



WORLD BREASTFEEDING
TRENDS INITIATIVE

Outil d'évaluation



Version 4
(mars 2024)



WORLD BREASTFEEDING
TRENDS INITIATIVE

Outil d'évaluation

Version 4
(mars 2024)



Secrétariat mondial de la *WBTi*
Réseau indien de promotion de l'allaitement maternel (BPNI)
BP-33, Pitampura, Delhi-110034, Inde
Téléphone : 91-11-42683059
Courriel : wbtigs@gmail.com
Site web : www.worldbreastfeedingtrends.org

Outil d'évaluation *WBTi*

Copyright © BPNI/ *WBTi* Global Secretariat 2024

Version 1 : 2004/05

Version 2 : 2014

Version 3 : 2019

Version 4 : 2024

Conception et mise en page : Amit Dahiya

****Responsable de la traduction française : Britta Boutry-Stadelmann**

Tous les droits sont réservés par le Réseau indien de promotion de l'allaitement maternel (BPNI) / Secrétariat mondial de l'Initiative mondiale sur les évolutions de l'allaitement maternel (*WBTi*). L'utilisation de l'**outil d'évaluation *WBTi*** à des fins de formation ou d'information, de reproduction et de traduction, est encouragée. Toute partie de cette publication peut être reproduite librement, à condition que le sens du texte ne soit pas altéré. Nous espérons que cette publication fera l'objet d'une reconnaissance et d'un crédit appropriés.

Les appellations employées dans cet ouvrage et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de BPNI aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones relevant de sa compétence, ni quant au tracé de leurs frontières et limites.

Pour l'usage général des professions et des fonctions, le masculin vaut pour le féminin et vice-versa.

Révision et mise à jour de l'outil d'évaluation *WBTi* 2019 suivie de mises à jour mineures en mars 2024 ****et en novembre 2024**

Cette révision en 2019 est basée sur les nouvelles informations disponibles après la dernière révision en 2013.

La présente mise à jour a été entreprise après avoir reçu des commentaires des pays qui souhaitent plus de clarté et mettre à jour les informations sur certains des indicateurs. Le secrétariat mondial du *WBTi* a constitué un groupe de travail technique (GTT) composé d'experts (voir ci-dessous) de plusieurs pays. Le GTT comprenait des experts de l'allaitement maternel et de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, ainsi que des personnes impliquées dans le développement et la mise en œuvre de cet outil. Le GTT devait réexaminer et suggérer tout changement dans le contenu en fonction de la disponibilité de nouvelles informations et du retour d'information.

Le secrétariat mondial a demandé l'accord des individus et le choix de l'indicateur sur lequel travailler. Onze sous-groupes ont été constitués, un pour chaque indicateur de politique et de programmes, et un groupe pour les indicateurs relatifs aux pratiques de l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE).

Le Secrétariat de la *WBTi* a partagé avec chaque groupe les commentaires sur les outils précédents et les nouvelles informations, et a demandé des éclaircissements aux groupes et aux individus. Enfin, le Secrétariat de la *WBTi* a partagé le projet d'outil révisé avec le GTT pour qu'il l'examine et fournisse des commentaires. Cela a conduit à sa finalisation et la version 3 (2019) de l'outil est maintenant disponible.

L'ensemble de ce processus a duré 4 mois. L'outil contient désormais des informations de base actualisées pour chaque indicateur et certaines questions ont été modifiées, de même que le processus de notation, ce qui rend l'évaluation plus objective et plus simple à réaliser.

Groupe de travail technique (GTT)

Adriano Cattaneo (*Italie*), Alex Iellamo (*Philippines*), Arun Gupta (*WBTi GS, Inde*), Barbara Nalubanga (*Ouganda*), Edouard Zerbo (*Burkina Faso*), Elisabeth Sterken (*Canada*), Ghada Sayed (*Egypte*), Helen Gray (*UK*), Homayoun Ludin (*Afghanistan*), Kim Jaiok (*République de Corée*), JP Dadhich (*WBTi GS, Inde*), Julie Smith (*Australie*), Marcos Arana (*Mexique*), Marta Trejos (*Costa Rica*), Maryse Arendt (*Luxembourg*), Nupur Bidla (*WBTi GS, Inde*), Patricia Wise (*Royaume-Uni*), Patti Rundall (*Royaume-Uni*), S.K. Roy (*Bangladesh*), Yeong Joo Kean (*Malaisie*)

L'outil a ensuite été mis à jour avec des modifications mineures basées sur les commentaires de la région européenne et du Royaume-Uni.

Contenu

Acronymes	7
L'initiative mondiale sur les évolutions de l'allaitement maternel (<i>WBTi</i>)	8
Partie I : Politiques et programmes pour l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)	13
<i>Indicateur 1</i> : Politique nationale, gouvernance et financement	14
<i>Indicateur 2</i> : Initiative Hôpitaux Amis des Bébé / Dix pas pour réussir l'allaitement maternel	18
<i>Indicateur 3</i> : Mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	33
<i>Indicateur 4</i> : Protection de la maternité	39
<i>Indicateur 5</i> : Systèmes de soins de santé et de nutrition (en soutien à l'allaitement maternel et à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ANJE)	45
<i>Indicateur 6</i> : Services de conseil pour les femmes enceintes et les mères allaitantes	52
<i>Indicateur 7</i> : Soutien par une information précise et impartiale	56
<i>Indicateur 8</i> : Alimentation des nourrissons et VIH	62
<i>Indicateur 9</i> : Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence	68
<i>Indicateur 10</i> : Suivi et évaluation	76
Partie II : Pratiques de l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)	80
<i>Indicateur 11</i> : Début de l'allaitement (dans l'heure qui suit la naissance)	81
<i>Indicateur 12</i> : Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois	84
<i>Indicateur 13</i> : Durée médiane de l'allaitement maternel	86
<i>Indicateur 14</i> : Alimentation au biberon	87
<i>Indicateur 15</i> : Alimentation complémentaire (6-8 mois)	88
Résumé Partie I : Politiques et programmes pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	89
Résumé Partie II : Pratiques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)	90
Conclusions	91
Bibliographie	92

Acronymes

AMS	Assemblée mondiale de la santé / World Health Assembly
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant / IYCF
ANJE-U	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence / IFE
BFHI	Baby Friendly Hospital Initiative - Initiative Hôpitaux amis des bébés IHAB
BPNI	Breastfeeding Promotion Network of India /Réseau indien de promotion de l'allaitement maternel)
DHS	Demographic and Health Survey /Enquête démographique et de santé
FAO	Food and Agriculture Organization / Organisation l'alimentation et l'agriculture
GLOPAR	Global Participatory Action Research / Recherche-action participative mondiale
GSİYCF	Global Strategy on IYCF / Stratégie mondiale pour l'ANJE
IBFAN	International Baby Food Action Network /Réseau international d'action pour l'alimentation infantile
ICDC	International Code Documentation Centre
IFE	Infant Feeding in Emergencies / ANJE-U
IHAB	Initiative Hôpitaux amis des bébés / BFHI Baby Friendly Hospital Initiative
ILO	International Labour Organization / OIT
IYCF	Infant and Young Child Feeding / ANJE
LLLI	La Leche League International
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey / Enquête en grappes à indicateurs multiples)
MPC	Maternity Protection Convention / Convention sur la protection de la maternité
MNT	Maladie non transmissible /NCD Non communicable disease
OIT	Organisation internationale du travail / ILO
OMS	Organisation mondiale de la santé / World Health Organisation
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant / PMTCT
WABA	World Alliance for Breastfeeding Action /Alliance mondiale pour l'action en faveur de l'allaitement maternel
WBCi	Initiative mondiale pour l'établissement des coûts de l'allaitement maternel
WBTi	Initiative mondiale sur les évolutions de l'allaitement maternel
WHO	World Health Organisation / OMS Organisation mondiale de la santé
WHA	World Health Assembly / AMS Assemblée mondiale de la santé

L'initiative mondiale sur les évolutions de l'allaitement maternel (*WBTi*)

À propos de *WBTi*

Le réseau indien de promotion de l'allaitement maternel (BPNI)/le réseau international d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN) Asie du Sud et le secrétariat mondial de l'initiative mondiale sur les évolutions de l'allaitement maternel (*WBTi*) ont lancé cet outil innovant en 2004 lors d'un forum des partenaires de l'Asie du Sud.

La *WBTi* aide les pays à évaluer l'état d'avancement de la mise en œuvre de la *stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* de manière standardisée. Il est basé sur le document de l'OMS intitulé « Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) : Un outil d'évaluation des pratiques, politiques et programmes nationaux » de l'OMS. Le programme *WBTi* invite les pays à mener leur évaluation pour mesurer les forces et les faiblesses des dix paramètres de la politique et des programmes qui protègent, promeuvent et soutiennent les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). Le processus d'évaluation *WBTi* rassemble les gens et encourage la collaboration, la mise en réseau et l'action locale. Des organisations telles que les ministères, les Nations unies, les professionnels de la santé, les universitaires et d'autres partenaires de la société civile (sans conflit d'intérêts) participent au processus d'évaluation en formant un groupe central dont l'objectif est de parvenir à un consensus. Chaque évaluation permet aux pays d'identifier les lacunes et de formuler des recommandations à l'intention de leurs décideurs politiques en vue d'une action positive et d'un changement. Le Secrétariat mondial de l'initiative *WBTi* encourage les pays à procéder à une nouvelle évaluation tous les 3 à 5 ans afin d'observer les évolutions des politiques et programmes de l'ANJE.

Vision et mission

La *WBTi* envisage que tous les pays créent un environnement favorable aux femmes pour qu'elles réussissent à allaiter leurs bébés de manière optimale à la maison, dans les établissements de santé ou sur le lieu de travail. La *WBTi* aspire à être un leader de confiance pour motiver les décideurs politiques et les responsables de programmes dans les pays, à utiliser le référentiel mondial d'informations sur les politiques et les programmes d'allaitement et de l'ANJE. La *WBTi* envisage de servir de plateforme de connaissances pour les responsables de programmes, les chercheurs, les décideurs politiques et les défenseurs de l'allaitement dans le monde entier. La mission de la *WBTi* est d'atteindre tous les pays pour faciliter l'évaluation et le suivi des politiques et programmes de l'ANJE en mobilisant des partenariats locaux sans conflits d'intérêts et en construisant un référentiel de données pour le plaidoyer.

Politique éthique

La *WBTi* travaille selon les 7 principes d'IBFAN et ne recherche ni n'accepte de fonds, de dons, de subventions ou de parrainages de la part de fabricants ou de distributeurs et d'organisations de façade de substituts du lait maternel, d'aliments complémentaires, de produits liés à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants tels que les tire-laits, ou de toute autre organisation ayant des conflits d'intérêts.

La *WBTi* a identifié 15 indicateurs en deux parties, chaque indicateur ayant une signification spécifique.

La partie I traite de la politique et des programmes (indicateurs 1 à 10).	La partie II traite des pratiques d'alimentation des nourrissons (indicateurs 11 à 15).
<ol style="list-style-type: none"> 1. Politique nationale, gouvernance et financement 2. Initiative Hôpitaux Amis des Bébé / Dix pas pour un allaitement réussi 3. Mise en œuvre du code international de commercialisation des substituts du lait maternel 4. Protection de la maternité 5. Systèmes de soins de santé et de nutrition (en faveur de l'allaitement maternel et de l'ANJE) 6. Services de conseil pour les femmes enceintes et les mères allaitantes 7. Soutien à l'information précise et impartiale 8. Alimentation des nourrissons et VIH 9. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence 10. Suivi et évaluation 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mise en place de l'allaitement maternel dans l'heure qui suit la naissance 2. Allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois 3. Durée médiane de l'allaitement 4. L'alimentation au biberon 5. Alimentation complémentaire - Introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous

Chaque indicateur utilisé pour l'évaluation comporte les éléments suivants ;

- La question clé qui doit être étudiée.
- Un rappel des raisons pour lesquelles la pratique, la politique ou la composante du programme est importante.
- Une liste de critères clés pour l'évaluation en tant que sous-ensemble de questions à prendre en compte pour identifier les forces et les faiblesses afin de documenter les lacunes.
- Annexes pour les informations supplémentaires en lien avec la thématique

Partie I : Politiques et programmes : Les critères d'évaluation ont été développés pour chacun des dix indicateurs, sur la base de la *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* (2002) et de la « Déclaration d'Innocenti » sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2005), ainsi que sur la base des développements les plus récents dans ce domaine. Pour chaque indicateur, il existe un sous-ensemble de questions. Les réponses à ces questions peuvent permettre d'identifier les lacunes dans les politiques et les programmes nécessaires à la mise en œuvre de la *stratégie mondiale*. L'évaluation peut révéler les performances d'un pays dans un domaine d'action particulier sur l'allaitement maternel/l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Des informations supplémentaires, essentiellement qualitatives, sont également recherchées dans ces indicateurs. Ces informations sont utilisées dans le rapport élaboré, mais ne sont pas prises en compte pour la notation ou le codage couleur.

La partie II : **Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant** dans la partie II demande des données numériques spécifiques sur chaque pratique, basées sur des données provenant d'enquêtes nationales aléatoires auprès des ménages. Ces cinq indicateurs sont basés sur l'outil de l'OMS pour le maintien de l'uniformité. Toutefois, des informations supplémentaires sur certains autres indicateurs de pratiques, tels que « la poursuite de l'allaitement maternel » et « l'adéquation de l'alimentation complémentaire », sont également demandées.

Notation et code couleur

Politiques et programmes Indicateur 1-10

Une fois les informations recueillies et analysées dans le « questionnaire WBTi », elles sont saisies dans l'outil web. Cet outil permet d'*attribuer une note* à chaque sous-ensemble de questions en fonction de leur poids dans les indicateurs 1 à 10 (politiques et programmes). Chaque indicateur a une note maximale de 10. La note totale des dix indicateurs est de 100.

L'outil web attribue également un *code couleur* (rouge/jaune/bleu/vert) à chaque indicateur conformément aux *lignes directrices du WBTi pour le code couleur*, sur la base des scores obtenus.

