dans la plupart des cas, le donneur de soins sera la mère. Mais cela peut arriver que le nourrisson soit amené par une grand-mère, un père (car la mère est décédée, ou vient d'accoucher). Les donneurs de soins doivent être enregistrés en tant que tel. Faites attention, avec les donneurs de soins masculins, à ce qu'il est culturellement accepté de faire (par exemple, les femmes ont-elles le droit de donner le sein devant des hommes ?). Si ce n'est pas le cas, des adaptations spécifiques doivent être faites, telles qu'un créneau horaire réservé aux pères/donneurs de soin masculins, des visites à domicile, etc.

est écrit sur la carte remise à chaque bénéficiaire). Par conséquent, lorsqu'une femme enceinte accouche, elle conserve le même numéro et son nom est simplement déplacé d'une liste à l'autre. Un exemple de fichier et de carte de bénéficiaire est présenté dans la boîte à outils.

Zone de couverture

Il est très utile de savoir quelles zones sont couvertes par l'EMB, et pas seulement le nombre d'admissions ou la fréquence de visites à l'EMB. La taille de la zone dépend de votre cible définie pendant et après l'évaluation : cela peut être un camp, un district, un village ou une ville. Il peut être utile, lorsque vous enregistrez les bénéficiaires, de savoir où ils vivent, pour mieux connaître leur trajet. Par exemple, à Port-au-Prince, certains bénéficiaires devaient marcher pendant une heure et demie pour atteindre l'EMB !

La meilleure méthode est de conduire une enquête de couverture. Le minimum est d'estimer le nombre de femmes enceintes et d'enfants de moins de 2 ans dans la zone, et de comparer ce nombre au nombre de bénéficiaires que vous avez. Vous pourrez établir le nombre de femmes enceintes et de nourrissons grâce à différentes sources, selon le contexte : sources médicales ou administratives, autres ONG, informations de gestion du camp. Dans le cas où vous n'auriez accès à aucune donnée, vous pouvez faire un premier tri via les équipes d'aide sociale.

3. DESCRIPTION DE L'ESPACE MÈRES-BÉBÉS



© ACF - Djibouti

EMPLACEMENT ET ORGANISATION PHYSIQUE

L'Espace Mères-Bébés est un espace, qui peut être une tente, un abri, une pièce, un espace dans les services de soins ou d'autres services disponibles (« coin bébé »)... situé à proximité des bénéficiaires (par exemple, à l'intérieur d'un camp de réfugiés ou de déplacés, ou bien au cœur d'un village

défavorisé ou d'une communauté urbaine pauvre). L'organisation et la modalité d'intervention dépendront du type d'urgence et du contexte. Par exemple, si la zone affectée par l'urgence est constituée de petits villages éloignés les uns des autres, une équipe mobile se déplacera de village en village pour y mettre en place des activités au niveau de la communauté ou même de la maison. Des conseillers mobiles peuvent être désignés à la place ou en plus de l'EMB. Selon la modalité d'intervention, les activités doivent être adaptées au contexte et à la faisabilité.

Situation Modalités d'intervention	Camp de réfugiés/ de déplacés internes	Petits villages dispersés	Foyers de familles vulnérables sur une large population	Centre de transit pour réfugiés/déplacés internes	Contexte urbain ou villages peuplés
Espace Mères-Bébés	Oui	Non	Non	Oui	Oui, s'il y a suffisamment de place
Coin bébé	Si les services du camp ont l'espace et la capacité	Oui (dans le centre de soins)	Possible	Si les services ont l'espace et la capacité	Oui
Conseiller mobile	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Figure 7 : "type d'organisation". Ce tableau est seulement indicatif. Il n'est ni exhaustif, ni obligatoire.

L'atmosphère de l'Espace Mères-Bébés doit être agréable, afin que les bénéficiaires s'y sentent à l'aise et en sécurité, et assez détendus pour partager leurs expériences et développer une relation de confiance avec l'équipe. Par conséquent, il doit être calme et privé, et aussi accueillant et chaleureux que possible. Lorsque différents groupes culturels sont présents, assurez-vous que les individus (les bénéficiaires comme les employés) sont d'accord pour être ensemble et partager leurs expériences.

Il s'agit d'un espace où les donneurs de soins et les femmes enceintes peuvent venir avec leurs enfants pour trouver un environnement calme où partager leurs expériences, recevoir de l'aide, des conseils, et allaiter. C'est un espace où une équipe de professionnels formés (travailleurs psychosociaux, travailleurs sociaux, éducateurs, psychologues) leur fourniront des soins et du soutien via l'ANJE (Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant) : conseils, soutien psychosocial, groupes de parole, activités parents-enfants, stimulation de l'enfant. Selon les spécificités du contexte, les activités pourront être organisées dans des lieux fixes (même endroit, tous les jours ouvrés de la semaine) ou dans différents endroits (l'EMB se déplaçant d'un endroit à l'autre). De plus, les visites à domicile représentent un aspect important des activités de l'Espace Mères-Bébés. Les activités au sein de la communauté font partie du programme. La structure et les besoins d'une intervention dépendront du type d'intervention, mais aussi de la culture et des spécificités du pays d'intervention, ainsi que du climat.

Si l'Espace Mères-Bébés est installé dans un endroit fixe, l'équipe devra faire attention aux points suivants :

- L'Espace Mères-Bébés devrait être placé à proximité du lieu de vie des bénéficiaires. Assurez-vous que l'accès soit facile et possible en toute saison (même pendant la saison des pluies ou la saison froide).
- L'Espace Mères-Bébés doit idéalement être situé dans un endroit calme et propre, loin des bruits, odeurs et fumées de l'extérieur (provoqués par les marchés, les décharges, les usines, les routes principales...) et loin des endroits non-hygiéniques telles que les marécages, les puits désaffectés, les zones non-drainées, etc.
- Assurez-vous que l'accès en camion y soit facile, afin de permettre les livraisons et les ravitaillements en eau. *Note : si vous choisissez un endroit en saison sèche, vérifiez quelles seront les conditions pendant la saison des pluies.*
- Si la population cible est dispersée, il est préférable d'ouvrir un plus grand nombre de petits sites, au lieu d'un seul gros.
- Si possible, ils doivent être situés près des autres services associés, tels que la maternité, les centres de soins, les cliniques mères-enfants, etc. afin de faciliter la collaboration et les recommandations.
- L'espace devra ressembler le plus possible à l'environnement habituel des bénéficiaires. Par exemple, si la coutume locale est de s'asseoir les uns à côté des autres sur des tapis lors des rassemblements, des tapis devront être utilisés également dans l'EMB.
- Les décorations contribuent à créer une atmosphère amicale, positive et accueillante : couleurs, dessins d'enfants, etc. Cela n'est pas nécessairement cher ! Si des affiches d'éducation à la santé doivent être posées, elles ne doivent pas être trop nombreuses et doivent se limiter aux sujets pertinents. Assurez-vous que ces affiches soient agréables à regarder et qu'elles incitent à une attitude positive.
- Maintenez un niveau minimum de confort au sein de l'Espace Mères-Bébés : assurez-vous, autant que possible, que la température y soit acceptable. Les tentes, par exemple, se montent rapidement et facilement, mais l'expérience nous a appris que dans les climats chauds, la température y grimpe rapidement. Un tissu supplémentaire placé au-dessus, un ventilateur électrique, le fait d'ouvrir les côtés... peut aider à maintenir une température raisonnable.
- Faites attention à garantir un accès à l'eau potable.
- Assurez-vous que la taille de votre Espace Mères-Bébés correspond au nombre de bénéficiaires attendus.
- La question de la sécurité pour l'Espace Mères-Bébés et les équipes qui y travaillent doit être étudiée attentivement.

Afin de commencer les activités aussi vite que possible, vous pouvez mettre en place un premier Espace Mères-Bébés et prendre le temps de chercher de meilleures solutions.

- L'Espace Mère-Enfant doit présenter les éléments suivants :
 - une salle d'attente ;
 - un espace pour les activités de groupe ;
 - un espace pour les discussions individuelles ;
 - un espace pour les sessions de soutien psychologique ;
 - un espace pour stocker le matériel ;
 - si les provisions de substitut du lait maternel ne peuvent pas se faire dans un autre endroit, il vous faudra définir un espace à part au sein de l'EMB pour les bénéficiaires de ces substituts (voir plus bas) ;
 - un espace pour que les enfants plus grands puissent jouer ;
 - assez d'intimité pour permettre l'allaitement, selon ce qui est acceptable dans la culture concernée ;
 - assez d'intimité pour éviter que les gens qui passent s'arrêtent pour regarder et dérangent les sessions ;
 - assez d'eau potable propre et de tasses ;
 - un endroit pour laver les tasses ou autres récipients ;
 - une proximité avec des toilettes ou latrines propres ;
 - une zone pour se laver les mains ;
 - un pèse-bébé, une échelle de mesure enfant, PB (si besoin).

Le fait d'avoir le matériel nécessaire à l'installation déjà prêt, dans le stock de contingence, vous permettra d'avancer plus vite !

Le matériel dont vous aurez besoin dépendra du type d'activités que vous conduirez, mais toute intervention devrait disposer de :

- tapis, coussins ou autres meubles ;
- jouets adaptés à l'âge des bénéficiaires ;
- jouets pour que les enfants plus âgés puissent s'amuser ;
- des outils pédagogiques : poupées de démonstration, tableaux pour faire des dessins, brochures, schémas, etc. ;
- des tasses ;
- du savon ;
- du matériel d'hygiène bébé, si cela fait partie des activités : petite baignoire, savon, serviettes, eau chauffée ;
- huile bébé pour massages ;
- des instruments de musique (pour les activités donneurs de soins-bébés ou les séances de relaxation).

CHOIX DES INTERVENTIONS MISES EN PLACE DANS L'ESPACE MÈRES-BÉBÉS

Le choix du type d'intervention dépendra :

- du contexte d'intervention et de la situation à laquelle s'adapter ;
- des besoins identifiés dans l'analyse rapide initiale ;
- de la présence d'un personnel et de services de santé et de leur expertise ;
- de l'expertise et des compétences de l'équipe ACF; si des compétences supplémentaires sont nécessaires pour répondre aux besoins identifiés, celles-ci doivent être demandées ;
- de la présence d'autres ANJE-U et/ou acteurs psycho-sociaux sur le terrain ;
- de la présence de directives nationales et d'une réponse coordonnée.

Il est important de garder à l'esprit que les *besoins d'une population en situation de post-urgence évoluent*. Au début de l'urgence, les personnes sont souvent en état de choc ; leur quotidien est en suspens. Peu à peu, les gens vont reprendre leurs activités habituelles, essayer de gagner de quoi nourrir leur famille, reconstruire leur maison, et les enfants retourneront à l'école.

Il est primordial que les activités de pratiques de soins répondent aux besoins réels des bénéficiaires, en tenant compte de leur disponibilité et, bien entendu, du contexte et des pratiques culturelles. Par conséquent, les besoins devront être constamment réévalués et les activités adaptées en conséquence.

Les interventions proposées par l'Espace Mères-Bébés sont appliquées à différents niveaux : individu, famille, petits groupes, communauté. Certaines de ces activités *peuvent avoir lieu à l'extérieur de l'Espace Mères-Bébés*. C'est le cas pour :

- les visites à domicile pour les bénéficiaires de l'EMB ;
- les sessions d'information de la communauté (sur les pratiques de soins infantiles, par exemple)
- les activités au sein de la communauté (pièces de théâtre par exemple, sur des thèmes liés aux pratiques de soins infantiles) ;
- les interventions de groupe au sein de la communauté (par exemple sur les différentes solutions qui permettraient aux femmes de trouver le temps - ou d'obtenir la permission - de se rendre à l'EMB) ;
- la formation des sages-femmes traditionnelles.

L'Espace Mères-Bébés offre une vaste gamme d'activités adaptées aux besoins des bénéficiaires (c'est-à-dire à la fois aux besoins généraux identifiés parmi la population, et aux besoins individuels des bénéficiaires). Ensuite, tous les bénéficiaires n'ont pas forcément à participer à toutes les activités proposées, bien qu'ils y soient toujours conviés.

Qu'un bénéficiaire demande un suivi spécifique (soutien psychologique individuel, par exemple) ou non, le personnel portera toujours une attention personnalisée à tous les bénéficiaires de l'Espace Mères-Bébés.

Note sur l'enregistrement des données liées aux activités de l'EMB : lorsque les bénéficiaires sont admis dans l'Espace Mères-Bébés, on leur propose un "package d'activités" qui sont adaptées à la situation locale et à leurs besoins identifiés. Par conséquent, comme nous considérons que chacun d'eux bénéficie de ce "package" global, il est inutile de noter le nombre de présents pour chaque activité. Seul le nombre de bénéficiaires admis est pertinent.

L'ÉQUIPE DE L'ESPACE MÈRES-BÉBÉS

Les activités qui seront organisées dépendront du contexte local et des spécificités culturelles, ainsi que des capacités et compétences du personnel recruté. L'équipe de l'Espace Mères-Bébés est composée de professionnels formés/assistants formés.

Pour gérer le programme, la préférence est donnée à un profil de psychologue, avec de l'expérience dans le développement de la petite enfance, bien que nous recommandions également une formation et un suivi par un expert en alimentation des jeunes enfants.

Il est difficile de déterminer quelles études ou quel diplôme les travailleurs psychosociaux devraient présenter, étant donné que cela varie entre les pays et les régions. De manière générale, les équipes de l'Espace Mères-Bébés devraient comprendre des psychologues, des travailleurs psychosociaux, des animateurs, des consultants en lactation, des sages-femmes, des infirmières, des travailleurs de santé au sein de la communauté, etc.

En plus de leurs études, d'autres qualités et compétences doivent être prises en considération, telles que :

- Avoir un minimum de connaissances sur les pratiques de soins destinés aux nourrissons et jeunes enfants, y compris leur alimentation, et avoir la capacité et la motivation pour apprendre et intégrer de nouveaux concepts dans un laps de temps réduit, avec une bonne capacité de concentration. Avoir de bonnes connaissances de l'ANJE est un plus.
- Avoir des qualités d'écoute et de communication.
- Se sentir motivé pour ce type de travail.
- Savoir faire preuve de patience et d'empathie lorsque c'est nécessaire.

Des programmes de formation adaptés doivent être développés afin de compléter le champ d'expertise de chaque personne. Assurez-vous de leur formation au commencement des activités¹. Il est vrai que dans un contexte d'urgence, le début des activités doit se faire le plus tôt possible, mais il apparaît essentiel, pour la qualité des soins, de prendre quelques jours supplémentaires pour former l'équipe.

Une fois que les activités ont démarré, assurez-vous que l'équipe dispose de conseils et de soutien. Cela signifie généralement que vous devrez commencer par un nombre limité de centres et augmenter ce nombre petit à petit.

Il est également possible de commencer par proposer un nombre limité d'activités, et d'augmenter peu à peu ce nombre à mesure que votre personnel acquiert de l'expérience.

Il est important d'organiser régulièrement des ateliers et formations de rappel où vous pourrez aborder les problèmes qui se sont posés et où vous pourrez apporter de nouvelles informations, ainsi que des sessions de supervision où le personnel pourra faire part de ses inquiétudes et où les différents cas pourront être abordés en privé.

1 - Discutez avec le Référent technique au Siège des formations précédentes comme une option pour le personnel actuel

L'idéal est de proposer une formation et une supervision dans la langue locale, afin de s'assurer de la bonne compréhension de l'ensemble des employés. Assurez-vous toujours que l'interprète a une bonne compréhension du sujet, afin d'être sûr que sa traduction est correcte.

Dans de nombreuses situations d'urgence, ACF recrute des personnes originaires de la zone touchée. Bien que ce soit une bonne chose, car ces personnes connaissent la situation et la culture, beaucoup d'entre eux sont touchés par l'urgence. Certains ont été déplacés, d'autres ont survécu à une catastrophe naturelle ou perdu des proches ou des biens. Le bien-être psychologique des personnes recrutées ne doit pas être considéré comme acquis et un soutien doit leur être apporté.

Il est recommandé de faire en sorte que les bénéficiaires rencontrent toujours le même membre de l'équipe. Cela implique que tous les membres de l'équipe aient acquis les mêmes compétences de base et la même formation, si possible.

Selon le contexte, la culture et la religion du pays ou de la zone, il est important de faire attention au sexe des personnes recrutées. Dans certains pays, il est recommandé que ce soient des femmes qui accueillent les bénéficiaires féminines, mais il peut être également nécessaire d'inclure des hommes dans l'équipe, pour les activités impliquant des bénéficiaires masculins.

Afin d'optimiser la couverture :

- Ciblez les zones avec les risques les plus élevés.
- Coordonnez votre action avec d'autres acteurs offrant des services similaires et distribuez les services de façon géographique.
- Aidez les organisations désireuses d'apporter de tels soins, via des conseils et des formations : invitez le personnel clé de ces organisations aux sessions de formation, aidez-les à former leurs employés et laissez ceux-ci suivre les activités avec le personnel d'ACF, donnez des conseils, etc.
- Faites connaître les activités à la communauté : informez les chefs de la communauté et collaborez avec eux, ainsi qu'avec les différents groupes (groupes de femmes ou autres) et les autres acteurs humanitaires.
- Réalisez des activités d'aide sociale et faites des recherches de perdus de vue.

4. ÉVALUATION DES RÉSULTATS ET DE L'IMPACT DE L'ESPACE MÈRES-BÉBÉS



© ACF Spain - A. Garcia - Maritania

Afin d'estimer l'impact de l'Espace Mères-Bébés, une enquête préliminaire devrait être conduite pour évaluer le nombre de bénéficiaires potentiels dans la zone d'urgence ciblée. Vous comparerez ensuite ce nombre au nombre de bénéficiaires inscrits au programme, pour obtenir le taux de couverture.

Il est primordial de garder à l'esprit que l'objectif des Espaces Mères-Bébés est de travailler avec le plus grand nombre de bénéficiaires possible, tout en assurant toujours une bonne qualité d'intervention.

Par conséquent, l'idée n'est pas d'avoir un très grand nombre de bénéficiaires dans l'Espace Mères-Bébés si ceux-ci ne viennent pas assez régulièrement pour tirer un bénéfice réel des activités (les bénéficiaires devraient venir à l'EMB au moins une fois par semaine pour que l'intervention soit pertinente et efficace).

Le nombre d'outils et d'indicateurs doit être limité, car le personnel doit passer du temps avec les bénéficiaires et non perdre leur journée à remplir des documents !

Les indicateurs de processus et d'activité de l'EMB peuvent être :

- les types d'admission et critères de sortie ;
- le nombre de femmes (enceintes et allaitantes) et de bébés admis dans le programme ;
- l'âge et le sexe des donneurs de soins et nourrissons ;
- le nombre de femmes (enceintes et allaitantes) et de bébés ayant participé à l'EMB ;
- la fréquence de participation aux activités de l'EMB ;
- le nombre de bénéficiaires (femmes et enfants) adressés pour un soutien psychologique ;
- le nombre de consultations de soutien psychologique ;
- le nombre moyen de consultations de soutien psychologiques par patient (femmes et enfants) ;

En cas de forte prévalence avant et pendant l'urgence, inclure les indicateurs de taille et de poids de l'enfant.

→ **Les outils pour mesurer les indicateurs de processus et d'activité de l'EMB sont :**

- la base de données d'ACF ;
- la feuille de présence ;
- l'évaluation rapide initiale ;
- le fichier personnel de consultation psychologique.

Toutes les données recueillies doivent être protégées par un mot de passe et/ou stockées dans un endroit sûr afin de garantir leur confidentialité.

Les indicateurs de résultat et d'impact de l'EMB peuvent être :

- le taux de mortalité parmi les enfants de moins de 6 mois¹ ;
- le taux de morbidité parmi les enfants de moins de 6 mois ;
- le % de femmes qui ont déclaré être passées d'une alimentation mixte à un allaitement exclusif ;
- le % d'enfants entre 0-5/6-11 mois souffrant de malnutrition ;
- le % d'enfants qui sont exclusivement allaités à 4/5/6 mois ;
- le % de femmes ayant réussi à produire du lait à nouveau ;
- le % de femmes ayant amélioré leur connaissance de l'alimentation complémentaire ;
- le % de femmes ayant amélioré leur relation avec leur enfant ;
- le % de femmes ayant amélioré leur pratique de soins infantiles ;
- le % de femmes se rendant aux consultations prénatales ;
- le % de femmes enceintes ayant allaité exclusivement après l'accouchement ;
- le % de femmes en souffrance qui ont amélioré leur état psychologique ;
- le % d'enfants qui présentaient un repli et qui vont mieux avec un soutien adapté ;
- etc.

→ **Les outils pour mesurer les indicateurs de résultat et d'impact de l'EMB sont :**

- la base de données ;
- les données recueillies pendant une visite à domicile conduite après l'accouchement d'un bénéficiaire sont également très significative de l'impact du programme (pratiques de soins destinés au nouveau-né, allaitement, poids de naissance...).

Pour les aspects psychologiques :

- **Pour les enfants : résultats de l'Echelle Alarme Détresse Bébé (ADBB).** Un module d'auto-formation est disponible sur demande au siège : les résultats doivent être validés par les auteurs de l'échelle ADBB.
- **Pour l'interaction mère-enfant : Echelle d'observation** du Manuel pour l'Intégration des Pratiques de Soins Infantiles et de la Santé Mentale dans les Programmes de Nutrition, ACF, 2011.
- **Pour les activités de soutien psychologique,** le progrès des patients est évalué à la fin du suivi, en se fondant sur :
 - échelle WHO-5,
 - échelle EPDS,
 - résultats de l'échelle de détresse psychologique (évaluation faite par/avec le patient),

1 - Ces données peuvent être recueillies par les autorités locales, les centres de soins, les organisations internationales...

- analyse clinique des progrès du patient par le psychologue,
- taux d'abandon (le bénéficiaire est considéré comme abandonnant le programme s'il a manqué 2 sessions avec le psychologue, s'il décide de ne plus venir aux sessions, s'il a déménagé),
- le type d'évolution (fondé sur les résultats qualitatifs): amélioré, dégradé ou inchangé.

5. SYSTÈME DE RÉFÉRENCIEMENT

Créer un réseau avec d'autres services disponibles et développer un système de référencement est un composant important de l'Espace Mères-Bébés, pour plusieurs raisons.

Un Espace Mères-Bébés ne peut pas proposer tous les services répondant à tous les besoins des bénéficiaires. Se concentrer sur les objectifs et la logique spécifiques au programme est une des clés de sa réussite. Par conséquent, dans les contextes d'urgence, il est important de mettre en place un système de référencement. De cette manière, les bénéficiaires qui ont besoin de soins ne pouvant pas être dispensés au sein de l'EMB peuvent être adressés à d'autres programmes.

Créer un réseau et des partenariats avec d'autres agences permet également de travailler ensemble à l'évaluation du niveau de couverture des besoins de la population, à l'amélioration de la coordination pour augmenter l'efficacité des services ou encore à la création de nouveaux services.

La liste suivante est un exemple de possibilités de référencements (bien sûr, cela dépend de chaque contexte, des besoins particuliers des bénéficiaires et de la disponibilité des services dans la zone):

- soins de santé primaires et secondaires : cliniques mobiles, centres de soins, hôpitaux ;
- consultation prénatale et maternité ;
- suivi de croissance et vaccination ;
- conseils, tests et traitement VIH et PTME ;
- programmes d'alimentation ciblés : supplémentaire et thérapeutique (patients internes et externes) ;
- soutien psychologique : centres de crise et unités psychiatriques ;
- refuges pour femmes, ou autres structures pour les femmes ;
- soins destinés aux personnes handicapées ;
- programmes pour les enfants abandonnés ou non accompagnés, réunions de famille, etc. ;
- groupes de soutien aux femmes ;
- Distributions ciblant les jeunes enfants et les femmes enceintes et/ou allaitantes.

Pour mettre en place un système de référencement efficace, l'équipe de l'Espace Mères-Bébés doit recueillir les informations suivantes :

- connaître l'activité précise de chaque service auquel vous adressez les personnes, ainsi que leurs critères d'admission ;
- connaître son emplacement exact ;
- connaître les heures d'ouverture/les jours d'admission ;
- connaître les frais d'admission demandés.

Vous trouverez les informations concernant ces structures via les entités de coordination concernées, telles que le Cluster de Santé, le Sous-cluster de Santé reproductive, le Cluster de Protection (de l'enfance), le Cluster d'Aide alimentaire et de Nutrition, le Sous-cluster Santé Mentale et Soutien Psychosocial (MHPSS), la Coordination OCHA... ou via les agences gérant ces programmes et les entités gouvernementales concernées.

6. PHASE DE SORTIE

Lorsque vous démarrez un programme d'urgence, il devra se terminer ou se transformer en un programme à plus long terme. Les programmes d'urgence étant généralement des interventions à court ou moyen terme, il est bon d'y penser au commencement du programme. On ne peut pas juste tout laisser en plan, il faut prendre le temps de fermer le programme, et par conséquent, la sortie doit être anticipée.

Mettre en place des activités de pratiques de soins dans une situation d'urgence peut avoir l'avantage d'attirer l'attention sur le sujet et de permettre ainsi aux activités de continuer durant la phase post-aiguë et de se développer dans le futur.

La durée du programme dépendra de plusieurs choses, dont :

- la gravité de l'urgence et le temps que cela prendra pour retourner à la « normale » ;
- l'évolution des besoins identifiés qui avaient justifié l'ouverture du programme ;
- la remise en route et la capacité des structures existantes.

Certains considèrent la période d'urgence en termes de temps, généralement 6 mois après un événement tel qu'une catastrophe naturelle. Cependant, dans de nombreux cas, la vie n'est pas revenue à la normale après 6 mois : les conditions de vie sont toujours difficiles, l'insécurité alimentaire est souvent un problème, et les gens restent en état de deuil... Il est mieux de gérer le programme en fonction des besoins. Par conséquent, vous devrez réévaluer les besoins de manière régulière. Cela vous permettra d'adapter le programme aux nouveaux besoins et de décider quand entamer sa fermeture progressive.

La phase de sortie est un processus très important. Il ne faut pas interrompre ce que vous avez construit. L'idée est de mettre en place une sortie en douceur, via :

- de moins en moins d'activités dans le programme ;
- un transfert d'activités :
 - Certaines activités pourront peut-être être intégrées à d'autres programmes d'ACF à long terme qui existent et perdureront dans la zone.
 - Certaines activités qui étaient conduites dans le programme de pratiques de soins pourront être transférées à d'autres ONG, qui les intégreront à leur programme habituel. Des formations et développement des capacités seront sûrement nécessaires, ainsi que du temps, afin que le transfert se fasse en douceur.
 - Certaines activités peuvent être transférées aux structures de santé publiques ou à

d'autres structures gouvernementales, en accord avec le ministère concerné et dans la mesure où vous menez une évaluation des compétences précise et une formation si nécessaire. Il est essentiel de prévoir le temps suffisant pour la préparation, la passation et le suivi.

- Certaines activités peuvent être conduites par des groupes au sein de la communauté, qu'il s'agisse de groupes déjà existants, ou de groupes que vous aiderez à créer. Là aussi, vous aurez besoin de temps pour évaluer les compétences ou créer de nouveaux groupes, développer les capacités, travailler ensemble et finalement effectuer la passation.
- arrêt des admissions pour l'EMB : tous les bénéficiaires du programme EMB doivent être suivis jusqu'à ce qu'ils aient au moins 6 mois, et de préférence jusqu'à un an. Cela signifie que vous ne devez plus accepter aucune admission à 6 mois de la fermeture du programme. Néanmoins, il est recommandé d'identifier quels autres programmes seraient susceptibles d'aider les nourrissons et leurs donneurs de soins qui arrivent après l'arrêt des admissions. De cette manière, vous pourrez les y adresser, ou trouver d'autres alternatives. Vous ne pouvez pas renvoyer chez eux les nourrissons ayant besoin d'aide.

Vous devez à tout moment tenir les bénéficiaires informés des changements et de la raison de ces changements, ainsi que vous coordonner avec le Ministère de la Santé, la Coordination Inter-agences et les autres ONG, en particulier celles avec lesquelles vous collaborez déjà.

“Baby-boom post-urgence”

Il a été observé qu'à la suite d'une catastrophe naturelle majeure, le nombre de grossesses augmente au sein de la population. Les équipes d'ACF ont en effet remarqué ce phénomène au Sri Lanka après le tsunami de 2004. Dans les camps où étaient logées les familles affectées, la plupart des parents avaient perdu des membres de leur famille, dont souvent des enfants. Les travailleurs psychosociaux d'ACF venant en aide à ces individus ont remarqué l'effet traumatisant du tsunami et la perte extrêmement douloureuse des parents, ainsi que l'espoir désespéré que le nouveau bébé attendu pourrait « remplacer » leurs enfants décédés. Dans des situations aussi difficiles, où s'additionnent la souffrance et le traumatisme, en particulier les deuils difficiles, la perte de biens, les incertitudes concernant l'avenir, la pauvreté et les attentes irréalistes quant à l'enfant à venir, la situation générale de ces nouveau-nés était particulièrement préoccupante et menacée. Par conséquent, des Espaces Mères-Bébés ont été recommandés et ouverts.

III. ACTIVITÉS



Les activités dépendent de la situation de la population ciblée, ainsi que des besoins spécifiques qui ont été identifiés. De nombreuses activités peuvent être proposées au sein d'un Espace Mères-Bébés.

Il est utile de définir un emploi du temps hebdomadaire de ces activités. Celui-ci est flexible, il doit pouvoir être modifié selon l'évolution du contexte, les disponibilités des donneurs de soins, le nombre de personnes se rendant à l'EMB et les besoins observés.

Un emploi du temps structuré des activités fournit un cadre aux équipes, mais aussi aux bénéficiaires qui auront un aperçu des activités proposées et pourront décider quand y participer (ceci est particulièrement important en situation d'urgence, où les femmes disposent de très peu de temps à consacrer à leurs enfants et à elles-mêmes) et qui sauront ainsi que certaines activités sont répétées tout au long de la semaine. Apporter une structure est également très important dans la première phase de l'urgence, où tout est chaotique et difficile à comprendre.

Il est également important que les femmes comprennent que la visée du projet est à long terme et que les activités ne sont pas répétitives mais qu'elles évolueront avec le temps et suivant leurs besoins.

Pour cette raison, il est fondamental de :

- Développer les projets individuels à l'arrivée des femmes aux tentes, et de leur proposer des activités sur mesure. Cela leur permettra de retrouver un emploi du temps fixe et de gérer leur temps en fonction de leurs priorités.
- Développer des projets sur plusieurs semaines. Par exemple, proposer à un groupe de bénéficiaires de travailler à la mise sur pied d'une petite pièce de théâtre abordant les difficultés du quotidien dans ces nouvelles conditions.

L'emploi du temps d'activités, même s'il pose un cadre, doit rester flexible aux conditions changeantes de l'environnement et aux nouveaux besoins - exprimés et observés - des bénéficiaires.

En Haïti, après le tremblement de terre, deux approches ont été suivies dans les Espaces Mères-Enfants, suivant le contexte. Dans les zones urbaines : à Port-au-Prince et Gonaïves, les EMB ont été installés sous de grandes tentes. Un emploi du temps hebdomadaire a été défini pour chaque EMB, selon la charge de travail des femmes et leur capacité à atteindre ces lieux.

Dans la région de l'Artibonite, une zone rurale, une organisation différente a été proposée. Les villages étant très éparpillés, l'équipe ne pouvait se rendre dans chaque zone qu'une seule fois par semaine. Elle a organisé des activités dans des espaces mis à disposition par la communauté, avec des groupes fixes de femmes enceintes, de mères allaitantes et leurs enfants. Ils étaient engagés dans un cycle de 4 rencontres d'une demi-journée chacune, avec un programme spécifique. Le fait que les mères soient au courant des sujets et activités des sessions suivantes leur a donné une structure, ainsi que le sentiment d'appartenir à un programme aux objectifs clairs. A la fin, elles ont exprimé le souhait d'entreprendre un autre cycle de sessions. Le taux de présence à ces activités était très élevé.

Heure	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8h à 8h30	ACCUEIL / information				
9h	RELAXATION pour femmes allaitantes	RELAXATION pour femmes enceintes/allaitantes	RELAXATION pour femmes enceintes	RELAXATION pour femmes allaitantes	RELAXATION pour femmes enceintes/allaitantes
9h30	BAIN/MASSAGE BÉBÉ	BAIN/MASSAGE BÉBÉ	BAIN/MASSAGE BÉBÉ		MASSAGE BÉBÉ avec les pères
10h	Groupe de parole / nutrition	CONTES	ART-THÉRAPIE	SESSION DE JEU pour les enfants de 0 à 11 mois	CONTES
11h	ART-THERAPIE	SESSION DE JEU pour les enfants de 0 à 11 mois	SESSION DE JEU pour les enfants de 1 à 2 ans	Groupe de parole Allaitement/ Hygiène	SESSION DE JEU pour les enfants de 0 à 11 mois
12h	Déjeuner				
13h	SESSION DE JEU pour les enfants de 1 à 2 ans	SESSION DE JEU pour les enfants de 1 à 2 ans	Psychologue (conseils, évaluation...)	SESSION DE JEU pour les enfants de 1 à 2 ans	RELAXATION pour femmes enceintes
14h	SESSION DE JEU pour les enfants de 0 à 11 mois			SESSION DE JEU pour les enfants de 1 à 2 ans	Psychodrame
	RELAXATION pour femmes enceintes	Groupe de parole / hygiène		Groupe de parole grossesse	MASSAGE BÉBÉ avec les pères
15h	Groupe de parole grossesse	Groupe de parole Allaitement		Groupe de parole grossesse	MASSAGE BÉBÉ avec les pères
16h	BAIN/MASSAGE BÉBÉ	Préparation de la journée des femmes		Groupe de parole développement de l'enfant	Préparation de la journée des femmes
17h	Administratif/ménage				

Figure 8 : exemple des activités hebdomadaires d'un EMB
(exemple tiré des Philippines : zones dévastées par la tempête tropicale "Washi" le 15 décembre 2011)

La description d'activités suivante n'est ni exhaustive ni obligatoire. Les activités doivent être choisies et définies en accord avec les besoins existants, la stratégie du pays et d'ACF, les compétences du personnel national et international, mais aussi le budget et les capacités logistiques disponibles. Des activités supplémentaires peuvent être ajoutées pour répondre aux besoins identifiés.

Dans ce manuel, nous présenterons les activités suivantes :

- 1 - Accueillir les bénéficiaires et leur apporter des informations de base
- 2 - Évaluation de leurs besoins
- 3 - Soutien psychologique
- 4 - Soutien psychosocial
- 5 - Groupes de parole / sessions d'information
- 6 - Exercices de relaxation
- 7 - Massage bébé
- 8 - Sessions de jeu
- 9 - Conseils sur l'allaitement
- 10 - Activités autour de l'Alimentation Complémentaire
- 11 - Suivi de la croissance du nourrisson
- 12 - Visites à domicile
- 13 - Activités communautaires

1. ACCUEILLIR LES BÉNÉFICIAIRES ET LEUR APPORTER DES INFORMATIONS DE BASE



© ACF - Veronique Burger - Libéria

Le premier contact des bénéficiaires avec l'Espace Mères-Bébés et la manière dont ils se sentent accueillis par l'équipe est un moment crucial. Un sourire, un mot chaleureux de bienvenue, le fait de se présenter à eux... aidera les personnes à se sentir à l'aise. Accueillir les bénéficiaires et leur

offrir votre aide est finalement au cœur du travail effectué par un Espace Mères-Bébés (et pas seulement lors de la première rencontre).

Il est également important d'aborder la question des attentes des bénéficiaires envers l'Espace Mères-Bébés, surtout dans les situations d'urgence où les gens recherchent surtout de la nourriture et des éléments essentiels destinés à se faire un abri, cuisiner et se protéger (vêtements, couverture...) pour remplacer ce qu'ils ont perdu. Par conséquent, certains donneurs de soins risquent d'être déçus si l'équipe ne leur offre aucune aide matérielle. C'est pourquoi il est important que, dès le tout premier contact, l'équipe puisse expliquer qu'ils peuvent leur apporter soutien, aide et conseils pour les aider à se sentir mieux, pour que les enfants soient bien nourris, en bonne santé et heureux, et qu'ils peuvent les adresser à d'autres services pour une aide matérielle (si disponible). Il est donc essentiel que les membres de l'équipe sachent vers qui référer les bénéficiaires pour une aide supplémentaire. Ils doivent être capables de leur apporter des informations ou de les référer à des programmes de distribution.

Il est recommandé de discuter avec les membres de l'équipe de la manière dont ils répondront à ces diverses demandes.

Prendre le temps de lui parler, de l'écouter, de lui donner un fascicule de suivi, mais aussi de programmer la prochaine rencontre donne au bénéficiaire l'impression que vous l'aidez déjà. Il est également bon d'expliquer aux donneurs de soins qu'ils peuvent venir en-dehors des activités programmées. Tout au long de la journée, des travailleurs psychosociaux sont présents pour les accueillir, et ils pourront aussi discuter avec d'autres membres de l'équipe ou d'autres bénéficiaires ou, pour les mères allaitantes, allaiter leur enfant paisiblement dans la zone d'allaitement, et ce à tout moment (même pendant la pause de midi).

Bien sûr, il ne faut pas oublier que dans un contexte d'urgence, les gens font souvent face à un deuil. Il est primordial de respecter ce deuil ainsi que la façon culturelle de le vivre. Par conséquent, durant toutes les activités, activités de groupe et entretiens individuelles, l'équipe devra montrer du respect à ces personnes et tenir compte des difficultés qu'elles auront rencontrées ou continueront de rencontrer.

Afin d'accueillir les bénéficiaires de manière appropriée, nous vous conseillons de :

- sourire ;
- accueillir les personnes individuellement et les inviter à entrer et à s'asseoir ;
- leur offrir de l'eau ou, si possible, un jus de fruit ou un en-cas, un thé ;
- vous présenter et présenter les autres membres de l'équipe ;
- expliquer l'objectif de l'EMB et présenter les différentes activités ;
- demander aux gens s'ils ont des questions ;
- utiliser un langage et des mots compréhensibles par tous ;
- s'il y a un temps d'attente, organiser une activité pour distraire les gens de manière utile (groupes de parole, éducation pour la santé...) ;
- leur montrer du respect et de l'empathie ;
- tenir compte de l'état mental des gens et montrer de l'empathie vis-à-vis de leurs difficultés,
- créer un environnement agréable : ni trop chaud ni trop froid, décoré, avec un endroit où s'asseoir confortablement.

2. ADMISSION

Pour chaque bénéficiaire, un entretien d'admission doit être mené et dûment enregistré.

Par une discussion individuelle avec chaque bénéficiaire, le but de cet entretien est de :

- identifier les pratiques d'alimentation inappropriées à un âge donné ou non satisfaisantes ;
- identifier tout problème dans la pratique des soins, tant au niveau quantitatif que qualitatif, toute rupture de lien affectif ou toute difficulté psychologique (chez les enfants et/ou les donneurs de soins) ;
- apporter ensuite un soutien psychosocial à la mère/au donneur de soins, afin de régler les problèmes qui auront été identifiés ;
- être capable d'adresser l'enfant ou la femme enceinte à des services complémentaires si le problème identifié ne relève pas de l'Espace Mères-Bébés.

Il existe deux types d'évaluations à l'admission :

- **une courte évaluation rapide** : cette évaluation est conduite pour tous les bénéficiaires de l'Espace Mères-Bébés, afin de cerner rapidement le "profil général" des bénéficiaires, et d'identifier les personnes présentant des difficultés sérieuses/complexes et ceux qui n'en ont pas. C'est particulièrement utile lorsque l'Espace Mères-Bébés a une forte affluente et que vous n'avez pas le temps d'effectuer une admission approfondie de tous les bénéficiaires. Elle peut être faite par la plupart des membres de l'équipe. Mais, si vous avez le temps, il est préférable de mener une évaluation complète pour tous les bénéficiaires.
- **une évaluation complète** : cette évaluation approfondie doit être menée en particulier pour les bénéficiaires pour lesquels des problèmes spécifiques ont été identifiés à l'évaluation rapide ; elle peut être effectuée pour tous les bénéficiaires si vous en avez le temps.

Les difficultés spécifiques qui devraient attirer l'attention de l'équipe lors de l'évaluation sont :

- **les difficultés d'allaitement** (insuffisance réelle ou perçue de lait produit, capacité/possibilité qu'a le bébé à téter correctement, etc.) ;
- **les difficultés durant la grossesse** (très jeunes mères sans aucun soutien pour leur première grossesse, grossesse à risque après plusieurs fausses couches, grossesse résultant d'un viol, etc.) ;
- **les vulnérabilités psychologiques** (mères/donneurs de soins exprimant ou montrant des symptômes de dépression, enfants avec symptômes de repli sur soi, etc.).

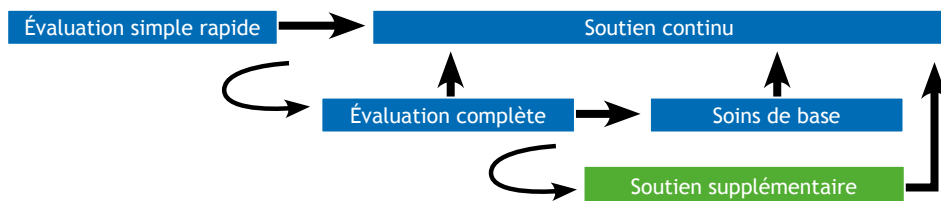


Figure 9 : décider de qui a besoin d'aide; Basé sur le Module 2 v1.1 IFE; IFE Core Group

Toutes les mères, donneurs de soins et enfants de moins de 2 ans doivent recevoir de l'aide dans l'Espace Mères-Bébés et être invités à participer aux activités de groupe.

Les mères/donneurs de soins, enfants de moins de 2 ans et femmes enceintes présentant des problèmes qui ont été identifiés et qui pourraient avoir des conséquences graves sur la santé et le développement de l'enfant, doivent recevoir des conseils personnalisés et un soutien individuel.

Pendant l'entretien, la personne qui le mène doit se montrer respectueuse, ne doit pas juger et doit faire preuve d'empathie, créant ainsi un environnement de confiance, tout en écoutant et observant.