Dans la partie II (pratiques de l'ANJE)

Les indicateurs de la partie II sont exprimés en pourcentage ou en nombre absolu. Une fois les données saisies, l'outil attribue un *code couleur* conformément aux *lignes directrices*.

L'outil WBTi fournit des détails sur chaque indicateur dans des sous-ensembles de questions, ainsi que l'âge de pondération de chaque indicateur.

Acceptation mondiale de la WBTi

La WBTi a rencontré un franc succès en Asie du Sud entre 2004 et 2008 et, sur cette base, il a été introduit dans d'autres régions. À ce jour, plus de 100 pays ont été formés à l'utilisation des outils de la WBTi et 97 d'entre eux ont terminé et présenté un rapport. Nombre d'entre eux ont répété les évaluations au cours de ces années.

La WBTi a été publiée dans le BMJ en 2011, lorsque le rapport WBTi de 33 pays a été lancé¹. Deux publications évaluées par des pairs dans des revues internationales ajoutent de la valeur à l'impact de la WBTi, dans Health Policy and Planning en 2012, lorsque 40 pays ont réalisé le rapport², et dans le Journal of Public Health Policy en 2019³, lorsque 84 pays l'ont réalisé.

La WBTi a été acceptée au niveau mondial comme une source d'information crédible sur les politiques et les programmes de l'ANJE et a été citée dans des directives mondiales et d'autres documents politiques, par exemple la mise en œuvre nationale de l'IHAB par l'OMS en 2017⁴ et les directives opérationnelles du groupe central de l'IFE sur l'alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence, 2017.⁵

La réalisation de l'évaluation WBTi est l'une des sept demandes politiques du Collectif mondial pour l'allaitement maternel (GBC), une initiative conjointe de l'UNICEF et de l'OMS pour accélérer les progrès vers la réalisation de l'objectif de l'AMS d'atteindre 50 % d'allaitement maternel exclusif d'ici à 2030. Le tableau de bord mondial de l'allaitement, qui permet de suivre les progrès des politiques et programmes d'allaitement développés par le Collectif, a identifié un objectif selon lequel au moins trois quarts des pays du monde devraient être en mesure d'effectuer une évaluation WBTi tous les cinq ans d'ici à 2030.⁶ Le rapport sur la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a également utilisé la WBTi comme source. La base de données mondiale sur la mise en œuvre de l'action nutritionnelle (GINA) de l'OMS a utilisé la WBTi comme source.⁷ Des chercheurs internationaux ont utilisé les résultats de la WBTi pour prédire l'augmentation possible de l'allaitement maternel exclusif avec des scores plus élevés et l'ont jugée valable pour mesurer les apports à la stratégie mondiale.⁸ Par ailleurs, des doctorants ont utilisé la WBTi pour leurs travaux de recherche, et la Nouvelle-Zélande a utilisé la WBTi pour développer son Plan d'action stratégique national sur l'allaitement maternel 2008-2012.

¹ BMJ 2011;342:d18doi : <https://doi.org/10.1136/bmj.d18> (Publié le 04 janvier 2011)

² <https://academic.oup.com/heapol/article/28/3/279/553219>

³ <https://link.springer.com/article/10.1057/s41271-018-0153-9>

⁴ <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-national-implementation2017/en/>

⁵ https://www.enonline.net/attachments/3028/Ops-Guidance-on-IFE_v3-2018_English.pdf

⁶ <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017.pdf?ua=1>

⁷ <https://extranet.who.int/nutrition/gina/>

⁸ <https://academic.oup.com/advances/article/4/2/213/4591629>

Les Directives *WBTi* pour le codage des couleurs (parties I et II)

Tableau 1 : Directives *WBTi* pour le codage des couleurs pour les indicateurs individuels 1-10

Scores	Code couleur
0 - 3.5	Rouge
4 - 6.5	Jaune
7 - 9	Bleu
> 9	Vert

Tableau 2 : Directives *WBTi* pour le codage des couleurs 1-10 indicateurs (politiques et programmes)

Scores	Code couleur
0 - 30.9	Rouge
31 - 60.9	Jaune
61 - 90.9	Bleu
91 - 100	Vert

Tableau 3 : Directives *WBTi* pour le codage couleur des indicateurs individuels 11-15 (pratiques)

Directives WBTi pour l'indicateur 11 (Début de l'allaitement maternel {dans l'heure})

Pourcentage (clé de l'OMS)	Code couleur
0.1-29%	Rouge
29.1-49%	Jaune
49.1%-89%	Bleu
89.1-100%	Vert

Directives WBTi pour l'indicateur 12 (Allaitement maternel exclusif {pendant les 6 premiers mois})

Pourcentage (clé de l'OMS)	Code couleur
0.1-11%	Rouge
11.1-49%	Jaune
49.1-89%	Bleu
89.1-100%	Vert

Directives WBTi pour l'indicateur 13 (Durée médiane de l'allaitement)

Mois (clé de l'OMS)	Code couleur
0,1-18 mois	Rouge
18,1-20 mois	Jaune
20,1-22 mois	Bleu
22,1-24 mois	Vert

Directives WBTi pour l'indicateur 14 (Alimentation au biberon {0-12 mois})

Pourcentage (clé de l'OMS)	Code couleur
29.1-100%	Rouge
4.1-29%	Jaune
2.1-4%	Bleu
0.1-2%	Vert

Directives WBTi pour l'indicateur 15 (Alimentation complémentaire {6-8 mois})

Pourcentage (clé de l'OMS)	Code couleur
0.1-59%	Rouge
59.1-79%	Jaune
79.1%-94%	Bleu
94.1-100%	Vert

Partie I : Politiques et programmes pour l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Dans la partie I, chaque question peut être notée de 0 à 3 et chaque indicateur a une note maximale de 10. Une fois les informations sur les indicateurs saisies, la réalisation de l'indicateur cible particulier est ensuite évaluée (rouge, jaune, bleu et vert) sur la base des directives WBTi.

Indicateur 1 : Politique nationale, gouvernance et financement

Question(s) clé(s) : *Existe-t-il une politique nationale en matière d'allaitement maternel et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui protège, promeut et soutient les pratiques optimales d'allaitement maternel et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (AIAJ) ? Cette politique est-elle soutenue par un programme gouvernemental ? Existe-t-il un plan de mise en œuvre de cette politique ? Un financement suffisant est-il prévu ? Existe-t-il un mécanisme de coordination tel qu'un comité national pour l'allaitement et un coordinateur pour ce comité ? (voir annexe 1)*

Contexte

La « Déclaration d'Innocenti » adoptée en 1990 a recommandé à tous les gouvernements de mettre en place des comités et des coordinateurs nationaux pour l'allaitement maternel en tant que mécanismes établis pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans le pays, parallèlement au Code, à l'IHAB et aux politiques de protection de la maternité. La *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2002)* intègre toutes ces actions et appelle tous les États membres à agir d'urgence pour développer, mettre en œuvre, suivre et évaluer une politique globale et un plan d'action sur l'allaitement maternel et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant afin de réduire la malnutrition et la mortalité infantiles. En 2005, la « Déclaration d'Innocenti » sur l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant a fixé cinq objectifs supplémentaires. En 2005, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution 58.32 qui appelle les États membres à garantir des ressources pour un plan d'action visant à améliorer les pratiques optimales. En 2007, l'OMS a lancé un « Guide de planification pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale » qui aide à élaborer une stratégie, une politique et des plans d'action nationaux concrets. Le Collectif mondial pour l'allaitement maternel (<https://www.globalbreastfeedingcollective.org/>), dirigé par l'UNICEF et l'OMS (2017), a recommandé sept actions politiques pour augmenter les taux d'allaitement maternel, en mettant l'accent sur le financement. Le **document** de la Banque mondiale intitulé "**An Investment Framework for Nutrition (2017)**" a estimé à 5,7 milliards de dollars, soit environ 4,70 dollars par nouveau-né, le financement nécessaire à l'extension d'un ensemble d'interventions dans les pays à revenu faible et intermédiaire pour atteindre l'objectif de l'Assemblée mondiale de la santé en matière d'allaitement maternel exclusif d'ici à 2025.

Sources d'information possibles

- Plans d'action nationaux sur la nutrition
- Plan d'action national pour l'enfant ou document similaire
- Politique nationale en matière de nutrition ou de santé
- Cahier des charges des comité(s) national(aux) de l'allaitement maternel / de l'ANJE et/ou de son/sa coordinateur/trice
- Procès-verbal du comité national pour l'allaitement maternel/ des comités pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)
- Rapports nationaux du Comité des Droits de l'Enfant
- Entretiens avec le coordinateur national pour l'allaitement, des fonctionnaires des ministères de la santé, du ministère de la femme et de l'enfant, du ministère de la nutrition, de la planification et du travail, de l'OMS, de l'UNICEF et des groupes de promotion de l'allaitement dans les pays.

Après avoir consulté ces ressources, essayez d'obtenir des copies des politiques/programmes nationaux qui font référence à l'allaitement maternel et à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Critères d'évaluation - Politique et financement	✓ Cochez toutes les cases correspondantes	
1.1) Une politique ou une orientation nationale d'allaitement maternel/d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (seule ou intégrée dans d'autres mesures) a été officiellement approuvée par le gouvernement.	<input type="checkbox"/> Oui = 1	<input type="checkbox"/> Non=0
1.2) La politique recommande l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance et l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois, l'alimentation complémentaire devant être commencée après six mois et poursuivie par l'allaitement jusqu'à 2 ans et au-delà.	<input type="checkbox"/> Oui = 1	<input type="checkbox"/> Non=0
1.3) Un plan d'action national est approuvé avec des buts et des objectifs, indicateurs et calendriers (seul ou intégré dans d'autres mesures)	<input type="checkbox"/> Oui = 2	<input type="checkbox"/> Non = 0
1.4) Le pays (gouvernement et autres) dépense pour les interventions en faveur de l'allaitement maternel et de l'ANJE. ⁹ a. pas de financement b. < 1 \$ par naissance c. 1 à 2 dollars par naissance d. 2 à 5 dollars par naissance e. =ou >5\$ par naissance	<input checked="" type="checkbox"/> Cochez la case qui s'applique <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 0.5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1.5 <input type="checkbox"/> 2.0	
Gouvernance		
1.5) Il existe un comité national pour l'allaitement ou un comité national pour l'ANJE.	<input type="checkbox"/> Oui =1	<input type="checkbox"/> Non = 0
1.6) Le comité se réunit, surveille et examine régulièrement les plans et les programmes ainsi que les progrès réalisés.	<input type="checkbox"/> Oui = 2	<input type="checkbox"/> Non = 0
1.7) Le comité entretient des liens efficaces avec tous les autres secteurs tels que les finances, la santé, la nutrition, l'information, le travail et la gestion des catastrophes, l'agriculture, les services sociaux, etc.	<input type="checkbox"/> Oui = 0,5	<input type="checkbox"/> Non = 0
1.8) Le comité est dirigé par une personne coordinatrice dotée d'un mandat clair, qui coordonne régulièrement les actions aux niveaux national et régional et qui transmet la politique et les plans.	<input type="checkbox"/> Oui = 0,5	<input type="checkbox"/> Non = 0
Score total	____/10	

Autres informations utiles

1. Quel est le montant actuellement dépensé annuellement pour les interventions en faveur de l'allaitement maternel et de l'ANJE ?
2. Combien de bébés naissent chaque année ?
3. Le représentant de l'industrie alimentaire fait-il partie du comité chargé de l'allaitement et de l'ANJE ?

Sources d'information utilisées (veuillez fournir des liens Internet ou des références pour chacune des informations utilisées ci-dessus pour répondre aux questions. Pour être acceptable, chaque information doit être accompagnée d'une source.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

⁹ Tableau de bord mondial de l'allaitement maternel, 2023 ([Unicef](https://www.unicef.org/documents/global-breastfeeding-scorecard-2023)) <https://www.unicef.org/documents/global-breastfeeding-scorecard-2023>

Conclusions (résumer les aspects de l'indicateur 1, c'est-à-dire la politique, le plan et le financement de l'ANJE, qui sont appropriés, ceux qui doivent être améliorés et pourquoi, et toute autre analyse nécessaire) :

Lacunes (énumérer les lacunes identifiées dans la mise en œuvre de cet indicateur) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Recommandations (énumérer les actions recommandées pour combler les lacunes) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Questions politiques¹⁰

Les gouvernements nationaux devraient adopter des politiques globales sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants :

- Promouvoir des pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants conformes aux lignes directrices internationales.
- Assurer le fonctionnement d'un comité national fort et d'un coordinateur.
- Suivre les évolutions et évaluer les interventions et les activités de promotion visant à améliorer les pratiques alimentaires.
- Fournir des messages cohérents et techniquement solides par l'intermédiaire des médias et des canaux éducatifs appropriés.
- Renforcer et soutenir l'initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) et l'intégrer pleinement dans le système de santé.
- Fournir aux agents de santé des services de santé et des communautés les compétences et les connaissances nécessaires pour fournir des conseils et un soutien en matière d'allaitement, d'alimentation complémentaire, de VIH et d'alimentation des nourrissons, et pour assumer leurs responsabilités en vertu du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*.
- Renforcer la formation initiale des travailleurs de la santé.
- Promouvoir le développement de réseaux de soutien communautaires pour contribuer à une alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants, vers lesquels les hôpitaux peuvent orienter les mères à leur sortie de l'hôpital.
- Formuler des plans pour assurer une alimentation appropriée aux nourrissons et aux jeunes enfants dans les situations d'urgence et dans d'autres circonstances exceptionnellement difficiles.
- Veiller à ce que le *code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et les résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la santé soient mis en œuvre dans le cadre juridique du pays et appliqués.
- Promouvoir une législation sur la protection de la maternité qui comprenne des mesures de soutien à l'allaitement pour les mères qui travaillent, y compris celles qui sont employées à la fois dans l'économie formelle et dans l'économie informelle.
- Adopter des garanties contre les conflits d'intérêts et l'ingérence de l'industrie.

Les politiques relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant devraient être :

- Officiellement adopté/approuvé par le gouvernement.
- Distribué et communiqué systématiquement aux personnes chargées de la gestion et de la mise en œuvre des programmes concernés.
- Intégration dans d'autres politiques nationales pertinentes (nutrition, planification familiale, politiques intégrées de santé infantile, travail, catastrophes, VIH, information, etc.)

¹⁰ Résumé et adaptation de la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (1), pages 13-15.

Indicateur 2 : Initiative Hôpitaux Amis des Bébés / Dix pas pour réussir l'allaitement maternel

Questions clés

- *Quel est le pourcentage d'hôpitaux/de maternités désignés/accrédités/récompensés OU quel est le pourcentage de nouvelles mères ayant reçu des soins de maternité conformes aux « Dix pas » au cours des cinq dernières années ?*
- *Quelle est la qualité de la mise en œuvre de l'IHAB ? (voir annexes 2.1,2.2,2.3,2.4,2.5,2.6,2.7)*

Contexte

La déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF : *Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel : le rôle particulier des services de maternité*, en 1989, a proposé les « Dix pas pour réussir l'allaitement maternel ». La « Déclaration d'Innocenti » de 1990 a appelé les gouvernements à s'assurer que tous les services de maternité mettent en œuvre l'ensemble des *dix pas*.

Les dix pas sont devenues la pierre angulaire de l'initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) lancée en 1992 dans le but de protéger, de promouvoir et de soutenir l'allaitement maternel dans les établissements de santé, et comprenaient notamment la mise en place d'une politique écrite, la formation du personnel et l'application du code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Le processus de désignation de l'IHAB a été introduit pour refléter les changements dans la politique de santé et les pratiques de soins. Plusieurs pays ont pris des mesures en matière d'IHAB et ont progressé dans la mise en œuvre des changements. La *stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* a souligné la nécessité d'un suivi de la mise en œuvre et d'une réévaluation des établissements déjà désignés. En 2020, l'OMS et l'Unicef ont révisé, mis à jour et développé le matériel de soins intégrés pour la mise en œuvre de l'IHAB.¹¹ Le cours est divisé en sessions dont la durée varie en fonction des sessions choisies. Il peut se dérouler sur trois jours ou être réparti d'une autre manière en fonction des besoins du contexte spécifique. Les sessions utilisent une variété de méthodes d'enseignement, y compris des conférences, des démonstrations et des travaux en petits groupes, avec des exercices en classe, et des séances de pratique clinique dans des établissements cliniques fournissant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés.

En 2018, l'OMS s'est appuyée sur des données actualisées pour élaborer les orientations révisées relatives à la mise en œuvre de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) et a mis à jour les *Dix pas*.¹² Selon l'OMS, seulement 10 % des naissances ont eu lieu dans des établissements désignés dans le cadre de l'IHAB et les nouvelles orientations ont permis d'étendre cette initiative à un plus grand nombre d'hôpitaux. Les « Dix pas » révisés reprennent tous les concepts antérieurs, à l'exception des *procédures de gestion essentielles* (pas 1 et pas 2) et des *pratiques cliniques clés* (les pas 3 à 10). La mise en œuvre du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* est explicite au pas 1. Si le nouveau guide met l'accent sur l'intégration des « Dix pas » dans les normes de soins nationales ou hospitalières, avec neuf principes (annexe 2.1) pour la mise en œuvre, il guide également les pays qui disposent actuellement d'un programme de désignation qui fonctionne bien. Le nouveau guide « *...ne doit pas être considéré comme une raison d'interrompre un programme qui fonctionne bien...* » (Annexe-2.4).

La version actuelle de l'indicateur 2 de l'outil WBTi a utilisé à la fois l'ancienne version et la version révisée des « Dix pas » (2018) afin d'atteindre tous les pays, quel que soit leur stade de mise en œuvre de l'IHAB.

Le tableau 4 ci-dessous présente les « Dix pas » de 2009, révisés en 2018.

¹¹ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333673/9789240008915-eng.pdf?sequence=1> (consulté le 23 mars 2024)

¹² <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807> (consulté le 23 mars 2024)

« Dix pas » 2009	« Dix pas » 2018
<p><i>Tout établissement fournissant des services de maternité et des soins aux nouveau-nés doit ... :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disposer d'une politique écrite en matière d'allaitement maternel communiquée systématiquement à l'ensemble du personnel de santé. 2. Former l'ensemble du personnel de santé aux compétences nécessaires à la mise en œuvre de cette politique. 3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages et de la gestion de l'allaitement. 4. Aider les mères à commencer à allaiter dans la demi-heure qui suit la naissance. (Interprété depuis 2009 comme suit : Placer les bébés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure et encourager les mères à reconnaître le moment où leur bébé est prêt à être allaité et leur offrir de l'aide si nécessaire). 5. Montrer aux mères comment allaiter et comment maintenir la lactation même si elles sont séparées de leur enfant. 6. Ne donnez aux nouveau-nés aucun aliment ou boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale. 7. Pratiquer le <i>rooming-in</i> - permettre aux mères et aux nourrissons de rester ensemble - 24 heures par jour. 8. Encourager l'allaitement à la demande. 9. Ne donnez pas de tétines artificielles ou de sucettes aux enfants allaités. 10. Favoriser la création de groupes de soutien à l'allaitement et orienter les mères vers ces groupes à leur sortie de l'hôpital ou de la clinique. 	<p>Procédures de gestion critiques</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.a. Respecter pleinement le <i>code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i> et les résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé. 1.b. Disposer d'une politique écrite en matière d'alimentation des nourrissons, communiquée régulièrement au personnel et aux parents. 1.c. Mettre en place des systèmes de suivi et de gestion des données. 2. Veiller à ce que le personnel dispose de connaissances, de compétences et d'aptitudes suffisantes pour soutenir l'allaitement. <p>Pratiques cliniques clés</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Discuter de l'importance et de la gestion de l'allaitement avec les femmes enceintes et leurs familles. 4. Faciliter le contact peau à peau immédiat et ininterrompu et aider les mères à commencer l'allaitement dès que possible après la naissance. 5. Aider les mères à mettre en place et à maintenir l'allaitement et à gérer les difficultés courantes. 6. Ne donnez pas aux nouveau-nés allaités d'autres aliments ou liquides que le lait maternel, sauf indication médicale. 7. Permettre aux mères et à leurs enfants de rester ensemble et de pratiquer le <i>rooming-in</i> 24 heures par jour. 8. Aider les mères à reconnaître les signaux d'alimentation de leur enfant et à y répondre. 9. Conseiller les mères sur l'utilisation et les risques des biberons, tétines et sucettes. 10. Coordonner la sortie de l'hôpital afin que les parents et leurs enfants aient accès en temps voulu à un soutien et à des soins continus.

L'annexe 2.3 compare les anciennes et les nouvelles « Dix pas » en termes opérationnels et l'annexe 2.2 les explique en termes simples. Pour la formation et le conseil, on peut se référer aux cours et aux lignes directrices de l'OMS ou d'autres organismes mentionnés dans les annexes, ou attendre le matériel de formation révisé de l'OMS et de l'UNICEF, qui fait actuellement l'objet d'essais pilotes et sera publié à la fin de 2019.

Sources d'information possibles :

- Entretiens avec le coordinateur national de l'IHAB/les membres du comité de l'IHAB, le ministère de la santé, les responsables de l'UNICEF et de l'OMS.
- Procès-verbaux des réunions du comité de coordination, rapports de synthèse sur l'état de l'IHAB
- Rapports/études de recherche sur l'IHAB/la mise en œuvre des 10 pas
- Rapports mondiaux de l'IHAB
- Il est possible de planifier des entretiens avec les mères qui accouchent dans ces hôpitaux afin d'obtenir des informations supplémentaires sur la qualité des soins.
- Entretiens avec des groupes de soutien à l'allaitement ou des soignants du post-partum.

Critères quantitatifs d'évaluation

2.1) sur l'ensemble des hôpitaux (publics et privés) offrant des services de maternité qui ont été désignés/accrédités/récompensés/mesurés pour la mise en œuvre de 10 mesures au cours des 5 dernières années.

Critères d'évaluation	√ Cochez la case qui s'applique
0	<input type="checkbox"/> 0
0.1 - 20%	<input type="checkbox"/> 1
20.1 - 49%	<input type="checkbox"/> 2
49.1 - 69%	<input type="checkbox"/> 3
69.1-89 %	<input type="checkbox"/> 4
89.1 - 100%	<input type="checkbox"/> 5
Score total 2,1	_____/5

Critères qualitatifs d'évaluation

Critères d'évaluation	√ Cochez les cases correspondantes	
2.2) Il existe un organisme/mécanisme national de coordination pour l'IHAB/la mise en œuvre des Dix pas, avec une personne de référence clairement identifiée.	<input type="checkbox"/> Oui = 1	<input type="checkbox"/> Non=0
2.3) Les dix pas ont été intégrées dans la politique et les normes nationales/régionales/hospitalières pour tous les professionnels de la santé concernés.	<input type="checkbox"/> Oui = 0,5	<input type="checkbox"/> Non=0
2.4) Un mécanisme d'évaluation externe est utilisé pour l'accréditation, la désignation, l'attribution et l'évaluation de l'établissement de santé.	<input type="checkbox"/> Oui = 0,5	<input type="checkbox"/> Non=0
2.5) Des dispositions relatives à la réévaluation ¹³ ont été intégrées dans les plans nationaux de mise en œuvre des « Dix pas ».	<input type="checkbox"/> Oui = 0,5	<input type="checkbox"/> Non=0
2.6) Le processus d'accréditation/de désignation/de récompense/de mesure de l'IHAB/de la mise en œuvre des « Dix pas » comprend l'évaluation des connaissances et des compétences du personnel infirmier et médical.	<input type="checkbox"/> Oui = 1	<input type="checkbox"/> Non=0

¹³ La *réévaluation* peut être décrite comme une réévaluation des hôpitaux déjà désignés comme « amis des bébés » afin de déterminer s'ils continuent à adhérer aux *Dix pas* et aux autres critères « amis des bébés ». Elle est généralement planifiée et programmée par l'autorité nationale responsable de l'IHAB dans le but d'évaluer la conformité continue aux *critères globaux* et comprend une visite de réévaluation par une équipe extérieure. En raison des ressources humaines et financières nécessaires, il est possible dans de nombreux pays de ne réévaluer les hôpitaux qu'une fois tous les trois ans, mais la décision finale concernant la fréquence des réévaluations doit être laissée à l'autorité nationale.

Critères d'évaluation	√ Cochez les cases correspondantes	
2.7) Le processus d'évaluation externe repose sur des entretiens avec les mères.	<input type="checkbox"/> Oui = 0,5	<input type="checkbox"/> Non=0
2.8) Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel fait partie intégrante de l'évaluation externe.	<input type="checkbox"/> Oui = 0,5	<input type="checkbox"/> Non=0
2.9) La formation sur les dix pas et les normes de soins est incluse dans le programme de formation initiale des infirmières, des sages-femmes, des médecins et des autres professionnels de la santé concernés.	<input type="checkbox"/> Oui = 0,5	<input type="checkbox"/> Non=0
Score total (2,2 à 2,9)	____/5	

Score total (2,1 à 2,9)	____/10
--------------------------------	---------

Informations complémentaires : Pouvez-vous expliquer le processus dans le pays et comment il est aligné sur les dix pas précédentes ou révisées et s'il s'appuie sur des critères nationaux ou internationaux (voir l'annexe : indicateurs de suivi) ?

Veuillez décrire les écarts par rapport aux critères internationaux.

Sources d'information utilisées (veuillez fournir des liens Internet ou des références pour chacune des informations utilisées ci-dessus pour répondre aux questions. Pour être acceptable, chaque information doit être accompagnée d'une source.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Conclusions (résumer les résultats obtenus par le pays dans la réalisation des objectifs de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés (mise en œuvre des « Dix pas » pour un allaitement maternel réussi) en termes de quantité et de qualité. Indiquer les aspects de l'initiative qui doivent être améliorés et pourquoi, ainsi que les analyses complémentaires nécessaires) :

Lacunes (énumérer les lacunes identifiées dans la mise en œuvre de cet indicateur) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Recommandations (énumérer les actions recommandées pour combler les lacunes) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Neuf responsabilités clés d'un programme national d'IHAB

1. Créer ou renforcer un organisme national de coordination de l'allaitement.
2. Intégrer les « Dix pas » dans les documents de politique nationale et les normes de soins professionnels pertinents.
3. Garantir la compétence des professionnels de la santé et des gestionnaires dans la mise en œuvre des dix pas.
4. Utiliser des systèmes d'évaluation externes pour évaluer régulièrement le respect des « Dix pas ».
5. Élaborer et mettre en œuvre des mesures d'incitation à la conformité et/ou des sanctions en cas de non-respect des « Dix pas ».
6. Fournir une assistance technique aux établissements qui procèdent à des changements en vue d'adopter les « Dix pas ».
7. Suivre la mise en œuvre de l'initiative.
8. Plaider en faveur de l'IHAB auprès des publics concernés.
9. Identifier et allouer des ressources suffisantes pour assurer le financement continu de l'initiative.