Voici un exemple d'admission :

1. Présentez-vous, expliquez votre rôle, aidez la mère/le donneur de soins ou la femme enceinte à se sentir à l'aise.
2. Notez ces informations pratiques : âge de l'enfant et de la mère/du donneur de soins ou de la femme enceinte, son adresse, ses coordonnées (numéro de téléphone), etc.
3. Information concernant les pratiques d'alimentation : allaitement (exclusif, prédominant, mixte) ou alimentation artificielle (quel type) ; introduction à l'alimentation complémentaire, le nombre de repas par jour, etc.
4. Information sur les autres pratiques de soins : hygiène, jeu, etc.
5. Information sur les problèmes de santé : l'enfant ou la mère ont-ils des problèmes de santé ? Si oui, a-t-il/elle été adressé(e) à un centre de soins, etc.
6. Information sur le bien-être de la mère : comment se sent-elle, comment gère-t-elle l'allaitement, l'alimentation complémentaire ? A-t-elle des inquiétudes ou des peurs ?
7. Vérifiez le statut nutritionnel de l'enfant et de la mère/du donneur de soins ou de la femme enceinte : bien que ce ne soit pas un centre de nutrition, il est important d'identifier tout cas de malnutrition aiguë, afin de l'adresser à un centre de soins adapté. Si vous disposez de balances et de toises de mesure, et que votre personnel est formé, vous pouvez les utiliser. Si non, il est facile d'identifier une malnutrition aiguë grâce au PB et au dépistage d'œdèmes, sauf pour les enfants de moins de 6 mois.
 - **Si le bénéficiaire souffre de MAS** : adressez-le au Programme Nutritionnel Thérapeutique le plus proche, en tenant compte des critères d'admission. Si le bénéficiaire est admis comme patient externe, informez-le qu'il est toujours invité à se rendre à l'EMB, et encouragez-le à le faire. S'il est admis comme patient interne, informez-le qu'il est invité à revenir à l'EMB dès qu'il sortira ou sera adressé à un service externe. Des espaces Allaitement (« coins allaitement ») peuvent également être mis en place dans les Programmes Nutritionnels Thérapeutiques.
 - **Si le bénéficiaire souffre de MAM**, adressez-le au Programme Nutritionnel Supplémentaire le plus proche, en tenant compte des critères d'admission. Informez le bénéficiaire qu'il est toujours invité à venir à l'EMB et encouragez-le à le faire.

8. Si vous identifiez le besoin de mener un autre entretien ou d'envoyer le bénéficiaire à un entretien de soutien psychologique individuel, et que cela ne peut avoir lieu immédiatement, définissez un jour et horaire adaptés à l'emploi du temps de la mère/du donneur de soins ou de la femme enceinte.
9. Informez le bénéficiaire des activités programmées, et invitez-le à y participer.
10. Avant que le bénéficiaire ne quitte l'Espace Mères-Bébés, garantisser-lui que vous êtes disponible s'il/si elle a besoin d'aide ou de conseils, et donnez-lui sa "carte de bénéficiaire".

3. SUPPORT PSYCHOLOGIQUE



© ACF - Emmanuel Simand - République Centrafricaine

Un service de soutien psychologique est disponible dans les Espaces Mères-Bébés, pour les bénéficiaires faisant face à d'importantes difficultés psychologiques. Ce soutien psychologique est organisé en entretiens individuelles ou de groupe, selon les besoins et la culture des bénéficiaires.

Cette activité nécessitant l'intervention de *psychologues professionnels*, la première étape consiste à évaluer la disponibilité des ressources humaines adaptées au contexte d'urgence. Si aucun psychologue local n'est présent ou disponible, il est important d'organiser la venue de psychologues expatriés sur le terrain, ainsi que de traducteurs locaux. La présence de traducteurs est essentielle et ne devrait pas être considérée comme optionnelle dans un projet de l'Espace Mères-Bébés.

Dans tous les cas, vous devez évaluer la disponibilité des services externes proposant des soins psychologiques, afin d'explorer la possibilité de leur adresser des bénéficiaires, et dans un souci de coordination.

Techniquement, ACF n'est pas en faveur d'une approche thérapeutique simple¹, mais préfère une approche éclectique conçue sur mesure pour répondre aux problèmes spécifiques touchant la population, correspondant aux patients et au programme. Le but est de conserver une réelle flexibilité pour répondre aux besoins des bénéficiaires, en encourageant la création d'outils adaptés au contexte. L'utilisation d'outils culturels est encouragée et favorisée lorsque ceux-ci existent.

Le soutien psychologique peut être apporté à travers différentes activités, telles que :

- des entretiens de soutien psychologique individuels ;
- des sessions de soutien psychologique en groupe (thérapie de groupe) ;
- psychodrame ;
- des sessions de soutien psychologique fondées sur l'expression artistique ;
- des sessions de soutien psychologique fondées sur le renforcement des ressources de l'individu/du groupe et sa capacité à gérer la nouvelle situation.

Par exemple, dans l'EMB installé aux Philippines après la tempête tropicale Washi en décembre 2011, un grand nombre de bénéficiaires avait besoin d'un soutien psychologique. Le psychologue a décidé d'utiliser le psychodrame comme outil thérapeutique. Le psychodrame est un jeu de rôle amenant le bénéficiaire à jouer un rôle non-écrit. Dans ce rôle, le bénéficiaire est censé exprimer des émotions véritables envers les individus. Le psychodrame doit être organisé (ce qui était le cas, dans ce contexte) dans une atmosphère rassurante et non-menaçante. Une fois l'exercice terminé, des membres du public ont commenté ce qu'ils avaient observé, ont donné leur sentiment, exprimé ce qu'ils ressentaient, et raconté leur propre expérience, similaire au psychodrame. De cette manière, tous les membres du groupe ont tiré parti de cette session, que ce soit directement ou indirectement.

Le premier psychodrame évoquait le sujet des inondations. À la fin, aussi bien les acteurs principaux que le public étaient en larmes. C'était une situation très difficile à gérer pour l'équipe. Cela l'a encouragée à organiser des psychodrames plus structurés, afin de conserver un plus grand contrôle.

Un autre thème de psychodrame était les agressions physiques ou verbales, ou bien la polygamie. Le sujet étant tabou, il était très intéressant d'observer les mères évoluant dans la pièce, trouvant un espace libre où exprimer leurs émotions et sentiments, protégées par les règles du jeu (étant donné que c'était un jeu de rôle).

Pour organiser une intervention de soutien psychologique, il est important de :

- préciser les critères d'inclusion et de sortie pour le soutien psychologique ;
- préciser les critères de sortie/de référencement (par exemple, les maladies mentales chroniques telles que la psychose ou l'épilepsie) ;
- établir un système de classement assurant la confidentialité des données (bureau fermé, etc.) ;
- préférer une approche de soutien à court terme ;
- plusieurs méthodes peuvent être utilisées, qui peuvent être fondées sur l'expression artistique, la relaxation, les mouvements et les sensations corporelles, etc. ;
- établir un système de suivi : identification des besoins, rendez-vous, suivi, visites à domicile, etc. ;
- établir un système de référencement pour les problèmes psychiatriques, si ces services existent.

1 - Voir la Politique Santé Mentale et Pratiques de Soins Infantiles, ACF 2009

Le processus d'identification et d'inclusion des bénéficiaires dans une intervention de soutien psychologique se compose de trois étapes principales :

1. Pendant l'évaluation rapide, le travailleur psychosocial pose les cinq questions de l'index de bien-être de l'OMS (Who-Five) (cet outil peut être utilisé par tous les membres de l'équipe).
2. Si les résultats de l'index de bien-être Who-Five décèlent des difficultés, remplissez l'échelle de dépression post-natale d'Edimbourg (EPDS) avec le bénéficiaire. Notez que les références de score de l'EPDS diffèrent d'un pays à l'autre.
3. Si les résultats de l'EPDS révèlent que le bénéficiaire souffre de difficultés psycho-émotionnelles, celui-ci se voit proposer un rendez-vous avec le psychologue, afin d'évaluer la pertinence d'un soutien psychologique individualisé ainsi que l'acceptation du bénéficiaire. Le type d'intervention (individuel, en groupe) le plus adapté à la personne est alors défini, ainsi que l'organisation et le rythme des sessions.

Pour identifier les *nourrissons ayant besoin d'un soutien psychologique*, il est nécessaire d'utiliser l'échelle ADBB (Alarme Détresse Bébé).

Voici un exemple d'une intervention de soutien psychologique menée au Sri Lanka, où un programme psychosocial a été développé après le tsunami de 2004¹:

Lakshmi est une jeune femme de 24 ans qui a perdu son petit garçon de 9 mois dans le tsunami. Elle est maintenant enceinte de 7 mois. Elle est tombée enceinte après la mort du bébé. Les sessions de soutien psychologiques se font avec les deux parents. La jeune femme semble souffrir d'une profonde tristesse. Elle nous raconte ce qui est arrivé à son petit garçon d'une voix douce et monotone : elle lui donnait à manger, lorsqu'elle a entendu une vieille femme crier que l'eau arrivait et que tout le monde devait courir. Son mari a pris le bébé dans ses bras et ils ont couru ensemble. Malheureusement, le bébé est resté accroché à une clôture, et le père n'a pas pu l'en extirper.

Il a pu se sauver, mais a dû laisser l'enfant accroché à la clôture. La mère nous raconte cette histoire quasiment sans émotion. On dirait que pour elle, son fils est toujours vivant. Elle dit qu'elle lui parle, quelquefois. Elle parle aussi au bébé qu'elle porte, comme s'il était l'enfant qui est décédé.

Contrairement à elle, le mari refuse de prononcer le mot « tsunami » ou de parler de la mort du bébé, mais il est capable d'écouter et de rester calme lorsque sa femme nous raconte le tragique événement.

Lors des entretiens suivants, le couple se plaint souvent de douleurs physiques, surtout le mari. Il est notable qu'il souffre plus (sûrement en empathie avec la grossesse de sa femme !) que sa femme, alors que l'accouchement approche. Il attire l'attention sur ses douleurs physiques au lieu de parler de celles de sa femme, monopolisant une grande partie de l'entretien psychologique. Cela apparaît comme un signe psychosomatique d'anxiété, qui correspond à la naissance prochaine du nouvel enfant. L'attitude du mari semble aussi être un moyen

¹ - Écrit par Josephine Anthonio-Milhomme, « Psychological Care Program Capitalisation work », avril 2005-february 2006, Batticaloa Sri Lanka, ACF.

(certainement inconscient) d'éviter de parler de la mort de son fils. La mère parle beaucoup de ses rêves lors des entretiens, dans lesquels apparaissent l'enfant mort et elle-même, dans différentes situations, des plus angoissantes aux plus apaisées.

Lakshmi est venue aux groupes de parole pour femmes enceintes. L'une des sessions concernait les pratiques de soins destinés aux bébés, et une femme donnait le bain à une poupée. Lakshmi nous dit que pendant le bain de la poupée, l'autre femme qui avait connu son bébé lui a dit qu'il aurait été impossible que celui-ci reste aussi calme que la poupée, car il jouait et remuait beaucoup au moment du bain.

Elle rit en se remémorant cette caractéristique de son enfant. Au moment des activités de massage, elle s'est souvenu combien elle avait peur que son enfant ne marche pas, et elle lui massait beaucoup les jambes. Tous ces moments partagés avec l'autre femme lui ont donné une occasion d'exprimer son chagrin qu'elle ne pouvait exprimer chez elle. Tout comme les entretiens psychologiques à domicile lui ont donné le temps nécessaire pour faire son deuil.

A la fin d'un entretien, elle exprime ce qu'elle a ressenti lorsqu'elle était dans l'eau : elle avait l'impression qu'elle allait mourir, et elle pensait à son bébé et à la souffrance qu'il ressentait, piégé sur cette clôture. Elle voulait lui parler et lui expliquer ce qui se passait, qu'elle voulait le sauver mais que c'était impossible.

Lakshmi donne naissance à un beau petit garçon. Le mari appelle le psychologue pour lui annoncer la nouvelle, en disant qu'il n'a personne d'autre à appeler, car toute sa famille est morte pendant le tsunami et la première personne à qui il a pensé est le psychologue.

La mère a allaité le bébé pendant quelques semaines, mais malheureusement, elle s'est arrêtée car le médecin de l'hôpital lui a dit qu'elle n'avait pas assez de lait. En fait, il est apparu qu'après l'accouchement, elle a eu un « baby blues » avec une tendance à rejeter le bébé. Elle avait du mal à le tenir dans ses bras, car cela lui rappelait son enfant mort.

Elle a dit que finalement, le bébé qu'elle attendait tant "n'était pas comme son premier garçon" et que toutes les pensées et images qu'elle avait eues durant sa grossesse étaient liées à ce bébé mort plutôt qu'au nouveau-né.

Le psychologue a également expliqué que la mort de ce bébé avait dû sévèrement atteindre sa production de lait maternel. Elle a dit en effet que c'était extrêmement difficile de voir le lait sortir de ses seins sans avoir de bébé à qui le donner. Le nouveau-né a réactualisé de nombreux moments de dépression directement liés à la mort du premier bébé, et aussi aux conséquences telles que le lait sortant de ses seins en l'absence du bébé. Cet événement a été véritablement traumatisant pour Lakshmi, et c'est la première fois qu'elle était capable de l'exprimer. Après le décès de son bébé, elle a également souffert de maux physiques (douleurs au niveau des seins), mais elle n'avait personne à qui le dire, et aucun médicament pour stopper le lait. Ce n'est pas quelque chose dont elle aurait pu parler à son mari, et sa mère et sa grand-mère étaient mortes dans le tsunami (« les deux seules personnes à qui elle aurait pu en parler »).

La possibilité d'établir un lien entre son manque de lait après l'accouchement et l'atroce souffrance due à la production de lait sans bébé à nourrir a eu pour conséquence de lui permettre de reprendre l'allaitement du nouveau-né quelques jours plus tard. Cela a aussi été le résultat du suivi clinique où une « alliance thérapeutique » a été formée avec le psychologue à travers les entretiens de soutien psychologique habituels.

4. SOUTIEN PSYCHOSOCIAL



© ACF - Veronique Burger - Libéria

L'impact psychosocial sur la santé mentale en situation d'urgence est développé dans les Directives CPIA sur la Santé Mentale et le Soutien Psychosocial en situation d'urgence :

“Les urgences entraînent un grand nombre de problèmes qui se ressentent au niveau de l'individu, de la famille, de la communauté et de la société. À chaque niveau, les urgences sapent les soutiens de protection habituels, augmentent les risques de problèmes divers et ont tendance à amplifier les problèmes préexistants d'injustice et d'inégalités sociales.

Les problèmes de santé mentale et les problèmes psychosociaux sont fortement interconnectés dans les situations d'urgence, mais sont souvent de nature sociale ou psychologique.

Les problèmes typiques de nature sociale et/ou psychologique comprennent :

- **les problèmes sociaux ou psychologiques préexistants (pré-urgence) :** par exemple, extrême pauvreté, appartenance à un groupe qui est discriminé ou marginalisé, oppression politique, troubles mentaux sévères, addiction à l'alcool) ;
- **les problèmes sociaux induits par l'urgence :** par exemple séparation d'une famille, rupture des réseaux sociaux, destruction des structures, ressources et confiance de la communauté, augmentation de la violence orientée contre un genre, détresse non-pathologique, dépression

POUR PLUS D'INFORMATION, VOIR :

Directives du Cpi concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, IASC 2007

https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/IASC%20Guidelines%20MHPSS%20French.pdf

Premiers secours psychologiques: guide pour les acteurs de terrain, 2010, OMS, WarTrauma et Worldvision

http://mhpps.net/?get=225/1339584996-PFAGuide_french.pdf

et anxiété, y compris le syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

- *les problèmes sociaux induits par l'aide humanitaire (par exemple la perturbation des structures communautaires ou des mécanismes de soutien traditionnels, l'anxiété due à un manque d'information sur les distributions de nourriture).*

Ainsi, les problèmes psychosociaux et de santé mentale en situation d'urgence englobent bien plus que le SSPT.

Dans une situation d'urgence, tout le monde ne développe pas des problèmes psychologiques significatifs.

De nombreuses personnes font preuve de résilience, qui est l'aptitude à surmonter relativement bien les situations d'adversité. De nombreux facteurs sociaux, psychologiques et biologiques, tous liés entre eux, déterminent si une personne développera des problèmes psychologiques ou montrera de la résilience face à l'adversité.

Selon le contexte d'urgence, des groupes spécifiques de personnes ont un risque accru de souffrir de problèmes sociaux et/ou psychologiques.”

Les femmes enceintes ou allaitantes ainsi que les jeunes enfants sont un groupe qui est souvent fortement touché par les situations d'urgence.

N'oubliez pas que certaines personnes en situation d'intense souffrance ou de détresse et/ou les groupes marginalisés ou exclus risquent de ne pas être capables d'approcher directement l'EMB pour demander de l'aide. Certains risquent également d'avoir honte ou peur de la stigmatisation liée au fait de se rendre soi-même à l'Espace Mères-Bébés. Par conséquent, selon le contexte, il est souvent bon d'effectuer des visites à domicile, afin de rencontrer directement les bénéficiaires potentiels et leur présenter le programme. Cela vous évitera de passer à côté des groupes les plus vulnérables.

Dans l'EMB, le soutien psychosocial aux mères, femmes enceintes et très jeunes enfants peut être apporté par la mise en place des recommandations des directives psychologiques IASC.

Les objectifs du soutien psychosocial devraient être de :

- renforcer les ressources individuelles et collectives ;
- accompagner les personnes dans leur adaptation à de nouvelles conditions de vie ;
- renforcer et d'encourager la relation parent-enfant et le développement de l'enfant.

RENFORCER LES RESSOURCES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES

Cela passe d'abord par l'accueil qui est réservé aux familles qui viennent à l'Espace Mères-Bébés. Les équipes doivent être disponibles et réactives, et apporter des occasions de développer les compétences et ressources individuelles (adulte et enfant).

Les exercices suivants sont des exemples de ce qui peut se faire avec des bénéficiaires adultes (soit en groupe, soit individuellement). Ils peuvent aussi être utilisés en plus du soutien psychologique, afin d'améliorer les ressources des personnes en détresse :

- Identifier les “éléments/choses/actions qui sont bonnes pour moi, qui me rendent heureux, qui me détendent”
- Utiliser les jeux de groupe : par exemple, présentez un grand nombre d’images, et les gens choisissent celles qui leur correspondent, puis ils le partagent avec le groupe ou s’expriment par le dessin, etc. “Comment puis-je me donner l’occasion de faire ces choses qui me font du bien et me rendent heureux ? Comment puis-je essayer d’améliorer mon quotidien ? ”
- Travailler à un sociogramme fondé sur les dessins des bénéficiaires : qui sont les personnes présentes autour de moi ? Qui sont les gens sur qui je peux compter ? Pourquoi ? Comment puis-je avoir accès à ces ressources ?
- Relaxation de groupe
- Sessions de massages avec les bénéficiaires répartis en groupes de deux
- En plus de ces exercices, les discussions formelles ou informelles et le partage au sein de l’EMB représentent de précieuses occasions de développer ses propres ressources.

SOUTIEN POUR S'ADAPTER À DE NOUVELLES CONDITIONS DE VIE

Ce soutien peut s’organiser de plusieurs manières. L’objectif est d’aider les gens à s’adapter à la situation présente et à se projeter dans le futur.

Plusieurs méthodes peuvent être utilisées :

- En créant des espaces de partage, d’échange et d’entraide parmi les bénéficiaires de l’EMB : de quoi ont besoin les gens, comment est-il possible de l’atteindre, quel type d’aide peut apporter le groupe afin de répondre à ces besoins, etc.
- Cela peut être fait, par exemple, en installant de grands tableaux avec une carte de la région montrant tous les endroits où ils peuvent recevoir de l’aide ou accéder à des services, etc.
- En commençant par un exercice de relaxation et de visualisation : “Imaginez votre situation dans un an”. Posez-leur des questions ouvertes sur la manière dont ils voient leur avenir.
- En travaillant sur l’organisation du foyer : comment est-il organisé ? Qui y vit ? Comment peut-on l’améliorer ?
- En redistribuant les tâches à la maison et en organisant le travail.

RENFORCER ET ENCOURAGER LA RELATION PARENT-ENFANT ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Dans les situations d’urgence, à cause des conditions de vie difficiles et la concentration des donneurs de soins sur les besoins basiques de survie, le temps passé avec leurs enfants est très souvent réduit, de même que l’accès des petits à des activités de développement.

Vous trouverez ici quelques exemples d’activités visant à renforcer la relation parent-enfant. Pour plus de détails, référez-vous au “Manuel pour l’Intégration des Pratiques de Soins Infantiles et de la Santé Mentale dans les Programmes de Nutrition”, ACF, 2011

En plus des activités proposées dans les paragraphes ci-dessous, l'équipe peut aussi :

- Faire l'inventaire, avec les femmes, de ce qu'elles ont à la maison et des différentes activités qu'elles peuvent organiser pour leur enfant (en utilisant, par exemple, le questionnaire HOME). Faites également participer la famille et voyez avec elle comment améliorer la situation.
- Proposez des sessions de jeux à quelques petits groupes, pour renforcer la socialisation et le partage entre parents sur l'importance du jeu, et faciliter la discussion sur quel matériel de jeu utiliser dans un contexte d'urgence, etc.
- Jeux de rôle portant sur les activités pratiques du quotidien : utilisez une poupée pour montrer aux participants comment donner le bain à un enfant, jouez une situation où l'enfant refuse ou accepte de manger, etc.
- Organisez des sessions de jeux pour les enfants et les parents, faites part de vos observations, discutez avec eux de ce que leur enfant a appris, mais aussi des différentes manières de l'encourager. Ce type d'organisation permet aussi aux donneurs de soins de jouer, de ressentir le plaisir de cette expérience, ce qui leur permet de s'identifier à leur enfant et de s'assurer par la suite que celui-ci a de quoi jouer.

5. GROUPES DE PAROLE



© ACF - Afghanistan

L'objectif des groupes de soutien et de parole est d' :

- Apporter un soutien social/émotionnel, permettre aux personnes de partager leurs expériences, leurs bonnes pratiques et leurs astuces pour résoudre les problèmes, afin d'aider chaque individu à développer ses propres stratégies comportementales et de lui apporter un soutien émotionnel et social dans des périodes de transition ou des périodes difficiles de sa vie (sessions de groupes de soutien).

- Évaluer/analyser/partager une situation, un problème ou une difficulté (sessions de groupes de parole). Notez qu'il s'agit d'un processus très utile dans la gestion des crises.

La but des groupes est que chaque participant s'exprime et apprenne des autres expériences, qu'il acquière des compétences et ait de nouvelles choses à tester. Les groupes de parole ne sont pas des sessions de formation ou d'éducation. En fait, leur visée est différente de celle des groupes d'éducation à la santé, par exemple.

Une session de groupe est organisée de manière à accueillir entre 6 et 12 participants, afin de laisser la place à une discussion ouverte animée par le personnel formé de l'EMB. La taille du groupe a son importance. Les gens doivent être assez nombreux pour générer une discussion intéressante, mais pas trop, pour que tous les participants puissent s'exprimer.

Le groupe devrait se composer de personnes faisant face aux mêmes difficultés (par exemple, des mères allaitantes ou des parents d'enfants malnutris) afin d'encourager le partage et de permettre une régularité dans la participation au soutien de groupe.

Les sessions de groupe doivent se tenir dans un endroit calme et sûr, où les participants se sentiront assez en confiance pour s'exprimer librement.

Un sujet spécifique est proposé comme thème de discussion. Ce thème peut être suggéré par le modérateur de la discussion, ou bien proposé par les participants. Tout d'abord, les participants sont encouragés à exprimer leurs opinions. Le modérateur souligne et résume les idées principales, et demande au groupe de réagir. Durant tout ce processus, le modérateur mène la discussion sur les principaux points problématiques qui doivent être discutés avec le groupe (par exemple, une discussion sur des pratiques de soins traditionnelles qui affectent la santé ou le bien-être de l'enfant), et apporte des informations importantes sur le sujet. Enfin, différentes options pour améliorer les pratiques de soins et surmonter les facteurs négatifs sont proposées.

À tout moment, le modérateur doit faire respecter les **règles du groupe de parole/de soutien** :

- la confidentialité doit être respectée ;
- les critiques et interruptions ne sont pas tolérées ;
- chaque participant doit pouvoir s'exprimer librement et partager ses idées et ses opinions ;
- tout désaccord doit être exprimé avec respect.

Comment organiser un groupe de parole :

- rassemblez les participants et faites-les s'asseoir en cercle ;
- le modérateur souhaite la bienvenue à tout le monde ;
- le modérateur se présente et demande à chaque participant de se présenter ;
- le modérateur énonce les règles du groupe de parole ;
- le modérateur présente le thème de la session (dans certains cas, il est également possible de demander aux participants de suggérer des sujets) ;
- le modérateur pose quelques questions, pour inciter les participants à dire ce qu'ils savent et pensent du sujet ;
- le modérateur peut choisir d'approfondir certaines questions, afin d'amener la discussion plus loin ;

- il est essentiel de permettre à tous les participants de s'exprimer, et de les encourager à partager leurs opinions, croyances, comportements, etc. avec les autres participants (cependant, si certains participants ne souhaitent pas intervenir, leur choix doit être respecté) ;
- le modérateur résume les principaux points abordés (il/elle peut également apporter des informations) ;
- les principales options ou directions à prendre pour renforcer de bonnes pratiques de soins sont soulignées ;
- le modérateur remercie chaque participant pour sa contribution et peut informer le groupe de la prochaine séance.

Souvenez-vous que pour qu'une session soit efficace, le changement de comportement ou de croyance doit venir du groupe, et non du modérateur, qui doit essayer de favoriser le changement, pas de l'imposer de force.

POUR PLUS D'INFORMATION, VOIR :

ABC - Accompagnement au changement de comportement: Guide du facilitateur, ACF, 2015

6. EXERCICES DE RELAXATION

Les exercices de relaxation sont très utiles pour les individus vivant dans un contexte d'urgence, qui ont vécu - et vivent encore - des moments très difficiles, et qui doivent gérer un stress très élevé.

Les exercices de relaxation visent à :

- relâcher la tension physique et psycho-émotionnelle ;
- gérer le stress de manière plus efficace ;
- éprouver des sentiments de bien-être, de soulagement, malgré une situation difficile ;
- réaliser sa propre capacité à réduire la tension et à se sentir plus détendu, ce qui a un effet positif sur la confiance en soi ;
- augmenter le sentiment de contrôle d'une personne sur ses émotions.

Grâce à l'impact positif de la relaxation, les bénéficiaires se sentent plus capables de gérer la situation présente, ont plus d'énergie (pour agir et améliorer leur condition ainsi que les soins donnés à leur enfants), ont plus confiance en eux et, de manière générale, leur santé mentale s'en trouve améliorée.

Par conséquent, les exercices de relaxation sont recommandés pour toute personne vivant dans une situation d'urgence. Dans le contexte de l'EMB, les exercices de relaxation sont particulièrement recommandés pour :

- les femmes enceintes, juste avant d'allaiter, car le fait d'être calme et détendue augmentera la qualité et l'expérience de l'allaitement ;
- les donneurs de soins, avant de masser leur bébé ;
- les donneurs de soins qui se sentent stressés, qui ont du mal à dormir.

Les sessions de relaxation doivent durer entre 45 minutes et une heure, avec des exercices variés et précis, tels que :

Première partie (idéalement, les bénéficiaires sont debout') :

- différents exercices de respiration, par exemple : 1) inspirez, comptez jusqu'à 5 avant d'expirer, 2) répétez 5 fois ;
- 2 ou 3 exercices de relaxation dynamique (ce sont des exercices basés sur les mouvements, sur la tension des muscles et la relaxation des muscles).

Deuxième partie (les bénéficiaires sont assis ou allongés) :

- exercices de respiration ;
- relaxation de tout le corps (exemple cité au-dessus) ;
- il est possible d'inclure des exercices de visualisation simples (par exemple : "imaginez une couleur positive, observez-la, soyez conscient de ses bénéfices pour vous, imaginez qu'à chaque fois que vous respirez, vous pouvez aspirer cette couleur dans votre corps, et ressentez les effets positifs associés à cette couleur qui fait maintenant partie de vous") ;
- commencez à terminer l'exercice de relaxation (reprenez une voix plus forte, demandez aux bénéficiaires de respirer plus profondément, d'inhaler plus d'énergie, d'étirer tout leur corps, d'ouvrir les yeux, etc.).

Troisième partie :

- demandez aux bénéficiaires comment ils se sentent ;
- invitez-les à pratiquer quelques exercices chez eux ;
- informez les bénéficiaires de la prochaine session.

Pour les exercices de respiration, il est utile de demander aux bénéficiaires de placer une main sur leur ventre afin de sentir le mouvement de l'air et de pratiquer la respiration abdominale (c'est-à-dire respirer en remplissant son ventre d'air). La respiration abdominale a un effet physiologique qui permet de réduire le stress et qui amène un sentiment de relaxation.

Les sessions de relaxation doivent être simples, avec des exercices de respiration et de mouvements très faciles. Elles doivent être menées dans un espace calme où ils disposeront d'intimité. Il est essentiel d'encourager les bénéficiaires à pratiquer ces exercices chez eux, afin de prolonger les effets positifs de la relaxation.

Exemple d'étapes pour mener des exercices de relaxation :

- **Faites connaître l'activité, en précisant la date et l'heure.**
- **Amenez le groupe dans un espace calme qui leur offrira l'intimité dont ils ont besoin.**
- **Expliquez aux participants en quoi consiste un exercice de relaxation.**
- **Invitez les participants à s'asseoir ou à s'allonger et à fermer les yeux.**
- **Demandez aux participants de rester calmes et de ne pas discuter entre eux.**
- **Menez doucement le groupe dans cet exercice de relaxation :**

1 - Sauf pour les femmes enceintes.

Vous êtes à l'aise dans un espace accueillant. Fermez les yeux. Inspirez profondément et retenez l'air (...), expirez doucement (...). Détendez-vous. Sentez cette sensation de calme et de repos. Concentrez-vous sur ma voix et suivez mes instructions.

Inspirez profondément et retenez l'air (...), expirez doucement, lentement (...). Sentez votre corps lâcher prise, et vous serez plus détendu.

Laissez-vous aller et ne pensez qu'à la relaxation (...). Relâchez vos bras, vos deux bras (...). Pensez à la relaxation qui s'installe dans votre bras droit. Il est lourd et détendu (...). Maintenant, votre bras gauche (...) il est lourd et détendu (...). Alors que vos bras se relâchent, vous allez les sentir devenir lourds, lentement, lentement. Votre bras droit, votre bras gauche. Cette lourdeur est agréable et relaxante. Ne résistez pas, laissez-la venir (...) laissez-la grandir (...). Vos bras sont maintenant très lourds et détendus. Laissez la relaxation s'emparer de tout votre corps. Maintenant, débarrassez-vous de la tension dans vos jambes (...) votre jambe droite devient lourde et détendue (...) votre jambe gauche devient lourde et détendue (...). Tous les muscles de vos jambes se laissent aller et se détendent (...). La lourdeur descend dans vos jambes. C'est une sensation agréable.

À chaque fois que vous expirez, la tension sort. A chaque fois que vous inspirez, la relaxation entre (...). C'est votre corps tout entier qui est maintenant lourd et détendu (...) lourd et détendu (...)

Maintenant, pensez aux muscles de votre dos (...), laissez-les devenir lourds et détendus (...). À partir des épaules, laissez vos muscles se détendre (...), de plus en plus détendus (...).

Maintenant, sentez comme votre corps est ancré dans le sol, votre dos est lourd (...) très lourd (...) il s'étend et s'enfonce dans le sol (...). Laissez-le devenir lourd (...).

À chaque respiration, concentrez-vous sur la lourdeur. Si vous sentez encore qu'une partie de votre corps est tendue, laissez le sentiment de lourdeur l'envahir. Vos bras (...), vos jambes (...), vos mollets (...), votre dos (...), votre corps tout entier est lourd et détendu. Respirez calmement et sentez la relaxation vous envahir (Laissez 5 à 7 minutes de silence).

Gardez les yeux fermés (...). Inspirez profondément, lentement (...), gardez les yeux fermés (...) étirez-vous doucement. Il est maintenant temps d'ouvrir les yeux et de retourner à vos activités détendu. Pour vous sentir à nouveau détendu, pratiquez cet exercice seul.

- **Demandez aux gens de s'asseoir, et faites-les parler de ce qu'ils ont fait : ont-ils trouvé que c'était un bon exercice ? Qu'ont-ils aimé ? Moins aimé ? L'ont-ils apprécié ? Veulent-ils revenir pour le refaire ? Aimeraient-ils le faire chez eux ? Comment ? Etc.**

**Les sessions de relaxation émotionnelle permettant aux bénéficiaires d'exprimer leurs émotions, ces activités devraient être menées par un psychologue professionnel.*

7. MASSAGE BÉBÉ

Pour plus de détails, se reporter au Manuel pour l'Intégration des Pratiques de Soins Infantiles et de la Santé Mentale dans les Programmes de Nutrition, ACF, 2011.

Les caresses et les massages sont un outil indispensable pour établir un contact, construire une relation et communiquer. Les mains calment, rassurent, massent, aiment, construisent, soignent et comprennent.

Mais surtout, un nouveau-né a besoin de contact intime avec sa mère et son père, un contact qui passe par les mains, la peau, les odeurs, les voix et la respiration. C'est par ces actions simples qu'un bébé se sentira aimé, respecté et rassuré. Ces actions favorisent et renforcent le lien parent-enfant. Le massage stimule le développement physique et psychologique du bébé :

- Il favorise la relaxation physique du bébé en calmant son système nerveux.
- Il aide à stimuler l'intellect et les sens du bébé.
- Il favorise un sommeil plus profond et paisible, ce qui aide à réguler les problèmes de sommeil. Il réduit le stress au moment du coucher.
- Il favorise la digestion et aide à soulager les problèmes tels que la diarrhée ou la constipation. Le massage peut aussi soulager la colique.
- Il favorise la compréhension, l'intégration et la représentation de l'image du corps.
- Il améliore la souplesse et la force du bébé.
- Il favorise la souplesse des articulations et l'élasticité des muscles.
- Il stimule le système immunitaire et l'efficacité de la nutrition.

Il aide à créer un lien fort et spécial entre le bébé et la personne lui faisant le massage. Le massage doit générer un plaisir mutuel. Dans les cas où l'enfant souffre (douleurs intestinales, par exemple) et que la mère a peur de lui faire mal, le simple fait de placer ses mains sur le corps de l'enfant peut suffire à créer un contact efficace et rassurant. Peu à peu, la confiance mutuelle permettra un massage plus complet. Les massages peuvent être faits par la mère, le père ou tout autre donneur de soins.

- Assurez-vous que la température ambiante soit convenable. Si l'endroit est trop chaud,

POUR PLUS D'INFORMATION, VOIR :

Manuel d'ACF pour l'Intégration des Pratiques de Soins Infantiles et de la Santé Mentale dans les Programmes de Nutrition, 2011

http://www.actioncontrelafaim.org/sites/default/files/publications/fichiers/acf_ps_manuel_2011.fr_.pdf



© ACF - V. Piloti - Afghanistan

ventilez-le. S'il est trop froid, trouvez une source de chaleur.

- Assurez-vous que l'endroit est calme et offre suffisamment d'intimité, et que les mères/donneurs de soins peuvent installer le bébé sur un matelas ou un coussin propre.
- Expliquez le but de la session aux mères/donneurs de soins, comment elle va se dérouler et combien de temps cela va prendre.
- Avant de commencer le massage, menez un petit exercice de relaxation avec les mères : respiration, relaxation.
- Demandez aux mères/donneurs de soins de retirer toutes leurs bagues, bracelets, ou colliers qui pendent et peuvent distraire l'enfant.
- La mère commence par se frotter les mains avec de l'huile (de l'huile naturelle, utilisée pour la cuisine : huile de cacahuète, de karité, etc.) et demande par principe la permission à l'enfant avant de le/la masser : "Veux-tu un massage aujourd'hui ?"
- **Ne forcez pas l'enfant, s'il/elle n'est pas à l'aise ou est grognon, stoppez l'activité et recommencez à un autre moment.**

LE MASSAGE PEUT MAINTENANT COMMENCER

Par des mouvements lents et doux, vous travaillerez sur la tête, le visage, les épaules, les bras, la poitrine, le ventre et les jambes.

Fermez les yeux et appuyez sur vos paupières. La pression que vous utiliserez doit être la même que celle appliquée sur vos yeux sans aucune douleur. Sur les zones les plus petites de son corps, utilisez le bout de vos doigts. Sur les zones plus grandes, utilisez la paume de vos mains.

"Petites caresses" signifie toucher doucement la peau de votre bébé, et "masser" est faire bouger doucement les muscles sous la peau. Lorsque vous massez votre bébé, regardez le/la tendrement.

En faisant cela, vous stimulez tous les sens de votre bébé et établissez une communication visuelle et tactile plus intense.

Sentez-vous libre de parler à votre bébé, ne vous retenez pas.

Essayez d'être souple et de ne pas suivre une routine trop rigide. Si le bébé veut changer de position, laissez-le faire. Ne forcez pas votre bébé à s'allonger comme vous l'avez décidé. Vous pourrez revenir à ces zones plus tard.

QUELQUES MOUVEMENTS SIMPLES POUR LE MASSAGE DU NOURRISSON

Massage du Manuel ACF pour l'Intégration des Pratiques de Soins Infantiles et de la Santé Mentale dans les Programmes de Nutrition)

- **Jambes** : massez l'intérieur de chaque jambe de l'aine à la cheville, en utilisant l'intérieur de la main entre le pouce (pouce vers le bas) et l'index. Cela relâche la tension dans les jambes et favorise la circulation du sang vers le pied. Ensuite, levez une jambe vers le haut sans soulever le corps du bébé et entourez-la de vos deux mains, comme pour former un bracelet. Faites un mouvement doux en tournant pour détendre le muscle en profondeur.
- **Pieds** : un massage des pieds fait du bien au corps tout entier, car le pied est plein de terminaisons

nerveuses. Faites glisser un pouce après l'autre le long de la plante du pied, du talon aux orteils, puis massez chaque orteil. Massez doucement le talon puis la plante du pied avec les deux pouces. N'oubliez pas le début du pied ni les chevilles.

Après avoir massé les deux jambes et les deux pieds, massez le derrière de l'enfant par de petits mouvements circulaires.

- **Ventre** : placez vos mains un moment sur le ventre du bébé, puis massez-le en amenant chaque main l'une après l'autre vers vous. Puis faites glisser vos mains (à plat) de chaque côté du ventre. Du bout des doigts, massez-le dans le sens des aiguilles d'une montre. Un massage du ventre stimule et aide à réguler le système digestif, tout en soulageant les gaz et la constipation.
- **Bras** : tenez son poignet d'une main et, de l'autre, massez son bras de l'épaule au poignet avec la paume vers vous. Stabilisez son épaule pour que le bébé ne se soulève pas. Comme pour les jambes, faites un mouvement doux en tournant avec vos deux mains, en vous assurant de ne pas tordre son coude.
- **Mains** : comme pour les pieds, massez les doigts, puis le dessous de la main, et finalement le poignet, par de petits mouvements circulaires.
- **Visage** : faites glisser le bout de vos doigts du milieu de son front vers ses tempes. Puis ses sourcils, toujours en allant vers les tempes. Avec vos pouces, descendez le long de son nez puis en diagonale vers les joues. Ce mouvement aide à décongestionner le nez et relaxer les muscles des joues. Enfin, du bout des pouces, étirez légèrement ses lèvres du haut, puis du bas, comme un sourire. Relaxez sa mâchoire par de petits cercles du bout des doigts.
- **Dos** : un massage du dos est souvent le massage le plus relaxant pour le bébé. Placez-le sur le ventre et posez vos deux mains sur le haut de son dos. Faites bouger chaque main par des allers retours perpendiculaires à sa colonne, vers le bas, puis remontez vers les épaules. Placez une main sur le derrière du bébé et faites glisser la deuxième de ses épaules à son derrière. Du bout de vos doigts, parcourez tout son dos par petits cercles puis, avec des doigts légèrement écartés, "peignez" le dos du bébé des épaules au derrière.

Terminez le massage par des mouvements très doux afin de détendre les muscles du bébé. Assurez-vous de choisir des mouvements adaptés à l'âge du bébé. Durant le massage, il est important de parler au bébé, ou de chanter pour lui. Cela vous permettra de le rassurer.

Vous trouverez des informations plus détaillées sur la manière de caresser et masser un nourrisson ou un nouveau-né dans le Livre de Vie du Nouveau-né de Laurence Vaivre-Douret's et à partir de la page 29 du Manuel d'ACF pour l'Intégration des Pratiques de Soins Infantiles et de la Santé Mentale dans les Programmes de Nutrition, 2011.

8. SESSIONS DE BAIN DU BÉBÉ ET ACTIVITÉS LIÉES AUX PRATIQUES D'HYGIÈNE



L'urgence a pu perturber la manière dont les soins destinés aux enfants sont normalement donnés. Cela peut être dû à un manque d'eau et de savon, un manque de matériel, un manque de temps du point de vue du donneur de soins... De plus, la détérioration des conditions de vie, par exemple dans des camps surpeuplés, rend l'hygiène d'autant plus importante, afin de prévenir des problèmes de santé tels que la diarrhée et les infections, en particulier de peau. Dans de nombreux contextes, les pratiques d'hygiène n'étaient pas adaptées, et ce même avant l'urgence.

LES ACTIVITÉS LIÉES AUX PRATIQUES D'HYGIÈNE PEUVENT ÊTRE :

- Une éducation générale à l'hygiène, une éducation spécifique à l'hygiène des jeunes enfants, à la préparation des repas, etc.
- Conduire des groupes de parole sur les différentes solutions pour adapter les pratiques d'hygiène au nouveau contexte et aux contraintes associées.
- Distribuer des articles nécessaires à l'hygiène, tels que du savon, des bassines, des peignes (selon ce qui est utilisé localement) si ces articles sont manquants.
- Offrir la possibilité aux accompagnants de donner le bain à leur bébé au sein de l'EMB, surtout lorsqu'ils ne disposent pas dans leur environnement de structures leur permettant de le faire. Il peut s'agir d'un manque d'eau, de savon ou de bassines, mais aussi, pour les environnements froids, d'un manque de chaleur et d'eau chaude.