Source : Guide de mise en œuvre Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les établissements fournissant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés : L'initiative révisée des hôpitaux amis des bébés 2018. UNICEF-OMS
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>

Les « Dix pas » pour un allaitement réussi en termes simples

	Les hôpitaux soutiennent les mères qui allaitent en...	Parce que...
a. Politiques hospitalières	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas promouvoir les préparations pour nourrissons, les biberons ou les tétines • Faire de l'allaitement une pratique courante • Suivre l'évolution du soutien à l'allaitement 	Les politiques hospitalières permettent de s'assurer que toutes les mères et tous les bébés reçoivent les meilleurs soins.
b. Compétence du personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Formation du personnel pour aider les mères à allaiter • Évaluer les connaissances et les compétences des professionnels de la santé 	Des agents de santé bien formés apportent le meilleur soutien à l'allaitement maternel
c. Soins prénatals	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter de l'importance de l'allaitement pour les bébés et les mères • Préparer les femmes à nourrir leur bébé 	La plupart des femmes peuvent allaiter si elles bénéficient d'un soutien adéquat.
d. Soins juste après la naissance	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager le contact peau à peau entre la mère et le bébé peu après la naissance • Aider les mères à mettre leur enfant au sein immédiatement 	Les câlins peau contre peau favorisent le démarrage de l'allaitement
e. Soutenir les mères dans l'allaitement	<ul style="list-style-type: none"> • Vérification du positionnement, de l'attachement et de la tétée • Apporter un soutien pratique à l'allaitement • Aider les mères à résoudre les problèmes courants liés à l'allaitement 	L'allaitement est naturel, mais la plupart des mères ont besoin d'aide au début
f. Compléter	<ul style="list-style-type: none"> • Donner uniquement du lait maternel, sauf pour des raisons médicales • Priorité au lait humain de donneuse lorsqu'un complément est nécessaire • Aider les mères qui souhaitent donner une préparation pour nourrisson à le faire en toute sécurité 	Donner des préparations pour nourrisson aux bébés à l'hôpital rend difficile le démarrage de l'allaitement maternel
g. Rooming-in	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre aux mères et aux bébés de rester ensemble jour et nuit • Veiller à ce que les mères de bébés malades puissent rester auprès de leur enfant 	Les mères ont besoin d'être près de leur bébé pour remarquer les signaux d'alimentation et y répondre.
h. Une alimentation adaptée	<ul style="list-style-type: none"> • Aider les mères à savoir quand leur bébé a faim • Ne pas limiter les heures d'allaitement 	Allaiter son bébé dès qu'il est prêt à le faire est bénéfique pour tout le monde.
i. Biberons, tétines et sucettes	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller les mères sur l'utilisation et les risques des biberons et des tétines 	Tout ce qui entre dans la bouche du bébé doit être propre.
j. Décharge	<ul style="list-style-type: none"> • Orienter les mères vers les ressources communautaires de soutien à l'allaitement. • Travailler avec les communautés pour améliorer les services de soutien à l'allaitement maternel 	L'apprentissage de l'allaitement maternel prend du temps

Source : Guide de mise en œuvre Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les établissements fournissant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés : L'initiative révisée des hôpitaux amis des bébés 2018. UNICEF-OMS

« Dix pas » pour réussir l'allaitement maternel - version révisée de 2018 : comparaison avec la version originale des « Dix pas » et la nouvelle ligne directrice de l'OMS de 2017

Dix pas pour un allaitement réussi - révisé en 2018	Recommandations correspondantes de la directive de l'OMS : protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel dans les établissements fournissant des soins à la mère et au nouveau-né. services (2017)	Dix pas pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel : le rôle particulier des services de maternité (1989)
Procédures de gestion critiques		
1a. Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (25-27) : Respecter pleinement le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé.	N/A	N/A (intégré dans les lignes directrices de l'hôpital en matière d'auto-évaluation et de suivi et dans l'évaluation externe)
1b. Politique d'alimentation des nourrissons : Disposer d'une politique écrite en matière d'alimentation des nourrissons, communiquée régulièrement au personnel et aux parents.	Recommandation 12 : Les établissements fournissant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés devraient disposer d'une politique d'allaitement clairement rédigée et communiquée systématiquement au personnel et aux parents.	Pas 1 : Disposer d'une politique écrite en matière d'allaitement maternel, communiquée systématiquement à l'ensemble du personnel soignant.
1c. Systèmes de suivi et de gestion des données : Mettre en place des systèmes permanents de suivi et de gestion des données.	N/A	N/A
2. Compétence du personnel : S'assurer que le personnel possède les connaissances, les compétences et les aptitudes suffisantes pour soutenir l'allaitement.	Recommandation 13 : Le personnel des établissements de santé qui fournit des services d'alimentation infantile, y compris le soutien à l'allaitement, devrait avoir des connaissances, des compétences et des aptitudes suffisantes pour aider les femmes à allaiter.	Pas 2 : Former l'ensemble du personnel de santé aux compétences nécessaires à la mise en œuvre de cette politique.
Pratiques cliniques clés		
3. Information prénatale : Discuter de l'importance et de la gestion de l'allaitement avec les femmes enceintes et leurs familles.	Recommandation 14 : Lorsque les établissements dispensent des soins prénatals, les femmes enceintes et leurs familles devraient être conseillées sur les avantages et la gestion de l'allaitement maternel.	Pas 3 : Informer toutes les femmes enceintes des avantages et de la gestion de l'allaitement maternel.
4. Soins postnatals immédiats : Faciliter le contact peau à peau immédiat et ininterrompu et aider les mères à commencer l'allaitement dès que possible après la naissance.	Recommandation 1 : Le contact précoce et ininterrompu de la peau à la peau entre les mères et les nourrissons devrait être facilité et encouragé dès que possible après la naissance. Recommandation 2 : Toutes les mères devraient être encouragées à commencer à allaiter dès que possible après la naissance, dans l'heure qui suit l'accouchement.	Pas 4 : Aider les mères à commencer à allaiter dans la demi-heure qui suit la naissance.
5. Soutien à l'allaitement : Aider les mères à mettre en place et à maintenir l'allaitement et à gérer les difficultés courantes.	Recommandation 3 : Les mères devraient recevoir un soutien pratique pour leur permettre d'initier et de maintenir l'allaitement et de gérer les difficultés courantes liées à l'allaitement.	Pas 5 : Montrer aux mères comment allaiter et maintenir la lactation, même si elles doivent être séparées de leur enfant.
	Recommandation 4 : Les mères devraient être formées à l'expression du lait maternel comme moyen de maintenir la lactation au cas où elles seraient temporairement séparées de leurs enfants.	

<p>Dix pas pour un allaitement réussi - révisé en 2018</p>	<p>Recommandations correspondantes de la directive de l'OMS : protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel dans les établissements fournissant des soins à la mère et au nouveau-né. services (2017)</p>	<p>Dix pas pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel : le rôle particulier des services de maternité (1989)</p>
<p>6. Supplément : Ne donnez pas aux nouveau-nés allaités d'autres aliments ou liquides que le lait maternel, sauf indication médicale.</p>	<p>Recommandation 7 : Il convient de décourager les mères de donner des aliments ou des liquides autres que le lait maternel, sauf indication médicale.</p>	<p>Pas 6 : Ne donnez au nouveau-né aucun aliment ou boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.</p>
<p>7. La cohabitation : Permettre aux mères et à leurs enfants de rester ensemble et de pratiquer le <i>rooming-in</i> tout au long de la journée et de la nuit.</p>	<p>Recommandation 5 : Les établissements fournissant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés devraient permettre aux mères et à leurs nourrissons de rester ensemble et de pratiquer le <i>rooming-in</i> tout au long de la journée et de la nuit. Cette recommandation peut ne pas s'appliquer dans les cas où les nourrissons doivent être déplacés pour recevoir des soins médicaux spécialisés.</p>	<p>Pas 7 : S'entraîner à la cohabitation - permettre aux mères et aux nourrissons de rester ensemble - 24 heures sur 24.</p>
<p>8. Alimentation adaptée : Aider les mères à reconnaître les signaux d'alimentation de leur enfant et à y répondre.</p>	<p>Recommandation 6 : Les mères devraient être encouragées à pratiquer une alimentation adaptée dans le cadre des soins nourriciers.</p> <p>Recommandation 8 : Les mères devraient être aidées à reconnaître les signaux de leur nourrisson en matière d'alimentation, de proximité et de confort, et être en mesure de répondre à ces signaux par une variété d'options, pendant leur séjour dans l'établissement fournissant des services de maternité et de néonatalogie.</p>	<p>Pas 8 : Encourager l'allaitement à la demande.</p>
<p>Biberons, tétines et sucettes : Conseiller les mères sur l'utilisation et les risques des biberons, tétines et sucettes.</p>	<p>Recommandation 9 : Pour les prématurés qui ne peuvent pas être allaités directement, la succion non nutritive et la stimulation orale peuvent être bénéfiques jusqu'à ce que l'allaitement soit établi.</p> <p>Recommandation 10 : Si le lait maternel exprimé ou d'autres aliments sont médicalement indiqués pour les nourrissons nés à terme, des méthodes d'alimentation telles que les tasses, les cuillères ou les biberons et les tétines peuvent être utilisées pendant leur séjour dans l'établissement.</p> <p>Recommandation 11 : Si le lait maternel exprimé ou d'autres aliments sont médicalement indiqués pour les prématurés, les méthodes d'alimentation telles que les tasses ou les cuillères sont préférables aux biberons et aux tétines.</p>	<p>Pas 9 : Ne pas donner de tétines artificielles ou de sucettes aux enfants allaités.</p>
<p>10. Soins à la sortie : Coordonner la sortie de l'hôpital pour que les parents et leurs enfants aient accès en temps utile à un soutien et à des soins continus.</p>	<p>Recommandation 15 : Dans le cadre de la protection, de la promotion et du soutien de l'allaitement maternel, la sortie des établissements fournissant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés devrait être planifiée et coordonnée, afin que les parents et leurs nourrissons aient accès à un soutien continu et à des soins appropriés.</p>	<p>Pas 10 : Favoriser la création de groupes de soutien à l'allaitement et orienter les mères vers ces groupes à leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.</p>

Source : Guide de mise en œuvre Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les établissements fournissant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés : L'initiative révisée des hôpitaux amis des bébés 2018. UNICEF-OMS

Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement dans les établissements fournissant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés : l'initiative révisée « Hôpitaux amis des bébés » 2018 : Guide de mise en œuvre

Lien : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807> (accédé 25 novembre 2024)

Autre document sur l'IHAB

Lien : <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/ten-steps-to-successful-breastfeeding> (accédé 25 novembre 2024)

Auteurs :

Organisation mondiale de la santé, UNICEF



Conseils en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : Un cours de formation « Le cours 4 en 1 »

(Un cours intégré sur l'allaitement maternel, l'alimentation de complément, l'alimentation des nourrissons, le VIH et le suivi de la croissance) BPNI-International Baby Food Action Network (IBFAN) (37 pages)

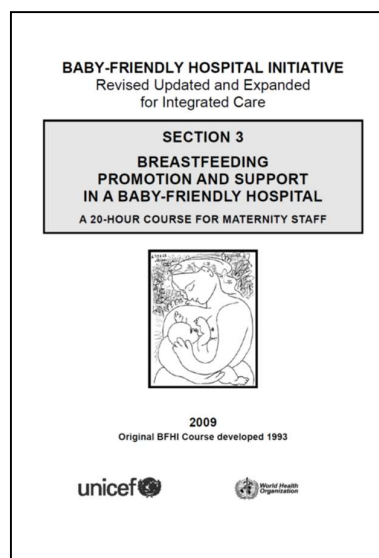
<http://bpni.org/Training/4-in-1-brochure.pdf> (consulté le 27 novembre 2024)



<http://bpni.org/Training/4-in-1-brochure.pdf>

OMS UNICEF IHAB : Promotion et soutien de l'allaitement dans un hôpital ami des bébés (20 heures de cours pour le personnel de la maternité)

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240008915> (consulté le 27 novembre 2024)



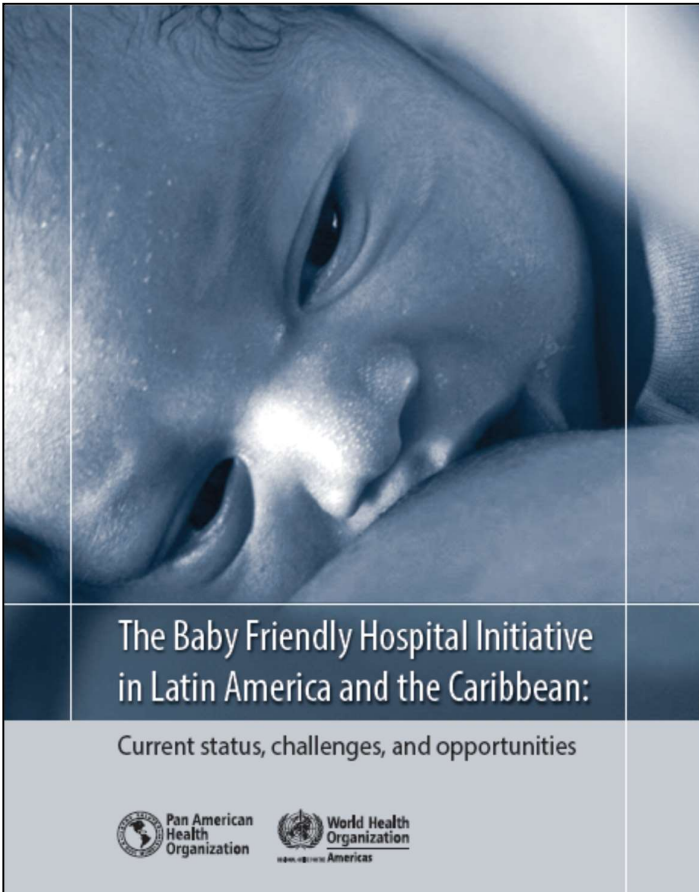
Lignes directrices de l'OMS sur le conseil aux femmes pour améliorer les pratiques d'allaitement (2018)

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550468>



L'initiative Hôpitaux amis des bébés en Amérique latine et dans les Caraïbes : situation actuelle, défis et opportunités

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18830/9789275118771_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y



Auteur : OPS et OMS

Indicateur 3 : Mise en œuvre du code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Questions clés : Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions ultérieures de l'AMS sont-ils en vigueur et appliqués dans le pays ? Des mesures ont-elles été prises pour contrôler et faire respecter ces éléments ? (Voir annexes 3.1, 3.2)

Contexte

L'Assemblée mondiale de la santé (AMS), le forum qui régit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et définit ses politiques sanitaires, a adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel en tant que recommandation en 1981 par le biais de la résolution WHA 34.22. Cette résolution souligne que l'adoption et l'adhésion au code constituent une exigence minimale et que les pays sont censés mettre en œuvre les principes et les objectifs du code dans leur intégralité. Pour que le code prenne effet au niveau national, il doit d'abord être traduit en lois, règlements ou autres mesures adaptées au cadre social et législatif du pays qui le met en œuvre. Plusieurs résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé, qui renforcent le code international, ont été adoptées depuis lors et ont le même statut que le code. Ces résolutions permettent d'actualiser le Code en fonction de l'évolution en matière de marketing et des connaissances scientifiques les plus récentes. Lors de la mise en œuvre du code au niveau national, les législateurs doivent veiller à ce que les résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la santé soient également incorporées dans la loi.

La « Déclaration d'Innocenti » de 1990 invite tous les gouvernements à prendre des mesures pour mettre en œuvre tous les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions ultérieures de l'Assemblée mondiale de la santé. L'un des principaux objectifs du code est de mettre fin aux informations trompeuses sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants et de contribuer à la fourniture d'une alimentation sûre et adéquate aux nourrissons. Il invite les États membres à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel, à garantir l'utilisation correcte des substituts du lait maternel, lorsqu'ils sont nécessaires, tout en assurant une information complète, franche et indépendante, ainsi qu'une commercialisation et une distribution appropriées. Le document "State of the Code by Country" de l'ICDC présente les progrès réalisés par les pays dans la mise en œuvre du Code et fournit des informations importantes et pertinentes sur le type de mesures prises.

Selon l'OMS, 136 des 194 États membres ont adopté des mesures juridiques relatives au code, mais seuls 35 pays ont incorporé toutes ou la plupart des dispositions du Code dans leur législation.¹⁴

Sources d'information possibles :

- Entretiens avec des fonctionnaires du ministère de la santé, de l'OMS et de l'UNICEF.
- Les données actuelles sur la mise en œuvre du code par pays peuvent être obtenues auprès de
 - L'OMS, l'UNICEF et le Réseau international d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN) publient périodiquement le rapport "Status of the Code Report by Country" (Etat du Code par pays) Voir : <https://www.gifa.org/international/code-international/> Rapports de suivi du Code publiés en 2016, 2018, 2020, 2022, 2024
 - Groupes de soutien aux mères / Bureau des points focaux de l'IBFAN
 - D'autres groupes ont mené des enquêtes nationales sur le respect du Code.

¹⁴ Le rapport conjoint 2018 de l'OMS, de l'UNICEF et de l'IBFAN intitulé "Marketing of Breast-milk Substitutes-National implementation of the International Code" (Commercialisation des substituts du lait maternel - Mise en œuvre du Code international au niveau national) : Rapport de situation 2018. Voir aussi le rapport de situation 2024 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094482> (consulté le 27 novembre 2024)

Critères d'évaluation (mesures juridiques en vigueur dans le pays)	
	Score
3a : Statut du code international de commercialisation	
<i>✓ Cochez ce qui s'applique jusqu'aux questions 3.9. S'il y a plus d'une question, cochez la plus élevée.</i>	
3.1 Aucune action n'a été entreprise	<input type="checkbox"/> 0
3.2 La meilleure approche est à l'étude	<input type="checkbox"/> 0.5
3.3 Projet de mesure en attente d'approbation (pour une durée maximale de trois ans)	<input type="checkbox"/> 1
3.4 Peu de dispositions du code en tant que mesures volontaires	<input type="checkbox"/> 1.5
3.5 Toutes les dispositions du code en tant que mesure volontaire	<input type="checkbox"/> 2
3.6 Directive/circulaire administrative mettant en œuvre le code en tout ou en partie dans les établissements de santé faisant l'objet de sanctions administratives	<input type="checkbox"/> 3
3.7 Certains articles du code ont valeur de loi	<input type="checkbox"/> 4
3.8 Tous les articles du code ont force de loi	<input type="checkbox"/> 5
3.9 Les dispositions pertinentes des résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) postérieures au code sont incluses dans la législation nationale. ¹⁵	
a) Les dispositions basées sur les résolutions 1 à 3 de l'AMS, énumérées ci-dessous, sont incluses.	<input type="checkbox"/> 5.5
b) Les dispositions fondées sur plus de trois des résolutions de l'AMS énumérées ci-dessous sont incluses.	<input type="checkbox"/> 6
Score total 3a	
3b : Mise en œuvre du code/de la législation nationale	
<i>Cochez ce qui s'applique. Les scores 3a s'additionnent.</i>	
3.10 La mesure/loi prévoit un système de contrôle indépendant de l'industrie	<input type="checkbox"/> 1
3.11 La mesure prévoit des sanctions et des amendes pour les contrevenants.	<input type="checkbox"/> 1
3.12 Le respect de la mesure est contrôlé et les violations sont signalées aux agences concernées.	<input type="checkbox"/> 1
3.13 Les contrevenants à la loi ont été sanctionnés au cours des trois dernières années	<input type="checkbox"/> 1
Score total 3b	
Score total (3a + 3b)	__/10

Informations complémentaires

1. Quelle est la fréquence des violations du Code ou de la législation nationale que vous constatez (joindre quelques exemples) ?
2. Votre pays a-t-il pris des mesures pour renforcer la mise en œuvre du code ?
3. Comment les informations sur le code sont-elles diffusées parmi les agents de santé ? (Donnez quelques exemples)

¹⁵ Les résolutions suivantes de l'AMS devraient être incluses dans la législation nationale/renforcées par des ordres juridiques pour cocher ce point.

1. Le don de substituts du lait maternel gratuits ou subventionnés n'est pas autorisé (WHA 47.5).
2. Etiquetage des aliments complémentaires recommandés, commercialisés ou présentés comme pouvant être utilisés à partir de 6 mois (WHA 49.15)
3. Les allégations nutritionnelles et de santé pour les produits destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants sont interdites (WHA 58.32).
4. Les étiquettes des produits couverts comportent des avertissements sur les risques de contamination intrinsèque et reflètent les recommandations FAO/OMS pour une préparation sûre des préparations en poudre pour nourrissons (WHA 58.32, 61.20).
5. Mettre fin à la promotion inappropriée des aliments destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants (WHA 69.9)

Sources d'information utilisées (veuillez fournir des liens Internet ou des références pour chacune des informations utilisées ci-dessus pour répondre aux questions. Pour être acceptable, chaque information doit être accompagnée d'une source.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Conclusions (résumer les aspects de la mise en œuvre du code qui ont été réalisés, ceux qui doivent être améliorés et pourquoi. Identifier les domaines nécessitant une analyse plus approfondie)

Lacunes (énumérer les lacunes identifiées dans la mise en œuvre de cet indicateur) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

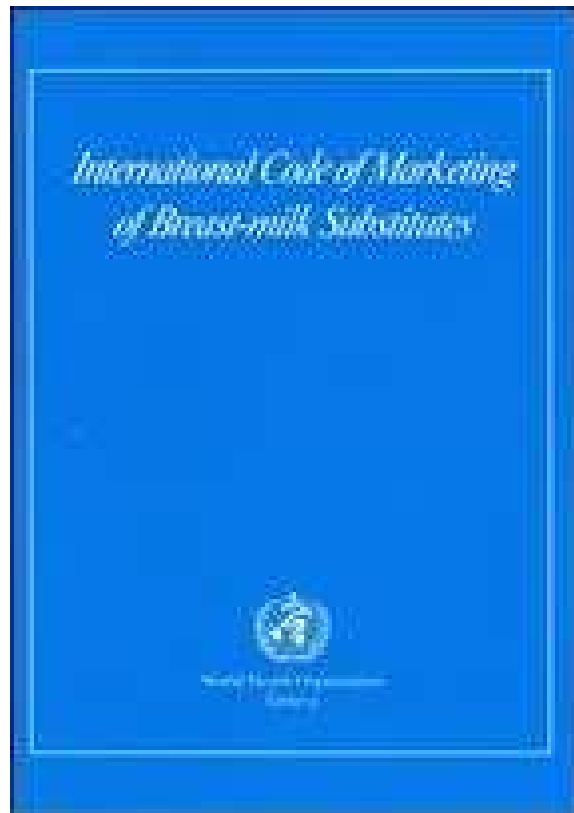
Recommandations (énumérer les actions recommandées pour combler les lacunes) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Voir le document complet à l'adresse suivante :

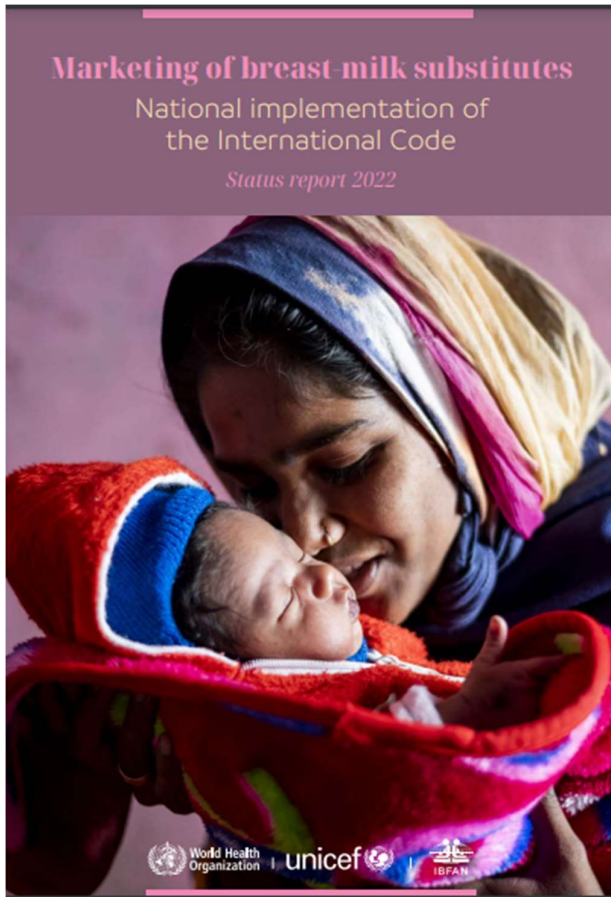
<https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/code-and-subsequent-resolutions> (consulté le 27 novembre 2024)



Commercialisation des substituts du lait maternel : mise en œuvre nationale du Code international, rapport de situation 2022

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354221/9789240048799-eng.pdf?sequence=1>

(consulté le 23 mars 2024)



Indicateur 4 : Protection de la maternité

Question clé : *Existe-t-il une législation et d'autres mesures (politiques, réglementations, pratiques) qui respectent ou dépassent les normes de l'Organisation internationale du travail (OIT) pour protéger et soutenir l'allaitement maternel, y compris pour les mères travaillant dans le secteur informel ? (voir annexe 4)*

Contexte

Les femmes ont le droit de bénéficier d'un soutien adéquat pour pouvoir allaiter leur bébé. La Convention des droits de l'enfant et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de **discrimination** à l'égard des femmes (CEDAW), un traité international adopté en 1979 par l'Assemblée générale des Nations unies, protègent ces droits des femmes. Les « Déclarations d'Innocenti » (1999, 2005) et la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'ANJE (2002) appellent à la mise en place d'une législation imaginative pour protéger les droits à l'allaitement des femmes qui travaillent et à la poursuite du contrôle de son application, conformément à la convention n° 183 de l'OIT sur la protection de la maternité (2000) et à la recommandation n° 191. La Convention de l'OIT sur la protection de la maternité (CPM) 183 spécifie que les travailleuses devraient recevoir :

- Protection de la santé, protection de l'emploi et non-discrimination pour les travailleuses enceintes et allaitantes
- Au moins 14 semaines de congé de maternité payé
- Une ou plusieurs pauses d'allaitement rémunérées par jour ou une réduction quotidienne des heures de travail pour allaiter.

En outre, la recommandation 191 encourage la mise en place d'installations pour l'allaitement sur le lieu de travail ou à proximité.

Le concept de protection de la maternité comporte 7 aspects : 1) le champ d'application (en termes de personnes couvertes) ; 2) le congé (durée ; moment où il est pris, avant ou après l'accouchement ; congé obligatoire) ; le montant du congé payé et par qui il est payé - employeur ou gouvernement ; 3) les prestations en espèces et médicales ; 4) les pauses d'allaitement ; 5) les installations d'allaitement ; 6) la protection de la santé de la femme enceinte et allaitante et de son bébé ; 7) la protection de l'emploi et la non-discrimination.

Seul un nombre limité de pays a ratifié la convention C183, mais un grand nombre d'entre eux ont ratifié la convention C103 et/ou disposent d'une législation et de pratiques nationales plus strictes que les dispositions de toutes les conventions de l'OIT.

La protection de la maternité pour toutes les femmes implique que les femmes travaillant dans l'économie informelle soient également protégées. La « Déclaration d'Innocenti » de 2005 appelle à une prise en compte urgente des besoins spécifiques des femmes dans le secteur non formel.

Une protection adéquate de la maternité reconnaît également le rôle nourricier du père et donc la nécessité d'un congé de paternité. Les politiques en matière de congé de paternité devraient donner la priorité à l'accès des femmes à un congé de maternité rémunéré pendant les six premiers mois. Les politiques devraient empêcher la commercialisation de préparations pour nourrisson en tant que contrepartie du congé de paternité et de l'égalité dans le travail de soins aux nourrissons.

Sources d'information possibles

- Des entretiens peuvent être menés avec des fonctionnaires du ministère de la santé, du travail, de la protection sociale ou des affaires féminines, ainsi qu'avec le personnel d'ONG telles qu'IBFAN.

- Des données sur les conventions de l'OIT et l'état d'avancement de leur ratification dans les différents pays sont disponibles sur le site web de l'OIT.
- WABA documente un profil de pays sur le statut de la protection de la maternité. <http://www.waba.org.my/whatwedo/womenandwork/pdf/mpchart2015.pdf> . Il indique la durée du congé de maternité et du congé de paternité, ainsi que la personne qui les prend en charge, les pauses d'allaitement prévues ou non et si elles sont rémunérées ou non.