Faire la démonstration d'un bain pour bébé est un bon moyen de lancer des discussions sur le sujet.

BAIN DU BÉBÉ

(Source : Manuel ACF pour l'Intégration des Pratiques de Soins Infantiles et de la Santé Mentale dans les Programmes de Nutrition, 2011).

Donner le bain à un bébé est aussi un acte d'amour et d'attention entre un donneur de soins et un enfant. Cela permet d'améliorer la relation mère/donneur de soins-enfant et le développement de l'enfant.

Un nouveau-né n'étant pas capable de s'asseoir ou de tenir sa tête droite, il est recommandé de savonner le bébé avant de le mettre dans le bain. Il est préférable d'utiliser des mains nues. Cela donne aussi une occasion de masser le bébé, et le contact de peau à peau renforce le lien donneur de soins-enfant. Il est également plus facile d'accéder aux plis de peau de l'enfant avec des mains nues. En général, commencez par le cou et les aisselles du bébé. Si les bras du bébé sont pliés, étirez-les doucement. Continuez avec le ventre, puis mettez le bébé sur le côté en tenant son épaule afin de pouvoir lui laver le dos. Savonnez ses bras, ses mains, ses jambes et ses pieds. Finissez par ses fesses et ses parties génitales. Sans trop attendre, pour que le bébé n'ait pas froid, placez doucement une main sous son cou, l'autre sous ses fesses et, tout en lui parlant doucement pour le rassurer et l'encourager, placez-le lentement dans l'eau, le bas du corps d'abord. Une fois que ses fesses sont au fond de la baignoire, rincez-le en utilisant votre main libre, mais ne lâchez jamais son cou. Assurez-vous qu'il ne reste pas de savon dans les plis de sa peau. Il est possible de jouer avec l'eau sur le corps du bébé et de laisser le nourrisson jouer avec l'eau.

S'il commence à pleurer, ne le forcez pas. Il est bon d'essayer de le rassurer, de lui parler, de chanter pour lui, mais s'il n'aime vraiment pas l'eau, sortez-le du bain. Cela ira mieux la prochaine fois.

Sortez le bébé du bain de la même manière que vous l'y avez mis : une main sous son cou et l'autre sous ses fesses. Enveloppez-le rapidement dans une serviette afin qu'il n'ait pas froid. Séchez d'abord sa tête puis essuyez soigneusement, sans frotter, les plis de sa peau et les autres parties difficiles à atteindre (pieds et orteils) afin de ne pas irriter sa peau.

Les premières semaines, le bain ne durera pas plus de deux ou trois minutes. Ensuite, le nourrisson sera plus à l'aise et vous pourrez lui donner quelques jouets et le laisser jouer un peu plus longtemps (en vérifiant toujours que l'eau reste assez chaude). Les jouets doivent être propres et adaptés à l'eau (en plastique, généralement).

Il est impératif de rester avec le bébé à chaque instant durant son bain, afin d'éviter les accidents.

Il sera peut-être nécessaire de parler à la mère du bain de son enfant, et de lui montrer des techniques adaptées qui permettront d'assurer l'hygiène, le confort et la sécurité de l'enfant.

Des sessions d'information peuvent être organisées, dans lesquelles des poupées seront utilisées pour montrer les gestes de la mère.

IMPORTANT ! Évitez les éponges, qui peuvent transmettre des bactéries. Il est plus hygiénique de laver un bébé avec ses propres mains, ou bien un grand morceau de coton (qui est ensuite jeté).

9. SESSIONS DE JEU

LES OBJECTIFS DES SESSIONS DE JEU SONT DE :

- Renforcer la relation donneur de soins-enfant (qui est souvent affectée par les effets de la situation d'urgence sur leur état physique et mental et/ou par la condition critique de l'enfant).
- Donner à l'enfant l'occasion de développer tout son potentiel par le jeu et de passer un bon moment.
- Donner aux donneurs de soins l'occasion d'apprécier le jeu, et de passer un moment agréable et relaxant avec l'enfant.
- Présenter différents exemples de sessions de jeu et de matériel de jeu simple, afin d'encourager les accompagnants à donner à leur enfant des jouets adaptés à son âge et à passer du temps à jouer avec lui.
- Le soutien, le partage d'idées et l'éducation des donneurs de soins sur la manière dont s'occuper d'un enfant, gérer son comportement... font aussi partie des objectifs des activités de jeu.



© ACF - veronique Burger - Libéria

Les enfants jouant tout au long de leur développement, tous les enfants (même les très jeunes bébés) sont les bienvenus aux activités de jeu avec leur donneur de soins.

CONCERNANT LE MATÉRIEL DE JEU OU LES JOUETS, LES SESSIONS DE JEU PEUVENT ÊTRE PROPOSÉES AVEC :

- Aucun matériel fourni (comment jouer avec l'enfant sans jouets ?) : sessions de jeu basées sur les chansons, les mouvements du corps, les rimes, les jeux comme cache-cache, etc.
- Du matériel de jeu disponible pour les participants : souvenez-vous que le matériel de jeu et les jouets doivent être très simples et présents dans la région des bénéficiaires (par exemple,

un morceau de tissu, un bout de papier, une tasse en plastique, de l'eau, du sable, des boîtes en carton, des blocs de construction en bois, et des pots et couvercles) et, bien entendu, adaptés à l'âge et au niveau de développement des enfants. Notez que, pour les bébés, il est possible de donner aux bénéficiaires des "boîtes bébé", qui contiennent du matériel sûr et adapté aux très jeunes enfants.

- Des activités de fabrication de jouets peuvent aussi faire partie des sessions de jeu. Dans ce cas, rappelez-vous que l'objectif de l'activité est de renforcer la relation donneur de soins-enfant et d'aider les donneurs de soins à fournir du matériel adapté à leur enfant, pas de fabriquer des jouets !

ORGANISER DES SESSIONS DE JEU

Pour les sessions de jeu, l'équipe de l'EMB doit organiser un espace qui favorise le jeu. Il doit être confortable, avec des tapis sur le sol, une lumière adaptée et des tapis de jeu pour les bébés. Il doit aussi être assez spacieux pour que les participants puissent s'asseoir en cercle et non en ligne, ce qui facilite les interactions et le déplacement des enfants.

Afin d'assurer une plus grande attention individuelle, il ne doit pas y avoir trop d'enfants dans une même session (entre 5 et 7 enfants et leur donneur de soins). La durée des sessions peut varier selon l'âge, le degré d'attention et l'intérêt des enfants. En général, 20 minutes suffisent aux plus jeunes et faibles, mais les sessions peuvent être prolongées en fonction du contexte et des enfants.

En choisissant le matériel de jeu et les activités, le modérateur doit tenir compte des intérêts et capacités des enfants. Bien sûr, la participation doit être spontanée et libre : le droit à ne pas jouer est aussi important que le droit à jouer.

La session de jeu est organisée en plusieurs phases :

- accueil et présentation du modérateur et des parents/donneurs de soins ;
- si les participants sont déjà venus aux sessions précédentes : demandez aux donneurs de soins s'ils ont réussi à passer plus de temps à jouer avec leurs enfants, ou à leur fournir du matériel de jeu, et demandez-leur comment cela s'est passé, s'ils ont rencontré des difficultés, etc. ;
- présentation de l'activité (ainsi qu'un rappel des règles de la session) ;
- sessions de jeu ;
- temps de partage à la fin de la session : les donneurs de soins sont libres de donner leurs impressions sur l'activité, de partager leurs observations ou d'exprimer leurs doutes, appréhensions, attentes, etc. Le modérateur doit également proposer aux participants de donner leur sentiment quant au développement de leur enfant et la relation qu'ils ont avec lui.
- retour du modérateur sur la session de jeu : par exemple, l'intérêt ou le comportement particulier des enfants ou des donneurs de soins qui ont passé la session à jouer à côté de leur enfant. Ce temps de parole permet aussi de partager des informations sur le développement des enfants.
- présentation des prochaines sessions de jeu.

RÔLE DU MODÉRATEUR

Durant la session de jeu, le modérateur doit encourager le jeu entre mères et enfants, et venir en aide à ceux qui rencontrent des difficultés.

Durant la session, le modérateur doit être capable d'organiser son temps entre deux facettes de son rôle : porter une attention individuelle à un enfant et son donneur de soins, et jouer un rôle plus élargi au sein du groupe en guidant l'activité dans son ensemble.

Lors de l'activité, il doit être capable d'aider les donneurs de soins à inviter les enfants à jouer, de les laisser jouer, de les conseiller concernant les jeux et jouets adaptés à l'âge de leur enfant, ainsi que sur leur comportement avec l'enfant.

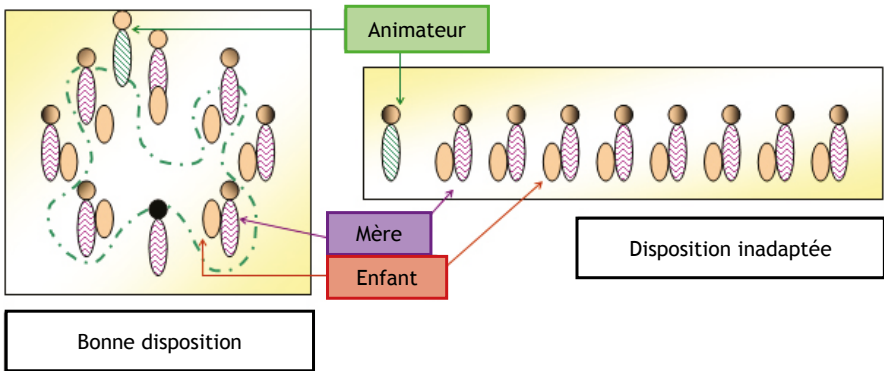


Figure 10: placement des mères et enfants dans les sessions de jeu mère-enfant.
Manuel d'ACF pour l'Intégration des Pratiques de Soins Infantiles et de la Santé Mentale
dans les Programmes Nutrition, 2011

Le modérateur doit ajuster et adapter son attitude et ses interventions à chaque groupe (selon l'âge et les caractéristiques des enfants) et à chaque couple donneur de soins-enfant.

Souvenez-vous qu'il est important *d'encourager* le jeu sans *l'imposer*. Cela vaut pour l'accompagnant comme pour l'enfant.

10. CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT



© ACF - E. Dozio - Côte d'Ivoire

(Tirés de "Le conseil en allaitement : cours de formation ; OMS/UNICEF 1993")

Des conseils individuels sont indiqués si vous avez identifié une alimentation inadaptée à l'âge de l'enfant ou insuffisante, ou si la mère indique qu'elle rencontre des problèmes avec l'allaitement.

Allaiter est plus qu'un acte d'alimentation. C'est la combinaison parfaite de soins où le contact, les sentiments, les émotions et la satisfaction des besoins jouent tous un rôle. Si l'un de ces éléments est perturbé, il risque d'influencer tous les autres.

Par exemple : une mère déprimée ou traumatisée risque d'avoir un réflexe de production de lait réduit et, par conséquent, de donner un substitut du lait maternel au bébé. Celui-ci, en retour, risque d'être affecté par le fait de ne plus recevoir la chaleur et le bien-être de l'allaitement.

Un bébé qui est mal positionné ou mal accroché au sein peut se sentir frustré et refuser le sein, ce qui amène la mère à se sentir incompétente.

Maria est une jeune femme fière, mère d'une petite fille âgée de 2 mois. Elle a survécu à un cyclone, mais vit dans une tente au sein d'un camp parce que sa maison et son village ont été détruits. Elle allaite, mais donne en complément du riz au bébé parce que sa mère lui a dit que les bébés avaient besoin de plus que du lait maternel.

Depuis le cyclone, elle donne de plus en plus de riz, car elle est souvent trop fatiguée pour allaiter.

Elle vient à l'Espace Mères-Bébés et discute avec la conseillère Lia. Celle-ci lui explique que les bébés n'ont pas réellement besoin de riz supplémentaire, parce que tout ce dont ils ont besoin c'est du lait maternel. Maria s'intéresse à ce que Lia lui explique, mais a peur que son lait ne soit pas suffisant. Lia propose qu'elle ne donne pas de riz pendant une journée mais qu'elle l'allaite sa fille dès que celle-ci réclame et pendant aussi longtemps qu'elle veut boire.

Maria accepte et revient le lendemain. Lia demande si le bébé a eu faim après avoir reçu tout le lait qu'elle désirait, et Maria dit non. Maria accepte alors de poursuivre ceci pendant 3 jours, puis Maria revient et Lia pèse le bébé. Elle a pris un peu de poids et est en bonne santé. Maria accepte de continuer de la même façon la semaine suivante. Si le bébé est toujours en bonne santé et continue à prendre du poids, elle sera alors convaincue qu'elle fait ce qui est bon pour sa fille.

Par conséquent, les conseils sur l'allaitement sont un ensemble d'attention et de soin envers tous les facteurs - à la fois techniques et émotionnels - impliqués dans l'allaitement. Par exemple : une mère préoccupée et dont la production de lait est réduite doit garder son bébé le plus possible en peau à peau. Une telle proximité entraînera des sentiments positifs chez le bébé, et renforcera leurs liens. Cela fera remonter sa production de lait, le bébé se sentira aimé et en sécurité, et l'allaitement se passera mieux. Un allaitement réussi rassure la mère et lui donne le sentiment de bien remplir son rôle.

En résumé : améliorer la relation mère-enfant améliore l'allaitement, et l'allaitement améliore la relation mère-enfant.

N'oubliez pas que l'allaitement est une tâche assez lourde pour toutes les mères. C'est d'autant plus le cas en situation d'urgence, car les mères sont soumises à beaucoup de pression et de stress.

Chaque mère ou donneur de soins a ses raisons d'utiliser ses propres pratiques d'allaitement : pour des raisons culturelles, ou parce que d'autres femmes ou des professionnels de santé leur ont conseillé de faire ainsi, parce que les mères ont peur de ne pas avoir assez de lait, parce que la mère/le donneur de soins pense que c'était nécessaire ou parce que la mère est stressée, fatiguée, préoccupée et n'a plus d'énergie. Il faut également tenir compte de leurs parcours, ainsi que de leur souffrance passée et présente.

Le conseil n'est pas de dire à une mère ou à un donneur de soins ce qu'elle/il doit faire. Il s'agit de parler aux gens, de les écouter, de comprendre et reconnaître leurs problèmes, puis d'arriver à un accord pour déclencher un changement.

L'objectif est d'arriver à une situation où la mère/le donneur de soins comprend les problèmes, comprend comment elle et son enfant peuvent bénéficier d'un changement, et où le conseiller et la mère/le donneur de soins trouvent ensemble des moyens d'obtenir ce changement.

Tout d'abord, le conseiller doit comprendre pourquoi la mère/le donneur de soins agit de telle ou telle manière. Ensuite seulement, il peut expliquer à la mère/au donneur de soins pourquoi cette méthode n'est pas optimale. Après cela, il peut proposer à la mère/au donneur de soins des solutions pour changer ces pratiques. Le conseiller et la mère/le donneur de soins doivent trouver des solutions de changement ensemble, rien ne doit être imposé par le conseiller.

Le respect, l'empathie et la patience sont les maîtres mots, mais il faut aussi une bonne communication et des capacités de conseil.

Le conseil doit être fait en fonction de la culture, des opinions et pratiques locales. Il est indispensable de toujours respecter les idées, opinions, parcours, culture et religion de la mère/du donneur de soins.

Pour une meilleure acceptation, vous pouvez mettre la mère/le donneur de soins en contact avec d'autres personnes ayant rencontré des problèmes similaires et qui ont bénéficié d'un changement de comportement. Cela les motivera plus que l'ensemble des sessions d'éducation !

Les donneurs de soins ont parfois du mal à exprimer leurs sentiments, surtout s'ils sont timides ou se trouvent dans un contexte nouveau ou difficile. Les travailleurs psychosociaux se doivent de mettre l'accent sur l'écoute et de faire sentir aux donneurs de soins qu'ils sont compris, afin qu'ils se sentent plus à l'aise. Cela encouragera les donneurs de soins à vous en dire plus, et ils seront moins tentés de se renfermer sur eux-mêmes. Il est important de comprendre les différents aspects de la difficulté, et pourquoi le donneur de soins a une attitude en particulier. Il est essentiel de se montrer respectueux à tout moment, envers la personne, envers ses difficultés, ses pratiques, sa culture, son environnement, sa religion.

Par conséquent, il est important que l'équipe de l'EMB dispose d'assez d'informations sur les croyances locales et les pratiques traditionnelles.

Dans le conseil, la communication verbale et la communication non-verbale sont toutes deux utilisées :

- **La communication non-verbale** signifie montrer votre attitude par votre posture, votre expression, tout ce qui ne relève pas de la parole. Une communication non-verbale réussie fait sentir à la mère que vous vous intéressez à elle et cela l'incite à vous parler :
 - asseyez-vous au même niveau que la mère/le donneur de soins (vous êtes tous les deux sur une chaise, ou tous les deux sur le sol),
 - tournez-vous vers la mère,
 - montrez de l'intérêt à l'enfant en lui souriant et en jouant un peu avec lui,
 - soyez détendu et prenez votre temps,
 - ne touchez la personne que si c'est approprié, et demandez-lui toujours la permission.
 - acquiescez et souriez (si approprié) lorsqu'une mère vous parle.
- **Dans la communication verbale**, vous pouvez utiliser aussi bien des questions ouvertes que fermées :
 - **Les questions ouvertes** commencent généralement par « Comment ? Que ? Quand ? Où ? Pourquoi ? ». Par exemple : « Que ressentez-vous vis-à-vis de votre enfant ? » Elles sont utiles, car la mère doit faire des phrases complètes pour vous répondre.
 - **Les questions fermées** sont généralement moins utiles. Elles disent à la mère la réponse que vous attendez, et elle peut y répondre par « Oui » ou par « Non ». Elles commencent généralement par des mots tels que « Êtes-vous ? A-t-il ? Est-elle ? ». Par exemple : « Aviez-vous allaité vos autres enfants ? » Si une mère répond « Oui » à cette question, cela ne vous dit pas si elle les a allaités exclusivement ou non.

Pour commencer une conversation, rien de mieux que les questions ouvertes. Pour la continuer, une question ouverte plus spécifique peut être utile. Parfois, il est bon de poser une question fermée, pour préciser une chose en particulier. Utilisez une langue simple et des termes familiers pour expliquer certaines choses aux mères. N'oubliez pas que la plupart des gens ne comprennent pas les termes techniques qu'emploie le personnel de santé.

Reconnaissez ce qu'une mère/un donneur de soins et son bébé font correctement, et félicitez-les. Les travailleurs sociaux sont formés pour rechercher les problèmes, et voient presque uniquement ce que les gens font mal pour ensuite les corriger. En tant que conseillers, nous devons apprendre à chercher et reconnaître ce qu'une mère/un donneur de soins et son bébé font correctement. Il est ensuite important de les féliciter et d'approuver ces bonnes pratiques. Cela aura les bénéfices suivants :

- cela donne confiance aux donneurs de soins ;
- cela les encourage à poursuivre ces bonnes pratiques ;
- cela les rend plus réceptifs à vos suggestions futures.

N'utilisez pas des mots critiques tels que : « bon, mauvais, bien, mal, assez, correctement ». Si vous employez ces mots dans vos questions, la mère risque de penser qu'elle se trompe, ou que quelque chose ne va pas chez son bébé.

Faites des observations d'ordre général sur la mère/le donneur de soins et le bébé. Par exemple : « Semble-t-elle heureuse ? En bonne santé ? A-t-elle du lait artificiel ou un biberon sur elle ? Comment interagit-elle avec l'enfant ? Comment va l'enfant ? Semble-t-il heureux, en bonne santé ? Comment interagissent-ils ? »

Répétez à la mère ce qu'elle vient de vous dire, pour lui montrer que vous avez entendu, et pour l'encourager à vous en dire plus. Essayez de le dire d'une manière légèrement différente. Par exemple, si une mère vous dit : « Mon bébé a trop pleuré la nuit dernière », vous pouvez dire : « Vous vous êtes levée toute la nuit pour votre bébé qui pleurerait ? » De cette manière, la mère sait que vous l'avez comprise, et elle peut vous corriger si ce n'est pas le cas.

*Attention à ne pas abuser de cette technique. Cela peut devenir frustrant ou douloureux pour les mères d'entendre constamment ce qu'elles viennent de dire.

L'empathie signifie que vous comprenez ce que ressent une personne. Par exemple, si une mère dit : « Mon bébé veut téter très souvent, et cela me fatigue beaucoup », vous pouvez dire : « Vous sentez-vous tout le temps fatiguée ? » Cela lui montre que vous comprenez qu'elle est fatiguée, et vous lui exprimez de l'empathie. Si vous répondez par une question factuelle, comme par exemple « Combien de fois veut-il téter ? Quoi d'autre lui donnez-vous ? », vous ne faites pas preuve d'empathie.

Acceptez ce que pense et ressent une mère. Parfois, la mère a une idée fautive, que vous désapprouvez. Si vous montrez votre désaccord, ou si vous la critiquez, vous lui faites sentir qu'elle a tort. Cela réduit sa confiance. Si vous montrez votre accord, il est difficile ensuite de lui suggérer quelque chose de différent. Accepter signifie par conséquent répondre de façon neutre, et ne pas être d'accord ou en désaccord. Répéter ou répondre par une phrase ou un geste qui montre votre intérêt est une bonne manière de montrer votre acceptation, tout comme il est utile d'avoir des capacités d'écoute.

Quelquefois, une mère est très contrariée par une chose dont vous savez qu'elle n'est pas grave. Si vous lui dites « Ne vous inquiétez pas, il n'y a pas de quoi s'inquiéter », vous lui faites sentir qu'elle a tort de ressentir ce qu'elle ressent. Cela lui donne le sentiment que vous ne comprenez pas, et cela réduit sa confiance. Si vous acceptez qu'elle est contrariée, cela lui fait sentir qu'elle a le droit de

ressentir cela, et cela ne réduit pas sa confiance. L'empathie est un moyen utile de montrer votre acceptation des sentiments de la mère.

Une mère aura peut-être des questions à poser, ou bien, en lui parlant, vous comprendrez qu'elle s'inquiète à propos d'une chose en particulier, ou qu'elle a des doutes spécifiques. Expliquez-lui simplement et clairement ce qu'elle veut savoir mais seulement si vous êtes sûr de la réponse.

Donnez des informations pertinentes petit à petit, et non tout à la fois. Les informations pertinentes sont celles qui sont utiles à une mère MAINTENANT, dans cette situation particulière, et en réaction à un problème particulier. Quand vous donnez des informations à une mère, rappelez-vous ces points :

- Dites-lui ce qu'elle peut faire aujourd'hui, et non dans une semaine.
- Essayez de lui donner seulement une ou deux informations à la fois, surtout si elle est fatiguée et a déjà reçu de nombreux conseils.
- Attendez d'avoir gagné sa confiance, en acceptant ce qu'elle dit et en reconnaissant ce qu'elle et le bébé font correctement. Vous n'avez pas besoin de lui donner de nouvelles informations ou de corriger une erreur immédiatement.
- Donnez les informations de manière positive, afin que cela ne semble pas critique. C'est particulièrement important lorsque vous voulez corriger une idée fausse.

Faites-lui une ou deux suggestions, ne lui donnez pas d'ordres. Faites attention à ne pas ordonner à une mère de faire une chose (par exemple : « Vous devez allaiter exclusivement »). Au lieu de cela, lorsque vous conseillez une mère, suggérez-lui ce qu'elle pourrait faire différemment. Elle décidera ensuite si elle veut essayer ou non. Cela lui donne un sentiment de contrôle et l'aide à se sentir en confiance. Suggérez de petits changements, n'attendez pas de changement radical après une session.

À éviter :

- Ne sous-entendez pas la réponse que vous attendez. Par exemple : ne dites pas que vous vous intéressez à l'allaitement, ne demandez pas si la mère allaite. L'attitude de la mère pourrait changer. Si elle n'allait pas, elle risque d'être gênée et ne pas oser parler de biberon. Vous devez dire que vous vous intéressez à « l'alimentation du nourrisson » ou demander « comment elle nourrit son enfant ».
- Faites attention à ce que les formes ne deviennent pas une barrière. L'intervenant qui parle à la mère ne doit pas prendre de notes lorsqu'elle parle ou écoute.

Il est important, pour le conseil à l'allaitement, d'avoir des informations détaillées et complètes sur l'histoire du bénéficiaire. Cela implique de poser des questions pertinentes de manière systématique, en utilisant un formulaire spécial.

Au-delà des questions posées aux bénéficiaires, l'observation que fait l'équipe de la mère, de l'enfant et de leur interaction est aussi importante que les questions verbales. Ces observations sont une part importante de l'évaluation et doivent être notées sur le formulaire.

Quelques principes de base pour poser vos questions :

- Accueillez la mère de manière gentille et amicale. Présentez-vous et demandez-lui son nom ainsi que celui du bébé. Mémo­ri­sez-les et appelez-les par leur prénom, sauf si ce n'est pas approprié dans leur culture.
- Utilisez le nom de la mère et celui du bébé (si approprié), ne parlez pas du « bébé ».
- Demandez-lui de vous parler d'elle et de son bébé avec ses propres mots. Laissez-la com­men­cer par ce qu'elle trouve important. Vous pourrez poser vos autres questions plus tard.
- Utilisez vos qualités d'écoute pour l'encourager à vous en dire plus.
- Regardez la courbe de croissance du bébé. Cela peut vous donner des informations importantes et vous épargner certaines questions.
- Posez les questions qui vous apprendront les éléments les plus importants.
- Vous aurez besoin de lui poser des questions, parfois assez intimes, mais essayez de ne pas en poser trop.
- Le formulaire d'admission est un guide pour les faits que vous devez connaître. Décidez de ce que vous devez savoir en priorité pour chaque session.
- Faites bien attention à ne pas paraître critique.
- Posez vos questions poliment. Par exemple : Ne demandez pas « Pourquoi lui donnez-vous le biberon ? ». Il est mieux de demander : « Qu'est-ce qui vous a amenée à donner le biberon à X ? ».
- Utilisez vos compétences pour gagner sa confiance et la soutenir.
- Acceptez ce que dit la mère et reconnaissez ce qu'elle fait bien.
- Essayez de ne pas répéter les questions.
- Essayez de ne pas poser des questions dont les réponses vous ont déjà été données par la mère ou la courbe de croissance.
- Si vous devez vraiment répéter une question, dites d'abord : « Puis-je m'assurer de bien avoir compris ? » puis, par exemple, « Vous m'avez dit que X a eu à la fois une diarrhée et une pneumonie le mois dernier ? ».
- Prenez le temps d'apprendre les choses plus difficiles et sensibles. Certains sujets sont plus difficiles à aborder, mais ils peuvent vous en apprendre plus sur l'état d'esprit de la mère et si elle veut vraiment allaiter.
 - Qu'a-t-elle entendu sur l'allaitement ?
 - Doit-elle suivre des règles particulières ?
 - Qu'en pense le père du bébé ? Sa mère ? Sa belle-mère ?
 - Voulait-elle tomber enceinte à ce moment précis ?
 - Est-elle heureuse d'avoir eu cet enfant maintenant ? Est-elle heureuse du sexe du bébé ?

Certaines mères vous disent ces choses spontanément. D'autres en parlent lorsque vous faites preuve d'empathie à leur égard et leur montrez que vous comprenez ce qu'elles ressentent. D'autres encore ont besoin de plus de temps. Si une mère ne s'ouvre pas facilement, attendez et reposez-lui vos questions plus tard, ou un autre jour, peut-être dans un espace plus intime.

Les solutions proposées dépendront du problème et de ses causes sous-jacentes :

- Si les problèmes sous-jacents sont le stress, l'inquiétude, le traumatisme, le manque d'énergie : aidez la mère à se détendre, écoutez son histoire, aidez-la à prendre confiance en elle en lui montrant qu'elle peut le faire.
- Si les problèmes sous-jacents sont liés à l'influence de membres de sa famille : invitez ces membres à l'Espace Mères-Bébés ou organisez une visite à domicile.
- Si les problèmes sous-jacents sont dus à des facteurs dépassant le domaine d'action de l'EMB, tels que la maladie de l'enfant, des problèmes psychologiques graves, envoyez l'enfant et la mère/le donneur de soins vers un endroit approprié où ils pourront recevoir de l'aide pour ce problème, mais continuez à soutenir et encourager la mère pour l'ANJE.
- Si les difficultés sous-jacentes sont liées à un manque de connaissances, à des idées reçues ou des croyances dans des mythes, il est important d'évaluer si ce problème touche tous les bénéficiaires. Si oui, vous pouvez organiser des interventions sous formes de sessions de groupe ou de sessions de communauté.

POUR PLUS D'INFORMATION, À PROPOS DE SOLUTION AUX DIFFICULTÉS D'ALLAITEMENT, VOIR :

Module d'autoformation d'ACF sur l'allaitement (en anglais);

"Breastfeeding Counselling, a training course", WHO/UNICEF, 1993, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_directors_guide.pdf

Le conseil en allaitement cours de formation OMS/UNICEF, 1993 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_cdr_93_3/fr/

(dans ce document il est inclu aussi une formation aux techniques de counselling)

ou "IFE Module 2, v 1.1", IFE Core Group, 2007 (en anglais seulement) <http://www.enonline.net/ifemodule2>

ou "L'alimentation du jeune enfant sur une base communautaire" http://www.unicef.org/french/nutrition/index_58362.html

Faites des propositions de changement, mais seulement de petits changements à chaque fois. Une mère/un donneur de soins ne va pas changer de pratiques qu'il/elle croit nécessaires juste parce que vous le lui dites. Proposez de changer une petite chose, puis demandez à la mère/au donneur de soins de revenir dans quelques jours pour vous dire comment cela s'est passé. Lors de chaque discussion, un autre changement peut être proposé : pour que la mère/le donneur de soins puisse ajuster progressivement ses pratiques, tout en voyant que cela ne fait aucun mal à l'enfant.

À faire	À ne pas faire
Connaître et respecter les spécificités culturelles concernant l'allaitement et les pratiques de soins infantiles	Critiquer ou mettre une mère mal à l'aise
Être accueillant et ouvert	Être critique
Féliciter les bonnes pratiques	Donner des ordres
Faire des suggestions d'amélioration	Attendre des changements majeurs sur une courte durée
Utiliser des mots simples et faciles à comprendre	Laisser les exigences d'enregistrement des données être une barrière dans la discussion
Encourager et motiver	Sous-entendre la réponse attendue dans la question
Être patient	Se comporter de manière supérieure

11. ACTIVITÉS AUTOUR DE L'ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE

La période d'alimentation complémentaire (6 mois à 2 ans) est bien connue comme étant une période particulièrement sensible au développement de la malnutrition aiguë. Les urgences ont un impact sur l'alimentation complémentaire également, avec un risque potentiel d'augmentation de la malnutrition, de la morbidité et de la mortalité à court et long terme. Les pratiques culturelles, l'absence ou le manque de temps des mères et autres accompagnants, et une présence et/ou une qualité réduite des aliments complémentaires peuvent être source de problèmes accrus concernant l'alimentation complémentaire.

L'alimentation complémentaire est dans le top trois des interventions pouvant sauver la vie des enfants de moins de 5 ans. Par conséquent, il est fondamental d'accorder l'attention qu'il se doit à ce sujet.

Notez que ce qui compte n'est pas seulement le type de nourriture donnée à l'enfant (quantité et qualité), mais aussi comment elle est donnée. Il est recommandé de pratiquer une alimentation active (assister les enfants, être sensible à leurs signaux, leur donner à manger patiemment sans les forcer).

Une attention spéciale doit donc être accordée à l'alimentation complémentaire dans les situations d'urgence. Cela peut comprendre des activités telles que :

- Des groupes de parole sur le sevrage et l'alimentation complémentaire : l'importance de continuer l'allaitement et d'éviter une interruption brutale, les principes clés d'une alimentation complémentaire adéquate, l'importance d'une hygiène accrue dans des conditions de vie difficiles, etc.
- Encourager un allaitement prolongé, et même augmenter la fréquence de l'allaitement. Vous pouvez proposer aux mères qui ont arrêté l'allaitement de le reprendre, même pour un enfant plus grand.



© ACF - Marion Legrande - Zimbabwe

- Des groupes de parole et des sessions d'éducation sur l'alimentation active.
- Un suivi de la santé et du bien-être de l'enfant : après avoir été exclusivement allaité pendant 6 mois, c'est le moment où l'enfant va entrer en contact avec des facteurs plus agressifs à travers la nourriture et à cause d'une mobilité accrue (il rampe, joue, touche des choses et les met dans sa bouche...).
- Le développement de recettes adaptées présentant une diversité nutritive suffisante et tenant compte de la nourriture disponible et abordable pendant l'urgence; mais aussi acceptable par la famille et facile à préparer avec les moyens disponibles (soyez conscient d'un manque éventuel d'ustensiles, de combustible...).
- Des démonstrations de cuisine des « nouvelles » recettes d'urgence.
- Un plaidoyer pour des distributions alimentaires supplémentaires ou des distributions de coupons d'alimentation complémentaire si vous avez remarqué que l'alimentation complémentaire était menacée suite à un manque de nourriture ou à l'incapacité des bénéficiaires à acheter une nourriture adaptée.
- Distribution ou plaidoyer pour une distribution de compléments en micronutriments si l'alimentation complémentaire disponible et/ou abordable manque de micronutriments.
- Distribution ou plaidoyer pour une distribution d'ustensiles de cuisine, combustible, savon, etc. si ces articles manquent et compromettent la préparation d'un repas adapté.

POUR PLUS D'INFORMATION, VOIR :

"Complementary Feeding, Family foods for the Breastfed Child", WHO 2001
http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf

"Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child", PAHO/WHO
http://www.who.int/nutrition/publications/guiding_principles_compfeeding_breastfed.pdf

"Complementary Feeding Counselling - A training course" WHO 2004
<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241546522/en/>

"Complementary Feeding of Infants and Young Children in Emergencies - Review of current resources" IFE Core Group, ENN, IASC; October 2009
<http://files.enonline.net/attachments/965/cfe-review-enn-ife-core-group-oct-2009.pdf>

"5 keys to safer food manual" WHO 2006
http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys.pdf

Associez-vous aux programmes de sécurité alimentaire pour œuvrer à la mise en place de programmes permettant la culture (graines et outils) ou l'achat (activités génératrice de revenu) d'une alimentation complémentaire de qualité.

12. SUIVI DE LA CROISSANCE DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Si le système habituel de suivi de croissance n'est plus fonctionnel ou s'il est inexistant, le suivi de croissance peut être considéré comme une activité. Suivre la prise de poids peut rassurer les mères qui doutent de leur capacité à allaiter leur enfant, ou qui ont peur de manquer de lait, et cela peut motiver les mères/donneurs de soins à continuer à venir au centre. Il n'est pas nécessaire de peser l'enfant chaque jour, les balances n'étant pas toujours à même de déceler les changements de poids d'un jour à l'autre. Pour les enfants ne présentant pas de problèmes particuliers, une pesée une fois par mois est suffisante. Le poids doit être noté sur le dossier « En route vers la santé » de l'enfant, distribué par le Ministère de la Santé du pays. Si ces cartes ne sont pas disponibles, son poids peut être noté sur son dossier individuel, mais il faudra demander aux organismes de coordination de vous faire parvenir ces dossiers.

Le suivi de croissance doit être combiné à des sessions d'éducation - en groupe ou individuelles, des discussions et des sessions de soutien.

Note sur les soins de santé basiques.

Dans la plupart des cas, il est recommandé de ne pas étendre les activités trop loin de l'objectif initial : promouvoir et améliorer les pratiques de soin destinés aux enfants et améliorer le bien-être des parents et des enfants.

Proposer des soins de santé basiques n'est donc pas conseillé, sauf en cas de nécessité absolue, par exemple s'il n'y a pas de soins de santé de base à proximité. Si c'est le cas, vous devez œuvrer auprès du Cluster Santé et/ou des organisations médicales pour mettre cela en place.

Les exceptions sont la distribution de SRO (Sels de Réhydratation Orale) aux mères/donneurs de soins et enfants souffrant de diarrhée simple, et aussi de zinc. Ils doivent quoi qu'il en soit être envoyés vers un centre de soins si leur diarrhée devient chronique ou se complique. Les SRO ne doivent de toute façon pas remplacer le lait maternel. Celui-ci reste le meilleur moyen de prévenir et soigner la déshydratation légère.

Souvenez-vous que le lait maternel contient des anticorps, et peut être utilisé pour :

- les infections oculaires : la mère peut nettoyer les yeux de son bébé avec du lait maternel ;
- les infections de peau : la mère peut ajouter du lait maternel à l'eau propre du bain lorsqu'elle donne le lait à son bébé ;
- les petites blessures ouvertes : la mère peut utiliser du lait maternel pour les nettoyer.

Une fois que le système de suivi de croissance « normal » est de nouveau fonctionnel dans les centres (de santé) de la communauté, vous devez encourager les mères à y poursuivre le suivi.

13. VISITES À DOMICILE



© ACF - E. Dozio - Tchad

Dans diverses situations, il est nécessaire d'organiser des visites à domicile dans le cadre de l'Espace Mères-Bébés. En effet, la plupart des femmes ne s'occupent pas seules de leur enfant, mais avec leur famille. Certaines décisions importantes sur les soins donnés à l'enfant sont donc prises, non pas par la mère seulement, mais par le père, la grand-mère, ou d'autres membres de la famille.

Pour les mères qui ont besoin de soutien, conseils et encouragements appropriés de la part de leur famille, mais sont confrontées à des difficultés avec leurs proches (problèmes de communication, violence, lourde charge de travail, etc.), les visites à domicile sont des outils importants pour apporter de l'aide aux donneurs de soins.

Dans d'autres situations, de jeunes parents se retrouvent seuls à s'occuper de leur bébé après la mort de leurs proches dans une catastrophe naturelle ou un conflit. Dans certaines cultures, de telles situations sont inhabituelles, et les jeunes parents risquent d'avoir beaucoup de mal à apporter l'aide nécessaire à leur enfant. Dans ce contexte, en plus d'autres services (tels que des sages-femmes aidant les parents chez eux - remplissant le rôle qu'aurait eu une grand-mère ou une tante en temps normal), les visites à domicile sont importantes.

Inciter les donneurs de soins à mettre en place chez eux certaines des pratiques de soins destinés aux enfants qui leur ont été montrées durant les sessions individuelles ou de groupe à l'EMB aide l'action à s'inscrire dans la durée. Il est par conséquent important de travailler directement avec la

famille pour créer un environnement dans lequel les femmes enceintes et allaitantes, ainsi que les autres donneurs de soins, seront assistés pour apporter la meilleure qualité de soins.

Il est souvent nécessaire d'indiquer le caractère durable de l'EMB et de ses activités. L'un des meilleurs outils est d'effectuer des visites à domicile, car le fait d'expliquer directement à la famille étendue les bénéfices des pratiques de soins montrées lors des sessions individuelles ou de groupe assure leur compréhension et leur soutien.

Les visites à domicile sont intéressantes, car elles permettent à l'équipe de l'Espace Mères-Bébés d'adapter son intervention et de proposer une aide personnalisée aux bénéficiaires en fonction de leurs besoins. Le type d'intervention doit correspondre aux besoins qui ont été identifiés, ainsi qu'aux spécificités culturelles et, bien sûr, doit être validé par la mère/le donneur de soins.

Les visites à domicile peuvent être organisées par l'équipe de l'EMB pour différentes raisons :

- Pour rencontrer le bénéficiaire dans son environnement quotidien, et ainsi mieux comprendre les problèmes qu'il/elle rencontre afin de trouver des solutions adaptées.
- Pour suivre une famille ayant des difficultés spécifiques, et lui apporter des conseils, des soins ou une aide supplémentaire.
- Pour rencontrer les membres de la famille afin de faciliter les changements de comportement, discuter d'un problème précis ou impliquer les membres de la famille dans la pratique de soins.
- Pour mener une session à domicile si le bénéficiaire n'a pas le temps, les moyens ou l'autorisation des membres de sa famille de se rendre à l'Espace Mères-Bébés.
- Pour mener des activités spécifiques (sessions de jeu à domicile, par exemple) afin d'aider les bénéficiaires à mettre en place des sessions de jeu pour leur enfant dans leur environnement familial.
- Pour vérifier si la situation de la famille est toujours comme indiquée avant de donner le substitut du lait maternel (voir ci-dessous).
- Pour suivre des femmes enceintes avant et après l'accouchement et ainsi leur proposer des interventions spécifiques et adaptées.

Dans certaines cultures où il est compliqué pour une femme de quitter la maison seule, les visites à domicile peuvent être un volet important du programme.

- Pour mener une visite à domicile, le travailleur psychosocial doit suivre quelques étapes importantes : préparer soigneusement la visite à domicile et identifier les objectifs de la visite.
- Déterminez une date et une heure appropriées pour la visite au bénéficiaire : quelquefois, pour programmer une visite à domicile, il faut prendre en compte des facteurs importants tels que la présence d'un membre de la famille (le mari ou la belle-mère, par exemple).
- Lorsque vous arrivez chez les bénéficiaires, attendez qu'ils vous invitent à entrer.
- Présentez-vous (et introduisez brièvement le programme de l'EMB si nécessaire) à tous les membres de la famille présents.

- Facilitez la discussion avec la famille (et une activité, si possible - par exemple un jeu entre le donneur de soins et l'enfant).
- Assurez-vous que tous les membres de la famille présents reçoivent de l'attention, se sentent écoutés, et ont la possibilité de participer.
- Avant de quitter la maison, résumez brièvement les principaux points et recommandations abordés lors de la visite. Insistez toujours sur les points positifs.
- Définissez la prochaine étape pour le suivi des bénéficiaires (par exemple programmez une autre visite, invitez-les à une activité de l'EMB, etc.).