Critères d'évaluation	Scores
4.1) Les femmes couvertes par la législation nationale sont protégées par les semaines suivantes de congé de maternité payé : a. Tout congé inférieur à 14 semaines b. 14 à 17 semaines c. 18 à 25 semaines d. 26 semaines ou plus	✓ <i>Cochez la case applicable</i> <input type="checkbox"/> 0.5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1.5 <input type="checkbox"/> 2
4.2) La législation nationale prévoit-elle au moins une pause d'allaitement ou une réduction des heures de travail ? a. Pause non rémunérée b. Pause payée c. Pas de pause	<i>Cochez la case applicable</i> <input type="checkbox"/> 0.5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
4.3) La législation nationale oblige les employeurs du secteur privé à a. Accorder un congé de maternité rémunéré d'au moins 14 semaines b. Pauses d'allaitement payées.	<i>Cochez l'un ou l'autre ou les deux</i> <input type="checkbox"/> OUI (0.5) <input type="checkbox"/> NON (0) <input type="checkbox"/> OUI (0.5) <input type="checkbox"/> NON (0)
4.4) La législation nationale prévoit des aménagements sur le lieu de travail pour l'allaitement et/ou la garde d'enfants dans les lieux de travail du secteur formel. a. Espace pour l'allaitement et l'expression du lait maternel b. Crèche	<i>Cochez un ou les deux</i> <input type="checkbox"/> OUI (1) <input type="checkbox"/> NON (0) <input type="checkbox"/> OUI (0.5) <input type="checkbox"/> NON (0)
4.5) Les femmes dans le secteur informel/non organisé et dans l'agriculture sont : a. Mesures de protection accordées b. Bénéficiaire de la même protection que les femmes travaillant dans le secteur formel c. Aucune mesure	<i>Cochez la case applicable</i> <input type="checkbox"/> 0.5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
4.6) a. Des informations précises et complètes sur les lois, réglementations ou politiques en matière de protection de la maternité sont mises à la disposition des travailleuses par leur employeur au moment de leur entrée en fonction. b. Il existe un système de contrôle de la conformité et un moyen pour les travailleurs de se plaindre si leurs droits ne sont pas respectés.	<i>Cochez un ou les deux</i> <input type="checkbox"/> OUI (0.5) <input type="checkbox"/> NON (0) <input type="checkbox"/> OUI (0.5) <input type="checkbox"/> NON (0)
4.7) Le congé de paternité est accordé dans le secteur public pour une durée minimale de 3 jours.	<i>Cochez la case applicable</i> <input type="checkbox"/> OUI (0.5) <input type="checkbox"/> NON (0)

Critères d'évaluation	Scores
4.8) Le congé de paternité est accordé dans le secteur privé pour une durée minimale de 3 jours.	<i>Cochez la case applicable</i> <input type="checkbox"/> OUI (0.5) <input type="checkbox"/> NON (0)
4.9) La législation prévoit la protection de la santé des travailleuses enceintes et allaitantes : elles sont informées des conditions dangereuses sur le lieu de travail et se voient proposer un autre travail au même salaire jusqu'à ce qu'elles ne soient plus enceintes ou qu'elles n'allaitent plus.	<i>Cochez la case applicable</i> <input type="checkbox"/> OUI (0.5) <input type="checkbox"/> NON (0)
4.10) Il existe une législation interdisant la discrimination en matière d'emploi et garantissant la protection de l'emploi des travailleuses pendant la période d'allaitement.	<i>Cochez la case applicable</i> <input type="checkbox"/> OUI (1) <input type="checkbox"/> NON (0)
Score total	____/10

Toute information complémentaire

1. Veuillez fournir des informations sur la situation actuelle concernant le congé de paternité et sa relation avec le congé de maternité.
2. L'allocation financière pour le congé de paternité a-t-elle une incidence sur le congé de maternité ?
3. Comment positionner au mieux le congé de maternité dans le contexte d'une protection optimale de l'allaitement ?

Sources d'information utilisées (veuillez fournir des liens Internet ou des références pour chacune des informations utilisées ci-dessus pour répondre aux questions. Pour être acceptable, chaque information doit être accompagnée d'une source.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Conclusions (résumer les aspects de la législation qui sont appropriés, ceux qui doivent être améliorés et pourquoi. Identifier les domaines nécessitant une analyse plus approfondie) :

Lacunes (énumérer les lacunes identifiées dans la mise en œuvre de cet indicateur) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Recommandations (énumérer les actions recommandées pour combler les lacunes) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Droits de l'homme liés à l'allaitement

Les nourrissons ont le droit de ...

- Jouissance du meilleur état de santé possible (art. 24(1) CDE, art. 12(1) DU PACTE INTERNATIONAL RELATIF AUX DROITS ÉCONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS)
- Alimentation nutritive adéquate (art. 24 (2)(c) de la CDE, art. 11(1) PIDESC)
- Soins de santé primaires (art. 24(2)(b) de la CDE)
- Un niveau de vie suffisant pour permettre le développement physique, mental, spirituel, moral et social de l'enfant (art. 27(1) de la CDE)

Les mères ont le droit de...

- Services de santé et soins postnatals appropriés (CEDAW 12.2, CRC 24)
- Éducation et soutien dans l'utilisation des connaissances de base sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement maternel (CRC 24.2(e))
- Une assistance appropriée dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives (CRC 18)
- Nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement (CEDAW 12.2)
- Congé de maternité payé ou autre équivalent, y compris la protection de l'emploi (ICESCR 10, CEDAW 11.2(b))
- Sauvegarde de la fonction de reproduction dans les conditions de travail (CEDAW 11.1(f))
- Décider librement et de manière responsable du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances et avoir accès à l'information, à l'éducation et aux moyens leur permettant d'exercer ces droits (CEDAW 16.1(e))

Les États parties sont tenus de...

- Veiller à ce que les institutions, services et établissements chargés de l'accueil ou de la protection des enfants se conforment aux normes établies par les autorités compétentes, en particulier dans les domaines de la sécurité, de la santé, du nombre et de l'aptitude du personnel, ainsi que d'une supervision compétente (article 3, paragraphe 3, de la CDE).
- Assurer dans toute la mesure du possible la survie et le développement de l'enfant (art. 6(2) de la CDE)
- Prendre des mesures appropriées pour réduire la mortalité infantile et juvénile (Art.24 (2)(a) CRC)
- Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, en mettant l'accent sur le développement des soins de santé primaires (art. 24(2)(b) de la CDE).
- Lutter contre la maladie et la malnutrition, notamment dans le cadre des soins de santé primaires (art. 24(2) (c) de la CDE)
- Prendre toutes les mesures efficaces et appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants (art. 24(3) CDE)
- Prendre les mesures appropriées [conformément aux conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens] pour aider les parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en œuvre ce droit et fournissent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment en matière de nutrition (article 27, paragraphe 3, de la CDE).

Source : Kaia Engesveen. (2005). *Stratégies pour la réalisation des droits de l'homme à l'alimentation, à la santé et aux soins pour les nourrissons et les jeunes enfants dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement : Analyse des rôles et des capacités des acteurs responsables en ce qui concerne l'allaitement aux Maldives.* SCN News (Comité permanent de la nutrition du système des Nations Unies). 30 : 56-66.

Enquête générale (2023) : Atteindre l'égalité entre les hommes et les femmes au travail

https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms870823.pdf (consulté le 23 mars 2024)



Indicateur 5 : Systèmes de soins de santé et de nutrition (en faveur de l'allaitement maternel et de l'ANJE)

Question clé : Les prestataires de soins dans les systèmes de santé et de nutrition suivent-ils une formation en matière de connaissances et de compétences, et leurs programmes de formation initiale soutiennent-ils une alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant ; ces services soutiennent-ils des pratiques de naissance favorables à la mère et à l'allaitement, les politiques des services de santé soutiennent-elles les mères et les enfants, et les travailleurs de la santé sont-ils formés à leurs responsabilités en vertu du Code ? (Voir annexes 5.1, 5.2)

Contexte :

Il a été démontré que de nombreux agents de santé et de nutrition manquent de compétences adéquates en matière de conseil pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, ce qui est essentiel pour le succès de l'allaitement, et qu'ils manquent de connaissances en matière d'AICF.

Idéalement, les nouveaux diplômés des programmes de formation des prestataires de soins de santé sont en mesure de soutenir des pratiques optimales en matière d'ANJE dès le début de leur carrière. Tous les prestataires qui sont en contact avec les mères et leurs jeunes enfants doivent acquérir les attitudes, les connaissances et les compétences de base nécessaires pour intégrer les conseils en matière d'allaitement, la gestion de l'allaitement et d'autres aspects de l'AICF dans les soins qu'ils prodiguent. Ces sujets peuvent être abordés à différents niveaux au cours de la formation et de l'emploi. En outre, les politiques des institutions dans lesquelles travaillent les prestataires doivent les soutenir.

Sources d'information possibles

- Établissements d'enseignement, ministères de la santé et de la nutrition ou autres secteurs concernés, personnel des ressources humaines, formateurs en conseil sur l'ANJE, UNICEF, OMS, donateurs ou autres projets impliqués dans la révision et la réforme des programmes d'études, administrateurs et diplômés.
- Des normes et des lignes directrices pour les institutions, telles que les services de maternité des hôpitaux, peuvent être disponibles au niveau national ou régional. Pour les passer en revue, voir l'annexe 5.2, Exemples de critères pour des soins adaptés aux mères, qui sert à juger de leur adéquation.

Pour examiner les normes, les programmes d'études ou les plans de sessions pour les cours de médecine, de soins infirmiers et de nutrition, voir la **liste de contrôle de l'éducation de l'OMS** (annexe 5.1) pour la liste des 25 objectifs et le contenu correspondant, qui est utilisée pour juger si les cours sur l'ANJE sont adéquats.

Critères d'évaluation	√ Cochez LA CASE qui s'applique à chaque question		
5.1) Un examen des écoles de santé et des programmes de formation initiale pour les professionnels de la santé, ¹⁶ indique que les programmes d'enseignement ou les plans de session sur la santé reproductive et génésique sont adéquats/insuffisants. (voir annexe 5.1)	> 20 des 25 contenus/compétences sont inclus <input type="checkbox"/> 2	5-20 sur 25 contenus/compétences sont inclus <input type="checkbox"/> 1	Moins de 5 contenus/compétences sont inclus <input type="checkbox"/> 0

¹⁶ Les types d'écoles et de programmes d'éducation qui devraient avoir des programmes liés à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant peuvent varier d'un pays à l'autre. Les départements des différentes écoles qui sont responsables de l'enseignement des différents sujets peuvent également varier. L'équipe d'évaluation doit décider quels sont les écoles et les départements les plus essentiels à inclure dans l'évaluation, avec l'aide d'experts en éducation sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, si nécessaire.

5.2) Des normes et des lignes directrices concernant les procédures d'accouchement et le soutien aux mères ont été diffusées à l'ensemble des établissements et du personnel fournissant des soins de maternité (voir annexe 5.2). (Voir annexe 5.2)	Diffusion auprès de > 50 % des établissements <input type="checkbox"/> 2	Diffusion auprès de 20 à 50 % des établissements <input type="checkbox"/> 1	Pas de ligne directrice ou diffusion dans moins de 20 % des établissements <input type="checkbox"/> 0
5.3) Il existe des programmes de formation en cours d'emploi qui fournissent des connaissances et des compétences liées à l'ANJE pour les prestataires de soins de santé/nutrition concernés. ¹⁷	Disponible pour tous les travailleurs concernés <input type="checkbox"/> 2	Disponibilité limitée <input type="checkbox"/> 1	Non disponible <input type="checkbox"/> 0
5.4) Les travailleurs de la santé sont formés à leurs responsabilités en vertu du code et des réglementations nationales, dans l'ensemble du pays.	Dans tout le pays <input type="checkbox"/> 1	Couverture partielle <input type="checkbox"/> 0.5	Non formé <input type="checkbox"/> 0
5.5) Les informations et les compétences relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont intégrées, le cas échéant, dans les programmes de formation non couverts par le point 5.1, mais dans lesquels les prestataires de soins peuvent être en contact avec des familles ayant des nourrissons et des jeunes enfants (programmes de formation tels que la lutte contre la diarrhée, le VIH, les maladies non transmissibles, la santé des femmes, etc.)	Intégré dans > 2 programmes de formation <input type="checkbox"/> 1	1-2 programmes de formation <input type="checkbox"/> 0.5	Non intégré <input type="checkbox"/> 0
5.6) Les programmes de formation continue mentionnés au point 5.5 sont dispensés dans l'ensemble du pays. ¹⁸	Dans tout le pays <input type="checkbox"/> 1	Couverture partielle <input type="checkbox"/> 0.5	Non communiqué <input type="checkbox"/> 0
5.7) Les politiques de santé prévoient que les mères et les bébés restent ensemble lorsque l'un d'eux est hospitalisé.	Dispositions relatives au maintien de la vie commune pour les deux <input type="checkbox"/> 1	La prise en charge d'un seul d'entre eux : les mères ou les bébés <input type="checkbox"/> 0.5	Aucune disposition <input type="checkbox"/> 0
Score total	_____ /10		

Sources d'information utilisées (veuillez fournir des liens Internet ou des références pour chacune des informations utilisées ci-dessus pour répondre aux questions. Pour être acceptable, chaque information doit être accompagnée d'une source).

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

¹⁷ Les types de prestataires de santé qui devraient recevoir une formation peuvent varier d'un pays à l'autre, mais devraient inclure des prestataires qui s'occupent des mères et des enfants dans des domaines tels que la pédiatrie, la gynécologie obstétrique, les soins infirmiers, la profession de sage-femme, la nutrition et la santé publique.

¹⁸ Les programmes de formation peuvent être considérés comme étant « dispensés dans l'ensemble du pays » s'il existe au moins un programme de formation dans chaque région ou province ou juridiction similaire. Un programme partiel peut signifier que plus d'une province est couverte.

Conclusions : (résumer les aspects du système de soins de santé et de nutrition qui sont appropriés et ceux qui doivent être améliorés, et expliquer pourquoi. Identifier les domaines nécessitant une analyse plus approfondie).

Lacunes : (énumérer les lacunes identifiées dans la mise en œuvre de cet indicateur)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Recommandations : (énumérer les actions recommandées pour combler les lacunes) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Liste de contrôle de l'éducation sur l'Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

<i>Objectifs</i> (à atteindre par tous les étudiants et stagiaires en santé qui s'occuperont de nourrissons, de jeunes enfants et de mères)	<i>Contenu/compétences</i> (pour atteindre les objectifs)
1. Identifier les facteurs qui influencent l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire.	Taux nationaux/locaux d'allaitement et d'alimentation complémentaire et évolutions démographiques ; influences culturelles et psychosociales ; barrières et préoccupations communes ; influences locales.
2. Fournir des soins et un soutien pendant la période prénatale.	Antécédents en matière d'allaitement (expérience antérieure), examen des seins, informations ciblées sur les besoins de la mère et soutien.
3. Fournir des soins intra-partum et post-partum immédiats qui soutiennent et favorisent une lactation réussie.	L'initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB), <i>Dix pas pour un allaitement réussi</i> ; pratiques favorables à la mère et à l'enfant ; pratiques potentiellement négatives.
4. Évaluer le régime alimentaire et les besoins nutritionnels des femmes enceintes et allaitantes et les conseiller, le cas échéant.	Besoins nutritionnels des femmes enceintes et allaitantes, recommandations diététiques (aliments et liquides) en tenant compte des disponibilités locales et des coûts ; supplémentation en micronutriments ; interventions de routine et conseils.
5. Décrire le processus de production et de retrait du lait.	Anatomie du sein ; physiologie de la lactation et de l'allaitement
6. Informer les femmes des avantages d'une alimentation optimale des nourrissons.	Avantages de l'allaitement pour le nourrisson, la mère, la famille et la communauté ; avantages de l'allaitement exclusif de 0 à 6 mois ; options et risques en cas d'impossibilité d'allaiter.
7. Fournir aux mères les conseils nécessaires pour réussir l'allaitement.	Positionnement/attachement ; évaluation de l'efficacité de l'extraction du lait ; signes d'un apport adéquat ; pratique de l'observation et de l'évaluation de l'allaitement et suggestion d'améliorations.
8. Aider les mères à prévenir et à gérer les problèmes courants liés à l'allaitement. Gérer les difficultés d'alimentation non compliquées chez le nourrisson et la mère.	Changements physiques, comportementaux et développementaux normaux chez la mère et l'enfant (du stade prénatal au stade de la lactation) ; antécédents en matière d'alimentation ; observation de l'allaitement ; difficultés de succion ; causes et prise en charge des difficultés d'alimentation courantes chez le nourrisson ; causes et prise en charge des difficultés d'alimentation courantes chez la mère.
9. Faciliter l'allaitement des nourrissons ayant des besoins de santé particuliers, y compris les prématurés.	Risque/bénéfice de l'allaitement maternel/du lait maternel ; besoins des prématurés ; modifications ; conseils aux mères.
10. Faciliter la réussite de la lactation en cas d'affections ou de traitements médicaux maternels.	Risque/bénéfice ; modifications ; médicaments pharmacologiques ; choix de traitement.
11. Informer les femmes qui allaitent sur les possibilités de contraception.	Avantages et inconvénients des différentes méthodes d'espacement des naissances pendant l'allaitement ; conseils sur la MAMA ; considérations culturelles pour les conseils.
12. Prescrire/recommander des médicaments, des contraceptifs et des options thérapeutiques compatibles avec l'allaitement.	Compatibilité des médicaments avec la lactation ; effets de divers contraceptifs pendant la lactation.
13. Aider les mères à maintenir la lactation pendant la séparation d'avec leur enfant, y compris pendant l'hospitalisation ou la maladie de la mère ou de l'enfant et lors de la reprise du travail ou de l'école.	Expression, manipulation et conservation du lait ; méthodes d'alimentation alternatives ; alimentation à la tasse ; cause, prévention et gestion des difficultés associées courantes telles que la baisse de la production de lait ; coordination des activités hors du domicile avec l'allaitement ; soutien sur le lieu de travail.
14. Expliquer le <i>code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i> et les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé, les violations actuelles et les responsabilités du personnel de santé en vertu du <i>code</i> .	Principales dispositions du <i>code</i> et des résolutions de l'AMS, y compris les responsabilités des professionnels de la santé et des industries des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines ; les violations commises par les entreprises d'aliments pour nourrissons ; la surveillance et l'application du <i>code</i> .

<p align="center">Objectifs (à atteindre par tous les étudiants et stagiaires en santé qui s'occuperont de nourrissons, de jeunes enfants et de mères)</p>	<p align="center">Contenu/compétences (pour atteindre les objectifs)</p>
15. Décrire les aliments qu'il convient d'introduire dans l'alimentation des enfants à différents âges et les aliments qui sont disponibles et abordables pour la population en général.	Approche développementale de l'introduction d'aliments complémentaires ; aliments appropriés à différents âges ; aliments disponibles et leur coût ; revenus des familles locales et influence des niveaux de revenus sur leur capacité à s'offrir divers aliments.
16. Poser des questions appropriées aux mères et aux autres personnes qui s'occupent des enfants afin d'identifier les pratiques alimentaires sous-optimales chez les jeunes enfants âgés de 6 à 24 mois.	Modèles de croissance des nourrissons allaités ; aliments complémentaires : quand, quoi, comment, en quelle quantité ; carences en micronutriments/compléments ; historique de l'alimentation du jeune enfant ; problèmes typiques.
17. Fournir aux mères et aux autres personnes qui s'occupent des enfants des informations sur la manière d'initier l'alimentation complémentaire, en utilisant les produits de base locaux.	Produits de base locaux et recettes nutritives pour les premiers aliments ; pratique du conseil aux mères ; difficultés courantes et solutions.
18. Conseiller les mères et les autres personnes qui s'occupent des enfants sur la manière d'augmenter progressivement la consistance, la quantité et la fréquence des aliments, en utilisant les aliments disponibles localement.	Lignes directrices pour l'alimentation des jeunes enfants à différents âges et stades de développement ; difficultés potentielles et solutions concernant l'alimentation et le sevrage ; actions essentielles en matière de nutrition.
19. Aider les mères et les autres personnes qui s'occupent des enfants à continuer à les nourrir pendant la maladie et à leur assurer une alimentation de récupération adéquate après la maladie.	Besoins en énergie et en nutriments ; aliments et liquides appropriés pendant et après la maladie ; stratégies pour encourager l'enfant à manger et à boire ; croyances locales sur l'alimentation pendant la maladie ; soutien alimentaire approprié pendant l'hospitalisation ; relactation.
20. Aider les mères d'enfants souffrant de malnutrition à augmenter leur apport alimentaire afin de retrouver un poids et un schéma de croissance corrects.	Recommandations alimentaires pour les enfants souffrant de malnutrition ; suppléments en micronutriments pour les enfants souffrant de malnutrition.
21. Informer les mères des besoins en micronutriments des nourrissons et des jeunes enfants et de la manière de les satisfaire par l'alimentation et, le cas échéant, la supplémentation.	Besoins en micronutriments des nourrissons et des jeunes enfants (fer, vitamine A, iode, autres) ; satisfaction de ces besoins par l'alimentation (allaitement et aliments complémentaires) ; besoins de supplémentation.
22. Faire preuve d'une bonne communication interpersonnelle et de compétences en matière de conseil.	Compétences en matière d'écoute et de conseil, utilisation d'un langage simple, félicitations et soutien, prise en compte du point de vue de la mère, essais de nouvelles pratiques.
23. Animer des séances d'éducation de groupe sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant et sur la nutrition maternelle.	Méthodes d'éducation des adultes ; stratégies de préparation et d'animation de sessions participatives basées sur les compétences.
24. Conseiller les mères sur la prévention et la réduction de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant ; les options et les risques des différentes méthodes d'alimentation à envisager en cas de séropositivité.	Modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant et moyens de les prévenir ou de les réduire ; conseils aux mères séropositives confirmées sur les options et les risques en matière d'alimentation.
25. Fournir des conseils sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence et sur la protection, la promotion et le soutien appropriés dans ces circonstances.	Politiques et lignes directrices sur l'alimentation dans les situations d'urgence ; promotion et soutien appropriés ; respect du <i>code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i> et des résolutions de l'AMS.

Critères pour des soins adaptés aux mères¹⁹

Une femme en travail, quel que soit le lieu de l'accouchement, devrait avoir :

- L'accès à des soins sensibles et adaptés aux croyances, valeurs et coutumes spécifiques de la culture, de l'ethnie et de la religion de la mère.
- L'accès à des accompagnatrices de naissance de son choix qui lui apportent un soutien émotionnel et physique tout au long du travail et de l'accouchement.
- La liberté de marcher, de se déplacer et d'adopter les positions de son choix pendant le travail et l'accouchement (à moins qu'une restriction ne soit spécifiquement requise pour corriger une complication). La position de lithotomie (à plat sur le dos avec les jambes surélevées) est déconseillée.
- Soins qui minimisent les pratiques et procédures de routine qui ne sont pas étayées par des preuves scientifiques (par exemple, refus d'alimentation, rupture précoce des membranes, perfusions intraveineuses, surveillance électronique systématique du fœtus, lavements, rasage).
- Des soins qui minimisent les procédures invasives (telles que la rupture des membranes ou les épisiotomies) et n'impliquent pas d'accélération ou de déclenchement inutiles du travail, ni de césariennes ou d'accouchements instrumentaux médicalement inutiles.
- Soins dispensés par un personnel formé aux méthodes non médicamenteuses de soulagement de la douleur et qui n'encourage pas l'utilisation de médicaments analgésiques ou anesthésiques, à moins qu'une condition médicale ne l'exige.

Un établissement de santé qui fournit des services d'accouchement doit avoir :

- Des politiques de soutien qui encouragent les mères et les familles, y compris celles qui ont des nouveau-nés malades ou prématurés ou des nourrissons souffrant de problèmes congénitaux, à toucher, à tenir, à allaiter et à prendre soin de leurs bébés dans la mesure où cela est compatible avec leur état.
- Des politiques et des procédures clairement définies pour la collaboration et la consultation tout au long de la période périnatale avec d'autres services de maternité, y compris la communication avec le soignant initial lorsqu'un transfert d'un lieu de naissance à un autre est nécessaire ; et la mise en relation de la mère et de l'enfant avec les ressources communautaires appropriées, y compris le suivi prénatal et après la sortie de l'hôpital et le soutien à l'allaitement maternel.
- Une politique de services adaptés aux mères et aux bébés (comme indiqué ci-dessus) et un personnel formé pour comprendre que la santé et le bien-être de la mère, du fœtus et du nouveau-né, ainsi que la réussite de l'allaitement maternel, font partie d'un continuum de soins.

¹⁹ Alimentation du nourrisson et du jeune enfant - Outil d'évaluation des pratiques, politiques et programmes nationaux, publié par l'OMS. Disponible à l'adresse suivante : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42794/9241562544.pdf?sequence=1> (consulté le 23 mars 2024)

Indicateur 6 : Services de conseil pour les femmes enceintes et les mères allaitantes

Question clé : *Existe-t-il des services de conseil pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel et les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, tant au niveau de l'établissement qu'au niveau de la communauté (voir annexe 6.1) ?*

Contexte

Les principales interventions visant à améliorer les pratiques d'alimentation comprennent la mise en œuvre des « Dix pas » de l'IHAB, des conseils qualifiés aux femmes et la mobilisation de la communauté. L'élimination des obstacles aux pratiques optimales, auxquels les femmes sont confrontées à la maison, à l'hôpital ou sur leur lieu de travail, est la clé du succès.

Les conseils visant à améliorer les pratiques d'allaitement et d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, ainsi que le soutien apporté aux femmes, sont essentiels pour parvenir à des pratiques d'allaitement optimales. Le soutien par les pairs au sein de la communauté et les groupes de soutien aux mères ont donné des résultats positifs. La qualité de l'interaction et du conseil sont des questions cruciales.

Les femmes ont besoin de services de conseil et de soutien pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Au niveau de la communauté, un soutien approprié de la part de bénévoles ou d'agents de santé relevant des systèmes de santé peut offrir et garantir un soutien durable aux mères. Les agents de soutien communautaire doivent recevoir une formation adéquate afin d'acquérir les connaissances et les compétences optimales pour apporter leur soutien. Il est nécessaire de disposer de conseils appropriés au sein de la communauté pour motiver les mères et renforcer leur confiance dans l'allaitement et l'alimentation complémentaire à domicile. Parfois, le groupe de soutien aux mères composé de quelques mères ayant réussi et d'autres membres de la même communauté est utile, tout comme l'est le soutien des professionnels de la santé et du personnel soignant.

Il est également important de prendre en compte les personnes vivant dans des zones reculées où les services sont difficiles à fournir et à recevoir. Il est également nécessaire de fournir des informations adéquates pour soutenir la nutrition maternelle, faute de quoi l'action des mères en matière d'ANJE risque d'être sous-optimale. Le principe « nourrir la mère pour qu'elle puisse nourrir l'enfant » est un principe politique important.

Les activités dans ces contextes comprennent un soutien de femme à femme, des conseils individuels ou de groupe, des visites à domicile ou d'autres mesures de soutien pertinentes au niveau local et des activités qui garantissent que les femmes ont accès à des services d'information, d'assistance et de conseil adéquats, encourageants et respectueux pour améliorer l'allaitement et les pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La fourniture de services de conseil sur l'allaitement et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le cadre du système de soins de santé doit être réexaminée.

Sources d'information possibles :

- Discussions avec des représentants du ministère de la santé, de la nutrition, du ministère de la protection sociale, du ministère des affaires féminines ou de toute autre organisation gouvernementale impliquée dans la protection sociale, le coordinateur national de l'allaitement (ou de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant), les groupes de soutien aux mères, les groupes d'allaitement ou les représentants d'ONG, telles que IBFAN, World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) et La Leche League International (LLLI) impliquées dans l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
- Circulaires/ordonnances gouvernementales pertinentes/document du programme de santé ou de nutrition infantile.

- Informations sur les services de conseil provenant des enquêtes de santé / données internes de gestion de la santé.