*Concernant les visites à domicile, une attention particulière doit être portée à la **sécurité de l'équipe**. Si vous avez le moindre doute sur celle-ci, les visites à domicile doivent être menées par deux personnes, ou pas du tout.*

La durée de la visite à domicile dépend de plusieurs facteurs, tels que le but de la visite, les besoins des bénéficiaires... En général, les visites à domicile durent environ 45 minutes. Normalement, vous n'avez pas besoin de matériel particulier, l'idée étant de travailler selon la situation réelle des bénéficiaires dans leur environnement familial. Néanmoins, dans certains cas, il peut être utile d'apporter des brochures ou autres supports visuels.

L'attitude du travailleur psychosocial doit être très ouverte et flexible, et mettre l'accent sur l'écoute des bénéficiaires et l'observation.

Etant donné la difficulté qu'il y a à organiser des visites à domicile, une formation adaptée (comprenant des sessions de formation continue et une supervision) devrait être organisée pour les employés dès l'ouverture de l'EMB.

14. SESSIONS COMMUNAUTAIRES



© ACF - Christina Lionnet - Tchad

Ces sessions visent à travailler avec des membres de la communauté sur les questions liées aux pratiques de soins infantiles au sein d'une communauté.

- Informez la communauté de l'existence de l'EMB.
- Organisez des sessions de groupe d'éducation spécifique ou des groupes de parole pour des publics précis (pères, grand-mères, etc.) afin de leur faire prendre conscience des bénéfices des bonnes pratiques de soins, y compris l'allaitement et l'alimentation complémentaire pour l'enfant, la mère, la famille et la communauté, les informer sur les meilleures pratiques et sur le fait que les femmes enceintes et allaitantes ont besoin de leur aide.
- Menez des visites à domicile pour les familles des femmes, afin de discuter des questions mentionnées ci-dessus avec les autres membres de la famille.

Il y a de nombreuses raisons pour mettre en place des sessions communautaires pour informer sur un sujet particulier. Certains exemples sont donnés ici, mais en étant créatif, on peut lancer d'autres activités :

- Informer les personnes clés de la communauté, telles que les chefs religieux, les chefs de camp ou de village, les chefs des groupes de femmes.
- Faire passer des messages clés concernant les pratiques de soins via les médias locaux, les voitures de publicité ou les crieurs, les sessions d'éducation, les chefs de communauté, les pièces de théâtre, les affiches, les tracts, les chansons.
- Former le personnel de soins de la communauté, tel que les travailleurs de santé de la communauté, les accoucheuses traditionnelles, les sages-femmes de la communauté.

IV. ALIMENTATION DU NOURRISSON NON-ALLAITÉ



1. INTRODUCTION

Malgré les nombreuses possibilités qu'offre l'allaitement, dans de nombreuses urgences, on voit des enfants qui n'ont pas la possibilité d'être allaités à ce moment-là. Ces nourrissons et ces enfants sont particulièrement vulnérables, et un soin spécial doit leur être réservé. Des solutions alternatives doivent être cherchées, et l'utilisation de lait artificiel doit être un dernier recours.

Apporter aux nourrissons et aux jeunes enfants des solutions alternatives ou du lait artificiel doit être fait sur une base individuelle. Après un entretien complet, au cours duquel l'histoire de l'enfant est vérifiée, des options alternatives sont explorées et des décisions sont prises avec le donneur de soin par un membre qualifié de l'équipe.

L'apport de substitut du lait maternel ne devrait **JAMAIS** avoir lieu via une distribution générale ou sans discussion préalable avec un conseiller formé à l'ANJE-U.

2. SOLUTIONS ALTERNATIVES AU SUBSTITUT DU LAIT MATERNEL (SLM)



© ACF - Afghanistan

Avant de passer à l'alimentation artificielle, avec tous les risques qu'elle peut présenter en situation d'urgence, il faut explorer toutes les possibilités afin de continuer d'apporter à l'enfant du lait maternel.

RELACTATION

Cela doit être proposé à toutes les mères ayant arrêté d'allaiter, mais qui ne présentent aucun problème de santé ou ne prennent aucun médicament les empêchant de reprendre l'allaitement. En ce qui concerne le VIH, dans les zones de faible prévalence, cela peut être suffisant que la mère dise ne pas avoir le VIH ou ne présente aucun symptôme indiquant qu'elle est infectée par le VIH.

Cela doit se faire en accord avec les directives nationales.

La relactation peut aussi être proposée à une autre femme de la famille ou de la communauté de l'enfant, qui est d'accord pour allaiter mais n'a pas de lait à ce moment-là, comme par exemple une tante ou une grand-mère.

Il est nécessaire d'expliquer aux mères/donneurs de soins quels peuvent être les effets négatifs de l'alimentation artificielle dans un contexte d'urgence, et pourquoi l'allaitement au sein apporte une meilleure nutrition, une meilleure protection contre les maladies, tout en étant moins cher, etc.

Le choix se fera en accord avec la mère/le donneur de soin, et probablement sa famille.

Ahmed et Mohammed sont des jumeaux de 2 mois. Ils vivent dans un camp de déplacés au Darfour. Ils ont récemment perdu leur mère, qui est morte de maladie. Leur tante, Fatima, allaite son propre bébé, un garçon de 6 mois, et est prête à allaiter les jumeaux, mais elle s'inquiète de ne pas avoir suffisamment de lait. La tante et les 3 bébés sont admis au centre nutritionnel, où un supplément de lait artificiel est donné aux jumeaux à travers un petit tube attaché au sein. La succion des bébés provoque l'écoulement du lait. Elle continue également d'allaiter son propre bébé. L'équipe du centre réduit progressivement la quantité de supplément, tout en surveillant le poids des bébés. Lorsque les bébés n'ont plus besoin de supplément, Fatima reste quelques jours supplémentaires afin de suivre leur prise de poids avec l'allaitement exclusif. Ensuite, elle peut rentrer à la maison, tout en se sentant heureuse et confiante dans sa capacité à nourrir les trois enfants. Elle est admise au Centre Nutritionnel Supplémentaire où elle reçoit une ration supplémentaire pour elle-même, et où le poids des bébés est surveillé toutes les deux semaines.

LES NOURRICES

Une nourrice est une femme qui allaite un enfant qui n'est pas le sien. Généralement, elle l'allaite en plus de son propre enfant. Pour les enfants qui ne sont pas allaités par leur mère, c'est la meilleure solution, et la plus sûre. La nourrice peut être une femme de la famille de l'enfant ou de son entourage (une tante, une voisine, etc.) ou peut être choisie par la famille de l'enfant (auquel cas un accord très précis doit être passé).

La possibilité de cette pratique dépend de la culture : dans certains endroits, les femmes allaiteront un autre enfant spontanément, c'est une pratique courante. Dans d'autres cultures, c'est une pratique peu courante mais acceptée. Mais, dans d'autres lieux, il n'est pas culturellement accepté de faire cela. Par conséquent, proposer de trouver une nourrice dépendra de l'acceptation par la culture en question¹.

Il est préférable que la nourrice soit en bonne santé et acceptée par la famille. Dans les zones de faible prévalence du VIH, cela peut être suffisant que la nourrice dise ne pas avoir le VIH ou ne présente aucun symptôme indiquant qu'elle est infectée par le VIH. Dans les zones de forte prévalence, il peut être nécessaire de demander à la nourrice de faire des tests et d'accepter de se

1 - Le Coran aborde de manière précise la question des nourrices : il indique que si la mère ne peut pas allaiter l'enfant, le père doit trouver une nourrice.

protéger d'une infection pendant toute la période où elle allaitera l'enfant. Ces décisions doivent être conformes aux protocoles nationaux sur le sujet, et en accord avec la famille et la nourrice.

Si la nourrice a peur de ne pas avoir assez de lait pour nourrir deux enfants à la fois, elle peut bénéficier d'un suivi quelque temps afin de stimuler sa production de lait maternel, ou peut utiliser temporairement un SLM, donné par technique de supplémentation par succion (TSS). Un suivi la concernant et concernant les enfants qu'elle nourrit lui donnera la confiance nécessaire pour poursuivre l'allaitement. Elle devrait aussi recevoir des compléments alimentaires ou des compléments en micronutriments comme les autres femmes allaitantes.

Ce n'est pas un problème que les deux enfants qu'elle allaite soit d'âges différents. Des femmes ont même pu allaiter deux bébés en même temps, et cela même en contexte d'urgence.

Si la mère de l'enfant est encore en vie, elle doit être encouragée à tisser des liens avec son enfant : en lui donnant le bain, en le portant, en lui chantant des chansons, en jouant avec lui, en lui donnant des aliments complémentaires, etc. afin de créer un lien affectif. Si la mère n'est pas présente, ce rôle peut être assumé par le père, la grand-mère ou un autre donneur de soins.

Le lait qui a été tiré doit être stocké dans un récipient propre avec couvercle, et doit être conservé 8 heures maximum à une température d'environ 25°C. Il peut être gardé plus longtemps en le mettant dans un frigo, ou sur un bloc de glace, en le couvrant d'un torchon mouillé ou en le plaçant dans la partie la plus fraîche de la maison.

Il doit être donné à l'enfant à l'aide d'une tasse, jamais au biberon. L'enfant devrait recevoir 150 ml/kg/jour, réparti en 8 à 12 fois.

Si l'enfant urine 6 fois par jour (s'il est exclusivement alimenté par du lait maternel), va à la selle 2 à 6 fois par jour et prend 125g/semaine, tout en étant en bonne santé, cela signifie qu'il reçoit assez de lait.

Les mères donnant leur lait peuvent recevoir des colis de nourriture complémentaire en plus, ainsi que des encouragements.

BANQUES DE LAIT MATERNEL

Dans certains pays, il existe des banques de lait maternel. Les mères ayant trop de lait peuvent le donner, et il est ensuite congelé et donné aux mères qui en manquent.

Dans certaines urgences, il a été proposé d'importer du lait maternel depuis d'autres pays. Même si ce serait en principe une bonne alternative au lait artificiel, vous devez garder à l'esprit que :

- Une autorisation et régulation du Ministère de la Santé est requise, stipulant entre autres les conditions requises que doit remplir le lait maternel donné (concernant les tests de donneurs, le stockage, le transport, etc.).
- Il est nécessaire d'avoir une chaîne du froid afin de conserver le lait maternel congelé jusqu'à l'arrivée du bénéficiaire.

Ces conditions n'étant pas faciles à remplir dans la plupart des urgences, l'option de lait maternel donné sera abordée plus en détail dans ce manuel.

3. CRITÈRES D'ADMISSION ET D'EXCLUSION POUR LES PROGRAMMES D'ALIMENTATION ARTIFICIELLE

Vous devez avoir une idée précise de quels enfants doivent être pris en considération pour l'alimentation alternative ou artificielle dès le début du programme. Il est préférable que toutes les agences qui travaillent dans ce domaine utilisent les mêmes critères, et qu'ils soient approuvés par le Ministère de la Santé. La coordination est donc très importante. Une supervision de la mise en place des critères établis par les équipes terrain est très importante pour prévenir tout effet négatif sur l'allaitement.

CRITÈRES D'ADMISSION

- **Enfants dont la mère est décédée** : c'est le groupe le plus évident et ce sera probablement le groupe le plus important d'enfants ayant besoin de solutions.
 - **Enfants séparés de leur mère pendant une longue période** : par exemple, quand la mère est absente, ou vit dans un autre endroit. Dans ce cas, il faut aider la famille à réunir la mère et l'enfant : en rétablissant le lien par des programmes de réunification familiale, en abordant avec la mère la possibilité de rejoindre l'enfant ou vice versa.
 - **Enfants de mères ayant le VIH et qui n'ont pas été allaités avant l'urgence**, quelle que soit la raison. À un certain point, il faudra aborder la question de la relactation avec les mères.
 - **Enfants de mères séropositives qui ont choisi de ne pas allaiter avant l'urgence**. Ils auront besoin d'une attention spéciale afin de bénéficier d'une alimentation adéquate. La relactation ne peut pas être proposée, car cela impliquerait une période d'alimentation mixte, ce qui augmenterait le risque de transmission du VIH.
 - **Enfants que les mères ne peuvent pas allaiter à cause de médicaments maternels ou d'une maladie**. Bien que, dans la plupart des situations, il est possible de poursuivre l'allaitement ou l'alimentation par lait exprimé, il y a quelques exceptions pour lesquelles l'utilisation de lait maternel n'est pas conseillée :
 - *le virus de l'herpès de type 1 (HSV-1)* : il est nécessaire d'éviter un contact direct entre les lésions sur les seins de la mère et la bouche du nourrisson, et cela jusqu'à ce que les lésions soient guéries. Si ces lésions ne risquent pas de toucher la bouche du nourrisson, l'allaitement peut se poursuivre, mais la mère doit faire très attention à l'hygiène de ses mains.
 - *un sepsis*,
 - *la prise de médicaments par la mère* : médicaments psychothérapeutiques de sédation, médicaments antiépileptiques et opioïdes, l'iode 131 radioactif, une utilisation excessive de l'iode ou iodophores locaux (ex : la povidone iodée), surtout sur les plaies ouvertes ou les membranes muqueuses, la chimiothérapie cytotoxique.
- ➔ Plaidez pour que les docteurs prescrivent autant que possible des traitements médicaux compatibles avec l'allaitement.

- La production de lait maternel doit être maintenue pendant ce temps, en exprimant manuellement le lait maternel et en le jetant, afin que l'allaitement puisse reprendre une fois la mère guérie ou le traitement médical terminé.
 - Si la mère n'a pas pu maintenir sa production de lait maternel, la relactation doit lui être proposée le plus tôt possible.
- **Pour les enfants nés d'un viol**, bien qu'il serait normalement recommandé aux mères de les allaiter afin de leur apporter une alimentation optimale ET afin d'avoir une chance de nouer des liens émotionnels entre mère et enfant et améliorer l'état psychologique de la mère, il est reconnu que cela est trop difficile pour certaines mères. Une évaluation doit être menée par un professionnel de la santé mentale, qui suivra de près la mère et l'enfant.

AGE D'ADMISSION ET DURÉE DE PRISE EN CHARGE

L'âge auquel vous admettrez les enfants dans ce programme dépendra de :

- la gravité de l'urgence ;
- la présence d'aliments complémentaires adaptés dans les foyers ;
- la capacité du programme.

La priorité doit être donnée aux nourrissons de moins de 6 mois, car ils dépendent complètement du lait maternel ou des substituts du lait maternel. Si aucun aliment complémentaire n'est disponible, il est conseillé d'inclure également les enfants de 6 à 12 mois.

Un apport durable de SLM doit être proposé à tous les enfants admis jusqu'à ce qu'ils aient 6 mois minimum, ou jusqu'à 12 mois, si possible.

Cela implique qu'en commençant l'activité, ACF s'engage à suivre tous les bénéficiaires jusqu'à l'âge de 6 ou 12 mois, avec des SLM et soins adaptés.

Si, pour une raison imprévue, l'activité ne peut pas se poursuivre, il vous faudra organiser le transfert de tous les bénéficiaires vers un autre programme proposant des soins similaires.

CRITÈRES D'EXCLUSION

Ne devraient pas être considérés pour ce programme :

- **Les enfants nés de mère séropositives après l'urgence.** Le programme de SLM ne vise pas à être un programme PTME. Il apporte une solution aux enfants n'ayant pas la possibilité d'être allaités. Les enfants nés après l'urgence ont la possibilité d'être allaités si leurs mères sont correctement conseillées. De plus, il faut noter que le programme PTME ne remplit pas les critères établis par l'OMS concernant le VIH et l'alimentation des nourrissons. Ce programme n'est pas durable. Enfin, il est important de comprendre que dans de nombreux foyers, les conditions d'hygiène seront insuffisantes et l'allaitement donnera au nourrisson une bien meilleure chance de survie.

- **Les enfants de mères qui n'allaitent pas pour pouvoir travailler à l'extérieur** : il faut conseiller ces mères et leur proposer d'autres alternatives, telles que l'utilisation de lait exprimé pour les moments où elles sont séparées de leur enfant.
 - **Les enfants hospitalisés** : ils doivent continuer à recevoir du lait maternel, soit en tétant directement, soit en recevant du lait exprimé via une tasse ou un tube nasogastrique. Le SLM doit uniquement être utilisé pour compléter le lait maternel si la mère n'en produit pas assez, et vous devez aider la mère à produire et exprimer plus de lait.
 - **Les enfants de mères souffrant d'une des maladies suivantes** :
 - *Abcès au sein* : l'allaitement doit continuer en utilisant le sein non affecté. Il pourra reprendre sur le sein affecté une fois le traitement commencé.
 - *Hépatite B*: les nourrissons doivent recevoir le vaccin de l'hépatite B dans les 48 heures, ou sinon, le plus vite possible.
 - *Hépatite C*.
 - *Mastite* : si l'allaitement est vraiment douloureux, le lait doit être tiré pour éviter que la maladie s'aggrave.
 - *Tuberculose* : mère et bébé doivent être soignés selon les directives nationales concernant la tuberculose.
 - *Prise de substances* : il a été prouvé que la prise maternelle de substances telle que la nicotine, l'alcool, l'ecstasy, les amphétamines, la cocaïne ou tout autre stimulant a des effets néfastes sur les bébés allaités. L'alcool, les opiacés, les benzodiazépines et le cannabis peuvent causer la sédation de la mère ou du bébé. Par conséquent, les mères doivent être encouragées à ne pas utiliser ces substances. Vous devez leur donner une opportunité et le soutien nécessaire pour arrêter.
- ➔ Ces problèmes de santé peuvent affecter le bébé. Par conséquent, un suivi de la santé de la mère et de l'enfant par des professionnels de santé est essentiel.

ÉVITER LES ADMISSIONS ERRONÉES

Une fois que le programme sera connu, les gens voudront faire bénéficier leur enfant de SLM, même sans correspondre aux critères d'admission. Une fois qu'ils connaîtront ces critères, certains vous raconteront même de fausses histoires pour vous convaincre de leur donner le lait. Ils ne le font pas pour vous tromper, mais parce qu'ils pensent agir pour le bien de leur enfant. Les raisons sont les suivantes :

- la croyance que le lait artificiel est meilleur que le lait maternel ;
- la croyance que la mère n'a pas suffisamment de lait pour nourrir son enfant ;
- la croyance que le lait de la mère n'est pas bon.

Ces parents ou soignants doivent être identifiés et vous devez leur donner des informations correctes sur les risques de l'alimentation artificielle, comparée aux bénéfices de l'allaitement, et les envoyer vers l'Espace Mères-Bébés, le « Coin bébé » ou les conseillers mobiles pour plus de conseils sur un allaitement réussi.

Pour réduire le risque d'admissions erronées, les actions suivantes peuvent être mises en place :

- Organisez la distribution de SLM dans un endroit différent de l'EMB/ « coins bébé » ou de l'espace des conseillers mobiles. Le lieu ne doit pas être bien en vue, il doit être séparé du reste de l'EMB, tout en restant facilement accessible. Si ce n'est pas possible d'un point de vue logistique, vous devez prévoir une pièce séparée au sein de l'EMB ou de la structure de santé, ou organiser la distribution à un moment différent du créneau réservé aux mères allaitantes.
- La distribution de SLM ne doit pas être trop annoncée. Toutes les familles ayant des enfants de moins de 2 ans doivent être encouragées à venir à l'EMB, au « coin bébé », à rencontrer les conseillers mobiles ou à venir au centre de soins, et ce n'est qu'une fois là-bas que des employés qualifiés enverront les enfants qui en ont besoin vers la distribution de SLM.
- Le stock de SLM ne doit pas être bien en vue pour les bénéficiaires. Il doit être rangé dans un placard, des boîtes ou des cartons, et une provision individuelle doit être sortie pour chaque bénéficiaire. Le SLM ne doit jamais être visible des mères allaitantes.
- Conduisez des entretiens d'admission précis avec les bénéficiaires afin d'établir une relation de confiance entre le conseiller et le bénéficiaire, et pour détecter des éventuelles incohérences dans son histoire (par exemple, posez des questions telles que : « Qui a nourri l'enfant ce matin ? » « Qui a donné son bain à l'enfant hier ? »).
- Organisez une visite au domicile de la famille, afin de vérifier si la situation de la famille correspond aux détails donnés lors de l'entretien. Vous pouvez aussi poser discrètement des questions aux voisins.
- Contactez les agences de protection, qui auront peut-être une liste des orphelins de chaque endroit.
- Observez le comportement de l'enfant lorsqu'il est sur les genoux de sa mère. S'il tourne la tête vers le sein, le touche, veut le téter, cela peut indiquer que la mère l'allaite toujours. Si vous soupçonnez que ce n'est pas le cas, il vous faut expliquer précisément à la mère les risques de l'alimentation artificielle par rapport à l'allaitement au sein.
- Si plusieurs personnes vous racontent la même histoire, surtout si elles viennent du même endroit, cela doit être considéré comme un signe qu'il vous faut sérieusement vérifier leurs dires !
 - ➔ Toute action visant à vérifier l'impossibilité d'un enfant à recevoir du lait maternel doit être menée avec diplomatie et tact, afin de ne pas perdre la confiance du bénéficiaire et pour ne pas menacer une famille qui a réellement perdu une mère.
 - ➔ Si vous découvrez qu'une famille comprend une mère pouvant allaiter avant ou après l'admission, vous devez les traiter de manière professionnelle et avec respect. Il ne faut pas les agresser, mais leur expliquer dans quelle mesure il est mieux d'allaiter un enfant. Ils doivent être envoyés vers l'EMB, le « coin bébé » ou les conseillers mobiles afin d'être conseillés concernant l'allaitement.
 - ➔ Tout en vous efforçant d'éviter les admissions erronées ou l'arrêt de l'allaitement au sein, il est aussi important de ne pas stigmatiser les mères ou les familles ayant recours au SLM.

4. CHOIX DE SUBSTITUT DU LAIT MATERNEL

Si du lait artificiel est utilisé :

- Vous devez soigneusement expliquer la procédure au donneur de soins et la lui montrer.
- Vous devez demander au donneur de soins de préparer et donner le lait devant vous.
- Le donneur de soins ne peut repartir chez lui avec le lait que si elle/il est capable de comprendre et reproduire toutes les étapes nécessaires pour préparer et donner le lait artificiel sans danger.
- Au début, le donneur de soins doit revenir à l'EMB chaque jour, afin que vous puissiez suivre de près tout problème qui pourrait se produire.
- Si aucun problème ne survient et que le donneur de soins est tout-à-fait capable de préparer et donner le lait sans danger, il/elle peut revenir à l'EMB seulement tous les deux jours.
- Vous devez donner au donneur de soins la quantité exacte dont il a besoin jusqu'à la prochaine fois qu'il/elle viendra à l'Espace Mères-Bébés.
- Vous devez conseiller au donneur de soins de revenir au centre si jamais un problème survient avec le lait ou la santé de l'enfant.

Le choix du type de SLM dépendra de nombreux facteurs, tels que la gravité de l'urgence, le nombre d'enfants ayant besoin de SLM, les coutumes locales, les fonds disponibles, les moyens logistiques disponibles...

RESPECT DU CODE ET GUIDE OPÉRATIONNEL

Quel que soit le lait artificiel choisi, la première règle est qu'il doit respecter le Code International de Commercialisation de Substituts du lait Maternel, ainsi que the Guide Opérationnel sur l'ANJE-U. Cela signifie qu'il est/ a été :

- **Acheté et non donné** : toute provision de SLM doit être achetée directement par ACF ou par une entité de coordination qui la fournit ensuite à ACF. Aucune donation ne peut être utilisée dans le programme.
- **Manufacturé et emballé en accord avec les standards du Codex Alimentarius**
- **Une durée de conservation d'au moins 6 mois** à réception du produit, mais de préférence plus longue
- **Étiqueté dans la langue locale, de préférence avec une étiquette générique (sans marque) et qui :**
 - indique que le lait maternel est préférable,
 - indique que le produit doit être utilisé uniquement sur les conseils de professionnels de santé,
 - ne contient aucune photo ou dessin de nourrisson, ni aucune photo/dessin idéalisant l'utilisation de lait artificiel,
 - si l'étiquette ne respecte pas les critères ci-dessus, le lait artificiel devra être réétiqueté avant utilisation.
- **Adapté à l'âge des bénéficiaires visés**, les laits de suivi ne sont pas nécessaires.

**POUR PLUS D'INFORMATION,
VOIR:**

Exemple d'étiquette générique
[http://www.enonline.net/
infantformulagenericlabel](http://www.enonline.net/infantformulagenericlabel)

LAIT ARTIFICIEL PRÊT À L'EMPLOI

Le lait artificiel prêt à l'emploi (RUIF) est un lait liquide, déjà dissout et prêt à être bu. Il ne demande aucune préparation, ni même d'être réchauffé, et ne nécessite aucune réfrigération avant ouverture. Il est présenté dans de petites bouteilles ou des canettes pour une utilisation individuelle, ou de grosses canettes pour une utilisation institutionnelle. Il doit être ouvert, versé dans une tasse puis bu immédiatement par l'enfant.

Les bouteilles et canettes doivent être bues dans l'heure suivant leur ouverture, ou bien jetées. Par conséquent, les enfants doivent recevoir une dose individuelle (ou plus, selon leurs besoins) par repas.

Le fait que ce lait demande peu de préparation évite de nombreuses sources de contamination, ce qui en fait le choix numéro un dans les situations d'urgence où il est difficile de trouver de l'eau propre, des réchauds et du combustible, des ustensiles de cuisine ou encore de quoi les nettoyer.

Cependant, il faut être vigilant, car bien qu'il soit moins facile à contaminer que le lait artificiel en poudre, le risque est toujours présent.

Un autre inconvénient est qu'il est plus cher, mais aussi plus difficile à transporter et stocker (tant pour l'agence que pour la famille).



Figure 11 :
Une canette de RUIF à
l'étiquette générique en
Haïti

LAIT ARTIFICIEL EN POUDRE¹

Le lait artificiel en poudre (PIF) est un lait artificiel sous forme de poudre qui doit être dilué dans de l'eau avant utilisation. Il n'est pas stérile, étant donné que durant sa production, il a pu être contaminé par des bactéries dangereuses telles que l'enterobacter sakazakii et la salmonelle, qui sont connues pour entraîner la maladie et le décès. De même, lors de la préparation, un manque d'hygiène, ou bien de l'eau ou des ustensiles sales peuvent considérablement augmenter le risque d'infection. Des cas de maladies graves et de décès ont été attribués à l'utilisation de PIF. Tous les professionnels de santé, conseillers et utilisateurs de PIF doivent par conséquent être conscients des risques potentiels et des solutions pour les réduire. Il est recommandé de soigneusement former et suivre les donneurs de soins qui utilisent le PIF pour alimenter leurs nourrissons.

Il est indispensable que les donneurs de soins s'entraînent à la préparation avec leurs conseillers, soit au centre, soit durant les visites à domicile, soit les deux.

Il est recommandé de fournir à la famille un kit contenant tout le matériel nécessaire à la préparation du PIF ainsi que les instructions de préparation :

- un morceau de plastique facilement nettoyable, à utiliser comme surface de préparation (ou le couvercle d'une boîte en plastique) ;

1 - Guide pour la préparation, la manipulation et le stockage du lait artificiel en poudre; OMS/FAO 2006

- une casserole pour stériliser le matériel ;
- une bassine pour laver le matériel ;
- une petite bouilloire pour faire bouillir l'eau ;
- une cuillère ;
- une tasse de mesure ;
- une tasse ;
- du savon ;
- du combustible ;
- de l'eau propre si la famille n'y a pas accès ;
- une boîte hermétique dans laquelle rentre tout le matériel, pour le stocker.

Si les conditions pour stocker, manipuler, préparer et donner le PIF sans danger ne sont pas réunies au sein du foyer, le lait artificiel devra être préparé au centre, et les donneurs de soins devront s'y rendre pour chaque repas. Si c'est le cas, le centre devra se trouver dans la proximité immédiate des bénéficiaires pour assurer leur adhérence au programme. Les risques sont extrêmement élevés avec l'alimentation liquide pour les nourrissons ; des procédures strictes doivent être mises en place (voir Module 2 sur l'ANJE-U)

Attention, le fait de fournir un kit de préparation du PIF risque d'amener les gens à vouloir faire partie du programme, même si les mères peuvent allaiter. Si possible, donner des motivations de la même valeur aux mères allaitantes.

LAIT ANIMAL MODIFIÉ À LA MAISON

Le lait animal modifié à la maison est fait à partir de lait animal frais ou séché (généralement du lait de vache, mais le lait frais peut aussi provenir de buffle, chameau ou chèvre), dilué à la maison dans de l'eau, auquel on ajoute du sucre et des micronutriments, pour le rendre approprié en tant qu'alimentation de remplacement.

Cependant, son utilisation suscite quelques doutes, le taux de protéines et de graisses étant trop faible (ce qui pourrait être contrebalancé par l'ajout d'huile, mais la faisabilité de cette méthode n'a pas encore été testée sur le terrain). De même, certains doutes sont soulevés sur ses effets sur la santé, et on manque d'informations sur le type de micronutriments à utiliser ou sur son utilisation en toute sécurité.

Par conséquent, il n'est pas recommandé d'avoir systématiquement recours à cette solution dans un programme de SLM; elle ne doit être envisagée qu'à court terme si aucun autre produit plus adapté n'est disponible. Nous ne développerons donc pas plus ce sujet ici.

POUR PLUS D'INFORMATION, VOIR:

"Préparation et conservation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons. Directives", OMS/FAO, 2006

http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines_fr.pdf?ua=1

et aussi "How to prepare infant formula for cup feeding at home?" WHO/FAO, 2007 (en anglais)

http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Cup_en.pdf

"Guidelines for the use of BMS in emergencies" WHO, 2005 (en anglais)

http://www.who.int/hac/crises/international/middle_east/Lebanon_guidelines_for_breast_milk_substitutes.pdf

POUR PLUS D'INFORMATION, VOIR:

FE Module 2 v1.1; IFE Core Group, 2007
<http://www.enonline.net/ifemodule2>

PRODUITS LAITIERS ADAPTÉS

- Le lait frais écrémé ou demi-écrémé et le lait séché écrémé ont un taux de graisse trop bas et manquent de vitamine A et D, car celles-ci se trouvent dans la graisse du lait. Ils ne sont donc pas adaptés à l'alimentation du nourrisson.
- Le lait condensé risque de présenter un taux de graisse réduit, ainsi qu'une carence en protéines et autres nutriments, ainsi que beaucoup de sucres ajoutés. Il n'est donc pas adapté.
- Les laits thérapeutiques tels que le F75 et le F100 sont conçus pour le traitement de la malnutrition aiguë, et ne sont donc pas adaptés en tant que SLM.
- Le lait animal et le lait séché entier à l'état modifié ne sont pas adaptés.
- Les céréales, le gruau, l'eau et les boissons telles que les jus et les thés ne sont pas nutritionnellement adaptés et ne doivent jamais être donnés à des enfants de moins de 6 mois. Pour les enfants de plus de 6 mois, elles ne sont pas adaptées en tant que SLM.

5. QUANTITÉS DE SLM

POUR LE PROGRAMME

Le calcul des besoins de SLM lors d'une urgence n'est pas une question complètement développée. Les besoins varient considérablement d'un contexte à l'autre, et nous ne disposons pas assez d'expérience à grande échelle pour l'utilisation de SLM.

Les directives suivantes vous donneront une première idée, mais il vous faudra suivre de près les besoins pendant le programme, et vous adapter si nécessaire.

Procédez comme suit pour calculer votre nombre estimé de bénéficiaires :

- **Décidez de l'âge d'admission** : < 6 mois seulement ou bien entre 6 et 12 mois.
- **Décidez de la durée du programme**, en gardant en tête que tous les bénéficiaires devront être suivis au moins jusqu'à 6 mois, mais de préférence jusqu'à 12 mois.
- **Récoltez des informations sur le nombre total estimé de personnes qui seront concernées** par le programme SLM ; ce sont les gens qui auront accès aux sites SLM existants ou prévus.
- **Récoltez des informations sur le nombre estimé d'enfants de moins de 6 mois et d'enfants entre 6 et 12 mois** au sein de la population visée ; en utilisant des pourcentages des données démographiques provenant d'enquêtes ou analyses récentes.
- **Récoltez des informations sur la proportion estimée de nourrissons non allaités** avant l'urgence. Vous pouvez pour cela utiliser les pourcentages provenant d'enquêtes ANJE. Si vous n'y avez pas accès, utilisez les données des évaluations rapides.

- **Récoltez des informations sur le nombre estimé de nourrissons alimentés de manière mixte avant l'urgence.**
 - Estimez le nombre de nourrissons séparés et de nourrissons ayant perdu leur mère pendant l'urgence, en utilisant les données du Cluster de Protection de l'Enfance ou les évaluations rapides.
 - Récoltez des données sur les nouvelles naissances et la mortalité maternelle pré-urgence.
 - Calculez le nombre estimé de bénéficiaires au commencement du programme :
 - Population totale visée x % 0-6 et 6-12 mois = Nbre de nourrissons dans la population visée
 - (Nbre de nourrissons 0-6 mois dans la population visée x % alimentés artificiellement avant l'urgence) + Nbre de nourrissons 0-6 mois séparés ou orphelins suite à l'urgence = Nbre d'enfants 0-6 mois ayant besoin de SLM au commencement du programme (groupe A)
 - (Nbre nourrissons 6-12 mois dans la population cible x % alimentés artificiellement avant l'urgence) + Nbre de nourrissons 6-12 mois séparés ou orphelins suite à l'urgence = Nbre d'enfants 6-12 mois ayant besoin de BMS au commencement du programme (groupe B)
 - Nbre de nourrissons dans la population cible x % nourrissons alimentés de manière mixte = Nbre d'enfants ayant besoin de SLM pendant 2 mois, jusqu'à ce que l'allaitement puisse être repris (groupe C)
- **Calculez le nombre estimé de nouvelles admissions dans les mois suivants :** c'est le nombre d'enfants qui deviennent orphelins suite à la mortalité maternelle dans les mois suivants le tremblement de terre :
 - Nbre de nouvelles naissances attendues par mois x % mortalité maternelle = Nbre de nouveaux orphelins par mois (groupe D)

Procédez comme suit pour calculer vos besoins en SLM :

- Nourrissons < 6 mois ont besoin d'entre 60 ml (0-1 mois) et 150 ml (5-6 mois) par tétée; 6 à 8 repas par jour ou 450 ml (0-1 mois) et 900 ml (5-6 mois) par jour ; une moyenne très large est de 105 ml par repas ou 675 ml par jour. Si vous disposez d'informations plus détaillées sur la division par groupe d'âge en mois (0-1, 1-2, 3-4, 5-6), faites des calculs plus détaillés.
- Les nourrissons de 6 - 12 mois ont besoin approximativement de 800 ml par jour ; 200 ml par repas si 4 repas par jour
- La moyenne de lait pour les 0-12 mois est :

Le toolkit ANJE, développé récemment, inclut les formules pour calculer les quantités nécessaires : <https://sites.google.com/site/stcehn/documents/iycf-e-toolkit>

Votre feedback sur ce nouvel outil sera très apprécié.

POUR LE LAIT ARTIFICIEL PRÊT À L'EMPLOI

Le RUIF se présente en bouteilles à dose individuelle. Une bouteille ouverte ne peut pas être utilisée plus d'une heure. Le reste doit par conséquent être jeté. Il est donc important de calculer les besoins en bouteilles/repas.

Le contenu par bouteille peut varier selon le fabricant; vous aurez donc besoin d'adapter vos calculs en fonction de cela.

Un exemple est donné avec les bouteilles de 200 ml de RUIF :

Groupe d'âge	Nbre de repas par jour (moyenne)	Quantité par repas (moyenne)	Quantité par bouteille (à adapter)	Quantité par jour (à adapter)	Quantité par mois (à adapter) x 30,5
0-6 mois	7	105 ml	200 ml	7	213,5 (y)
6-12 mois	4	200 ml	200 ml	4	122 (z)

Si l'on part sur la base que le programme fonctionnera pendant un an, et que les admissions seront arrêtées après 6 mois, calculez :

- (Nbre d'enfants dans le groupe A x "y" x 6 mois) + (Nbre d'enfants dans le groupe A x "z" x 6 mois)
→ C'est une estimation large, car tous les enfants ne seront pas admis à moins d'un mois, beaucoup seront plus âgés et atteindront un an avant la fin des 12 mois de durée du programme
- Nbre d'enfants dans le groupe B x "z" x 6 mois
→ C'est une estimation large, car tous les enfants ne seront pas admis à 6 mois, beaucoup seront plus âgés et atteindront un an avant la fin des 12 mois de durée du programme
- Nbre d'enfants dans le groupe C x "y" x 2 mois
- Nbre d'enfants dans le groupe D :
 - Mois 1: (nbre d'enfants x "y" x 6 mois) + (nbre d'enfants x "z" x 6 mois)
 - Mois 2: (nbre d'enfants x "y" x 6 mois) + (nbre d'enfants x "z" x 5 mois)
 - Mois 3: (nbre d'enfants x "y" x 6 mois) + (nbre d'enfants x "z" x 4 mois)
 - Mois 4: (nbre d'enfants x "y" x 6 mois) + (nbre d'enfants x "z" x 3 mois)
 - Mois 5: (nbre d'enfants x "y" x 6 mois) + (nbre d'enfants x "z" x 2 mois)
 - Mois 6: (nbre d'enfants x "y" x 6 mois) + (nbre d'enfants x "z" x 1 mois)

POUR LE LAIT ARTIFICIEL EN POUDRE

Le PIF se présente en boîtes de conserve et doit être dilué à la maison. Le contenu de la canette dépendra du fabricant. Vous devrez par conséquent calculer la quantité de lait qui peut être dilué pour une canette, pour fabriquer le lait artificiel nécessaire à votre programme.

Un exemple est donné basé sur une canette de 500 g, ce qui fait environ 3,5 litres de lait :

Groupe d'âge	Quantité par jour (moyenne)	Quantité par mois (moyenne)	Quantité par canette (à adapter)	Canettes par mois (à adapter)
0-6 mois	0,675 l	20 l	3,5 l	5,7 (α)
6-12 mois	0,8 l	24,4	3,5 l	7 (β)

Si l'on part sur la base que le programme fonctionnera pendant un an, et que les admissions seront arrêtées après 6 mois, calculez :

- (Nbre d'enfants dans le groupe A x "α" x 6 mois) + (Nbre d'enfants dans le groupe A x "β" x 6 mois)
→ C'est une estimation large, car tous les enfants ne seront pas admis à moins d'un mois, beaucoup seront plus âgés et atteindront un an avant la fin des 12 mois de durée du programme
- Nbre d'enfants dans le groupe B x "β" x 6 mois
→ C'est une estimation large, car tous les enfants ne seront pas admis à 6 mois, beaucoup seront plus âgés et atteindront un an avant la fin des 12 mois de durée du programme
- Nbre d'enfants dans le groupe C x "α" x 2 mois
- Nbre d'enfants dans le groupe D :
→ Mois 1: (nbre d'enfants x "α" x 6 mois) + (nbre d'enfants x "β" x 6 mois)
→ Mois 2: (nbre d'enfants x "α" x 6 mois) + (nbre d'enfants x "β" x 5 mois)
→ Mois 3: (nbre d'enfants x "α" x 6 mois) + (nbre d'enfants x "β" x 4 mois)
→ Mois 4: (nbre d'enfants x "α" x 6 mois) + (nbre d'enfants x "β" x 3 mois)
→ Mois 5: (nbre d'enfants x "α" x 6 mois) + (nbre d'enfants x "β" x 2 mois)
→ Mois 6: (nbre d'enfants x "α" x 6 mois) + (nbre d'enfants x "β" x 1 mois)

POUR LE NOURRISSON¹

Un nourrisson a besoin de 100 kcal/kg/jour, alors que le lait artificiel préparé a une valeur énergétique de 65-70 kcal/100 ml; un nourrisson a par conséquent besoin de 150 ml de lait artificiel préparé/kg/jour.

Le RUIF se présente en bouteilles à utiliser à chaque repas ; par conséquent, la quantité de bouteilles nécessaires doit être calculée en nbre de bouteilles/repas et par jour, et non en quantité totale de volume par jour (par exemple : *un enfant a besoin de 40 ml par repas, 8 fois par jour; par conséquent 320 ml/jour. Une bouteille de RUIF contient 60 ml. L'enfant aura besoin d'une bouteille par repas, ainsi 8 bouteilles ou 480 ml; il y aura une perte de 20 ml/repas. Cela est inévitable car une fois ouvert, le lait doit être utilisé dans l'heure qui suit*).

Le calcul de canettes de PIF doit se faire sur la base de ml de lait artificiel pouvant être préparé par canette, selon la taille de la canette.

1 - Basé sur le module 2 V1.1 IFE; IFE Core Group, Décembre 2008

6. GUIDE PAS À PAS POUR DONNER LE SLM AUX NOURRISSONS

Donner du SLM aux nourrissons de manière correcte ne signifie pas seulement donner le bon lait artificiel dans les quantités adaptées. Cela implique beaucoup plus de choses, si l'on veut empêcher autant que possible les effets secondaires négatifs que risque de créer l'alimentation artificielle.

- 1. Menez un entretien d'admission rigoureux :** il ne s'agit pas seulement de prévenir les erreurs d'admission, mais aussi d'apprendre à connaître la situation de l'enfant et de sa famille, et de les amener à vous connaître et vous faire confiance. De cette manière, vous pourrez leur proposer des soins et solutions conçus pour eux. Explorez toutes les autres options avant de fournir du SLM.
- 2. Expliquer les risques et engagements au donneur de soins :** détaillez les risques potentiels d'infections et les risques accrus de maladies, ainsi que les risques touchant au développement de l'enfant. Expliquez quels sont les engagements attendus de la part de l'accompagnant pour apporter des soins optimaux en termes d'hygiène, d'utilisation correcte du SLM et de soins donnés à l'enfant.
- 3. Formez le donneur de soins à la procédure à suivre pour la préparation du SLM et la manière de le donner à l'enfant :** la préparation et les repas doivent se faire au centre dans un premier temps, sous haute surveillance. C'est seulement lorsque le donneur de soins aura prouvé qu'il/elle a tout compris et est capable de répéter ces gestes sans difficulté qu'il/elle pourra recevoir du SLM à emporter chez lui/elle. Tant que le donneur de soins ne sera pas capable de préparer et donner le SLM correctement, il/elle devra venir au centre à chaque repas pour le préparer avec l'aide d'un conseiller, jusqu'à ce que ce soit intégré.
- 4. Formez le donneur de soins aux soins spécifiques à donner à un enfant non-allaité. Vérifiez qu'il/elle a compris pourquoi, et incitez-les à reproduire ces soins à la maison**
- 5. Fournissez au donneur de soins tous les articles nécessaires à la préparation hygiénique et la bonne manière de donner le SLM à l'enfant.**
- 6. Fournissez à l'accompagnant de petites quantités de SLM : le nombre de jours pour lesquels le SLM est fourni dépendra de :**
 - La distance qu'il/elle doit parcourir pour se rendre au centre : les gens vivant dans les environs peuvent venir plus souvent, alors que vous pouvez donner de plus grosses quantités aux personnes vivant plus loin.
 - Depuis quand l'enfant participe au programme : au début du programme, le donneur de soins est souvent moins à l'aise, a plus de questions et de doutes sur la préparation correcte. Il est par conséquent mieux qu'il/elle vienne plus souvent.
 - Le niveau de compréhension de toutes les procédures : tant que le donneur de soins n'a pas complètement intégré toutes les procédures, il/elle devra venir plus souvent.
 - La santé/le bien-être de l'enfant : si vous avez identifié un problème avec l'enfant, il est conseillé de le suivre de près.
 - Le risque d'utilisation abusive du SLM : s'il existe un risque que la personne vende ou partage le SLM, lui fournir de petites quantités à chaque fois peut éviter les abus.

Dans les organisations de type camp, vous pouvez demander aux donneurs de soins de venir chaque jour au début, pour récupérer la quantité nécessaire à la journée, et augmenter petit à petit à plusieurs fois par semaine. Il est conseillé de demander aux bénéficiaires de venir au moins une fois par semaine, afin de suivre correctement l'enfant. Vous pouvez faire une exception si les bénéficiaires ont trop de trajet à faire, car si vous leur demandez de venir une fois par semaine, ils risqueraient de ne pas venir régulièrement.

Demander aux donneurs de soins de vous ramener les bouteilles ou boîtes de conserve vides comme condition à la fourniture de nouveau SLM a 2 avantages :

- cela les responsabilise dans leur gestion des déchets (trouvez des moyens de les recycler) ;
- cela permet un suivi plus rapproché et réduit les risques de revente ;

7. Menez un suivi rapproché de la santé et du bien-être de l'enfant et de son donneur de soins : à chaque visite, il vous faut surveiller la santé de l'enfant, à la fois en questionnant le donneur de soins et en examinant l'enfant. A chaque visite, il vous faut demander au donneur de soins s'il a rencontré des problèmes, s'il est satisfait de l'état de bien-être de son enfant et s'il a des questions. Si un problème survient, il est nécessaire de le conseiller ou de le référer à un centre de santé ou autre structure. De cette manière, les problèmes pourront être identifiés et traités assez tôt, ce qui préviendra une éventuelle détérioration vers des problèmes de santé plus graves, des cas de malnutrition ou des problèmes psychosociaux.

8. Proposez d'autres types d'activités : les donneurs de soins d'enfants non-allaités doivent aussi bénéficier d'activités telles que des sessions sur les pratiques de soins, l'alimentation complémentaire, la santé de l'enfant, les groupes de parole, les animations...

9. Menez des visites à domicile. Elles sont utiles pour voir l'enfant et son donneur de soins dans leur environnement familial, pour créer une relation de confiance, et pour rencontrer le reste de la famille. Cela peut être l'occasion d'observer si l'hygiène et les soins recommandés sont respectés, mais aussi l'occasion d'aborder les problèmes ou questions que le donneur de soins ou les autres membres de la famille ont à poser.

10. Suivez et évaluez : les responsables doivent surveiller de près les activités, et toutes les activités doivent être notées dans les tableaux, registres et formulaires de rapports.

7. POUR PRÉPARER LE REPAS

LAIT ARTIFICIEL PRÊT À L'EMPLOI

- Mesurez la quantité que doit boire l'enfant à chaque repas, et indiquez au donneur de soins, à l'aide d'une marque sur la bouteille ou la tasse, quelle quantité de lait doit être donnée à l'enfant à chaque repas. Cela doit être adapté à mesure que l'enfant grandit.
- Le donneur de soins doit nettoyer le couvercle ou la bouteille ou le dessus de la boîte de conserve avec un tissu propre et mouillé.
- Le donneur de soins doit secouer la bouteille ou boîte de conserve.

- Le donneur de soins doit verser la quantité correcte dans une tasse propre et ouverte et donner le lait à l'enfant, en essayant durant une heure.
- Tout lait non bu après une heure peut être bu par le donneur de soins ou par les enfants plus âgés de la famille, ou être jeté.
- La tasse doit être nettoyée immédiatement.

La tasse doit être fournie à l'admission dans le programme, et n'être utilisée que pour l'alimentation de l'enfant.

LAIT ARTIFICIEL EN POUDRE

Le lait artificiel en poudre (PIF) représente un risque élevé de contamination et, par conséquent, de maladies. Une attention particulière doit donc être portée à la formation, la supervision et le soutien aux donneurs de soins :

- Le PIF ne peut être donné que si le donneur de soins est capable de préparer de manière hygiénique le PIF à la maison, ce qui signifie :
 - Comprendre toutes les étapes de préparation.
 - Avoir tout le matériel nécessaire à une préparation hygiénique (un morceau de plastique facilement nettoyable, qui sera utilisé comme surface pour la préparation, une casserole pour stériliser le matériel, une bassine pour laver le matériel, une petite bouilloire pour faire bouillir de l'eau, une cuillère, une tasse de mesure, une tasse, du savon, un torchon pour nettoyer ou des serviettes en papier, du combustible, de l'eau propre si la famille n'y a pas accès, et une boîte hermétique pour ranger tout le matériel). Si le matériel n'est pas disponible dans la maison, il doit leur être fourni.
 - Avoir montré leur capacité à le préparer correctement.
- Si le donneur de soins n'est pas capable de préparer correctement le PIF chez lui, il/elle devra venir à l'Espace Mères- Bébés pour tous les repas, jusqu'à ce qu'il/elle puisse le faire à la maison.
- Il est nécessaire de suivre de près la croissance de l'enfant.

Procédez comme suit :

1. Les mains doivent toujours être soigneusement lavées à l'eau et au savon avant de nettoyer et stériliser le matériel : frottez-vous les mains à l'eau et au savon tout en comptant lentement jusqu'à 15. Versez de l'eau propre sur vos mains tout en comptant à nouveau jusqu'à 15. Séchez-les à l'aide d'une serviette en papier.
2. Nettoyage : nettoyez le matériel du repas et de préparation du repas (ex : tasses et cuillères) soigneusement, dans de l'eau chaude et savonneuse.
3. Après avoir lavé le matériel, rincez-le soigneusement avec de l'eau propre.
4. Stérilisation : si vous utilisez un stérilisateur individuel (ex : stérilisateur électrique ou à vapeur micro-ondes, ou stérilisateur chimique), suivez les instructions du fabricant. Le matériel des repas et de préparation des repas peut également être stérilisé dans de l'eau bouillante :

- Remplissez une grande casserole d'eau et submergez entièrement l'ensemble du matériel, en vous assurant qu'il n'y ait pas de bulle d'air emprisonnée.
 - Couvrez la casserole avec un couvercle et portez-la à ébullition, en vous assurant que le liquide ne s'évapore pas.
 - Laissez le couvercle sur la casserole jusqu'à utilisation du matériel.
5. Il est nécessaire de se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon avant de retirer le matériel du stérilisateur ou de la casserole. Il est recommandé d'utiliser des pinces stérilisées pour manipuler le matériel des repas et de préparation des repas.
 6. Afin de prévenir une recontamination, il vaut mieux retirer le matériel des repas et de préparation des repas juste avant utilisation. Si le matériel est sorti du stérilisateur et n'est pas utilisé immédiatement, il doit être couvert et stocké dans un endroit propre.
 7. Nettoyez et désinfectez une surface sur laquelle préparer le repas.
 8. Lavez-vous les mains à l'eau et au savon, et séchez-les à l'aide d'une serviette jetable.
 9. Faites bouillir un volume d'eau suffisant. Si vous utilisez une bouilloire automatique, attendez que la bouilloire s'arrête d'elle-même. Sinon, vérifiez bien que l'eau est arrivée à ébullition. Note : l'eau en bouteille n'est pas stérile, elle doit être bouillie avant utilisation. Les micro-ondes ne doivent jamais être utilisés dans la préparation du PIF, car une chaleur non régulière risque de créer des points chauds pouvant ébouillanter la bouche du nourrisson.
 10. En faisant attention à éviter les brûlures, versez la quantité appropriée d'eau bouillie que vous aurez laissé refroidir à pas moins de 70 °C¹, dans une tasse alimentaire propre et stérilisée. Pour atteindre cette température, l'eau ne doit pas être laissée à refroidir plus de 30 minutes après ébullition.
 11. Ajoutez à l'eau la quantité exacte de lait indiquée sur l'étiquette. Ajouter trop ou pas assez de lait pourrait rendre le nourrisson malade. Mélangez soigneusement en touillant avec une cuillère propre et stérilisée, en prenant garde à éviter les brûlures.
 12. Immédiatement après la préparation, faites-le refroidir rapidement en plaçant la tasse alimentaire sous l'eau du robinet, ou dans un récipient contenant de l'eau froide ou des glaçons. Assurez-vous que le niveau de l'eau est plus bas que le sommet de la tasse.
 13. Séchez l'extérieur de la tasse alimentaire ou de la bouteille avec un tissu propre ou jetable.
 14. De l'eau très chaude étant utilisée pour préparer le repas, il est essentiel de vérifier la température du lait avant de le donner au nourrisson, afin d'éviter d'ébouillanter sa bouche. Si nécessaire, laissez-le refroidir encore.
 15. Jetez tout lait n'ayant pas été consommé dans l'heure.
 16. Nettoyez et stérilisez immédiatement tout outil utilisé.

1 - L'utilisation d'eau très chaude pour la reconstitution du PIF a été remise en question en raison des risques de perte de nutriments sous l'action de la chaleur, le risque d'ébouillanter l'enfant ou le préparateur, l'activation du *Bacillus cereus* ou d'autres bactéries, et de l'agglomération de la poudre. Cependant, lorsque le PIF est préparé à moins de 70 °C, la température n'est pas assez importante pour neutraliser complètement l'*E. sakazakii* présent dans la poudre. Cela pose problème pour deux raisons : a) un petit nombre de cellules peut rendre malade, il est donc très important de détruire les cellules présentes dans le PIF, et b) le potentiel qu'ont les cellules restantes à se multiplier dans le lait reconstitué. Ce risque est encore plus important lorsque le lait artificiel est conservé longtemps au-dessus d'une température de réfrigérateur.

Un nourrisson a besoin de 100 kcal/kg/jour, alors que le lait artificiel préparé a une valeur énergétique de 65-70 kcal/100 ml ; un nourrisson a par conséquent besoin de 150 ml de lait artificiel préparé /kg/jour.

Âge	Quantité de lait artificiel par jour	Nbre de repas par jour*	Quantité de lait par repas	Nbre de repas complémentaires par jour	Nbre d'en-cas nutritifs par jour
6 - 8 mois	600 ml	4	150 ml	1 à 2	1 à 2
9 - 11 mois	600 ml	4	150 ml	2 à 3	1 à 2

Figure 12 : quantité de lait artificiel préparé par jour pour les nourrissons âgés de 6 à 12 mois

Les biberons, difficiles à nettoyer, peuvent représenter une source importante d'infection. Il est par conséquent recommandé d'utiliser uniquement des tasses d'alimentation.

Comment donner le lait dans une tasse ?

- Placez le bébé sur vos genoux, en position droite ou semi-allongée, un bras autour de lui.
- Portez la tasse de lait aux lèvres du bébé.
- Penchez la tasse pour que le lait atteigne les lèvres du bébé.
- La tasse est appuyée légèrement sur la lèvre inférieure du bébé, et les bords de la tasse touchent la partie extérieure de la lèvre supérieure du bébé.

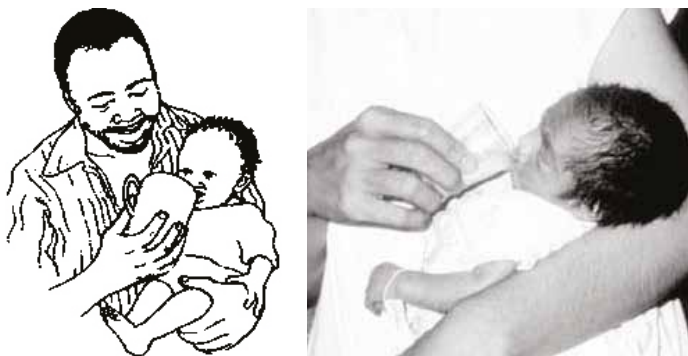


Fig. 13: Cup feeding babies; IFE Module 2 v1.1; IFE Core Group; 2007.

- Le bébé s'éveille et ouvre sa bouche et ses yeux. Un bébé de petit poids de naissance commence à prendre le lait dans sa bouche avec sa langue. Un bébé né à terme ou un bébé plus grand tète le lait, en en renversant un peu. S'il en renverse trop, tenez une soucoupe propre sous la tasse pour récupérer ce qui tombe, et reversez-le ensuite dans la tasse.
- **NE mettez PAS** le lait dans la bouche du bébé. Portez simplement la tasse à ses lèvres et laissez-le l'ingérer lui-même. Lorsqu'il en aura eu assez, il fermera la bouche et arrêtera

de boire. Parfois, il fait simplement une pause, alors essayez de nouveau après quelques minutes. S'il n'a pas ingéré la quantité prévue, vous pouvez essayer de lui en donner un peu plus la fois prochaine, ou bien de le nourrir plus souvent.

- Mesurez sa quantité ingérée sur 24 heures - pas seulement à chaque repas.
- Nettoyez et stérilisez soigneusement la tasse après utilisation.

Dans certains endroits où l'utilisation du biberon est si commune qu'il n'est pas possible de convaincre les gens de changer pour la tasse, expliquez-leur clairement comment les garder propres :

- Les biberons et tétines doivent être stérilisés avant la première utilisation (ils doivent être entièrement recouverts d'eau, et cette eau doit bouillir pendant 5 minutes) puis séchés au soleil, pas avec un tissu.
- Immédiatement après utilisation, le biberon et la tétine doivent être nettoyés dans tous les recoins avec une brosse (une brosse longue et fine dont les poils peuvent atteindre le fond de la bouteille). Cela doit être fait immédiatement, car le lait peut laisser une pellicule invisible à l'intérieur de la bouteille, ce qui est difficile à nettoyer et constitue un terrain favorable aux bactéries.
- Le biberon et la tétine doivent être stérilisés après nettoyage, et stockés là où ils ne pourront pas être contaminés (ou stérilisés de nouveau juste avant la prochaine utilisation).

8. PRATIQUES DE SOINS POUR LES NOURRISSONS NON-ALLAITÉS



© ACF - Burundi

Les nourrissons allaités partagent un moment très intime et d'affection avec leur mère à chaque tétée. Ce moment favorise la création d'un attachement entre la mère et l'enfant, et aide l'enfant à se sentir en sécurité et rassuré. Cela contribue au développement émotionnel, intellectuel et physique de l'enfant.

Les enfants non-allaités ne partagent pas ce moment avec leur mère. De plus, ils sont plus susceptibles d'être gardés par différents donneurs de soins, certains étant parfois très jeunes.

Lorsque la mère est présente mais ne peut pas / ne veut pas allaiter, le fait de ne pas donner le sein risque d'avoir un impact sur la relation mère-enfant.

Mais si l'enfant est bien soigné et entouré d'attention, il peut quand même bien se développer et avoir une bonne relation avec sa mère.

Lorsque la mère est absente pour un long moment ou décédée, il est impératif de prendre en considération l'impact psychologique sur l'enfant et la famille ou les accompagnants de l'enfant. Cela peut entraîner un état émotionnel et des comportements ayant des conséquences graves sur son développement psychosocial.

Un enfant orphelin ou ayant une mère physiquement absente peut souffrir du deuil.

Pour la famille ou les personnes qui s'occupent de l'enfant, il est difficile - et parfois impossible - de comprendre l'attitude de l'enfant (refus de s'alimenter, apathie, etc.).

Cela peut amener la famille à prendre une distance émotionnelle et à ne pas établir les pratiques de soins adéquates.

Les parents et/ou donneurs de soins des enfants non allaités doivent être soutenus dans ces tâches difficiles : le nourrisson peut souffrir d'anxiété vis-à-vis de la séparation, ou d'une dépression du nourrisson, causée par une perte prolongée ou permanente (mort, déplacement, etc.), une séparation temporaire, des séparations répétées, etc.

Le nourrisson peut présenter un état d'apathie, avec un refus du contact ou une indifférence à ceux qui l'entourent.

Des comportements anorexiques avec perte de poids et insomnie risquent d'aggraver la situation. Cela peut s'avérer être une situation très compliquée à gérer pour le donneur de soins et/ou la famille. Un soutien psychosocial spécifique peut être nécessaire.

Il est par conséquent très important de compenser l'absence d'allaitement par d'autres pratiques de soins qui permettront à l'enfant de se sentir aimé, en sécurité et bien soigné :

- Toujours nourrir l'enfant en l'asseyant sur les genoux d'un adulte, un bras autour de lui. Le nourrir patiemment et à son propre rythme.
- Jouer avec l'enfant, lui parler, lui chanter des chansons, lui raconter des histoires.
- Porter l'enfant sur son dos, dans une écharpe, un tissu adapté; autant que possible.
- Quand l'enfant pleure, le rassurer en le prenant dans ses bras, en le portant, en lui chantant une chanson, etc.

Une attention particulière doit être apportée à l'enfant et à la famille ou aux donneurs de soins.

Pour l'enfant :

- Observer les enfants afin de détecter des signes d'un problème émotionnel ou comportemental.
- Proposer une aide psychologique lorsque l'enfant montre des signes de dépression.

Pour la famille :

- Aider les parents ou les donneurs de soins à comprendre les réactions de l'enfant et à mettre en place des pratiques de soins adaptées.
- Aider les parents à développer un lien émotionnel avec le bébé, trouver une mère de remplacement pour créer une relation avec l'enfant.

Les enfants allaités reçoivent une grande partie de leurs besoins nutritionnels via le lait maternel. Les enfants non-allaités n'ont pas cet avantage, ce qui rend l'alimentation complémentaire d'autant plus importante pour eux.

Les besoins de ces enfants sont approximativement :

- 600 kcal par jour à 6-8 mois ;
- 700 kcal par jour à 9-11 mois ;
- 900 kcal par jour à 12-23 mois.

La consistance et la variété de la nourriture peuvent être augmentées peu à peu à mesure que l'enfant grandit, en s'adaptant aux demandes et capacités de l'enfant. Les nourrissons peuvent manger des aliments en purée, broyés ou semi-solides à partir de six mois. A huit mois, la plupart des nourrissons peuvent aussi manger des "aliments à manger avec les doigts" (en-cas que l'enfant peut manger seul). À 12 mois, la plupart des enfants peuvent manger le même type d'aliments que le reste de la famille (en gardant à l'esprit leur besoin d'aliments complets en nutriments). Évitez les aliments avec lesquels ils pourraient s'étouffer.

Pour un nourrisson en bonne santé, des repas devraient être donnés **4-5 fois par jour**, avec des en-cas nutritifs additionnels (tels que des morceaux de fruits ou pain ou chapati avec de la pâte de noix) donnés **1-2 fois par jour**, selon la demande.

Le nombre approprié de repas dépend de la densité énergétique des aliments locaux, et des quantités généralement consommées à chaque repas. Si la densité énergétique ou la quantité de nourriture consommée à chaque repas est basse, il peut être nécessaire d'augmenter le nombre de repas :

- Viande, volaille, poisson ou œufs devraient être consommés au quotidien, ou aussi souvent que possible, car ils sont une précieuse source de nutriments clés tels que le fer et le zinc.
- Les produits laitiers sont de précieuses sources de calcium et de plusieurs autres nutriments. Si des quantités adéquates d'aliments provenant d'un autre animal sont consommées régulièrement, la quantité de lait nécessaire est de ~200-400 mL/d; autrement, la quantité de lait nécessaire est de ~300-500 mL/d. Les sources de lait acceptables comprennent le lait entier d'origine animale (vache, chèvre, buffle, mouton, chameau), le lait UHT (Température Ultra Haute), le lait reconstitué évaporé (mais pas condensé), le lait ou yaourt fermenté, et le lait maternel exprimé.

- Si le lait ou les autres produits d'origine animale ne sont pas consommés dans des proportions adéquates, des céréales et des légumes devraient être consommés au quotidien, si possible dans le même repas, pour assurer la qualité des protéines.
- Le régime alimentaire quotidien devrait inclure des aliments riches en vitamine A.
- Le régime alimentaire donné devrait contenir une quantité suffisante de graisse. Si des aliments d'origine animale ne sont pas consommés régulièrement, 10-20 g de graisses ou huiles ajoutées sont nécessaires, sauf si des aliments riches en graisse sont donnés (tels que les aliments ou les pâtes à base d'arachide, d'autres noix et de graines).
- Évitez de donner des boissons ayant une faible valeur nutritionnelle, telles que le thé, le café et les boissons sucrées. Limitez le nombre de jus donnés, afin d'éviter de déplacer plus d'aliments riches en nutriments.
- Si besoin, utilisez des aliments enrichis ou des compléments en vitamines et minéraux (de préférence mélangés à de la nourriture, ou donnés en même temps que la nourriture) qui contiennent du fer (8-10 mg/d à 6-12 mois, 5-7 mg/d à 12-24 mois). Si des quantités adéquates d'aliments de source animale ne sont pas consommées, ces aliments enrichis ou ces compléments devraient aussi contenir d'autres microéléments, en particulier du zinc, du calcium et de la vitamine B12. Dans les pays à forte prévalence de carences en vitamine A, ou bien dans lesquels le taux de mortalité en dessous de cinq ans est à plus de 50 pour 1000, il est recommandé que les enfants de 6 à 24 mois reçoivent un supplément à forte dose de vitamine A (100,000 IU en une fois pour les nourrissons de 6-12 mois et 200,000 IU deux fois par an pour les jeunes enfants de 12-23 mois).
- Les nourrissons non-allaités et les jeunes enfants ont besoin d'au moins 400-600 mL/d de liquides supplémentaires (en plus des 200-700 mL/d d'eau qu'on estime provenir du lait et des autres aliments) dans un climat tempéré, et 800-1200 mL/d dans un climat chaud. De l'eau pure et propre (bouillie, si nécessaire) devrait être proposée plusieurs fois par jour pour s'assurer que la soif du nourrisson est étanchée. Il est nécessaire de lui donner plus de liquides en cas de diarrhée, vomissements ou fièvre.

Pratiquez l'alimentation active :

- a. Nourrissez les nourrissons directement et assistez les enfants plus grands lorsqu'ils se nourrissent, en restant attentif à leurs signes de faim et de satiété.
- b. Nourrissez-les lentement et patiemment, et encouragez les enfants à manger, mais sans les forcer.
- c. Si un enfant refuse plusieurs aliments, testez différentes combinaisons d'aliments, de goûts, de textures et de méthodes d'encouragement.
- d. Réduisez les distractions lors des repas si l'enfant est facilement déconcentré.
- e. N'oubliez pas que les repas sont des moments d'apprentissage et d'amour - parlez aux enfants lorsque vous les nourrissez, en les regardant dans les yeux.

Une attention particulière doit être portée à l'hygiène lors du stockage et de la préparation de la nourriture et des ustensiles.

9. NOURRIR LE BÉBÉ

Il y a différentes manières de donner du substitut du lait maternel à un nourrisson. L'utilisation d'un tube nasogastrique est uniquement faite pour une utilisation institutionnelle et n'a pas à être discutée ici. Si le substitut du lait maternel est donné pendant la phase de relactation, il doit être donné par une tétée supplémentaire ou par la méthode de goutte à goutte. Voir les paragraphes précédents pour plus d'informations.

ALIMENTATION À L'AIDE D'UNE TASSE

La manière la plus courante et la plus adaptée de donner du substitut du lait maternel à un nourrisson en bonne santé est dans une tasse, pour les raisons suivantes :

- Les récipients présentant une large ouverture sont plus faciles à nettoyer et représentent donc moins de risques d'infections que les biberons.
- L'alimentation par tasse demande plus d'attention de la part de l'adulte que l'alimentation au biberon : cela est bénéfique au bien-être et au développement de l'enfant, ainsi qu'à la création d'un lien entre le donneur de soins et l'enfant.
- Si l'alimentation par tasse est seulement une solution temporaire jusqu'à la relactation, elle permet de réduire les problèmes d'allaitement dus à la confusion entre le biberon et le sein.
- Laver correctement la tasse demande moins de temps et d'énergie que de nettoyer un biberon.

ALIMENTATION AU BIBERON

L'alimentation au biberon dans les situations d'urgence n'est pas recommandée, et ce pour les raisons suivantes :

- Les biberons et tétines sont difficiles à nettoyer en raison de leur petite ouverture. Or, les petites niches augmentent considérablement le risque d'infections.
- Les biberons sont souvent donnés à l'enfant afin qu'il boive seul, ce qui crée des problèmes de relation parent-enfant et risque d'empêcher le développement optimal de l'enfant en raison d'un manque d'attention.
- L'alimentation au biberon augmente le risque de problèmes d'allaitement à cause de la confusion entre le biberon et le sein si l'enfant est de nouveau allaité par la suite.
- Nettoyer et stériliser les biberons et tétines correctement demande plus de temps et d'énergie.



Néanmoins, dans certaines cultures ou certains pays, l'alimentation au biberon est tellement ancrée qu'il est difficile, voire impossible, de convaincre les gens de ne plus les utiliser. Dans ce cas, il est nécessaire de donner aux accompagnants des informations précises sur les risques (risques accrus d'infections pouvant entraîner des diarrhées et autres maladies) et les moyens de les éviter.

Un échange de biberons peut être organisé en dernier recours.

10. BÉBÉS DE PETIT POIDS DE NAISSANCE

Les nourrissons présentant un petit poids de naissance (poids < 2500g) sont d'autant plus vulnérables aux infections et ont besoin de plus d'énergie pour leur croissance. Il est donc d'autant plus important qu'ils reçoivent une alimentation optimale et la protection immunologique que le lait maternel apporte.

Les mères auront peut-être besoin d'une attention spéciale de votre part afin d'acquérir les connaissances et la confiance nécessaires pour s'occuper convenablement de leur enfant.

Si l'enfant :

- a des complications médicales (infection respiratoire, gastro-entérite, fièvre ou autre)

OU

- est trop faible pour téter ou même pour boire dans une tasse

OU

- a un indice poids pour taille < -3 z-score

OU

- pèse moins de 3 kg alors qu'il a plus de 6 mois :

L'enfant et sa mère/son donneur de soins doivent être adressés à une unité de stabilisation, qui disposera de protocoles spécifiques aux bébés de moins de 6 mois, pour des soins adaptés et un suivi rapproché.

Si l'enfant n'a pas de problèmes de santé, présente un bon statut nutritionnel (≥ -3 z-score) et est assez fort pour téter ou boire dans une tasse, il peut recevoir un suivi par un conseiller.

Même si l'enfant est né avant terme, il est tout à fait adapté de lui donner du lait maternel : le lait des mères ayant eu un bébé prématuré est adapté à l'âge gestationnel du bébé, ce qui n'est pas le cas du lait artificiel.

Parce que les enfants sont plus petits et plus faibles, il faudra leur donner le sein plus souvent que les bébés ayant un poids normal, car ils ne peuvent pas boire de grandes quantités de lait à chaque tétée. Parfois, l'enfant ne demande pas assez à téter, et la mère doit donc lui donner le sein régulièrement (10 fois par jour ou plus). Il est quelquefois nécessaire d'exprimer manuellement un peu du premier lait, afin que le nourrisson puisse atteindre plus facilement le dernier lait, qui est plus riche.

Si l'enfant ne peut pas téter, il est quand même important de lui donner du lait maternel, et ce pour 2 raisons principales :

1. Il apporte à l'enfant une protection immunologique et une nutrition adaptée.
2. Il stimule la production de lait maternel, afin que l'enfant puisse téter dès qu'il sera prêt.

Montrez à la mère comment exprimer manuellement son lait et le donner à son bébé dans une tasse :

POUR PLUS D'INFORMATION,
VOIR:

WHO's "Guidelines on Optimal Feeding of Low Birth Weight Babies in Low and Middle Income Countries" (en anglais)

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf

- Les nourrissons étant entièrement ou partiellement nourris par une méthode d'alimentation orale alternative doivent être nourris selon leurs signes de faim et de satiété, sauf lorsque le nourrisson est endormi depuis plus de 3 heures depuis la dernière tétée.
- Le premier jour, 60ml/kg répartis sur 12 repas, soit 5ml/kg toutes les 2 heures.
- Augmentez le volume de 20 à 30 ml/kg/jour jusqu'à ce que le bébé ait atteint un volume total de ml/kg/jour; répartis sur 8 à 12 repas par jour, avec une surveillance précise des intolérances alimentaires.

→ L'alimentation au biberon n'est pas recommandée, ces enfants étant particulièrement vulnérables au risque accru d'infection que représente le biberon.

Si la mère ne peut pas exprimer assez de lait au début, donnez au bébé ce qu'elle a pu tirer, et complétez avec du lait maternel traité par la chaleur ou du lait artificiel. Cependant, il est important qu'elle garde l'enfant aussi proche que possible, si possible contre sa peau et qu'elle le regarde. Cela permettra de donner confiance à la mère et donc de l'aider à exprimer plus de lait. Evitez autant que possible l'utilisation de lait artificiel, car chaque changement d'alimentation modifie la flore intestinale et augmente le risque d'infection.

La mère peut placer l'enfant contre son sein un peu avant d'exprimer son lait et de le lui donner à la tasse. Cela familiarisera l'enfant avec le sein et aidera la mère à produire et exprimer plus de lait.

Lorsque l'enfant est prêt à téter, la mère peut lui donner le sein plus souvent et plus longtemps, et ensuite compléter la tétée par du lait exprimé, jusqu'à ce que l'enfant soit assez fort pour se nourrir exclusivement au sein. Ces enfants auront quand même peut-être besoin d'être nourris plus souvent durant la journée.

Surveillez ses urines (> 6 urines de couleur jaune clair par jour) et sa prise de poids (> 125 g/semaine), ainsi que la santé de l'enfant.

Ces enfants sont aussi vulnérables à la perte de chaleur et l'hypothermie. La meilleure manière d'empêcher cela est par la portée en méthode kangourou ; lorsque la mère, le père ou tout autre donneur de soins place le bébé nu contre son torse nu et que tous deux sont couverts ou enveloppés ensemble. La température corporelle du donneur de soins gardera l'enfant au chaud. Cela peut être renforcé en donnant des boissons chaudes au donneur de soins. Mais l'enfant se sentira aussi en sécurité et plus détendu, ce qui favorisera la création d'un lien entre donneur de soins et enfant ET si cela est proposé par la mère cela l'aidera à produire plus de lait.

Cela permet de réduire la morbidité et la mortalité parmi les nourrissons prématurés et de petit poids de naissance : cela aide le bébé à contrôler sa température et a un effet sur les fréquences cardiaques et respiratoires, la respiration, l'oxygénation, la consommation d'oxygène, le taux de sucre dans le sang, le sommeil, le comportement et probablement aussi le stress. Cela a aussi un effet sur la mère, qui dit souvent être moins stressée et avoir plus confiance en elle, une plus grande estime d'elle-même et un sentiment d'accomplissement¹.

1 - La méthode Mère Kangourou - Guide pratique ; OMS 2003



« Afin de réduire la perte de chaleur lorsqu'il fait froid, couvrir la tête du bébé avec un bonnet ou le foulard de la mère »



« Le bébé est maintenu en contact peau-à-peau total avec la mère pendant la journée et la nuit, et l'allaitement est proposé aussi souvent que son état le permette »

Figure 14 : Méthode kangourou ; Soins de l'Enfant présentant une Infection Grave ou une Malnutrition Sévère, OMS/IMCI/FCH/CAH/00.1

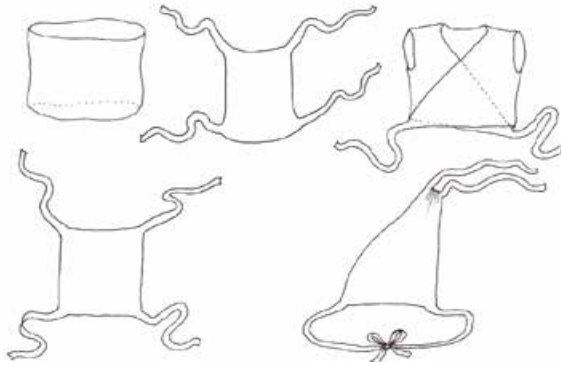


Figure 15 : Positionner le bébé pour le KMC; Méthode Kangourou, OMS 2003



Figure 16 : Sacs de portage bébé pour le KMC; Méthode Kangourou, OMS 2003

Pour commencer, utilisez un morceau de tissu doux, d'environ un mètre carré, plié en deux dans sa diagonale et fermé par un nœud ou coincé sous l'aisselle de la mère. Plus tard, une poche ventrale du choix de la mère pourra remplacer ce tissu. Toutes ces options permettent à la mère d'avoir les mains libres et de se déplacer librement tout en ayant son bébé contre elle, en contact peau à peau. Lorsqu'un bébé est constamment porté en méthode kangourou, il n'a pas besoin de plus de vêtements qu'un nourrisson bénéficiant de soins conventionnels. Si la méthode n'est pas utilisée en continu, le bébé peut être placé dans un lit chaud et recouvert d'une couverture entre les différentes sessions kangourou, selon le climat.

Lacez le bébé à la verticale entre les seins de la mère, poitrine contre poitrine. Sécurisez-le avec l'attache. Sa tête, tournée d'un côté, est dans une position légèrement étirée. Le haut de l'attache est juste sous l'oreille du bébé. Cette position de tête plutôt souple permet de le laisser bien respirer, ainsi qu'un contact visuel permanent entre la mère et le bébé. Evitez à la fois une flexion vers l'avant et de trop tirer sur sa tête. Ses hanches doivent être fléchies et étendues dans une position de grenouille, et ses bras doivent également être fléchis.

Nouez bien le tissu, afin que le bébé ne glisse pas lorsque la mère se lève. Assurez-vous que la partie serrée du tissu se trouve sur la poitrine du bébé. L'abdomen du bébé ne doit pas être gêné et doit se trouver au niveau de l'épigastre de la mère. De cette manière, le bébé a assez de place pour une respiration abdominale. La respiration de la mère stimule celle du bébé.

Montrez à la mère comment faire entrer et sortir le bébé de l'attache. Plus la mère sera à l'aise avec cette technique et moins elle aura peur de blesser son bébé :

- Tenez le bébé d'une main placée derrière son cou et dans son dos.
- Soutenez légèrement la partie inférieure de sa mâchoire avec votre pouce et doigts, afin d'éviter que sa tête ne glisse et qu'il ne puisse plus respirer lorsqu'il est dans une position debout.
- Placez votre autre main sous les fesses du bébé.



Figure 17 : Positionner le bébé pour le KMC; Méthode Kangourou, OMS 2003

La mère peut allaiter dans cette position. En fait, cela favorisera même la production de lait maternel. Pour les jumeaux, la mère peut les porter tous les deux ainsi : un de chaque côté de sa poitrine, en alternant les positions, ou bien un bébé peut être porté par le père ou tout autre membre de la famille.

La méthode kangourou ainsi que les soins destinés aux enfants de petit poids de naissance demanderont un peu de temps à la mère pour s'habituer. Expliquez-lui chaque étape du processus, encouragez-la, répondez à ses questions et discutez de ses doutes et de ses peurs. Il peut être bon de faire se rencontrer des mères ayant le même type de bébés, afin qu'elles partagent leurs expériences, en particulier les mères ayant réussi à utiliser ces nouvelles techniques et les nouvelles mamans.

Il n'est pas nécessaire, ni recommandé, de donner un bain par jour au bébé. Si les coutumes locales exigent un bain par jour et que vous ne pouvez pas l'éviter, assurez-vous que celui-ci est court et chaud (environ 37°C) et qu'il est donné aux heures les plus chaudes de la journée, et non tôt le matin ou tard le soir. Le bébé doit être immédiatement séché avec soin, enveloppé dans des vêtements chauds, et remis le plus tôt possible en position kangourou.

POUR PLUS D'INFORMATION, VOIR :

“La méthode mère kangourou” OMS, 2003
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/fr/

La mère peut dormir avec l'enfant en kangourou sur son dos dans une position semi-allongée, ou même sur le côté. Si le bébé est bien attaché, il n'y a aucun risque d'étouffement. Cela réduit même le risque d'apnée. Mais par contre, la mère ne doit pas faire cela si elle ou la personne qui dort avec elle a bu de l'alcool, fumé ou pris des drogues ou des médicaments pour dormir (ou tout autre médicament affectant la vigilance).

V. INFORMATIONS TECHNIQUES SUR L'ALLAITEMENT ET L'ALIMENTATION DE L'ENFANT



1. COMMENT FONCTIONNE L'ALLAITEMENT ?

La production de lait maternel se fait par l'action d'hormones et de réflexes. Ce processus se prépare durant la grossesse. Un sein est composé, entre autres, de cellules sécrétant le lait et de canaux lactifères menant des cellules au téton.

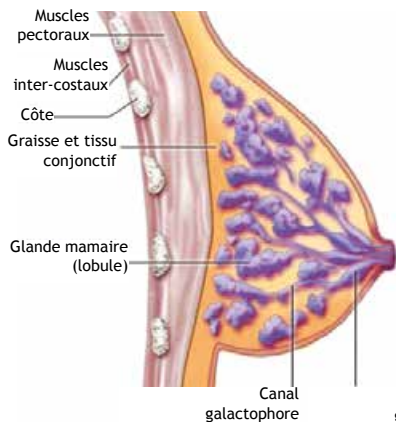


Figure 18 : anatomie du sein

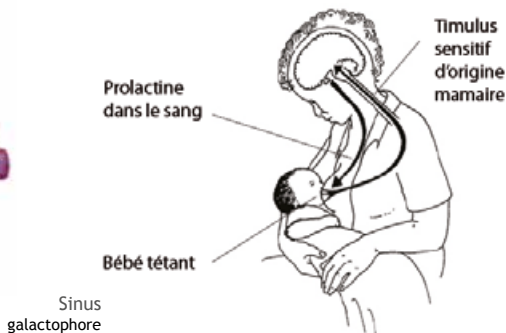


Figure 19 : Le réflexe de Prolactine, Module 2 v1.1 IFE
IFE Core Group.

À chaque fois que le bébé tète, il/elle stimule la production de lait par la production d'une hormone appelée prolactine. Dans le sein, la prolactine fait que les cellules sécrétant le lait dans les glandes mammaires vont commencer à sécréter du lait maternel. C'est le *réflexe de sécrétion du lait* ou *réflexe de la prolactine*.

Les pensées, les sentiments et les sensations de la mère peuvent affecter la production d'ocytocine.

Des sentiments positifs, comme des pensées d'amour pour le bébé, le toucher, le sentir ou le regarder encourage la production de l'ocytocine.

Des sentiments négatifs, comme le stress, l'inquiétude, la douleur, la gêne, le doute ... peuvent entraver celle-ci et interfère avec la production du flux de lait ou peuvent parfois même l'interrompre temporairement le flux. Soutenir les femmes allaitantes afin qu'elles gèrent le stress et qu'elles améliorent leur état émotionnel et psychologique, est par conséquent très important à mettre en place dans les Espaces Mères-Bébés.

La prolactine est davantage sécrétée la nuit que le jour. **Allaiter la nuit permet donc de maintenir une bonne quantité de lait.**

Plus le bébé tète et plus la mère produit de lait. Allaiter de nuit permettra de produire plus de lait.

Une autre hormone, appelée ocytocine, est également produite lorsque le bébé tète. L'ocytocine provoque la contraction des cellules musculaires et libère le flux de lait.

Soutenir la mère, l'encourager et l'aider à prendre confiance en elle est essentiel à la production d'ocytocine et donc à la production du flux de lait.

Certaines techniques peuvent aider la mère et le bébé. Par exemple, si le bébé est placé, immédiatement après la naissance, sur la poitrine nue de la mère, cela favorise la création d'un lien d'attachement ainsi que le bon fonctionnement de l'allaitement, car :

- Le bébé a le réflexe de chercher le sein
- L'aréole a une odeur similaire au liquide amniotique pour le bébé
- Le bébé reconnaît le battement du cœur et la voix de la mère
- Il est dans la position idéale pour voir le visage de sa mère
- Cela stimule la production de lait et augmente les chances d'un allaitement réussi
- Cela garde le bébé au chaud et permet de prévenir une hypothermie

Le bébé cherchera plus facilement le sein et tétera le tétou.

CONNAÎTRE LES CARACTÉRISTIQUES DES DIFFÉRENTS TYPES DE LAIT

Il y a une différence entre les différents types de lait :

- **Le colostrum** est le lait qui est produit dans les tous premiers jours après l'accouchement. Il est jaunâtre et épais. Il est plus concentré en énergie, en anticorps et globules blancs que le lait qui sera produit plus tard. Il est très nutritif et contient des éléments qui préparent les intestins du bébé à digérer et absorber le lait. Il est aussi laxatif et aide à faire passer le méconium (premières selles noirâtres), ce qui réduit le risque de jaunisse. **Même s'il est présent en petite quantité, il suffit parfaitement à couvrir tous les besoins du bébé.**

Dans certaines cultures (au Tchad, par exemple), les croyances traditionnelles considèrent le colostrum comme du « lait sale » risquant d'être toxique, et qu'il ne faut pas donner aux nourrissons.

D'autres pratiques traditionnelles reportent l'allaitement du nouveau-né (ce qui risque d'entraîner des complications dans le processus d'allaitement et la production de lait).

Bien que les croyances et pratiques locales doivent toujours être respectées, dans le cadre d'une relation de confiance avec les bénéficiaires, il est possible de discuter de ces pratiques et de leur communiquer des informations sur l'allaitement, dans le but d'explorer les ajustements possibles et culturellement acceptables.

Il est recommandé de donner du colostrum au bébé nuit et jour, autant qu'il le souhaite, et même plus souvent qu'il ne prendra du lait mature plus tard. En boire souvent ne lui donnera pas seulement l'énergie et la protection¹ dont il a besoin. Cela permettra également de stimuler la production de lait mature. Après quelques jours, le colostrum se change en lait mature.

- **Le lait mature** est le lait qui est produit après quelques jours, en plus grande quantité. Il peut paraître clair et aqueux, mais c'est normal et il suffit à couvrir les besoins du bébé. Sa composition change au cours d'une tétée :

1 - Lorsqu'une mère allaitante entre en contact avec des organismes infectieux (bactérie, virus...), les globules blancs présents dans son sang et ses seins créent des anticorps contre ces organismes spécifiques. Elle donne ces anticorps à son enfant par le lait maternel, afin de le protéger. Si un enfant entre en contact avec un organisme infectieux contre la mère qui n'a pas d'anticorps, l'enfant infecte la mère par l'allaitement. Les globules blancs de la mère créent alors des anticorps spécifiques qui sont ensuite communiqués à l'enfant par le lait maternel.

→ *Le lait de début de tétée est produit au début d'une tétée. Il paraît plus bleu et clair que le lait de fin de tétée. Il est très riche en protéines, lactose et autres nutriments. Il est produit en plus grande quantité, ce qui couvre tous les besoins en liquide du bébé, même dans les climats chauds.*

→ *Le lait de fin de tétée est le lait qui vient à la fin de la tétée. Il paraît plus blanc, car il contient plus de graisses, et par conséquent, la majeure partie de l'énergie de la tétée. Si le bébé est retiré du sein trop tôt, il ne boira pas ce lait et ne sera pas rassasié, aura faim plus rapidement et pleurera plus souvent.*

Le lait maternel s'adapte à la croissance de l'enfant, afin de couvrir ses besoins changeants. Un bébé doit boire autant qu'il le souhaite à chaque tétée.

POSITION PHYSIQUE EFFICACE POUR L'ALLAITEMENT

La position du bébé est importante pour que le bébé tète de manière efficace. Pour un bon positionnement, la mère doit être assise, à moitié assise (presque allongée) ou allongée dans une position confortable, détendue, dans un environnement calme. Elle peut tenir son bébé de diverses manières : en position du berceau, sous son bras, assise en « ballon de rugby », avec le bébé à califourchon,, ou allongée avec le bébé sur elle ou à côté d'elle. S'allonger avec le bébé sur soi a l'avantage de présenter un contact total avec le corps du bébé, ce qui lui donne un sentiment de sécurité et encourage ses réflexes naturels à chercher le sein et téter.

La mère est libre de choisir la position qu'elle préfère (celle où elle est le plus à l'aise), selon la taille de sa poitrine et la position de ses tétons (une mère ayant de longs seins lourds et des tétons pointant vers le bas devra positionner son bébé différemment d'une mère ayant de petits seins pointus dont les tétons pointent tout droit), la préférence du bébé (la position dans laquelle il tète le mieux) et parfois la méthode d'accouchement (les femmes ayant accouché par césarienne éviteront au début de tenir leur bébé contre leur ventre).

Souvenez-vous que la manière dont une mère allaite son bébé est largement influencée par les croyances et pratiques culturelles. Il s'agit d'un point important devant être étudié par l'équipe de l'Espace Mères-Bébés afin d'adapter les recommandations aux mères et les messages qui leur sont transmis.

Différentes positions peuvent être essayées :



Figure 20 : Différentes positions d'allaitement : position du berceau, du « ballon de rugby », position allongée.
« Le conseil en allaitement : cours de formation »; OMS/UNICEF 1993

Si la position de l'enfant peut varier, les points suivants doivent quant à eux être toujours respectés :

- **Le ventre du bébé est tourné vers la mère**, et son corps est en contact avec celui de la mère, le plus possible. Amenez le bébé au corps de la mère, et non le corps de la mère au bébé.
- **La tête et la bouche du bébé sont devant le sein**, face au téton. Le téton doit être au niveau du nez du bébé, afin qu'il puisse prendre le sein et s'attacher correctement.
- **L'oreille, l'épaule et la hanche du bébé forment plus ou moins une ligne droite**, son cou n'est ni tordu ni penché.
- **Tout le corps du bébé est maintenu**, mais sans aucune pression sur la tête ou le cou du bébé, pression qui peut être donnée dans son dos pour garder le bébé proche de soi (en particulier en position du berceau).
- Le contact entre la mère et l'enfant est bénéfique, ainsi que le fait de caresser le bébé.

La mère de la figure 21 semble avoir les problèmes suivants :

- Le corps du bébé n'est pas tourné vers celui de la mère, il doit tourner la tête pour téter, ce qui est plus difficile pour lui.
- Le corps du bébé n'est pas suffisamment tenu, ce qui lui donne une sensation d'insécurité et ne lui permet pas de boire en toute sérénité.
- La mère et l'enfant ne se regardent pas, ce qui n'encourage pas l'enfant à boire.

Pour donner le sein, la mère peut placer ses doigts sur sa cage thoracique afin que ses doigts forment un support à la base du sein. NE SURTOUT PAS tenir le sein trop près du téton. Si le sein est gros, la mère peut le presser (mais pas le téton) afin qu'il entre mieux dans la bouche de l'enfant.

La mère peut légèrement chatouiller le côté de la bouche avec son téton. Le bébé doit ouvrir grand la bouche (comme s'il baillait), ce qui lui fera pencher un peu la tête en arrière, pour prendre le sein dans sa bouche. Si le téton est positionné autour de son nez, le bébé ira chercher le sein vers le haut, et celui-ci sera bien positionné dans sa bouche.

Le bébé doit prendre le sein dans sa bouche, et pas seulement le téton, pour être bien accroché, et le téton doit être loin dans la bouche du bébé. Téter le téton uniquement ne vide pas de manière efficace le sein de son lait. Le bébé ne tétera pas assez de lait, et sera affamé et frustré. Qui plus est, un bébé qui tète uniquement le téton est plus douloureux pour la mère et peut causer des problèmes aux tétons.

Le dessin de gauche sur la figure 16 montre comment le téton et l'aréole s'étirent pour former une tétine dans la bouche de l'enfant. Les canaux lactifères se trouvent dans la bouche du bébé, et il peut

Essayez de boire dans une tasse avec votre tête tournée vers le côté. Maintenant, avec votre tête penchée vers l'arrière puis vers l'avant. Enfin, essayez de boire avec votre tête droite. Quelle position est la plus confortable pour boire ? c'est la même chose pour les bébés !



Figure 21 : Positionnement inadapté pour l'allaitement; « Le conseil en allaitement : cours de formation »; OMS/UNICEF 1993

les presser avec sa langue pour faire sortir le lait. Sur le dessin de droite de la figure 16, les canaux lactifères se trouvent en dehors de la bouche du bébé. Il ne peut pas les presser pour faire sortir le lait. La tétée de ce bébé sera inefficace. Un bébé mal accroché et une tétée inefficace causeront des douleurs au niveau des tétons et des bébés insatisfaits, affamés et frustrés, un sein pas suffisamment vidé avec par conséquent un risque de gonflement et de production de lait réduite.

Pour assurer un bon positionnement, les signes suivants doivent être présents :

- L'aréole doit être plus visible au-dessus de la bouche du bébé qu'en-dessous.
- La bouche du bébé doit être grande ouverte.
- Sa lèvre inférieure doit être tournée vers l'extérieur (Note : Ce n'est pas toujours facile à voir).
- Son menton doit toucher, ou pratiquement toucher, le sein.

Ne vous inquiétez pas si le nez du bébé touche le sein. Il peut respirer par le côté de ses narines.

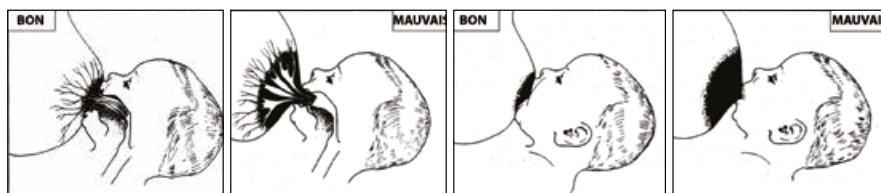


Figure 22 : Bébés correctement (à gauche) et mal (à droite) accrochés au sein; Module 2 v1.1 IFE, IFE Core Group

Les signes que le bébé boit le lait de manière efficace sont :

- Le bébé boit lentement et par grandes gorgées, en faisant parfois des pauses.
- Vous entendez de petits "gloup".
- Les joues du bébé sont arrondies durant la tétée, et non tournées vers l'intérieur.
- Le sein paraît arrondi en raison de la pression qu'exerce le visage du bébé.
- Le bébé relâche le sein de lui-même et paraît rassasié.
- La mère ne ressent aucune douleur.

Il n'y a pas de durée idéale d'une tétée, elle doit simplement durer tant que le bébé a envie de boire. Certains bébés tètent lentement, d'autres tètent plus vite. Certains bébés font des pauses de temps en temps, se reposant contre le sein. N'interprétez pas cela comme si le bébé avait fini, il se repose simplement. Lorsqu'il aura fini, il lâchera le sein de lui-même. Si vous enlevez le bébé avant qu'il n'ait terminé pour le placer sur l'autre sein, cela l'empêchera de boire le lait de fin de tétée, qui sort plus lentement en raison de sa plus forte teneur en graisses. Mais si vous avez l'impression que le lait sort trop lentement, ou que le bébé ne fait que jouer, cela peut être le moment de le placer sur l'autre sein.

Une étude a montré que parmi les nourrissons qui étaient "mal positionnés" au sein à la sortie de la maternité, seulement 48% étaient encore allaités à l'âge de 2 mois et 35% à l'âge de 4 mois. Ils ont été comparés à des nourrissons qui étaient correctement positionnés au sein à la sortie de la maternité, parmi ces derniers ils étaient 98% à être encore allaités à l'âge de 2 mois et 74% à l'âge de 4 mois.

Richard L., Alade MO, 1992, Suckling Technique and its effect on success of breastfeeding; Birth 10(4):185-189.

Tous les bébés ne tèteront pas les deux seins (2 x lait de début de tétée et 2 x lait de fin de tétée) en une seule tétée. Par conséquent, la mère devrait à chaque fois commencer la tétée par un sein différent. Les bébés allaités devraient uriner 6 à 8 fois par tranche de 24 heures (sauf quand le bébé boit encore le colostrum, cela peut être uniquement 1 à 2 fois par jour). Son urine doit être claire et avoir une odeur douce.

Les premier(s) jour(s) après la naissance, les bébés ont des selles noires et collantes. Plus tard, les bébés allaités ont des selles jaunâtres à jaunâtres-marron ou jaunâtres-vertes, pâteuses ou semi-liquides, qui ne doivent pas être confondues avec une diarrhée. Les selles vertes de temps en temps peuvent être normales. Leur odeur doit être légère. Les bébés doivent avoir 2 à 5 selles par jour, mais ça peut être moins.

LA RELATION ENTRE LA MÈRE ET L'ENFANT

Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce manuel, l'allaitement n'est pas seulement source d'une nutrition optimale et d'une protection immunologique. Il est aussi un excellent moyen de créer une relation intime et un lien affectif entre la mère et l'enfant, ce qui est bénéfique pour l'un comme pour l'autre. Les mères allaitantes ont plus confiance en elles et réagissent mieux aux besoins de leurs enfants, ce qui permet de développer une relation mère-enfant positive et solide.

Facteurs pouvant affecter l'allaitement :

- **Son attitude** : une femme qui est convaincue qu'allaiter est ce qu'il y a de mieux pour son bébé et qu'elle est capable d'allaiter sera plus à même d'allaiter avec succès.
- **Sa technique** pour positionner, accrocher, faire téter, et allaiter les enfants aux besoins spéciaux.
- **Sa confiance** en elle et sa capacité à produire et donner assez de lait.
- **La fréquence** à laquelle elle donne le sein à son enfant, jour et nuit.

Cela peut être amélioré par un soutien de sa famille, ses amis, ses voisins et/ou des professionnels de santé.

L'allaitement a plus de chances de réussite s'il existe une relation positive et affective entre mère et enfant : la mère peut regarder l'enfant et lui parler durant l'allaitement, le caresser, lui sourire. Cela permettra à l'enfant de se sentir à l'aise et en sécurité, ce qui l'incitera à téter de manière efficace.

Il est également important que la mère dispose d'un endroit approprié pour allaiter son bébé : idéalement, cet endroit doit être paisible, avec une température adaptée et une intimité suffisante.

Une femme allaitante a besoin de petits en-cas additionnels ou d'un cinquième supplémentaire de sa ration journalière habituelle. Il est conseillé qu'elle privilégie les aliments riches en protéines, mais aussi en micronutriments, car elle les transmet ensuite à son bébé par le lait maternel.

Néanmoins, cela ne signifie pas qu'une femme ne peut pas allaiter si elle n'est pas bien nourrie. Son corps continuera de fournir un lait de bonne qualité pour son enfant. Même les femmes modérément malnutries peuvent produire suffisamment de lait maternel. Cependant, elles doivent être traitées pour leur malnutrition. Les femmes souffrant de malnutrition sévère doivent être encouragées à poursuivre l'allaitement, tout en étant prises en charge le plus vite possible.

2. INFORMATIONS ET MESSAGES IMPORTANTS CONCERNANT L'ALLAITEMENT ET LES PRATIQUES D'ALIMENTATION



© ACF - E. Dozto - Libéria

COMMENCEZ LE CONTACT PEAU À PEAU ET L'ALLAITEMENT LE PLUS TÔT POSSIBLE PENDANT LA PREMIÈRE HEURE SUIVANT L'ACCOUCHEMENT

- La naissance est une expérience difficile. Placer le bébé nu sur la poitrine nue de la mère immédiatement après l'accouchement permet au bébé de se sentir en sécurité. Il pleurera moins et aura plus chaud¹. Le bébé reconnaîtra l'odeur de la mère, ainsi que sa voix, et observera son

1 - Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.

visage. Cela favorisera la création d'un lien d'attachement entre la mère et l'enfant.

- Dans la première heure après la naissance, le bébé est très éveillé, alors qu'ensuite il dormira pendant un long moment.
- Le bébé a des réflexes, y compris des réflexes de succion, qui permettent de commencer tôt.
- Laisser le bébé téter améliore la production de lait maternel et donne à la mère une plus grande confiance en elle, ce qui par la suite réduira les problèmes lors de l'allaitement et favorisera une plus longue durée d'allaitement¹.
- La succion des tétons et le contact peau à peau augmente les contractions utérines, ce qui facilite l'expulsion du placenta et réduit la perte de sang de la mère.
- Le colostrum apporte tous les nutriments essentiels et réduit par conséquent les risques d'hypoglycémie, d'ictère. Il permet d'améliorer le transit et l'expulsion de méconium, ce qui améliore la résistance, etc.
- Le colostrum apporte une protection immunologique et est riche en vitamine A.

ALLAITEMENT EXCLUSIF PENDANT 6 MOIS

- L'allaitement est normal pour les bébés humains.
- C'est la **meilleure nutrition possible pour le bébé**. Elle est complète, et couvre tous les besoins de l'enfant pour les 6 premiers mois.
- Il est totalement **gratuit** et disponible à tout moment.
- Il protège l'enfant d'éventuelles sources d'infections qui pourraient être présentes dans l'alimentation de remplacement.
- Il **protège l'enfant contre de nombreuses infections**, grâce aux anticorps de la mère présents dans le lait².
- Il est parfait pour le système digestif.
- Il favorise le développement du bébé.
- Il permet la **création d'un lien** entre mère et enfant.
- Il protège la **santé de la mère**, et réduit par exemple le risque de cancer de l'ovaire et du sein.
- Il permet de retarder une nouvelle grossesse, la prolactine empêchant l'ovulation.
- Il **aide à protéger le bébé contre une transmission VIH de la mère** (contrairement à l'alimentation mixte).
- Il aide la mère à se détendre et lui donne un sentiment de contrôle, de maîtrise et de satisfaction.

1 - Lbid

2 - Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. J Pediatr. 1995; 126:696-702

ALLAITEMENT JOUR ET NUIT ET SUR DEMANDE

- L'allaitement sur demande (ou suivant les signes du bébé) permet de s'assurer que ses besoins physiques et émotionnels sont satisfaits.
- Laisser le bébé téter aussi longtemps qu'il le souhaite vous assure qu'il satisfait ses besoins, et permet de s'assurer qu'il reçoit **la fin du lait, plus riche**, et permet de maintenir une bonne production de lait maternel.
- Plus le bébé tète et plus le corps produit de lait.
- Allaiter la nuit **permet de conserver une bonne production de lait**, car cela stimule l'hormone nécessaire à la sécrétion du lait (prolactine).

ALLAITEMENT CONTINU JUSQU'À 2 ANS ET PLUS

- Bien que l'enfant doive commencer à recevoir une alimentation complémentaire à 6 mois, une **partie essentielle de ses besoins nutritionnels est toujours couverte par le lait maternel**.
- Il reste un aliment parfaitement adapté avec une haute valeur nutritionnelle.
- Il est toujours sûr, gratuit et aide à protéger l'enfant contre les maladies : une valeur ajoutée à tout moment, mais surtout en contexte d'urgence.
- Il est toujours optimal pour la création d'un lien d'attachement entre la mère et l'enfant, et bénéfique au développement de l'enfant.
- En situation d'urgence, la quantité et qualité d'alimentation complémentaire est parfois réduite. L'allaitement devrait par conséquent être augmenté pour couvrir les besoins nutritionnels du bébé.

UNE ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE À PARTIR DE 6 MOIS, SÛRE ET DE QUALITÉ, EN PETITES QUANTITÉS DONNÉES FRÉQUEMMENT À L'ENFANT

- Jusqu'à 6 mois, tous les besoins sont couverts par le lait maternel. À 6 mois, le bébé a **besoin de nourriture additionnelle** et son **système digestif est maintenant prêt** à la recevoir.
- C'est la première rencontre du bébé avec de la nourriture autre que le lait maternel et, le bébé étant encore vulnérable, **l'hygiène lors du stockage, de la préparation de la nourriture et des repas en eux-mêmes est très importante**.
- L'estomac du bébé est toujours petit, et ne peut contenir que de petites quantités. L'alimentation complémentaire devrait commencer par faire goûter des aliments à l'enfant, puis continuer sur de **petits repas fréquents**, en faisant bien attention à ne pas remplacer le lait maternel.
- Comme l'enfant ne peut ingérer que de petites quantités, la qualité doit être aussi bonne

que possible : un assortiment de tous les groupes alimentaires, comprenant les légumes, fruits et, plus tard, du poisson ou de la viande en plus des aliments de base.

- L'alimentation complémentaire est quelque chose de nouveau pour le bébé. Afin de l'aider à s'y habituer, et pour s'assurer qu'il mange bien tout ce qu'il faut, il est important qu'il soit encadré par l'attention individuelle d'un adulte.

3. DIFFICULTÉS D'ALLAITEMENT COURANTES

LE BÉBÉ PLEURE TRÈS SOUVENT, PEU APRÈS AVOIR TÉTÉ, LA MÈRE PENSE QUE LE BÉBÉ A FAIM

Causes possibles :

- Le bébé n'est pas bien positionné ou pas bien accroché au sein, ce qui ne lui permet pas de téter une quantité suffisante de lait, ce qui provoque frustration et énervement.
- La mère retire le bébé du sein avant qu'il ait fini : le bébé ne reçoit pas le dernier lait riche en énergie et a plus vite faim.
- Le bébé a peut-être des crampes après avoir mangé, ou des reflux (une partie du lait qui remonte peut causer des irritations. Il ne s'agit pas de vomissements) ou une autre gêne.
- La mère ne l'allaite pas lorsqu'il le lui demande, ou pas assez souvent nuit et jour.
- Le bébé est affecté par le changement d'environnement, de conditions de vie, par le stress des membres de la famille et veut juste que quelqu'un le prenne dans ses bras.
- Le bébé est dans une phase de changement de (i.e. poussée de croissance, nouvelle dent).
- Le bébé a besoin d'être changé, il est mouillé.
- Alimentation - il est normal qu'un bébé ait besoin de se nourrir fréquemment avant la plus longue sieste de la journée.
- Un grand nombre d'autres raisons, etc.

Solutions possibles :

- Observez sa position et la manière dont il est accroché, et corrigez-les si nécessaire. Expliquez bien à la mère pourquoi c'est important, et encouragez-la à reproduire la position à la maison.
- Demandez-lui combien de fois elle allaite par jour, et si c'est parce que le bébé le demande. Si non, expliquez-lui comment voir que le bébé a faim (il regarde autour de lui, porte la main à sa bouche, frotte sa joue contre ses vêtements ou son sein, suce sa main, pleure) et dites-lui qu'il faut alors le nourrir. Si le bébé ne demande pas régulièrement à manger, elle devrait le réveiller pour le nourrir plus souvent.
- Observez la durée d'une tétée ou demandez à la mère pendant combien de temps elle laisse le bébé téter à chaque fois. Si vous pensez qu'elle retire le bébé trop tôt, expliquez-lui

qu'elle doit laisser le bébé téter aussi longtemps qu'il le souhaite. Expliquez-lui qu'il y a des bébés plus lents à téter que d'autres, mais que tous les bébés ont besoin de la même quantité de lait à la fin de la tétée. Dites-lui de donner un sein différent à chaque tétée.

- Si vous soupçonnez que le bébé a des crampes après avoir mangé, vérifiez s'il est bien accroché. Il est possible qu'il avale trop d'air à cause d'un mauvais positionnement. Expliquez à la mère qu'elle - ou un autre membre de la famille - doit tenir le bébé en position verticale (allongé sur la poitrine d'une personne) pendant un moment après la tétée.
- Encouragez la mère à prendre le plus possible le bébé dans ses bras, le câliner, l'embrasser, l'apaiser, favoriser les contacts peau à peau. Si le bébé est rassuré lorsqu'il tète, elle devrait le laisser faire autant que possible.
- Discutez de l'enfant avec la mère et rassurez-la quant à sa capacité à trouver la solution adaptée. Renforcez ses gestes et observations positives et encouragez-la à continuer.



Figure 23 : Différents moyens d'aider à soulager les coliques du bébé;
« Le conseil en allaitement : cours de formation » ; OMS/UNICEF, 1993.

LA MÈRE PENSE QU'ELLE N'A PAS SUFFISAMMENT DE LAIT

Soyez attentif, il y a principalement trois groupes de femmes qui vous diront cela :

Les femmes qui savent qu'elles ont suffisamment de lait, mais pensent que le lait artificiel est meilleur ou plus pratique, et qui vous diront cela dans l'espoir de recevoir du lait artificiel.

→ Il faut expliquer à ces femmes quels sont les dangers du lait artificiel, et pourquoi le lait maternel est bien meilleur. Elles doivent être encouragées et motivées à continuer d'allaiter et invitées à se rendre au centre/auprès de conseillers pour plus d'informations et de conseils.

Les femmes qui ont suffisamment de lait, mais pensent honnêtement qu'elles en manquent.

→ Il faut aider ces femmes à identifier les problèmes et les difficultés qu'elles ont à allaiter. Les rassurer sur leur capacité à produire du lait et allaiter leur bébé ne sera peut-être pas suffisant si elles sont convaincues qu'elles en sont incapables. Des conseils spécifiques

basés sur les croyances, peurs et préoccupations maternelles doivent leur être donnés.

Les femmes qui n'ont en effet pas suffisamment de lait.

Causes possibles :

- Stress, inquiétudes, douleurs... peuvent interférer temporairement avec le réflexe de flux de lait.
- Le bébé ne tète pas assez et la production de lait en est réduite :
 - La mère ne donne pas le sein à son bébé sur demande, ou le retire trop tôt.
 - Le bébé est dans une mauvaise position, ou pas bien accroché, ce qui fait qu'il tète de manière moins efficace, et la production de lait n'est pas assez stimulée.
 - L'introduction d'autres nourritures ou boissons incite le bébé à moins téter.
 - L'enfant est malade ou faible et demande moins le sein ou n'a pas assez d'énergie pour téter.

Solutions possibles :

- Aidez la mère à se détendre, écoutez son histoire, mettez-la à l'aise, rassurez-la sur sa capacité à produire assez de lait, encouragez-la et motivez-la.
- Expliquez-lui que si elle donne le sein à son bébé aussi souvent que possible, et le laisse téter aussi longtemps qu'il le souhaite, elle produira de nouveau assez de lait. Encouragez-la à allaiter un peu plus la nuit.
- Encouragez-la à garder le bébé près d'elle le plus possible, à privilégier le contact peau à peau, expliquez-lui que les pensées aimantes pour son bébé l'aideront à produire plus de lait.
- Essayez de cerner le problème en observant son positionnement, son attachement et en discutant avec elle de ses pratiques d'alimentation (durée de la tétée, utilisation d'autre nourriture...) et expliquez à la mère en quoi cela peut poser problème. Suggérez-lui des solutions en conséquence.
- Conseillez à la mère de laisser le bébé téter les deux seins à chaque fois, mais de le laisser finir un sein avant de passer à l'autre. Commencez avec un sein différent à chaque tétée.
- Conseillez à la mère d'exprimer manuellement son lait après chaque tétée, lorsque le bébé

Si un bébé:

- Est mince ou ne prend pas de poids
- Ne répond pas aux sollicitations ou n'est pas actif
- Urine <6 fois par jour ET il est allaité exclusivement (cela n'est pas pris en compte si le bébé reçoit des liquides supplémentaires)
- A des urines qui sont de couleur sombre et ont une odeur forte
- N'est pas satisfait après la tétée, malgré une bonne position et un bon attachement au sein
- Pleure souvent
- A des selles vertes dures, sèches ou fréquentes
- Ne prend pas au moins 125 g / semaine

Ou si

- Aucun lait ne sort lorsque la mère tente de l'exprimer avec une technique correcte
- Les seins ne se sont pas élargis pendant la grossesse
- Il n'y a pas eu de montée de lait après l'accouchement

Alors on doit suspecter une insuffisance en lait maternel et des actions doivent être mises en place.

est repu et satisfait. Exprimer plus de lait permettra d'augmenter sa production de lait. Si la mère a peur de perdre le lait qu'elle a exprimé, dites-lui qu'elle peut le conserver 8 heures à température ambiante dans un récipient fermé.

- Si le bébé a moins de 6 mois, suggérez à la mère de réduire les aliments ou boissons additionnels au début, avant de les arrêter complètement lorsqu'elle sent qu'elle produit plus de lait.
- Observez la santé du bébé : s'il souffre de diarrhée (plus de 3 selles liquides par jour), s'il a de la fièvre, s'il tousse. Si oui, envoyez-le vers un centre de soins pour une prise en charge immédiate. Si le bébé est malnutri, il doit être adressé à un centre d'alimentation. Néanmoins, la mère doit continuer d'allaiter. Si le bébé est trop faible, voir la section ... pour plus de conseils
- Encouragez la famille de la mère à la laisser se reposer, assurez-vous qu'elle boit assez d'eau potable et, si possible, mange assez de nourriture supplémentaire.
- Si la santé du bébé est préoccupante en raison d'une quantité insuffisante de lait maternel, apportez-lui une stimulation par un supplément temporaire (voir la section...).

LE BÉBÉ NE VEUT PLUS TÉTER, OU EST DISTRAIT LORS DES TÉTÉES

Causes possibles :

- Le bébé a assez mangé et n'a pas besoin de plus de lait maternel à ce moment précis.
- Le bébé n'est pas bien positionné ou accroché et est frustré parce qu'il ne reçoit pas assez de lait.
- La tête du bébé est poussée vers l'arrière lorsque la mère le positionne.
- L'utilisation de biberons ou de tétines l'a perturbé et il n'est plus habitué à téter au sein (cela peut se produire après lui avoir donné le biberon une seule fois).
- La mère est tendue et pas assez calme pour le nourrir convenablement.
- Il y a eu un changement de soins : quelqu'un d'autre prend soin du bébé à la place de la mère, et l'enfant est perturbé.
- S'il s'agit d'un nouveau-né, cela peut être dû aux médicaments donnés pendant l'accouchement ou à la douleur physique due à l'accouchement (surtout après un accouchement avec forceps ou autre accouchement traumatisant).
- Un sein gonflé ou un engorgement ne permet pas de bien accrocher le bébé.
- Le bébé souffre à cause d'une dent qui pousse, une blessure ou une maladie (rhume, infection de l'oreille...).

Solutions possibles :

- Observez le positionnement et l'attachement et corrigez-les si nécessaire. Essayez différentes positions. Essayez aussi la position dans laquelle la mère est à moitié allongée et l'enfant est sur elle.
- Demandez à la famille s'ils ont utilisé un biberon ou une tétine. Si oui, expliquez-leur que le problème peut venir de là et dissuadez la mère d'en faire de même. Encouragez-la à continuer à donner le sein à son bébé et de le réhabituer.
- Aidez la mère à se détendre, encouragez-la, motivez-la.
- Encouragez la mère à prendre elle-même soin du bébé, à le garder près d'elle autant que possible, même la nuit, à lui parler, à le câliner
- Elle doit lui offrir le sein, à chaque fois que le bébé a sommeil ou est détendu ou après qu'il ait bu une petite tasse.
- Si le bébé refuse toujours le sein, montrez à la mère comment elle peut exprimer manuellement son lait et le donner au bébé dans une tasse. Elle doit cependant continuer de proposer son sein avant chaque tasse.
- Si le sein est trop engorgé, elle doit exprimer un peu de lait avant chaque tétée pour rendre le téton et l'aréole plus souples et permettre ainsi au bébé de mieux s'accrocher.

LA MÈRE DIT QU'ELLE NE PEUT PAS ALLAITER SON BÉBÉ PARCE QU'ELLE DOIT TRAVAILLER

C'est un réel problème, parce que de nombreuses femmes doivent aller travailler pour rapporter un salaire, ou bien de la nourriture, du bois pour le feu, de l'eau etc. pour la famille. On ne peut pas leur demander de ne pas aller travailler, car cela peut être une activité essentielle pour la famille. Mais nous pouvons aider ces femmes à trouver des solutions plus adaptées pour maintenir une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant.

Solutions possibles :

- Voyez si elle peut emmener le bébé avec elle lorsqu'elle sort (si culturellement accepté) ou si elle peut demander à son employeur qu'une autre personne prenne soin du bébé sur le lieu de son travail ou à proximité, et qui pourra lui apporter le bébé s'il a faim.
- Demandez-lui d'allaiter davantage la nuit, le matin et le soir, lorsqu'elle est avec son enfant.
- Apprenez-lui à exprimer manuellement son lait (voir plus bas), à le placer dans un récipient fermé et le stocker dans la partie la plus fraîche de la maison. Il peut être conservé à une température d'environ 25°C pendant 6 à 8 heures, 3 à 4 heures si la température est autour de 29°C. Si la température est plus élevée, les différentes manières de conserver le lait au frais sont :
 - Le placer dans un frigo si disponible dans les environs
 - Le placer sur un bloc de glace, si disponible, dans une glacière ou un autre contenant
 - Le couvrir d'un torchon mouillé
 - Le tenir éloigné de la lumière directe du soleil, dans un endroit ventilé

La personne s'occupant de l'enfant doit apprendre à lui donner dans une tasse le lait maternel tiré. L'alimentation au biberon doit être à proscrire.

Si la quantité de lait qu'une mère peut exprimer durant la nuit ou le matin est insuffisante, ou si vous pensez que la température risque d'être trop élevée pour conserver le lait, elle peut exprimer son lait au travail et le stocker dans un récipient propre et fermé, et s'arranger pour que le lait soit récupéré et amené chez elle. Tirer son lait au travail lui permettra également de ne pas stopper sa production de lait.

- Si l'enfant a plus de six mois, la mère peut privilégier l'alimentation au sein autant que possible lorsqu'elle est avec l'enfant, et un autre donneur de soins peut donner les autres repas à l'enfant lorsque la mère est absente.
- Organisez-vous pour que quelqu'un aille récupérer le lait maternel exprimé sur le lieu de travail de la mère et l'amène au donneur de soins du nourrisson.

LA MÈRE N'EST PAS SÛRE D'ELLE, ELLE A PEUR DE NE PAS POUVOIR ALLAITER

Causes possibles :

- La mère est jeune, c'est son premier enfant et elle n'a jamais allaité.
- La mère, lors de l'urgence, a perdu ou a été séparée de proches qui auraient pu la guider et la soutenir.
- La mère est stressée, traumatisée ou en état de choc.
- La mère a eu une mauvaise expérience d'allaitement, ou bien a perdu un enfant et pense que c'était à cause de son lait.

Solutions possibles :

- Écoutez l'histoire de la mère, laissez-la vous parler de ses peurs et de ses inquiétudes.
- Expliquez à la mère les principes de base de l'allaitement, comment ça marche, comment l'enfant doit être positionné, accroché, comment faire pour produire assez de lait, etc.
- Encouragez et motivez la mère : dites-lui qu'elle s'en sort très bien et que vous serez là pour la soutenir.
- Mettez-la en contact avec des mères plus expérimentées, dans le centre ou le groupe, qui pourront l'aider à reprendre confiance.

SES SEINS OU TÉTONS SONT DOULOUREUX, L'ALLAITEMENT LUI FAIT MAL

Causes possibles :

- Des tétons douloureux ou craquelés sont souvent dus à un bébé mal accroché, ou parfois à une mycose.
- Un engorgement : les seins sont trop pleins de lait et de liquide tissulaire, et le lait n'arrive pas à sortir (à ne pas confondre avec des seins normalement pleins lorsqu'arrive le lait mature). Les seins semblent enflés, œdémateux et brillants, voire même un peu rouges.

- Des canaux bouchés, lorsque le lait qui reste bloqué dans une partie du sein forme une bosse dure et tendre pouvant paraître légèrement rouge, à un endroit seulement. Le reste du sein est sain et la femme se sent bien, sans fièvre.
- Une mastite, lorsque le lait ne sort pas de manière efficace et reste dans le sein, causant une inflammation et causant chez la mère douleur et fièvre. L'infection peut également se produire en raison d'une plaie infectée sur le téton. Cela peut se transformer en abcès s'il n'est pas soigné rapidement.

Solutions possibles¹ :

- Observez la manière dont le bébé est positionné et accroché, et corrigez si nécessaire.
- Pour la mastite, les canaux bouchés, l'engorgement ; Le problème vient d'un blocage du flux de lait, et la solution est de faire sortir le lait à nouveau. La meilleure solution est de continuer l'allaitement. Le lait ne rendra pas l'enfant malade, même dans le cas d'une mastite ; sauf dans le cas d'une mère séropositive (voir plus bas).
- Pour les plaies aux tétons: passez du lait maternel sur la plaie à la fin de chaque tétée. Cela l'aidera à guérir. Mais continuez l'allaitement. Si jamais la plaie est infectée, donnez à la mère un pansement enduit de vaseline pour couvrir la plaie entre les tétées. Si la plaie est large et infectée, donnez-lui un antibiotique systémique d'une famille efficace contre les staphylocoques résistants.
- Pour les douleurs persistantes aux tétons, les tétons secs ou irrités, vérifiez que le bébé n'ait pas de points blancs dans la bouche (mycose) ou que ses fesses ne présentent pas d'éruption cutanée rouge. Traitez la bouche et le derrière du bébé avec une solution à 0,25% de violet de gentiane, et les tétons de la mère avec 0,5%, pendant 5 jours, ou utilisez la crème Nystatin (pour les tétons) ou les gouttes correspondantes (pour la bouche). Encouragez la mère à poursuivre l'allaitement.
- Pour les seins engorgés, si le bébé ne peut pas s'accrocher correctement, tirez un peu de lait à la main pour faire dégonfler les seins. Massez le dos de la mère pendant qu'elle allaite ou tire le lait, afin de faire sortir le lait davantage, ou demandez au père de le faire. Utilisez une compresse chaude ou trempée dans de l'eau chaude pour masser le sein avant la tétée et ainsi faire sortir le lait, et une compresse froide après la tétée pour réduire le gonflement.
- Dans le cas d'un canal bouché, montrez à la mère comment masser doucement (pas trop fort) vers le téton pendant que le bébé tète, et montrez-lui comment allaiter dans différentes positions.
- Dans le cas d'une mastite, laissez le bébé se nourrir au sein, ou exprimez le lait manuellement, et conseillez à la mère de se reposer. Donnez-lui des analgésiques anti-inflammatoires (ex : Ibuprofène) ainsi qu'un antibiotique efficace contre les staphylocoques résistants en cas d'inflammation étendue et si la mère se sent vraiment mal, qu'elle a une plaie purulente et infectée sur le téton ou si le fait de tirer le lait ne donne aucune amélioration dans les 24 heures.

1 - Basé sur le Module IFE 2, v1.1; IFE Core Group, Décembre 2007

- Si le téton ou l'aréole sont infectés, baignez le sein dans de l'eau salée (une cuillère à café dans une tasse d'eau tiède), ou désinfectez à la Chlorhexidine (jamais à l'iode) et continuez l'allaitement. Ne passez pas de lait maternel sur le sein pour le protéger, car des bactéries pourraient se nourrir du lait.

**POUR PLUS
D'INFORMATION, VOIR :**

"Mastite, causes et prise en charge"; OMS 2000

- Les mères porteuses du VIH ou présentant une mastite, des seins craquelés ou une plaie doivent continuer à allaiter par le sein non infecté et tirer et jeter régulièrement du lait du sein infecté. Si le lait d'un seul sein n'est pas suffisant pour couvrir les besoins du bébé, le lait tiré doit être traité par la chaleur (voir plus bas) avant d'être donné au bébé. Une fois que le sein est rétabli, la mère peut reprendre un allaitement normal. En cas d'abcès au sein, dirigez la mère vers un médecin, mais encouragez-la à poursuivre l'allaitement.

LA MÈRE PENSE QUE SON LAIT EST MAUVAIS

Causes possibles :

- Les croyances traditionnelles en des mauvais sorts, actions ou activités pouvant rendre le lait mauvais
- Les croyances en des mauvais sorts, actions ou activités pouvant rendre le lait mauvais (ex : la tension ou le chagrin est transmis au bébé)
- La mère a mangé quelque chose qui a un peu altéré le goût du lait
- La couleur un peu jaune du colostrum est perçue comme anormale

Solutions possibles :

- Comprenez les croyances et superstitions de la population et respectez-les
- Comprenez pourquoi la mère pense que son lait est mauvais
- Ne vous moquez JAMAIS d'une femme à cause de ses croyances
- Cherchez s'il existe des élixirs permettant de rendre le lait bon à nouveau (travaillez avec les guérisseurs traditionnels ou les autres personnes compétentes dans ce domaine) : prières, offrandes, cérémonies
- S'il s'agit juste d'une inquiétude et non d'une réelle superstition ou croyance commune, rassurez la mère et expliquez-lui que son lait ne peut pas devenir mauvais
- Cherchez à savoir quelle nourriture ingérée par la mère a pu altérer le goût du lait, et conseillez-lui ne plus en manger, ou seulement en petites quantités, afin que l'enfant s'habitue au goût.

LA MÈRE A DES TÉTONS PLATS OU INVERSÉS

Les tétons plats ou inversés sont moins un problème que ce que l'on pense. Souvenez-vous que le bébé est nourri au sein, pas au tétou ! Aborder le sujet avec des mères qui ne sont pas au courant risque de créer une prophétie se réalisant, où les mères penseront qu'elles ont un problème, alors qu'autrement elles allaiteraient sans problème, plus détendues.

Il est vrai que certains bébés pourraient avoir des problèmes à être correctement accrochés, s'ils ne peuvent se guider à l'aide du tétou, mais d'autres bébés s'en sortiront très bien.

Par conséquent, commencez par identifier si le tétou est vraiment inversé, car peu le sont :

- Le tétou ne devient pas dur lorsqu'on le stimule et ne sort pas.
- Lorsque vous appliquez une pression sur l'aréole, ils vont vers l'intérieur et non vers l'extérieur.

Notez que des tétous inversés deviennent parfois plus mous durant la grossesse, et sortent à la fin de la grossesse.

Solutions possibles :

- Présentez le sein au bébé aussi vite que possible après l'accouchement, et apportez une attention spéciale à la manière dont le bébé est accroché.
- Aidez le tétou à se relâcher si le bébé ne parvient pas à bien s'accrocher en dépit de vos efforts :
 - Placez vos deux pouces de chaque côté de la base du tétou.
 - Pressez fermement le sein.
 - Faites glisser vos pouces vers l'extérieur.
 - Répétez le même mouvement sous un angle différent.
 - Refaites cela 5 fois par jour.
- Utilisez la succion pour faire sortir le tétou avant la tétée, si les instructions ci-dessus n'ont pas fonctionné :
 - Prenez une seringue de 10 ml.
 - Coupez l'extrémité.
 - Insérez la ventouse du côté coupé.
 - Placez la seringue sur l'aréole et tirez doucement.

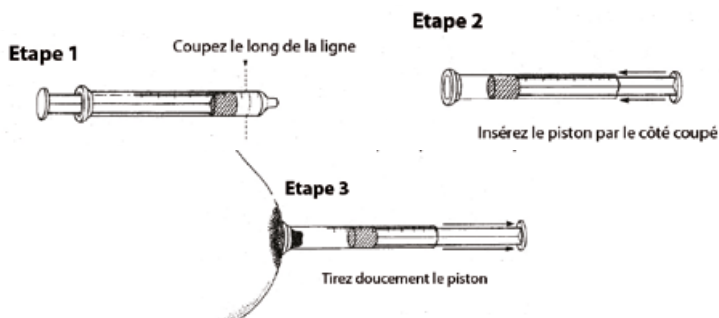


Figure 24: Utiliser une seringue sur un tétou inversé,
« Le conseil en allaitement : cours de formation » ; OMS/UNICEF, 1993

LA MÈRE EST DÉPRIMÉE, SOUFFRE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE, OU DE TOUT AUTRE TROUBLE PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE

Causes possibles :

- expérience traumatisante (violence, violence sexuelle, vie menacée...) ;
- perte d'êtres chers ;
- dépression postpartum ;
- etc.

Solutions possibles :

- Encouragez les femmes à choisir parmi plusieurs options de traitement, selon ce qu'elles pensent être le mieux pour elles et leur bébé. Impliquez les mères dans le processus de décision.
- Apportez-leur un soutien psychologique si nécessaire.
- Encouragez leur famille à les soutenir.
- Continuez l'allaitement, sous surveillance, car celui-ci peut apporter à la mère un bénéfice émotionnel et l'aider à sortir de la dépression.
- Assistez la mère autant que possible pour produire et éjecter assez de lait, ce qui peut être compromis par la dépression ou un autre trouble :
 - encouragez le contact peau à peau,
 - encouragez les tétées la nuit et sur demande,
 - apportez-lui conseils et encouragements pour positionner et accrocher son bébé,
 - aidez la mère à prendre confiance en elle.

Si celle-ci a besoin de médicaments, demandez à ce que le traitement soit compatible avec l'allaitement.

4. MYTHES ET IDÉES REÇUES SUR L'ALLAITEMENT



© ACF - E. Dozio - Libéria

UNE MÈRE QUI N'EST PAS BIEN NOURRIE OU QUI EST MALNUTRIE NE PEUT PAS ALLAITER

FAUX ! Bien que l'idéal soit que la mère soit bien nourrie - la nourriture lui apportant à elle et à son bébé les nutriments essentiels - ne pas être bien nourrie ou souffrir de malnutrition n'est pas une raison pour arrêter d'allaiter. La mère continuera à produire du lait maternel. Le lait d'une mère souffrant de malnutrition sévère contiendra des quantités plus faibles de graisse et de micronutriments, mais son lait protégera quand même son bébé des infections. Il est par conséquent essentiel qu'elle continue d'allaiter. La meilleure solution est de prévenir ou de traiter la malnutrition chez la mère, et de lui apporter des conseils sur la poursuite de l'allaitement, plutôt que de passer aux substituts du lait maternel.

UN TRAUMATISME, UN CHOC OU LE STRESS PEUVENT STOPPER LE LAIT DE LA MÈRE

FAUX ! Il est vrai que la production d'ocytocine (voir plus haut) peut être temporairement affectée par le stress, un traumatisme, des inquiétudes ou la douleur chez certaines femmes, mais cette hormone régule le réflexe de sécrétion du lait, et non le réflexe de production du lait. La mère continue donc de produire du lait. Pour que le lait sorte à nouveau, elle a simplement besoin de se détendre, de reprendre confiance en elle. Conseillez-lui de présenter le sein à son bébé aussi souvent que possible, aussi longtemps que possible. Si la mère souffre de problèmes psychologiques, des actions doivent être mises en place pour lui apporter les soins appropriés.

UNE MÈRE NE PEUT PAS ALLAITER SES DEUX JUMEAUX

FAUX ! Une mère peut allaiter en même temps deux, voire trois bébés. Elle aura sûrement besoin d'aide pour positionner les bébés, ainsi que pour prendre confiance en elle. Elle doit laisser les bébés téter sur demande aussi longtemps qu'ils le souhaitent, et elle produira assez de lait ! En surveillant le poids des bébés, vous pourrez rassurer la mère sur sa capacité à leur apporter assez de nourriture.

LORSQU'UNE MÈRE EST DE NOUVEAU ENCEINTE, ELLE DOIT ARRÊTER D'ALLAITER LE PREMIER ENFANT

FAUX ! Allaiter durant une grossesse ne présente aucun danger pour le fœtus, ni pour l'enfant allaité. Il est vrai que le lait revient à un état de colostrum au troisième ou quatrième mois de grossesse, donc elle aura moins de lait et celui-ci aura un goût plus salé. Le bébé risque de ne pas aimer le nouveau goût, mais la mère peut essayer de l'y habituer. Il est vrai également que ce colostrum risque de ne pas couvrir les besoins nutritionnels du nourrisson comme le ferait un lait mature. Il sera donc peut-être nécessaire de donner au bébé une nourriture complémentaire de qualité, mais l'allaitement peut continuer. Il est préférable que la mère se nourrisse bien et se repose régulièrement.

Si la mère ressent une douleur quelconque ou en cas de saignements de l'utérus, ou si la mère a déjà eu des enfants avant terme, et si l'enfant plus âgé peut couvrir ses besoins nutritionnels avec une alimentation complémentaire, il sera peut-être nécessaire de stopper l'allaitement. Demandez l'avis d'une sage-femme ou d'un médecin.

IL N'EST PAS POSSIBLE D'ALLAITER DEUX BÉBÉS D'ÂGE DIFFÉRENT

FAUX ! Il est tout à fait possible d'allaiter deux bébés d'âge différent, deux frères et sœurs (un plus âgé et un plus jeune) ou bien votre enfant et un enfant qui ne peut pas être allaité par sa mère. Changez de sein à chaque tétée, ne limitez pas un bébé à un sein. La mère doit être encouragée à boire assez et à manger plus, mais même lorsque cela n'est pas possible, elle peut quand même allaiter les deux enfants.

SI LES SEINS D'UNE MÈRE SONT MOUS, CELA SIGNIFIE QU'ELLE N'A PAS DE LAIT ET QU'ELLE NE PEUT DONC PAS ALLAITER

FAUX ! Les seins de la plupart des mères sont mous au bout d'un moment, mais ce n'est pas une indication d'une quantité réduite de lait ou mauvais stockage du lait. La mère doit être rassurée et encouragée à poursuivre l'allaitement.

LES ENFANTS MALADES NE DOIVENT PAS ÊTRE ALLAITÉS

FAUX ! Les enfants malades doivent être allaités d'autant plus !!! La haute valeur nutritionnelle du lait leur procurera l'énergie nécessaire pour combattre la maladie. Par l'allaitement, le corps de la mère reconnaîtra l'infection et produira des anticorps spécifiques qu'elle transmettra au bébé par le lait maternel. Le contact rapproché que procure l'allaitement fera sentir à l'enfant qu'il est aimé et en sécurité, ce qui l'aidera à surmonter la douleur de la maladie. Lorsqu'il y a une perte de fluide due à une diarrhée, des vomissements, de la fièvre ou autre, l'enfant devra être d'autant plus allaité pour remplacer les pertes.

LES MÈRES MALADES ET QUI PRENNENT DES MÉDICAMENTS NE DOIVENT PAS ALLAITER

FAUX ! Dans la plupart des cas, les mères peuvent continuer à allaiter. Seul un petit nombre de maladies maternelles ou de médicaments représentent une contre-indication à l'allaitement. Cette action doit être temporaire, le temps que la mère se rétablisse, et des actions doivent être mises en place pour assurer la production de lait maternel.

DONNER DE PETITES QUANTITÉS DE LAIT MATERNEL PAR TÉTÉE VOUS PERMETTRA D'« ÉCONOMISER » DU LAIT POUR LE RESTE DE LA JOURNÉE

FAUX ! Cela produira même l'effet opposé ! Si le bébé tète moins, le corps de la mère produira moins de lait. Si une mère veut produire plus de lait, elle doit laisser le bébé téter autant qu'il le souhaite et aussi souvent qu'il le souhaite. Qui plus est, retirer le bébé du sein au milieu d'une tétée l'empêchera de boire le lait de fin de tétée, riche en énergie. Cela signifie que la tétée ne lui apportera pas assez d'énergie, qu'il aura faim plus tôt et qu'il criera plus souvent.

SI VOUS N'AVEZ PAS ASSEZ DE LAIT MATERNEL, VOUS DEVEZ DONNER À VOTRE BÉBÉ DES ALIMENTS OU BOISSONS ADDITIONNELS, MÊME SI CELUI-CI A MOINS DE 6 MOIS

FAUX ! Lui donner des aliments ou des boissons produira en fait l'effet inverse : le bébé tètera moins, ce qui causera une réduction de la production de lait. Si la mère a une réduction de la production de lait, c'est réversible. Encourager le bébé à téter davantage et plus longtemps augmentera sa production de lait, jusqu'à ce qu'elle en ait assez pour couvrir tous les besoins du bébé. S'il existe un risque pour le statut nutritionnel de l'enfant, un complément alimentaire peut lui être donné par une personne qualifiée via une technique de supplémentation par succion (voir plus bas).

SI VOUS ARRÊTEZ D'ALLAITER, VOUS NE POUVEZ PLUS JAMAIS RECOMMENCER

FAUX ! Toute femme, ayant accouché ou non, peut allaiter un bébé. En stimulant la prolactine - l'hormone de production de lait - et l'ocytocine - l'hormone de sécrétion du lait - par le fait de laisser le bébé téter le sein, vous observerez une augmentation de la production de lait. On appelle cela la relactation. Plus la période entre la dernière tétée et la relactation sera courte, et plus ce sera rapide. Mais c'est possible à tout moment pour toute femme. La mère aura plus de chance de succès si un personnel qualifié l'encourage et l'aide à prendre confiance.

SI VOUS N'ALLAITEZ PAS PENDANT QUELQUES JOURS, LE LAIT DEVIENT AIGRE ET VOUS NE POUVEZ PLUS LE DONNER À VOTRE BÉBÉ

FAUX ! Le lait maternel ne peut pas devenir aigre ou mauvais. Vous pouvez le donner à votre bébé à tout moment.

LAISSER LE BÉBÉ TÊTER TROP LONGTEMPS PEUT FAIRE MAL AUX TÉTONS

FAUX ! La durée d'une tétée ne peut pas entraîner de tétons douloureux ou craquelés. C'est une mauvaise position et/ou un bébé mal accroché qui cause la douleur.

LE COLOSTRUM EST PRÉSENT EN PETITE QUANTITÉ, IL N'EST PAS SUFFISANT POUR LE BÉBÉ ET DOIT DONC ÊTRE COMPLÉTÉ PAR DES ALIMENTS SUPPLÉMENTAIRES

FAUX ! Il est vrai que le colostrum est présent en plus petite quantité que le lait mature, mais il est dense en énergie, et suffit donc à couvrir les besoins du bébé. L'estomac du bébé à la naissance est très petit et ne peut contenir beaucoup de lait à la fois. Boire de petites quantités de colostrum aussi souvent que possible durant la journée est exactement ce dont il a besoin.

IL EST NÉCESSAIRE DE NETTOYER LES SEINS ET LES TÉTONS À L'EAU ET AU SAVON, OU AVEC DU DÉSINFECTANT, AVANT CHAQUE TÉTÉE

FAUX ! Les laver trop souvent, en particulier avec du détergent, supprime l'huile naturelle du téton et de l'aréole. Cela assèche la peau, qui risque alors d'être abimée ou fissurée. La mère doit conserver une hygiène corporelle normale, mais sans laver ses seins avant chaque tétée. Elle doit cependant se laver les mains avant chaque tétée.

LES FEMMES AYANT DE PETITS SEINS OU DE PETITS TÉTONS NE PEUVENT PAS ALLAITER

FAUX ! La taille ou la forme du sein ou du téton n'influence en aucun cas la production de lait ou la capacité à allaiter. Le tissu glandulaire responsable de la production de lait se trouve derrière le sein et n'est donc pas lié à la taille du sein. De même, on dit bien que l'enfant est nourri au sein, et non au téton. La taille et forme du téton n'a donc aucune importance. Il est vrai, néanmoins, que certains bébés ont du mal à prendre le téton dans leur bouche si celui-ci n'est pas protubérant. Dans ce cas, vous pouvez aider la mère à extraire son téton avant la tétée. D'un autre côté, si le téton est très large, le bébé doit apprendre à ouvrir sa bouche plus grande pour prendre le sein et pas seulement le téton.

UNE MÈRE DÉSHYDRATÉE NE PEUT PAS ALLAITER

FAUX ! Même s'il est vrai que la quantité de lait maternel est réduite dans le cas d'une mère déshydratée, il est essentiel que celle-ci continue à allaiter. La déshydratation sévère et modérée peut être corrigée rapidement par des sels de réhydratation oraux, des fluides en intraveineuse ou de l'eau. Il faut aussi contrôler la santé du nourrisson. Si le bébé urine moins de 6 fois par jour, il devra recevoir des sels de réhydratation oraux à l'aide d'une tasse en plus du lait maternel, jusqu'à ce que la déshydratation de la mère soit traitée.

LES SOINS DESTINÉS AUX ENFANTS AINSI QUE LEUR DÉVELOPPEMENT N'EST PAS UNE PRIORITÉ EN SITUATION D'URGENCE

FAUX ! Il est vrai que l'eau et l'assainissement, la nourriture, le logement et l'accès aux soins médicaux sont des besoins primordiaux en situation d'urgence. Mais ce ne sont pas les seuls. Les pratiques de soins infantiles sont facilement compromises pendant une urgence à cause des conditions de vie, du stress, de l'insécurité alimentaire, de l'absence de disponibilité des donneurs de soins, etc. Cela peut entraîner des maladies parfois mortelles, ainsi qu'un développement inadéquat. Or, un développement inadéquat a des conséquences sur la santé de l'enfant ainsi que sur ses capacités motrices, intellectuelles et autres au cours de sa vie. Être attentif aux soins destinés aux enfants ne prévient pas uniquement les maladies et la mortalité à court terme mais prévient aussi les effets négatifs à long terme.

5. TECHNIQUES SPÉCIFIQUES D'ALLAITEMENT : EXPRESSION DU LAIT MATERNEL, TRAITEMENT PAR LA CHALEUR DU LAIT MATERNEL, RELACTATION

EXPRIMER LE LAIT MATERNEL

Exprimer le lait maternel¹ n'est recommandé que si vraiment nécessaire. La meilleure méthode est de donner le sein à l'enfant. Cela augmentera le flux de lait, videra le sein de manière plus efficace et stimulera la production de lait maternel.

Cependant, dans certaines circonstances, il peut être nécessaire d'exprimer le lait maternel pour :

- nourrir un bébé qui est trop faible pour téter ;
- couvrir les besoins du bébé lors d'une séparation inévitable entre la mère et l'enfant ;
- vider le sein en cas d'engorgement, de mastite ou problème similaire ;
- éviter que la production de lait ne s'arrête si la mère ne peut pas allaiter pendant une courte période (par exemple si elle prend des médicaments qui ne sont pas compatibles avec l'allaitement) ;
- vider les seins - une fois l'enfant rassasié - afin d'augmenter la production de lait ;
- donner le lait à un nourrisson que la mère ne peut pas allaiter.

Exprimer le lait maternel peut se faire manuellement, via une pompe manuelle, par la méthode de la « bouteille chaude » ou via une pompe électrique. Les pompes et les bouteilles étant difficiles à nettoyer et représentant donc un risque supplémentaire d'infection, la méthode conseillée en situation d'urgence est la méthode naturelle. C'est la méthode la plus hygiénique, et avec un peu d'expérience, elle est aussi efficace qu'une pompe.

Il est important de bien conseiller les femmes, de vous assurer qu'elles ont compris la technique et se sentent à l'aise, et qu'elles ont confiance en elles. Il est donc nécessaire de :

1. Soigneusement expliquer la procédure et ses avantages.
2. Montrer à la mère comment faire et l'assister les premières fois, jusqu'à ce qu'elle se sente assez à l'aise pour le faire seule.
3. Être patient, encourager et motiver la mère.
4. Lui demander de revenir pour un suivi, pour voir comment elle s'en sort et/ou organiser des visites à domicile.

Mettez la mère en contact avec d'autres femmes qui savent tirer leur lait manuellement.

Comment procéder ensuite :

1 - Pour plus d'information, voir annexe 3

PRÉPAREZ LA MÈRE ET LE SEIN

- Installez la mère dans une position confortable dans un endroit où elle aura de l'intimité.
- Lavez-vous les mains et demandez à la mère de faire de même.
- Expliquez-lui soigneusement la procédure.
- Aidez la mère à se détendre par quelques exercices de relaxation.
- Offrez à la mère une boisson chaude telle une tisane (mais pas un café).
- Appliquez une compresse chaude sur ses seins.
- Demandez à la mère comment masser ses seins, en faisant des mouvements circulaires autour des seins.
- Demandez à la mère de malaxer, caresser ou pétrir ses tétons doucement, afin que ça ne lui fasse pas mal.
- Massez le dos de la mère ou demandez au père ou à un ami de le faire.

PRÉPAREZ LA TASSE

- Choisissez une tasse ayant une large ouverture (ce qui sera plus facile à nettoyer), de préférence avec un couvercle à vis (pour pouvoir la refermer convenablement pour stockage), et de préférence en verre.
- Lavez-la soigneusement à l'eau et au savon.
- Versez de l'eau bouillante dans la tasse pour tuer tous les germes, laissez-la à l'intérieur quelques minutes et jetez-la lorsque la mère est prête.

EXPRIMEZ LE LAIT

- Placez son pouce sur son sein AU-DESSUS du téton et de l'aréole, et son index et majeur sur le sein SOUS le téton et l'aréole, environ 2,5 - 4 cm derrière le téton. Ses doigts doivent se trouver à l'endroit où la lèvre inférieure et supérieure du bébé sont normalement placées. Elle soutient son sein avec ses autres doigts.
- Faites-lui presser ses doigts légèrement vers l'intérieur, vers sa cage thoracique, sans écarter les doigts et sans trop presser le sein.
- Faites-lui rouler son pouce et ses deux doigts vers l'avant, en pressant légèrement les canaux lactifères, vers le téton.
- Continuez à presser et relâcher, presser et relâcher, au même rythme qu'un bébé qui tète.
- Cela ne doit pas lui faire mal. Si c'est le cas, c'est que vous ne le faites pas correctement.
- Au tout début, le lait ne sort pas, mais après avoir pressé quelques fois, le lait commence à sortir par gouttes. Il peut sortir en flux une fois que le réflexe d'ocytocine est activé.
- Pressez l'aréole de la même manière depuis les CÔTÉS, pour vous assurer que le lait est bien exprimé depuis tous les endroits du sein.
- Évitez de frotter ou de faire glisser ses doigts le long de sa peau. Le mouvement de ses doigts doit s'apparenter davantage à un roulement.

- Évitez de presser directement le tétou. Presser ou tirer le tétou ne permet pas de faire sortir le lait. C'est le même problème qu'avec un bébé qui tète uniquement le tétou.
- Exprimez le lait du premier sein pendant au moins 3 à 5 minutes jusqu'à ce que le flux ralentisse, puis exprimez le lait de l'autre sein. Répétez ensuite les deux côtés. Elle peut utiliser la main qu'elle préfère pour chacun des seins, et changer lorsqu'elle se fatigue.
- Expliquez-lui qu'exprimer son lait correctement prend entre 20 et 30 minutes, surtout les premiers jours, lorsqu'elle produit moins de lait. Il est important de ne pas essayer d'exprimer son lait plus rapidement.
- Expliquez-lui qu'elle doit exprimer son lait aussi souvent que le bébé tète, environ 8 fois par jour ou plus. Plus tard, lorsqu'elle produira de plus grandes quantités de lait, elle pourra l'exprimer un peu moins fréquemment.

ENCOURAGEZ ET MOTIVEZ LA MÈRE

- Expliquez-lui que c'est normal que peu ou pas du tout de lait ne sorte au début, et qu'elle doit persister jusqu'à ce que le lait arrive.
- La première fois qu'elle essaiera, il est possible que cela ne fonctionne pas très bien, mais si elle le fait régulièrement, elle s'habitue à la technique et sera capable d'exprimer plus de lait en faisant moins d'efforts.
- Il est normal que le colostrum ne soit exprimé qu'en petites quantités. Mais c'est suffisant pour le bébé, tant qu'il peut en boire régulièrement.
- Les quantités de lait mature ne doivent pas être comparées aux quantités de lait artificiel. Il vous faudra moins de lait maternel par tétée, celui-ci étant de qualité supérieure.

CONSEILLEZ-LA SUR LA MANIÈRE D'AMÉLIORER LE FLUX DE LAIT LORSQU'IL EST MANUELLEMENT EXPRIMÉ

- Garder le bébé contre elle, en contact peau à peau.
- Si le bébé n'est pas avec elle, sentir certains de ses vêtements, ou avoir des pensées aimantes envers le bébé.
- Si la femme a beaucoup de lait, elle peut exprimer le lait d'un sein pendant que le bébé tète l'autre (c'est faisable avec un bon positionnement) ou immédiatement après que le bébé ait tété.
- Exprimer le lait la nuit.
- Aider le lait à sortir en pressant le sein, afin de vider les canaux lactifères.

STOCKEZ LE LAIT CORRECTEMENT

- Assurez-vous que le récipient est bien fermé.
- Si vous utilisez plusieurs récipients, assurez-vous que celui qui a été exprimé en premier est utilisé en premier.
- Placez-le dans l'endroit le plus frais de la maison :

- un frigidaire, OU
- une glacière contenant un pain de glace, OU
- sur un pain de glace, OU
- recouvert d'un torchon mouillé, loin du soleil.

Du lait maternel exprimé et stocké dans un récipient propre et fermé est protégé des infections bactériennes par sa composition particulière. Il comporte en fait moins de bactéries après quelque temps passé à température ambiante ou dans un frigidaire qu'immédiatement après avoir été exprimé.

La durée de conservation du lait maternel exprimé comme stipulé ci-dessous se base sur les recommandations de l'Académie de Médecine pour l'Allaitement. Cependant, d'autres sources parlent de durées différentes. Le colostrum peut être conservé jusqu'à 12 heures à température ambiante (jusqu'à 32°C). Le stocker dans un congélateur est également possible sur une longue période (si le freezer fonctionne correctement et sans interruption), mais cela peut affecter la valeur immunologique du lait maternel.

Température ambiante 25-30°C	3-4 heures	Couvrez-le d'un torchon mouillé
Température ambiante jusqu'à 25°C	6 - 8 heures	Couvrez-le d'un torchon mouillé
Glacière avec pain de glace 4°C	24 heures	Gardez la glace en contact avec la glacière, limitez l'ouverture de la glacière
Frigidaire 4°C	5 jours	Stockez le lait dans le fond du compartiment principal

Figure 25 : Durée de stockage du lait maternel frais.

Il peut être nécessaire de fournir des récipients adaptés aux mères auxquelles vous avez conseillé d'exprimer leur lait.

- Expliquez à la mère comment utiliser le lait pour nourrir son enfant :
 - Prendre le plus vieux récipient en premier.
 - Prendre la quantité que l'enfant boira.
 - Le lait a pu se séparer en couche de lait et couche de crème. C'est tout à fait normal. Faites-le tourner doucement afin de redistribuer la crème avant de le donner au bébé.
 - Il n'est pas nécessaire de réchauffer le lait. Vous pouvez le laisser remonter à température ambiante si vous le préférez. Ne faites jamais bouillir le lait, et ne placez jamais le récipient dans de l'eau bouillante. N'utilisez pas de microondes.
 - Utilisez le récipient comme une tasse, ou placez la quantité de lait nécessaire au bébé dans une tasse propre (que vous avez lavée à l'eau propre et au savon avant d'y verser de l'eau bouillante et de la jeter).
 - Alimentez le bébé à la tasse et non au biberon (voir plus bas).
 - Nettoyez immédiatement le récipient et la tasse à l'eau propre et au savon, et laissez-les sécher au soleil.

LAIT MATERNEL TRAITÉ PAR LA CHALEUR

L'OMS¹ a qualifié l'approche de lait maternel tiré et traité par la chaleur de stratégie temporaire visant à assister les mères sur une durée déterminée plutôt que pendant toute la durée de l'allaitement.

Les mères séropositives devraient envisager de tirer leur lait et le traiter par la chaleur comme stratégie d'alimentation temporaire :

- Dans des circonstances spéciales telles qu'un nourrisson né de petit poids de naissance ou malade durant la période néonatale et, par conséquent, incapable de téter le sein, ou
- Si la mère est souffrante et temporairement incapable d'allaiter, ou souffre temporairement de problèmes mammaires tels que la mastite, ou
- Pour assister les mères dans l'arrêt de l'allaitement, ou
- Si les médicaments antirétroviraux sont temporairement indisponibles

Avantages et inconvénients de l'expression et du traitement par la chaleur du lait maternel

LES AVANTAGES

- Le VIH est tué par le chauffage du lait.
- Le lait maternel est l'aliment idéal pour les bébés, et la plupart des nutriments sont conservés dans le lait après le chauffage.
- Le lait maternel est toujours disponible et vous n'avez pas à l'acheter.
- Les autres membres de la famille peuvent aider à nourrir le bébé.

LES INCONVÉNIENTS

- Bien que le lait maternel chauffé ne contienne pas le VIH, il n'est pas aussi efficace que le lait maternel non chauffé pour la protection du bébé contre les autres maladies ; mais il est toujours mieux que le lait artificiel.
- L'expression et le chauffage du lait maternel prennent du temps et doivent être pratiqués souvent. Il peut être difficile de les faire pendant longtemps.

LES INCONVÉNIENTS

- Le bébé devra boire à la tasse. Les bébés peuvent apprendre à le faire lorsqu'ils sont très jeunes mais cela peut prendre du temps.
- Le lait maternel doit être conservé dans un endroit frais et doit être utilisé dans l'heure qui suit le chauffage, sinon il n'est plus bon.
- Vous aurez besoin d'eau propre et de savon pour laver la tasse du bébé et le récipient où sera conservé le lait.
- Vous aurez besoin de combustible pour chauffer le lait maternel.
- L'entourage pourrait se demander pourquoi vous exprimez votre lait, ceci pourrait faire suspecter que vous avez le VIH.

Figure 26 : avantages et inconvénients du lait maternel traité par la chaleur, tableau basé sur le guide de référence « Alimentation infantile et VIH - Outils pour le conseil »; OMS, 2005

S'il s'agit d'un choix de la mère - après avoir discuté avec elle de toutes les options et évalué la situation - parlez avec elle des différentes manières de surmonter les obstacles possibles :

- Comment trouvera-t-elle le temps d'exprimer son lait et de le traiter à la chaleur plusieurs fois par jour et par nuit ?

1 - Guide sur le VIH et l'alimentation du nourrisson, OMS, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, 2010

- Où trouvera-t-elle avec certitude de l'eau, du savon et du combustible ?
- Où stockera-t-elle le lait maternel ?
- Comment gèrera-t-elle la pression de ses pairs pour l'allaitement ?

Formez soigneusement la mère et les autres donneurs de soins au traitement par la chaleur¹, en utilisant du lait exprimé manuellement :

- Avant de traiter le lait par la chaleur, rassemblez les choses suivantes :
 - des récipients propres au goulot et bouchons assez larges pour stocker le lait ;
 - une petite casserole pour chauffer le lait, telle qu'une tasse en émail ;
 - un grand récipient d'eau fraîche ;
 - du combustible pour chauffer l'eau ;
 - du savon et de l'eau propre pour laver le matériel.
- Suivez les étapes suivantes pour traiter le lait par la chaleur et le stocker :
 - lavez toutes les casseroles, tasses et récipients à l'eau et au savon ;
 - chauffez le lait jusqu'à ébullition et placez la petite casserole dans le récipient rempli d'eau fraîche afin qu'elle refroidisse plus rapidement. Si ce n'est pas possible, laissez le lait de côté jusqu'à ce qu'il refroidisse .
- Mais n'oubliez pas : ne faites bouillir que le lait correspondant à une tétée. Stockez-le dans un récipient propre et fermé, dans un endroit propre, et utilisez-le **dans l'heure qui suit**.

RELACTATION

La relactation signifie la reprise de l'allaitement, dans les cas d'absence ou d'insuffisance de production de lait. Cela peut correspondre à :

- une mère ayant arrêté d'allaiter et souhaitant reprendre ;
- une mère allaitante présentant une production de lait insuffisante, et à qui une utilisation temporaire de SLM a été indiquée² ;
- une nourrice s'occupant d'un enfant qui ne peut pas être allaité par sa mère : une grand-mère, une tante ou toute autre femme de la communauté désireuse d'accomplir cette tâche. Cela ne doit pas forcément être une femme ayant donné naissance récemment, bien que les chances de succès soient plus grandes si peu de temps s'est écoulé depuis la dernière période de lactation.



© ACF

1 - Guide de référence « Alimentation infantile et VIH - Outils pour le conseil »; OMS, 2005

2 - Techniquement, il s'agit ici d'augmentation de la production de lait et non de relactation, mais la méthodologie étant la même, cette question est abordée ici.

Veillez noter que beaucoup des conseils donnés peuvent être utilisés également pour stimuler la production de lait maternel sans utilisation de SLM.

Pour réussir, ces 3 conditions de base doivent être réunies :

- Motivation de la femme et du personnel l'assistant. Si la femme n'est pas assez motivée, il faudra lui apporter soutien et encouragements.
- Stimulation des seins, de préférence par un nourrisson qui tète, afin de produire de la prolactine et d'augmenter ainsi la production de lait.
- Support donné par les conseillers en aidant, encourageant et valorisant la femme concernée. Celle-ci aura également besoin du soutien de sa famille pour réussir.

Avant toute chose, la femme et sa famille doivent être informés :

- des avantages de l'allaitement et des risques de l'alimentation artificielle ;
- du processus de relactation : ce qu'ils doivent attendre, comment cela se fera, combien de temps cela va prendre, etc. ;
- des efforts et de la motivation que cela demandera à la femme et à sa famille.

L'expérience a montré que les femmes sont plus motivées pour la relactation si elles ont vu d'autres femmes le faire. Par conséquent, si c'est possible, mettez ces femmes en contact avec des mères ayant réussi leur démarche de relactation par le passé : pour une éducation entre pairs, des encouragements et une plus grande motivation.

La décision doit être prise en accord avec la femme, sa famille et le conseiller.

Si l'enfant est toujours allaité, cela peut marcher en quelques jours. Si la femme a complètement arrêté, ou n'a jamais allaité l'enfant, cela peut prendre 1 à 2 semaines pour commencer à produire du lait, et jusqu'à un mois pour en produire assez pour allaiter exclusivement. Si peu de temps s'est écoulé entre le dernier allaitement et la relactation, cela ira plus vite. La femme ne doit pas désespérer si cela ne fonctionne pas tout de suite, et doit être encouragée à persévérer.

Facteurs qui aideront à la réussite de la relactation :

- Le contact, si possible peau à peau, entre la mère et son enfant, et cela autant que possible. Elle devrait dormir avec lui, le tenir contre elle, le câliner, le tenir contre son ventre (voir plus bas) ...
- Le repos et la relaxation de la mère. Demandez à la famille de la soulager de certaines tâches, si possible.
- Une nutrition adaptée et beaucoup d'eau propre pour la mère, mais la relactation peut quand même réussir sans cela
- L'enfant doit téter aussi souvent que possible et aussi longtemps que possible
- Éviter les contraceptions contenant des œstrogènes et les diurétiques thiazidiques
- Éviter de fumer, tout du moins avant une tétée.

→ *Bien que ces facteurs aident à la réussite de la relactation, cela ne signifie pas que la mère échouera s'ils ne sont pas réunis.*

Lorsque des suppléments en lait artificiel doivent être donnés (voir paragraphes ci-dessous), cela doit être fait tout en stimulant la production de lait autant que possible. Pour cela, utilisez les techniques de supplémentation par succion et de méthode du goutte à goutte.

TECHNIQUE DE SUPPLÉMENTATION PAR SUCCION

- Coupez le bout d'une sonde nasogastrique, gaze 5 ou 8, et fixez-la juste à côté du téton de la femme, afin que le bout de la sonde se trouve juste à côté du téton.
- Placez l'autre bout de la sonde dans une tasse remplie de lait de supplémentation, et tenez la tasse au niveau du sein d'abord, puis un peu plus haut si le bébé ne tète pas bien, ou un peu plus bas s'il y arrive bien.
- Placez l'enfant au sein et laissez-le têter (bien le positionner et l'accrocher) : en tétant le sein, le bébé recevra le lait de la tasse. Cependant, le fait qu'il tète stimulera la production de prolactine et d'ocytocine de la mère, ce qui permettra de relancer sa production de lait.



Figure 27 : Technique de supplémentation par succion

Si le flux de lait est trop important, baissez la tasse, faites un nœud au tube ou placez-y un trombone. Ralentir le flot de lait permettra à l'enfant de têter plus longtemps, ce qui produira une plus grande stimulation et accélérera la production de prolactine.

La mère aura besoin d'aide et de soutien dans cette action, surtout les premières fois.

La tasse et la sonde doivent être lavées et stérilisées après chaque tétée. Si la femme n'a pas les outils ou la possibilité de le faire chez elle, cette pratique doit être faite dans le centre uniquement. La mère peut venir la journée et pratiquer d'autres méthodes de stimulation la nuit, ou bien être admise pendant quelques jours si le centre accueille des patients.

MÉTHODE DU GOUTTE À GOUTTE

- Mettez l'enfant au sein (bien positionné et accroché !)
- Faites tomber goutte par goutte du lait sur le sein, depuis une tasse ou tout autre récipient, et le bébé récupère le lait en tétant le téton.

La femme aura besoin d'aide pour cette technique.

Si le bébé est bien accroché et tète déjà, il trouvera que le lait n'arrive pas très vite dans sa bouche. C'est donc une bonne technique pour intéresser l'enfant au sein, mais pas tellement si l'enfant tète déjà.

Il est possible d'utiliser cette technique à la maison.



Figure 28 : Technique du goutte à goutte, Module 2 v1.1 IFE; IFE Core Group

STIMULATION ET ALIMENTATION À LA TASSE

- Placez l'enfant au sein fréquemment, aussi souvent qu'il le souhaite, si possible toutes les heures ou toutes les deux heures, 8 à 12 fois par jour, y compris la nuit.
- Laissez l'enfant téter aux deux seins, le plus longtemps possible, jusqu'à ce qu'il s'arrête de lui-même, et ce même s'il n'y a plus de lait.
- Assurez-vous que l'enfant est bien positionné et bien accroché, afin que sa tétée provoque une vraie stimulation.
- N'alimentez l'enfant à la tasse qu'après l'avoir amené au sein. N'utilisez jamais de biberon, qu'il pourrait confondre avec le téton. Cela causerait plus de difficultés ensuite pour amener l'enfant au sein.

Généralement, la stimulation des seins est tout ce dont la mère a besoin. Le recours à des médicaments pour augmenter la production de lait est rarement nécessaire. On ne sait pas bien à quel point les galactologues (médicaments augmentant la production de lait maternel) sont utiles lorsque l'allaitement a été complètement arrêté. Cependant, il existe un risque de dépendance, un risque de réduction de la stimulation, et un risque d'effets secondaires.

La quantité de supplémentation à donner, si la mère a une petite production de lait, ou pas de production du tout, dépend du poids du bébé :

- 150 ml/kg par jour ;
- divisé en 6-12 tétées par jour, selon l'âge et la condition du bébé (les enfants petits ou faibles ont besoin d'être nourris plus souvent et en plus petites quantités) ;
- cela dépend aussi de s'il s'agit de lait artificiel (substitut du lait maternel, lait animal modifié à la maison, autres ; voir plus bas) ou de lait maternel exprimé.

Lorsque la production de lait maternel reprend :

- Réduisez la supplémentation de 50ml répartis sur toute la journée (par exemple : réduisez 5 repas de 10 ml par tétée).
- Continuez avec cette quantité de lait pendant quelques jours et observez comment se porte l'enfant.
- Si l'enfant semble rassasié après chaque tétée, ne montre aucun signe de faim et/ou prend du poids (plus de 125 g/semaine), réduisez encore la supplémentation de 50ml.
- Continuez de réduire la supplémentation jusqu'à ce que vous puissiez l'arrêter complètement. Suivez de près la mère/le donneur de soins et l'enfant une fois la supplémentation arrêtée, pour vous assurer que l'enfant reste en bonne santé.
- Si l'enfant montre des signes de faim, ne paraît pas rassasié après un repas et/ou prend moins de 125 g/semaine, reprenez la dose de supplémentation de départ, et essayez de stimuler les seins de la mère davantage.

Expliquez soigneusement à la mère ou au donneur de soins quelle quantité de lait il/elle doit donner à l'enfant à la maison, et insistez sur l'importance de l'hygiène (voir plus bas).

POUR PLUS D'INFORMATIONS VOIR :

Le guide "Le conseil en allaitement : cours de formation » OMS/UNICEF, 1993, http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_cdr_93_3/fr/

ou "IFE Module 2, v 1.1", IFE Core Group, 1997, pour plus d'informations sur la relaxation

6. CONSEILS POUR LES SOINS DONNÉS AUX NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS DANS LES CENTRES DE SANTÉ

Les nourrissons de moins de 6 mois peuvent être admis dans les centres de santé pour des problèmes de santé ou de malnutrition aiguë. Les conseils suivants peuvent être utiles dans ces cas-là, afin d'optimiser le traitement et la guérison de l'enfant.

- Les nourrissons malades demanderont moins de nourriture, ou téteront moins longtemps que les autres, en raison de leur baisse d'énergie et de leur manque d'appétit. Et pourtant, ils ont besoin de lait maternel pour combattre leur maladie (tant du point de vue de l'énergie que de la protection immunologique). Les mères devraient être encouragées à donner le sein à leur bébé encore plus souvent, même si celui-ci ne le demande pas.
- Si certains nourrissons sont trop faibles pour téter, vous pouvez apprendre aux mères à exprimer leur lait, puis à le donner à leur enfant dans une tasse, une seringue ou une sonde d'alimentation. Si l'enfant ne se nourrit pas temporairement, la mère doit être encouragée à continuer d'exprimer son lait, afin de maintenir sa production de lait et d'être capable de nourrir son enfant lorsque ce sera de nouveau possible.
- Si les mères des nourrissons sont admises, les nourrissons devraient être autorisés à rester avec elles, afin que l'allaitement puisse se poursuivre. La mère et l'enfant devraient être séparés des autres patients contagieux. Si l'enfant ne peut pas rester avec sa mère, celle-ci doit être autorisée à exprimer manuellement son lait, afin qu'un membre de sa famille puisse passer le chercher et le donner à l'enfant à l'aide d'une tasse. Si la mère est trop faible pour exprimer son lait elle-même, le personnel de santé doit l'aider à le faire, ou apprendre à un membre de sa famille à le faire.



© ACF - E. Dozio - Sierra Leone

- Des jouets doivent être disponibles dans les centres de soins, afin de permettre au personnel de santé et à la mère de stimuler l'enfant. Dans la plupart des contextes d'urgence, des kits de Développement de la Petite Enfance sont disponibles (Kits ECD de l'Unicef).
- Les mères blessées ou ayant été opérées doivent être assistées pour trouver des positions dans lesquelles elles pourront allaiter leur enfant convenablement.
- Les médecins et infirmières devraient prescrire autant que possible des médicaments compatibles avec l'allaitement, ou au moins ne représentant pas de danger.
- Si un traitement non compatible avec l'allaitement est essentiel à la mère, ou si la condition de la mère justifie un arrêt temporaire de l'allaitement (telles qu'un herpès, par exemple), le nourrisson peut être temporairement nourri par substitut du lait maternel. Mais la mère doit être encouragée et aidée à continuer d'exprimer manuellement son lait avant de le jeter, afin de maintenir sa production de lait. De cette manière, elle pourra reprendre l'allaitement dès que sa condition le permettra.
- Les mères des nourrissons et jeunes enfants allaités recevant un traitement contre la malnutrition aiguë sévère sont encouragées à leur donner le sein et à les laisser téter aussi longtemps que possible, entre ou avant de leur donner le lait thérapeutique ou RUTF.
- Les nourrissons de moins de 6 mois admis pour une malnutrition aiguë sévère doivent être alimentés SEULEMENT par la technique de supplémentation par succion, afin de stimuler ou de maintenir la production de lait maternel. Le lait thérapeutique doit être réduit lorsque la production de lait augmente et que l'enfant a assez de force pour téter.

POUR PLUS D'INFORMATIONS, se reporter à :

“Acceptable Medical Reasons for use of BMS”, WHO 2009

et “Breastfeeding and maternal medication”, WHO/UNICEF 2002
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/55732/en/index.html
 pour plus d'informations sur les médicaments donnés aux mères et les maladies maternelles pendant l'allaitement.

POUR PLUS D'INFORMATIONS, voir le manuel ACF

« La gestion de la Malnutrition Aiguë Sévère »,
 ou « La Gestion de la Malnutrition Aiguë chez les Nourrissons », ENN, CIHD, ACF, UNICEF/IASC Nutrition Cluster, 2010

<http://www.enonline.net/research/mami>

VI. ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT ET VIH EN SITUATION D'URGENCE



Le VIH et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est un sujet très controversé. De nouvelles recherches et expériences permettent d'affiner et d'adapter continuellement les directives et recommandations. Le texte suivant est fondé sur les directives 2010 de l'OMS¹ ; mais il est recommandé de suivre toute nouvelle conclusion, et d'adapter les directives, formations et activités en fonction d'elle. N'oubliez pas de vous renseigner également sur les directives nationales sur le VIH dans le pays où vous travaillez.

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant par l'allaitement doit être mise en regard avec les besoins nutritionnels de l'enfant ainsi que la protection que cela lui apporte contre d'autres causes de morbidité et de mortalité. Toutes les mères infectées par le VIH doivent recevoir des informations claires, complètes et faciles à comprendre sur les différentes options d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE-U) qui leur conviendraient, avant de décider par elles-mêmes. Quel que soit leur choix, elles doivent être soutenues.

Les figures 29 et 30 montrent les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant durant la grossesse, le travail, la naissance et l'allaitement, avec ou sans mesures préventives (celles-ci consistent en une dose simple de nevirapine et un allaitement exclusif durant les 6 premiers mois). La plupart des enfants ne sont pas infectés. Pour ceux qui le sont, la plupart sont infectés durant la grossesse, le travail et la naissance. Le risque d'infection peut être considérablement réduit par un traitement préventif ARV.



Figure 29 : risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant sans action préventive, basé sur : « prevailing evidence June 09 Integration of IYCF Support into CMAM IFE Core Group, ENN, IASC, Octobre 2009; Adapted from De Cock KM et al. » Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les pays à faibles ressources : traduire la recherche en politiques et pratique. *Journal de l'Association Médicale Américaine*, 2000, 283(9): 1175- 1182

Figure 30 : Risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant avec ARV, basé sur : « prevailing evidence June 09 Integration of IYCF Support into CMAM IFE Core Group, ENN, IASC, Octobre 2009; Adapted from Coovadia et al (2007) ». Transmission du VIH-1 de la mère à l'enfant lors de l'allaitement exclusif durant les six premiers mois de vie : an intervention cohort study. *Lancet* 2007; 369: 1107-16.

1 - WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF (2010) Guidelines on HIV and Infant Feeding; Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. WHO, Geneva 2010

Les recommandations actuelles sont¹ :

- Assurez-vous que les mères reçoivent les soins dont elles ont besoin, avec une prophylaxie ART ou ARV à vie.
- Les mères qui sont infectées par le VIH (et dont les nourrissons ne le sont pas, ou peut-être pas) doivent allaiter **exclusivement leur nourrisson pendant les six premiers mois**, puis introduire progressivement des aliments complémentaires tout en continuant d'allaiter pendant les 12 premiers mois de la vie du nourrisson. **L'allaitement doit être arrêté uniquement lorsque l'enfant a accès à un régime nutritionnellement adéquat et sûr sans l'intervention du lait maternel.**
- L'alimentation mixte, l'eau y compris, augmente le risque de transmission² ainsi que le risque de morbidité et de mortalité.
- « Nutritionnellement adapté » signifie suffisant en qualité et quantité.
- Les mères infectées par le VIH et décidant d'arrêter l'allaitement doivent le faire **graduellement** en l'espace d'un mois. Les mères ou nourrissons ayant reçu une prophylaxie ARV doivent la continuer une semaine après l'arrêt complet de l'allaitement. Il n'est pas conseillé d'arrêter l'allaitement de manière abrupte.
- Si une mère infectée par le VIH décide d'arrêter l'allaitement, le nourrisson doit recevoir des aliments de remplacement sûrs et adéquats, afin de permettre une croissance et un développement normaux :

Les mères infectées par le VIH ne peuvent donner du lait artificiel comme alimentation de remplacement à leur nourrisson (non infecté par le VIH ou au statut VIH inconnu) que si les conditions suivantes sont remplies :

- de l'eau sûre et un assainissement sont assurés au niveau du foyer et de la communauté; et
- la mère, ou un autre accompagnant, peut garantir qu'il fournira suffisamment de lait artificiel au nourrisson pour permettre sa croissance et son développement ; et
- la mère ou le donneur de soins peut le préparer en toute hygiène et assez fréquemment afin qu'il soit sûr et présente seulement un faible risque de diarrhée et de malnutrition ; et
- la mère ou le donneur de soins peut, les six premiers mois, lui donner exclusivement du lait artificiel ; et
- la famille apporte son soutien à cette pratique ; et
- la mère ou l'accompagnant a accès à des soins de santé qui comprennent des soins destinés aux enfants.

Les mères atteintes par le VIH doivent envisager d'exprimer et traiter leur lait par la chaleur, comme une stratégie d'alimentation temporaire :

- dans des circonstances spéciales telles qu'un enfant né de petit poids de naissance, ou malade durant la période néonatale, ou incapable d'être allaité ; ou
- lorsque la mère est souffrante et temporairement incapable d'allaiter, ou a une maladie mammaire temporaire telle qu'une mastite ; ou

1 - Guidelines on HIV and Infant Feeding; Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence, WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF; 2010

2 - WHO; HIV and Infant Feeding Technical Consultation Held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants; Geneva, October 25-27, 2006 Consensus statement

- pour assister des mères dans l'arrêt de l'allaitement ; ou
- si des médicaments antirétroviraux sont temporairement indisponibles.

Si des nourrissons ou jeunes enfants sont infectés par le VIH, les mères sont fortement encouragées à les allaiter exclusivement pendant les six premiers mois, et à continuer l'allaitement en suivant les mêmes recommandations que le reste de la population, c'est-à-dire, jusqu'à deux ans ou plus.

Les études montrent que le traitement par la chaleur du lait maternel qui a été exprimé de mères infectées par le VIH, s'il est fait correctement, désactive le VIH¹. Qui plus est, les méthodes de traitement par la chaleur ne semblent pas altérer de manière significative la composition nutritionnelle du lait maternel, ni détruire complètement sa composition immunologique. Le lait maternel traité de cette manière devrait être nutritionnellement adapté pour permettre une croissance et un développement normaux. C'est pourquoi le traitement par la chaleur de lait tiré de mères infectées par le VIH pourrait être considéré comme une solution potentielle pour apporter de manière sûre du lait maternel à leurs nourrissons. Cependant, son acceptabilité et durabilité à long terme en tant que stratégie d'alimentation du nourrisson pour améliorer la survie sans VIH n'a pas été prouvée. Il n'est donc pas recommandé d'utiliser cette approche pour toutes les mères infectées par le VIH et souhaitant allaiter. Nous avons besoin de plus d'informations, afin de comprendre ce que les systèmes de santé devront déployer pour soutenir efficacement les mères dans cette approche, et il nous faut aussi des preuves pour démontrer que les mères peuvent adhérer à cette méthode sur des périodes prolongées.

L'OMS a qualifié cette approche de « stratégie temporaire » pour assister les mères sur des périodes données, plutôt que sur la durée totale de l'allaitement.

En situation d'urgence, vous pouvez être confronté à ces situations :

- Les programmes fournissant des médicaments ART ou ARV ou d'autres soins médicaux peuvent être perturbés.
- L'apport de nourriture de remplacement, par les dons ou l'achat par la famille, peut être perturbé.
- Les conditions d'hygiène et d'assainissement peuvent être sérieusement détériorées.
- Les ustensiles, le combustible ou tout autre article nécessaire à la préparation sûre et adéquate de l'alimentation de remplacement peuvent manquer.
- Les aliments adéquats et sûrs de remplacement peuvent être présents en quantité insuffisante.
- La mère ou le donneur de soins peut sérieusement manquer de temps, ou de soutien de la part de sa famille.
- Les programmes Prévention de la Transmission Mère-Enfant du SIDA / VIH dans les pays au risque élevé d'urgence (catastrophe naturelle, guerre et violence, déplacement, sécheresse...) doivent tenir compte de tout cela lorsqu'ils conseillent les mères en temps normal !

1 - WHO; Rapid advice: infant feeding in the context of HIV. 2009 http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/rapid_advice_infant.pdf

QU'est-ce que cela implique pour les interventions d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE-U) ?

- Les enfants de mères séropositives qui utilisaient une alimentation de remplacement avant l'urgence et dont l'apport a été perturbé doivent recevoir du Substitut du Lait Maternel, ainsi que des conseils, du soutien et des encouragements. Une attention spéciale doit être portée à l'éducation sur l'hygiène durant le stockage, la manipulation, la préparation et le don du Substitut du Lait Maternel dans des conditions de vie détériorées (voir le chapitre sur les nourrissons non-allaités pour plus d'informations).
- Les mères porteuses du VIH qui allaitaient leur nourrisson avant l'urgence doivent être conseillées, encouragées, soutenues et motivées à continuer l'allaitement en suivant les recommandations ci-dessus, car passer à une alimentation mixte augmente le risque de transmission du VIH.
- Les mères porteuses du VIH ayant accouché après le début de l'urgence doivent être conseillées sur les différentes options d'allaitement en situation d'urgence. Nous recommandons fortement un allaitement exclusif les six premiers mois, et un allaitement qui continue par la suite, car cela représente la meilleure chance de survie pour le nourrisson en situation d'urgence.
- Des actions doivent être mises en place pour fournir une alimentation complémentaire nutritionnellement adaptée et sûre aux nourrissons et jeunes enfants. Les mères porteuses du VIH doivent être encouragées à continuer l'allaitement des nourrissons et jeunes enfants pendant plus de six mois, l'alimentation complémentaire n'étant pas la meilleure solution.
- Des actions doivent être mises en place afin de plaider pour l'apport de ART ou ARV nécessaire pour les mères porteuses du VIH et ce aussi vite que possible.

Une attention particulière doit être portée à la manière dont les équipes de soins s'occupent des mères porteuses du VIH, afin d'éviter toute stigmatisation.

Les directives mentionnées ci-dessus ne sont qu'une sélection d'informations et un résumé. Il est essentiel de lire d'autres sources et de former les équipes, si les activités ANJE-U se déroulent dans une zone à forte prévalence de VIH !

VII. GESTION DES DISTRIBUTIONS NON SOLLICITÉES ET NON SUIVIES DE SUBSTITUT DU LAIT MATERNEL



1. INTRODUCTION

Les substituts du lait maternel en situation d'urgence sont potentiellement plus dangereux qu'en temps normal, en raison du manque d'hygiène lors de leur stockage, de leur préparation et de leur administration, du manque d'ustensiles et de produits adaptés à l'âge et à la langue des bénéficiaires sur du long terme. Mais surtout, c'est la perte de protection immunologique, de valeur nutritionnelle optimale et de bien-être émotionnel à un moment de risque d'infection élevé, de disponibilité réduite d'alimentation complémentaire de qualité et de risque élevé de problèmes émotionnels. Il est prouvé que des distributions non sollicitées et non suivies de substitut du lait maternel mènent à une augmentation de la morbidité et de la mortalité¹.

Malgré la présence de politiques internationales, d'une forte prise de conscience et de formation du personnel clé, les distributions non sollicitées et non ciblées de substitut du lait maternel, biberons et tétines continuent en situation d'urgence.

« Non sollicitée » signifie que la distribution a eu lieu sans aucune indication qu'elle était nécessaire, « non ciblée » ou « non suivie » signifie qu'elle est donnée à tous les enfants, sans aucun suivi des enfants à qui le SLM ou les autres produits ont été donnés. Ces types de distributions incitent les mères allaitantes à passer totalement ou partiellement au substitut du lait maternel ; alors qu'autrement, elles auraient continué à allaiter. Cela peut mener à une augmentation de la morbidité et de la mortalité, en raison de la dilution dans de l'eau non sûre, un manque d'hygiène dans la préparation et de la perte de facteurs immunologiques trouvés dans le lait maternel. L'utilisation de SLM peut provoquer une réduction ou un arrêt de la production de lait maternel, ce qui rend ensuite la famille dépendante à un produit qui est parfois trop cher pour eux ou bien introuvable. Les dilutions incorrectes et les administrations insuffisantes, dues au manque de formation de la famille à la préparation, l'incompréhension de l'étiquette due à un illettrisme ou la langue étrangère de l'étiquette, ou la volonté « de faire durer la conserve le plus possible », ainsi que des formules non adaptées à l'âge de l'enfant mènent à une alimentation de l'enfant non adaptée et finalement à sa malnutrition.

L'expérience a aussi montré que des distributions de produits laitiers destinés à d'autres enfants ou à des adultes (tels que le « café au lait ») sont souvent utilisées pour les nourrissons et jeunes enfants en tant que substitut du lait maternel, même lorsqu'ils ne sont pas adaptés pour eux.

Les biberons et tétines sont difficiles à nettoyer et stériliser en situation d'urgence, et ils représentent un risque supplémentaire quant à l'hygiène. En plus de cela, l'enfant peut les confondre avec le téton, ce qui risque de compromettre l'allaitement par la suite.

Cependant, de telles distributions ont toujours lieu, car :

- Les médias s'intéressent aux problèmes d'alimentation des nourrissons et jeunes enfants, mais sans apporter d'informations correctes sur les mesures adaptées à prendre.
- L'idée fausse circule que les enfants en situation d'urgence ont besoin de produits laitiers, biberons et tétines.

1 - Adhisivam B. et al, Alimentation des Nourrissons et Jeunes Enfants dans les villages de Pondichéry affectés par le Tsunami; Pédiatrie indienne, Volume 43, August 17, 2006

- Des appels aux dons de substitut du lait maternel et biberons sont organisés par des organisations gouvernementales, ONG et centres de soins peu informés.
- Elles sont faites par des personnes bien intentionnées, mais qui sont peu au courant des réponses adaptées.
- Elles sont parfois une stratégie de vente des fabricants.

2. CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

Ce code est un ensemble de recommandations visant à réguler la commercialisation de substituts du lait maternel, biberons et tétines, formulé en réponse à la réalisation que de mauvaises pratiques d'alimentation du jeune enfant affectent gravement sa croissance, sa santé et son développement, et constituent une cause majeure de mortalité chez les nourrissons et jeunes enfants. La 34^e session de l'Assemblée Mondiale de la Santé (WHA) a adopté le Code international de commercialisation des substituts de lait maternel en 1981 comme un prérequis minimum pour protéger et promouvoir une alimentation adaptée du nourrisson et du jeune enfant, code qui par la suite a été clarifié et mis à jour par de nouvelles résolutions.

Ce code vise à contribuer *"à l'apport d'une nutrition sûre et adaptée pour les nourrissons, par la protection et la promotion de l'allaitement, et par une utilisation appropriée des substituts du lait maternel lorsque ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adaptée et par une commercialisation et une distribution adaptées "* (Article 1). Le code préconise que les bébés soient allaités ou, s'ils ne le sont pas, pour diverses raisons, qu'ils soient nourris de manière sûre par la meilleure alternative nutritionnelle possible.

Ce code s'applique à la commercialisation - et pratiques associées - des produits suivants : substituts du lait maternel, y compris lait artificiel, autres produits laitiers, aliments et boissons, y compris les aliments complémentaires en biberon, les biberons et les tétines. Il s'applique également à leur qualité et disponibilité, et aux informations concernant leur utilisation.

Ce code joue un rôle important dans la création d'un environnement global permettant aux mères de faire les meilleurs choix possibles, sur la base d'informations impartiales et sans influence commerciale, en se sentant soutenues dans ce choix.

POUR PLUS D'INFORMATIONS, VOIR :

le "Code International pour la commercialisation des substituts de lait maternel" OMS, 1981
<http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/fr/>

et les "Questions fréquemment posées (FAQ)" OMS 2008
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9241594292/en/index.html

Les points principaux de ce code sont¹ :

- pas de publicité pour les substituts du lait maternel auprès du public ;
- pas d'échantillons gratuits pour les mères ;
- pas de promotion dans les magasins ;
- pas de cadeaux aux mères ;
- aucune fourniture gratuite ou à prix réduit dans les centres de soins ;
- aucune promotion dans les centres de soins ;
- pas de cadeaux ou échantillons personnels aux travailleurs de santé, ceux-ci ne doivent pas donner d'échantillons gratuits aux mères ;
- pas de photos de nourrissons ou autres mots ou photos idéalisant l'alimentation artificielle sur les étiquettes ;
- l'information sur l'alimentation artificielle doit expliquer les bénéfices et la supériorité de l'allaitement, ainsi que les coûts et les dangers de l'alimentation artificielle ;
- l'information aux travailleurs de santé doit être restreinte à l'information scientifique et factuelle.

Ce code ne restreint donc pas la disponibilité du substitut du lait maternel, des biberons et des tétines, mais seulement la manière dont ceux-ci sont commercialisés. Il n'interdit pas l'utilisation de substitut du lait maternel en situation d'urgence, mais seulement la manière dont celui-ci est procuré et distribué.

**POUR PLUS
D'INFORMATIONS, VOIR :**

[http://www.enonline.net/
operationalguidanceiycfv2.1](http://www.enonline.net/operationalguidanceiycfv2.1)

Le Groupe 3 de l'IFE a créé le "Guide opérationnel pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence à destination du personnel d'urgence et des responsables programme », qui les assiste dans l'application pratique de documents clés sur l'ANJE-U, le code international compris, et fournit un guide concis et pratique (mais pas technique) sur la manière d'assurer une alimentation adaptée du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence. Il a été soutenu par l'Assemblée Mondiale de la Santé.

Concernant le substitut du lait maternel, la guide OPS sur l'ANJE-U souligne les points suivants :

- **En situation d'urgence, les dons de substituts du lait maternel ne sont pas nécessaires, et ils risquent de mettre en danger la vie des nourrissons.** Cette information doit être communiquée aux donateurs potentiels (y compris les gouvernements et l'armée) et aux médias, durant la phase de préparation à l'urgence, mais surtout pendant la phase première de réponse à l'urgence.
- **Solliciter ou accepter des dons de substitut du lait maternel non sollicités doit être évité.** A la place, il faut préparer un budget pour l'achat de substitut du lait maternel ainsi que d'articles essentiels à la préparation de l'alimentation artificielle tels que du combustible, des ustensiles de cuisine, une eau propre, une formation des employés et du personnel qualifié.
- **Tout don de substitut du lait maternel, produits laitiers, biberons et tétines n'ayant pas été**

1 - International Code for Marketing of BMS - Frequently Asked Questions - WHO 2008

empêché doit être récupéré par une agence désignée, de préférence par des points d'entrée dans la zone d'urgence, sous le contrôle d'un organisme de coordination. Les produits concernés devront être stockés jusqu'à ce que l'UNICEF ou l'agence de coordination de la nutrition désignée, en accord avec le gouvernement (s'il est toujours en place) développe un plan d'utilisation sûre ou bien leur éventuelle destruction.

- **Le lait artificiel ne doit être distribué qu'à des nourrissons en ayant vraiment besoin**, après évaluation d'un travailleur de santé ou du domaine de la nutrition formé aux questions de l'allaitement et de l'alimentation du nourrisson. Cette évaluation devrait toujours étudier la possibilité d'avoir recours à une nourrice ou à du lait maternel exprimé.
- **Les étiquettes du lait artificiel procuré aux bénéficiaires doivent être écrites dans leur langue, et doivent suivre les exigences d'étiquetage spécifiques du code international.**
- **Le substitut du lait maternel, les produits laitiers, les biberons et tétines ne doivent jamais être englobés dans une distribution générale ou de couverture.** Les produits laitiers séchés ne doivent être distribués que lorsqu'ils sont pré-mixés avec une nourriture de base broyée, et ne doivent pas être distribués seuls. La poudre de lait séché ne doit être distribuée que comme produit isolé afin de préparer le lait thérapeutique (en utilisant un mélange de vitamines et minéraux tel que le CMV thérapeutique) pour une alimentation thérapeutique sur le site.
- **Une provision de boîtes isolées (échantillons) de substitut du lait maternel aux mères ne doit jamais arriver, sauf si ladite boîte fait partie d'une fourniture continue assurée de lait artificiel.**
- **Il ne doit y avoir aucune promotion du substitut du lait maternel au point de distribution, ni d'affichage de produits ou d'articles portant le logo d'un fabricant de lait, et les fournitures de substitut du lait maternel ne doivent pas être utilisées comme incitation à la vente.**

3. ACTIVITÉS POUR METTRE EN PLACE LE « GUIDE OPÉRATIONNEL SUR L'ANJE-U »

PRÉVENTION DE DONATIONS INADAPTÉES DE SUBSTITUT DU LAIT MATERNEL, BIBERONS ET TÉTINES

Il vaut mieux prévenir que guérir. Par conséquent, il vaut mieux prévenir les distributions non sollicitées et non suivies, ou bien leurs impacts négatifs, plutôt que d'avoir à gérer leurs conséquences après coup.

Des mesures doivent être prises par les organismes de coordination, ou en accord avec eux, mais les équipes ACF doivent jouer un rôle actif au sein de ces organismes.

1. PLAIDEZ POUR UNE DÉCLARATION COMMUNE FAVORISANT DES PRATIQUES ANJE-U ADAPTÉES

Une déclaration commune pour attirer l'attention sur l'importance de l'allaitement et les effets négatifs d'actions inappropriées telles que des distributions non sollicitées, non ciblées et non surveillées de substitut du lait maternel et autres produits laitiers devrait être conçue

spécialement pour l'urgence, de préférence en collaboration avec le Ministère de la Santé, et signée par tous les acteurs concernés (OMS, UNICEF, PAM, ONGs). Cela aidera à ouvrir les yeux des autres acteurs de l'urgence. Si cela vient du Ministère de la Santé du pays concerné, le message sera beaucoup plus fort et son contenu renforcé. Distribuez cette déclaration à toutes les agences possibles.

POUR PLUS D'INFORMATIONS,

voir le modèle de Déclaration
Commune pour un Appel à de
Bonnes Pratiques ANJE-U sur:
[http://www.ennonline.net/
resources/237](http://www.ennonline.net/resources/237)

2. ASSOCIEZ-VOUS AUX AUTRES ORGANISMES DE COORDINATION POUR DES ACTIONS ADAPTÉES

- **Cluster logistique** : le cluster logistique aide diverses agences à acheminer et importer leurs produits en situation d'urgence. Si le cluster logistique collabore avec le cluster nutrition, on peut arriver à un accord établissant que les cargaisons contenant du substitut du lait maternel, des biberons ou des tétines ne sont pas gérées, sauf si le cluster nutrition le demande. De cette manière, les cargaisons contenant ces articles peuvent être bloquées, retournées ou gérées de manière à utiliser les produits de manière responsable, dès leur arrivée dans le pays. Assurez-vous qu'ils aient des copies du document afin d'expliquer leur action aux agences concernées.
- **Cluster Aide Alimentaire** : sensibiliser le coordinateur du cluster ainsi que ses membres peut permettre d'empêcher le substitut du lait maternel, et que les biberons et les tétines fassent partie d'une distribution générale de nourriture. *the food aid cluster can prevent BMS, bottles or teats being part of general food distributions.*
- **Cluster Santé** : par le cluster santé, vous pouvez atteindre de nombreuses agences travaillant dans les soins de santé primaires et secondaires, où ont lieu les distributions non ciblées de substitut du lait maternel et biberons. Vous pouvez travailler en collaboration avec eux pour organiser des sessions de sensibilisation ou de formation du personnel de santé sur les bénéfices de l'allaitement et toutes les solutions possibles. Vous pouvez aussi sensibiliser les gens à l'existence de programmes ANJE-U, où sont dispensés des conseils d'experts et où sont orientés les nourrissons et les jeunes enfants. Fournissez-leur toute la documentation nécessaire, ainsi qu'une liste de sites et contacts et référencement.
- **Cluster Protection de l'Enfance** : le cluster de protection de l'enfance s'occupe, entre autres, des orphelins, des enfants abandonnés ou séparés de leur famille et des institutions spécialisées. Il est en contact avec les agences désirant apporter aide et soutien à ces groupes d'enfants, ce qui englobe souvent le substitut du lait maternel et les biberons. Une collaboration entre les clusters nutrition et protection de l'enfance est nécessaire pour apporter les réponses appropriées aux enfants orphelins au sein des familles, ou aux enfants placés en orphelinat (voir plus haut).
- **Cluster de santé reproductive** : à travers ce groupe, vous pouvez atteindre des organisations et cadres gérant les activités prénatales et de naissance, et vous assurez que ceux-ci soutiennent l'allaitement et qu'une utilisation inadaptée de substitut du lait maternel n'a pas lieu.
- **Chefs religieux, ONG, etc.** : les ONG plus petites ou les groupes religieux sont souvent actifs

durant les urgences, et cependant ne sont pas toujours informés du cluster coordination, ou n'ont pas les ressources humaines suffisantes pour y participer. Ils ne sont pas toujours au courant des risques que comportent les distributions de substitut du lait maternel, de biberons et de tétines. La sensibilisation de ces groupes peut avoir une importance considérable dans la prévention de distributions non sollicitées et non suivies.

L'expérience montre qu'en raison des changements fréquents des équipes de coordination, comme au sein des ONG et acteurs humanitaires dans l'urgence, il est important de répéter régulièrement la sensibilisation, ainsi que la distribution de documents clés.

3. UTILISEZ LES MÉDIAS POUR FAIRE PASSER LES MESSAGES APPROPRIÉS

- Contactez les médias nationaux ou internationaux pour attirer l'attention sur le sujet, afin qu'ils l'incluent dans des articles ou des programmes radio ou télé, ainsi que pour empêcher les médias d'envoyer des messages inappropriés qui pourraient mener à des donations non sollicitées de substitut du lait maternel.
- Si vous détectez des messages inappropriés dans des médias nationaux ou internationaux (journaux, magazines, télé, radio...), plaidez pour une réponse à ce média par l'organisme de coordination pour détourner ou modifier leur message initial aussi vite que possible.

4. SENSIBILISEZ LES ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX

Si la déclaration commune ou toute autre déclaration pertinente est soutenue ou lancée par le Ministère de la Santé, elle peut être utilisée pour sensibiliser les organismes gouvernementaux qui peuvent participer à la prévention de donations inappropriées de SLM, biberons et tétines, par exemple :

- les bureaux de santé régionaux, provinciaux ou de district, qui coordonnent et supervisent les activités de nutrition et de santé ;
- les organismes de régulation des ONG, tels que les bureaux où les ONG enregistrent leurs activités, à un niveau national et régional ;
- les organismes s'occupant de réglementer les importations.

POUR PLUS D'INFORMATIONS,

se reporter à : "IFE Media Flyer" IFE Core Group

et "Media messages save infant lives in emergencies - Information for Communication Specialists in Humanitarian Organisations" IFE Core Group/UNICEF

SURVEILLER ET RAPPORTER LES VIOLATIONS AU CODE ET GUIDE OPÉRATIONNEL SUR L'ANJE

Malheureusement, malgré les mesures préventives, nous assistons dans la plupart des situations d'urgence à des distributions constituant des violations du code et guide opérationnel sur l'ANJE-U. Tout acteur de l'ANJE, ACF y compris, a la responsabilité de surveiller (si non activement, du moins passivement) et rapporter toute violation. Toutes les équipes ACF, y compris d'autres départements, devraient être informées de cette question, afin qu'elles puissent rapporter les éventuelles violations rencontrées.

La manière de gérer ces violations devra être décidée en réunion de coordination.

Si ACF se trouve confronté à une agence dont les activités constituent une violation du code et guide opérationnel, il est conseillé de :

POUR PLUS D'INFORMATIONS
sur le rapport des violations au code IBFAN, visiter :
http://www.ibfan.org/code_watch-form.html

- Donner à l'agence en question un exemplaire de la Déclaration Commune et du Guide Opérationnel, et lui expliquer les risques que son attitude implique
- Rapporter les actions de l'agence en question, avec autant de détails que possible (nom et contact de l'agence : type de violation et lieu, date, heure, détails sur les produits utilisés, etc.) à l'organisme de coordination ou au ministère de la Santé, qui devront prendre les mesures nécessaires. La violation peut également être rapportée à l'IBFAN, qui enregistre les violations du Code.

Si ACF tombe sur du substitut du lait maternel, des biberons ou des tétines ayant été donnés à une communauté ou à une famille :

- Essayez discrètement d'obtenir des informations de cette famille ou des chefs de la communauté :
 - Qui leur a donné ces produits (nom de l'agence, contact et plus de détails si possible) ?
 - Quand leur ont-ils été donnés et comment (dans une distribution générale, ou plus ciblée ; au sein de la communauté ou dans un centre de soins, etc.) ?
 - Quels sont les détails de ces produits : toute violation d'étiquetage (langue, image), âge approprié, date d'expiration, etc. ?
- Informez la famille ou la communauté sur les dangers qu'il y a à utiliser ce produit, des bénéfices du lait maternel, et invitez les familles ayant des nourrissons ou des jeunes enfants à venir participer aux projets de pratiques de soin, ou organisez des visites à domicile afin de limiter autant que possible les risques de violations. N'oubliez pas : c'est l'agence ayant donné ces produits qui a violé le Code, et non la famille qui les a reçus. Celle-ci doit être traitée avec respect et non être rendue coupable.
- Rapportez ces informations à l'organisme de coordination, et décidez de quelles actions à prendre et par qui.

Un format de rapport devrait être distribué à tous les membres des équipes sur le terrain (voir boîte à outil pour exemple).

Sensibiliser les medias a son utilité : Durant l'urgence de 2010 en Haïti, ACF a été alerté par un journaliste qui avait été briefé sur l'ANJE-U, et qui avait reçu un communiqué de presse parlant d'une organisation comptant expédier des tonnes de lait en poudre. ACF a transmis l'information au Cluster Nutrition, qui a ensuite contacté l'organisation.

GESTION DE SUBSTITUT DU LAIT MATERNEL INTERCEPTÉ

Les substitut du lait maternel interceptés et stockés par l'organisme de coordination doivent être utilisés de manière responsable afin d'éviter leur destruction. Non seulement cela est plus éthique, mais la plupart des agences tendent à rendre plus rapidement le substitut du lait maternel si elles savent que celui-ci sera utilisé et non détruit.

Cela sera généralement géré par l'organisme de coordination, mais en son absence, toute agence peut être assignée à s'en occuper. De plus, ACF étant membre du Cluster Nutrition et du Groupe Core de l'IFE, nous devons participer activement à trouver des solutions et les mettre en pratique.

La solution la plus évidente et la plus pratique est de le mélanger à des aliments composés enrichis tels que les mélanges maïs soja, blé soja ou autres, par exemple pour une utilisation dans des programmes d'aliments de supplémentation, ou des aliments de supplémentation. Il s'agit d'une action soutenue par l'UNHCR¹ et le PAM². Ajouter du petit-lait ou de la poudre de lait écrémé aux aliments composés enrichis augmente leur apport en protéines et permet une réduction de la quantité totale de protéines, ce qui peut avoir des avantages métaboliques potentiels. Les protéines du lait augmenteront le goût, ce qui est important pour l'acceptabilité par les groupes vulnérables³. Le lait artificiel prêt à l'emploi peut également être utilisé dans ce but.

Cependant, il est nécessaire de tenir compte des aspects suivants :

- Le mélange de lait et farine de céréales doit se faire dans un centre spécial, à l'écart du site de distribution. Le lait et la farine ne doivent jamais être distribués séparément aux bénéficiaires pour ne pas qu'ils fassent le mélange chez eux.
- Mélanger le lait et la farine de céréales à de l'huile réduit la date d'expiration de la ration à une semaine après le mélange. Par conséquent, les rations mélangées à de l'huile ne peuvent être mélangées à de la poudre de lait que si les rations hebdomadaires sont distribuées et le mélange est fait un jour avant la distribution. Pour les rations mélangées à de l'huile pour des distributions toutes les deux semaines, ou les rations hebdomadaires mélangées plus d'un jour avant la distribution, le lait en poudre ne peut pas être utilisé.
- Nous ne disposons pas d'informations suffisantes pour savoir à quel point l'humidité affecte la date d'expiration d'une ration mélangée à du lait. Par conséquent, il est recommandé d'assurer le stockage au sec de la ration par les bénéficiaires, en saison des pluies et dans les situations où l'humidité peut être un problème.
- Les bénéficiaires doivent être informés du contenu laitier de la ration, qui altère le goût de la ration à laquelle ils étaient habitués. Les enfants, en général, préfèrent le goût de la ration avec du lait. Cependant, vous devez bien préciser aux bénéficiaires que la ration convient aux enfants de plus de six mois uniquement. Le contenu laitier ne la rend pas pour autant

1 - Politique de l'UNHCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés; UNHCR, 2006

2 - Food Aid in Emergencies, Annex 6C use of Milk Products; WFP

3 - Camilla Hoppe, Gregers S. Andersen, Stine Jacobsen, Christian Mølgaard, Henrik Friis, Per T. Sangild, and Kim F. Michaelsen The Use of Whey or Skimmed Milk Powder in Fortified Blended Foods for Vulnerable Groups - A literature Review; The Journal of Nutrition, 138: 1455-1615, 2008

adaptée à des enfants de moins de 6 mois.

Il n'y a pas de recommandation standard établissant quelle quantité de lait en poudre mélanger avec la ration. L'expérience montre qu'entre 10-15% et 30% de la ration devrait être composé de lait en poudre.

Fournir du lait pour une consommation immédiate, par exemple dans des écoles et des espaces mères-enfants, aux enfants de plus de deux ans, soulève des problèmes pratiques :

- Distribuer du lait, même de manière contrôlée et assez ciblée pour ne pas mettre en péril l'allaitement, peut véhiculer le message que les distributions de lait sont une pratique acceptable.
- Fournir une supervision assez efficace pour que le lait soit préparé de manière hygiénique, distribué uniquement aux enfants de plus de 2 ans, consommé sur place, et par conséquent ne mette pas en péril les pratiques d'allaitement, peut s'avérer difficile à organiser et demande une présence de personnel formé qui peut coûter cher.

Les autres options sont :

- D'utiliser le lait en poudre pour la préparation de biscuits et gâteaux destinés à être distribués. Mais, une fois encore, la préparation doit être centralisée et dûment contrôlée, afin d'éviter une mauvaise utilisation ou un manque d'hygiène.
- D'utiliser le lait en poudre pour nourrir les animaux. Cela doit être fait avec précaution, car de telles actions peuvent soulever des questions éthiques et créer des problèmes avec la population et les médias.
- La destruction du lait doit se faire uniquement si celui-ci est périmé ou si la date de péremption est trop proche, ou si aucune solution d'utilisation du lait n'a été trouvée. Encore une fois, cela doit être fait avec précaution, car la population locale risque de ne pas comprendre pourquoi le lait est détruit. Prenez soin de respecter toutes les procédures nécessaires, telles que :
- Obtenir l'accord des donateurs, celui du Ministère de la Santé et agir en respectant les directives du Ministère de la Santé pour la destruction.

POUR PLUS D'INFORMATIONS

voir : *"Guidelines for safe disposal of unwanted pharmaceuticals in and after emergencies" OMS, 1999.*

TABLE DES FIGURES

- Figure 1** Le modèle de soins étendu (Source : Engle[2], traduit par Martin-Prevel [3])
- Figure 2** Proportion de nutriments apportés par le lait maternel et l'alimentation complémentaire; IBFAN
- Figure 3** Résumé de la texture, fréquence et quantité de nourriture complémentaire par groupe d'âge ; Basé sur « Complementary Feeding Counselling, a Training Course »; WHO 2004.
- Figure 4** Développement de l'enfant de 0 à 3 ans ; Manuel pour l'Intégration des Pratiques de Soins Infantiles et de la Santé Mentale dans les Programmes Nutrition, ACF, 2011
- Figure 5** "Ajuster les Actions et les Comportements au Développement de l'Enfant"; Manuel pour l'Intégration des Pratiques de Soins Infantiles et de la Santé Mentale dans les Programmes Nutrition, ACF, 2011
- Figure 6** Pyramide des interventions psychosociales
- Figure 7** Type de contexte
- Figure 8** Exemple d'activités hebdomadaires dans un EMB (exemple tiré des Philippines : zones dévastées par la tempête tropicale "Washi" le 15 décembre 2011)
- Figure 9** Décider de qui a besoin d'aide; Basé sur le Module 2 v1 IFE.1; IFE Core Group
- Figure 10** Placement des mères et enfants lors des sessions de jeu mère-enfant- Manuel pour l'Intégration des Pratiques de Soins Infantiles et de la Santé Mentale dans les Programmes Nutrition, Ed. 2011
- Figure 11** Une canette de RUIF à l'étiquette générique en Haïti
- Figure 12** Quantité de lait artificiel préparé par jour pour les nourrissons de 6 à 12 mois
- Figure 13** Alimentation des bébés à la tasse; Module 2 v1.1 IFE; IFE Core Group; 2007
- Figure 14** Méthode Kangourou; Soins des enfants souffrant d'une infection grave ou de malnutrition sévère, WHO/IMCI/FCH/CAH/00.1
- Figure 15** Sacs de portage bébé pour le KMC; Méthode Kangourou, OMS 2003
- Figure 16** Positionner le bébé pour le KMC; Méthode Kangourou, OMS 2003
- Figure 17** Positionner le bébé pour le KMC; Méthode Kangourou, OMS 2003

Figure 18 Anatomie du sein

Figure 19 Le réflexe de prolactine, Module 2 v1.1 IFE; IFE Core Group

Figure 20 Différentes positions d'allaitement : position du berceau, du « ballon de rugby », position allongée. « Le conseil en allaitement : cours de formation »; OMS/ UNICEF 1993

Figure 21 Positionnement inadapté pour l'allaitement; Manuel de conseil en allaitement; OMS/ UNICEF 1993

Figure 22 Bébé correctement (à gauche) et mal (à droite) accroché au sein; Module 2 v1.1 IFE, IFE Core Group

Figure 23 Différents moyens d'aider à soulager les coliques du bébé; « Le conseil en allaitement: cours de formation » ; OMS/ UNICEF, 1993

Figure 24 Utiliser une seringue sur un tétou inversé, Manuel de conseil en allaitement; OMS/ UNICEF 1993

Figure 25 Durée de stockage du lait maternel frais

Figure 26 Avantages et inconvénients du lait maternel traité par la chaleur, tableau basé sur le guide de référence « Alimentation infantile et VIH - Outils pour le conseil »; OMS, 2005

Figure 27 Technique de Supplémentation par succion

Figure 28 Technique du goutte à goutte, Module 2 v1.1 IFE; IFE Core Group

Figure 29 Risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant sans action préventive, fondé sur : « prevailing evidence June 09 Integration of IYCF Support into CMAM IFE Core Group », ENN, IASC, October 2009; Adapted from De Cock KM et al. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les pays aux faibles ressources : traduire la recherche en politiques et pratique. *Journal de l'Association Médicale Européenne*, 2000, 283(9): 1175- 1182

Figure 30 Risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant avec ARV, basé sur : « prevailing evidence June 09 Integration of IYCF Support into CMAM IFE Core Group », ENN, IASC, October 2009; Adapted from Coovadia et al (2007). Transmission du VIH-1 durant un allaitement exclusif pendant les six premiers mois : une étude de cohorte d'intervention. *Lancet* 2007; 369: 1107-16.

TABLE DES RÉFÉRENCES

Engle, R.L., M. Bentley, and G. Pelto, *The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. Proceedings of the Nutrition Society, 2000. 59(1): p. 25-35.*

Early Child Development, a Powerful Equilazier, WHO Commission on the social determinants of health, March 2007.

Black R, et al., 2008. *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet, 371 (9608), pp 243-60.*

Engle, P. (1997) « *The care initiative: assessment, analysis, and action to improve care for nutrition* » - UNICEF.

Déclaration d’Innocenti, OMS et al., 2005.

Guiding Principles for Feeding Infants and Young Children during Emergencies, WHO, 2004.

Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d’urgence, Directives opérationnelles à l’intention du personnel et des administrateurs de programmes. IFE, V2.1; Février 2007

Maternal Mental Health et Child Health and Development. WHO. N.p., n.d. Web. 19 Nov. 2013.

Black R. et al., *Maternal and child undernutrition 1: global and regional exposures and health consequences, The Lancet, DOI:10.1016/S0140-6736(07)61690-0, January 17, 2008, Published online: suboptimum breastfeeding results in 1,4 million deaths and 10% of disease burden in children younger than 5 years.*

Save the Children UK, Hungry for Change, 2009.

Principes directeurs pour l’alimentation complémentaire de l’enfant allaité au sein, OPS/OMS Complementary Feeding Counselling, A Training Course; WHO 2004

Histoire de psy, histoire de soins. Dix ans d’expérience en Santé Mentale et Pratiques de Soins à ACF.

Manuel d’intégration des Pratiques de Soins et de la Santé Mentale au sein des programmes nutritionnels, ACF, 2011.

"Facts for Life saves lives!." Facts for Life. N.p., n.d. Web. 19 Nov. 2013. <<http://www.factsforlifeglobal.org/>>.

Inter agencies Standing Committee: Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d’urgence, Juin 2007

Santé Mentale et Pratiques de Soins Infantiles, ACF 2009

Josephine Anthoine-Milhomme, *Psychological Care Program Capitalisation work*, April 2005-February 2006, Batticaloa Sri Lanka, ACF.

Préparation de poudre pour nourrissons dans les établissements de soins; OMS/FAO 2006

IFE Module 2 V1.1; IFE Core Group, Décembre 2008

Le conseil en allaitement : cours de formation ; OMS/UNICEF 1993

La méthode Mère Kangourou - Guide pratique ; OMS 2003

Moore ER, Anderson GC, Bergman N. *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3*. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.

Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA *Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants*. *J Pediatr*. 1995; 126:696-702

IFE Module 2, v1.1; IFE Core Group, Décembre 2007

Le VIH et l'alimentation du nourrisson. Principes directeurs à l'intention des décideurs ; OMS, UNICEF, Fonds des Nations Unies pour la Population, ONUSIDA, 2010

Alimentation infantile et VIH. Outils pour le conseil. Guide de référence; OMS, UNICEF, USAID 2005

WHO; *HIV and Infant Feeding Technical Consultation Held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants*; Geneva, October 25-27, 2006 *Consensus statement*

Adhisivam B. et al, *Feeding of Infants and Young Children in Tsunami Affected Villages in Pondicherry*; *Indian Paediatrics*, Volume 43, August 17, 2006

International Code for Marketing of BMS - Frequently Asked Questions - WHO 2008

Politique de l'UNHCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés; UNHCR, 2006

Food Aid in Emergencies, Annex 6C use of Milk Products; WFP

Camilla Hoppe, Gregers S. Andersen, Stine Jacobsen, Christian Mølgaard, Henrik Friis, Per T. Sangild, and Kim F. Michaelsen *The Use of Whey or Skimmed Milk Powder in Fortified Blended Foods for Vulnerable Groups - A literature Review*; *The Journal of Nutrition*, 138: 145S-161S, 2008

**POUR L'ALIMENTATION.
POUR L'EAU.
POUR LA SANTÉ.
POUR LA NUTRITION.
POUR LA CONNAISSANCE.
POUR LES ENFANTS.
POUR LES COMMUNAUTÉS.
POUR TOUT LE MONDE.
POUR DE BON.
POUR L'ACTION.
CONTRE LA FAIM.**



ALLEMAGNE

Aktion gegen den Hunger
Wallstraße 15 a
10179 Berlin
www.aktiongegenhunger.de

ÉTATS-UNIS

Action Against Hunger
One Whitehall Street
2nd Floor
New York, NY 10004
www.actionagainsthunger.org

CANADA

Action contre la Faim
720 Bathurst St. - Suite 500
Toronto, ON - M5S 2R4
www.actioncontrelafaim.ca

FRANCE

Action contre la Faim
14-16 boulevard de Douaumont
75017 Paris
www.actioncontrelafaim.org

ESPAGNE

Acción Contra el Hambre
C/ Duque de Sevilla, 3
28002 Madrid
www.accioncontraelhambre.org

ROYAUME UNI

Action Against Hunger
6 Mitre Passage,
Greenwich Peninsula,
London SE10 0ER
www.actionagainsthunger.org.uk