Critères d'évaluation	√ Cochez UNE case pour chaque question		
6.1) Les femmes enceintes bénéficient de services de conseil pour l'allaitement au cours de la CPN.	>90% <input type="checkbox"/> 2	50-89% <input type="checkbox"/> 1	<50% <input type="checkbox"/> 0
6.2) Les femmes reçoivent des conseils et un soutien pour l'initiation à l'allaitement et le contact peau à peau dans l'heure qui suit la naissance.	>90% <input type="checkbox"/> 2	50-89% <input type="checkbox"/> 1	<50% <input type="checkbox"/> 0
6.3) Les femmes reçoivent des conseils postnatals pour l'allaitement exclusif à l'hôpital ou à domicile.	>90% <input type="checkbox"/> 2	50-89% <input type="checkbox"/> 1	<50% <input type="checkbox"/> 0
6.4) Les femmes/familles reçoivent des conseils en matière d'allaitement et d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants au niveau communautaire.	>90% <input type="checkbox"/> 2	50-89% <input type="checkbox"/> 1	<50% <input type="checkbox"/> 0
6.5) Les agents de santé communautaires sont formés aux techniques de conseil en matière d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.	>50% <input type="checkbox"/> 2	<50% <input type="checkbox"/> 1	Pas de formation <input type="checkbox"/> 0
Score total :	_____/10		

Informations complémentaires : Si l'alimentation pré-lactéale est pratiquée, veuillez donner des exemples et faire part des difficultés rencontrées pour fournir des conseils au niveau communautaire.

Sources d'information utilisées (veuillez fournir des liens Internet ou des références pour chacune des informations utilisées ci-dessus pour répondre aux questions. Pour être acceptable, chaque information doit être accompagnée d'une source.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Conclusions (résumer les aspects d'un système de soins de santé et de nutrition qui sont adéquats et ceux qui doivent être améliorés et pourquoi. Identifier les domaines nécessitant une analyse plus approfondie) :

Lacunes (énumérer les lacunes identifiées dans la mise en œuvre de cet indicateur) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Recommandations (énumérer les actions recommandées pour combler les lacunes) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Les lignes directrices de l'OMS sur le conseil aux femmes pour améliorer les pratiques d'allaitement (2018) apportent un soutien crédible à l'organisation de services de conseil afin d'améliorer les taux d'allaitement précoce et exclusif en protégeant, promouvant et soutenant l'allaitement par l'intermédiaire des systèmes de santé.

Définition du conseil : La publication de l'OMS de 2009 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals indique que « le conseil en alimentation du nourrisson et du jeune enfant est le processus par lequel un agent de santé peut aider les mères et les bébés à mettre en œuvre de bonnes pratiques d'alimentation et les aider à surmonter les difficultés ». Cette définition opérationnelle du conseil en allaitement a été utilisée pour rassembler et synthétiser les données probantes qui ont servi de base à l'élaboration des recommandations. Cette définition exclut l'éducation de masse ou les groupes non animés.



<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550468>

(consulté le 27 novembre 2024)

Indicateur 7 : Soutien à une information précise et impartiale

Question clé : *Des stratégies globales d'information, d'éducation et de communication (IEC) visant à améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (allaitement maternel et alimentation complémentaire) sont-elles mises en œuvre ? (Voir annexes 7.1, 7.2, 7.3)*

Contexte :

Les femmes et les personnes qui s'occupent des enfants ont droit à un soutien approprié et objectif et les stratégies d'information, d'éducation et de communication (IEC) sont des aspects importants d'un programme global visant à améliorer les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.

Les stratégies d'information ont plus de chances de conduire à un changement de comportement positif si elles sont soutenues par des séances de conseil, des visites à domicile, des discussions de groupe orientées vers l'action et des pièces de théâtre axées sur la résolution de problèmes. Les stratégies d'IEC sont complètes lorsqu'elles garantissent que tous les canaux d'information transmettent des messages concis, cohérents, appropriés et orientés vers l'action aux publics ciblés au niveau national, de l'établissement, de la communauté et de la famille.

L'Assemblée mondiale de la santé a adopté huit résolutions visant à protéger les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants des intérêts commerciaux. Lorsque les programmes s'inscrivent dans un contexte commercial (influencés ou financés par l'industrie de l'alimentation infantile), ils peuvent nuire à l'efficacité de toute campagne et conduire à des prises de décision peu judicieuses. Il est donc important de préserver l'IEC de tout conflit d'intérêts. Les approches d'IEC peuvent inclure l'utilisation d'outils électroniques (télévision, radio, vidéo), imprimés (affiches, cartes de conseils, tableaux à feuilles mobiles, manuels, journaux, magazines), interpersonnels (conseils, éducation de groupe, groupes de soutien) et des activités communautaires pour communiquer des informations importantes et du matériel de motivation aux mères, aux familles et à la communauté. Le conseil étant traité dans l'indicateur 6, l'indicateur 7 est axé sur le type et la fréquence de l'information.

Sources d'information possibles :

- Entretiens avec des représentants des agences nationales de communication ou d'information, des stations nationales de télévision et de radio, des fonctionnaires du ministère de la santé tels que le coordinateur/comité national pour l'allaitement (ou l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant), des responsables de la nutrition et de l'éducation à la santé, des fonctionnaires du ministère de la femme et du développement de l'enfant/de la protection sociale, et des représentants de l'UNICEF, de l'OMS et d'ONG.
- Échantillons de spots dans les médias électroniques et de documents imprimés, et observation d'activités de conseil, d'éducation et de médias communautaires.

Critères d'évaluation	√ Cochez les cases correspondantes	
7.1) Il existe une stratégie nationale d'IEC pour améliorer l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.	OUI <input type="checkbox"/> 2	NON <input type="checkbox"/> 0
7.2) Les messages sont communiqués aux gens par différents canaux et dans le contexte local.	OUI <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 0
7.3) La stratégie, les programmes et les campagnes d'IEC, comme la Semaine mondiale de la femme, sont exempts de toute influence commerciale.	OUI <input type="checkbox"/> 1	Non <input type="checkbox"/> 0
7.4) Le matériel et les messages d'IEC sur l'allaitement maternel et la santé reproductive des enfants sont objectifs, cohérents et conformes aux recommandations nationales et/ou internationales.	OUI <input type="checkbox"/> 2	Non <input type="checkbox"/> 0
7.5) Des programmes d'IEC (par exemple la Semaine mondiale de l'allaitement maternel) qui incluent l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont mis en œuvre au niveau national et local.	OUI <input type="checkbox"/> 2	Non <input type="checkbox"/> 0
7.6) Les matériels/messages d'IEC comprennent des informations sur les risques de l'alimentation artificielle, conformément aux lignes directrices de l'OMS/FAO sur la préparation et la manipulation des préparations en poudre pour nourrissons (PIF). ²⁰	OUI <input type="checkbox"/> 2	Non <input type="checkbox"/> 0
Score total :	_____/10	

Sources d'information utilisées (veuillez fournir des liens Internet ou des références pour chacune des informations utilisées ci-dessus pour répondre aux questions. Pour être acceptable, chaque information doit être accompagnée d'une source.

1. _____
2. _____
3. _____

Conclusions (résumer les aspects du programme d'IEC qui sont appropriés et ceux qui doivent être améliorés et pourquoi. Identifier les domaines nécessitant une analyse plus approfondie) :

Lacunes (énumérer les lacunes identifiées dans la mise en œuvre de cet indicateur) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

²⁰ Veiller à ce que les cliniciens et autres personnels de santé, les agents de santé communautaires et les familles, les parents et autres personnes s'occupant des enfants, en particulier des nourrissons à haut risque, soient suffisamment informés et formés par les prestataires de soins de santé, en temps opportun, sur la préparation, l'utilisation et la manipulation des préparations en poudre pour nourrissons. Ceci afin de minimiser les risques pour la santé. Les parents sont informés que les préparations en poudre pour nourrissons peuvent contenir des micro-organismes pathogènes et doivent être préparées et utilisées de manière appropriée. Et, le cas échéant, que cette information est transmise par le biais d'un avertissement explicite sur l'emballage.

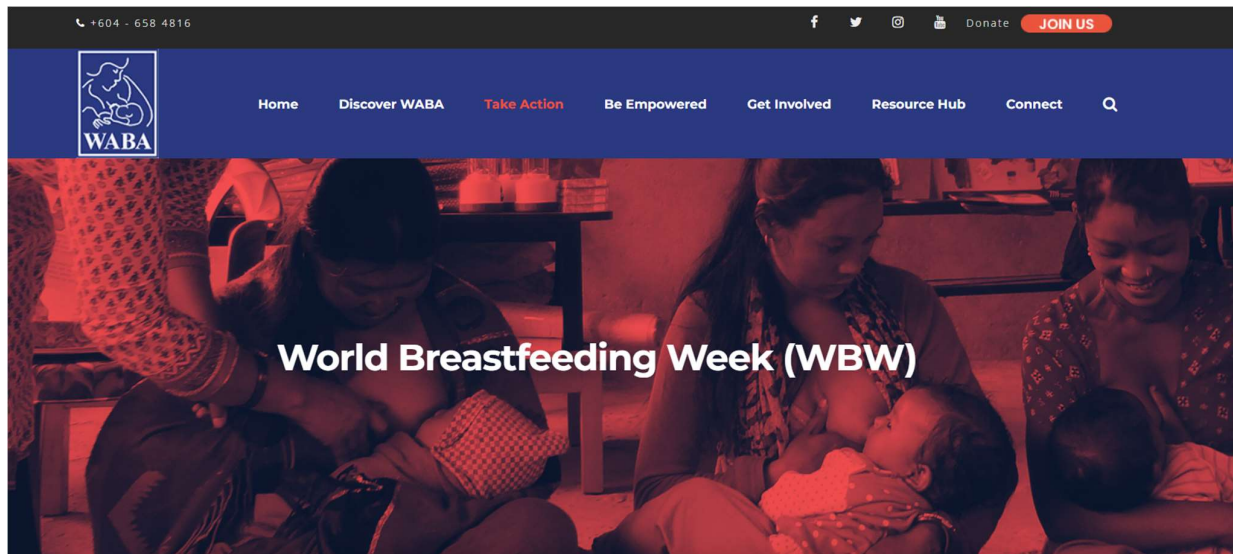
Recommandations (*énumérer les actions recommandées pour combler les lacunes*) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Page de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel (WABA)

Voir le dernier thème et l'action ici :

<https://waba.org.my/wbw/>

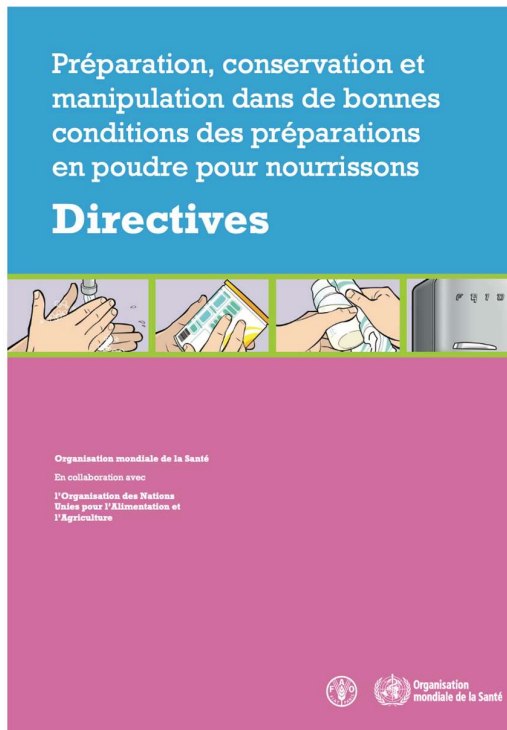


Directives de l'OMS et de la FAO sur la préparation, le stockage et la manipulation en toute sécurité des préparations en poudre pour nourrissons (2007)

Voir le document complet à l'adresse suivante :

<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241595414>

(consulté le 27 novembre 2024)



Document de l'Unicef sur la protection de la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants contre l'ingérence de l'industrie et les conflits d'intérêts (2023)

<https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/2126/file>

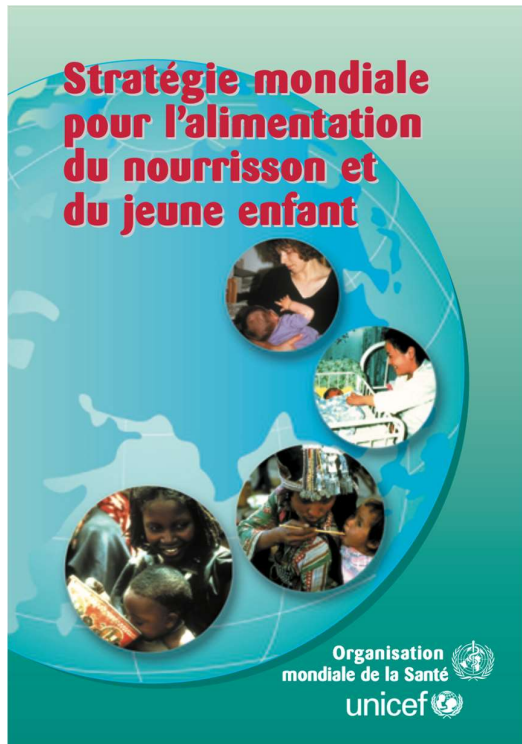
(consulté le 23 mars 2024)



La stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, adoptée en 2003, définit clairement les deux rôles de l'industrie

<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9241562218>

(consulté le 27 novembre 2024)



Indicateur 8 : Alimentation des nourrissons et VIH

Question clé : *Des politiques et des programmes sont-ils en place pour garantir que les mères vivant avec le VIH bénéficient d'un soutien pour mettre en œuvre les pratiques d'alimentation infantile recommandées au niveau mondial/national ? (Voir annexes 8.1, 8.2)*

Contexte

En 2010, l'OMS a recommandé pour la première fois des interventions avec des médicaments ARV pour prévenir la transmission postnatale du VIH par l'allaitement. L'OMS a adopté une approche de santé publique, recommandant que les autorités nationales encouragent et soutiennent une seule pratique d'alimentation pour toutes les femmes vivant avec le VIH qui accèdent aux soins dans les établissements de santé. L'OMS a conseillé aux pays de choisir une approche nationale pour leur option ARV pour la PTME sur la base de considérations opérationnelles. L'OMS a également recommandé aux pays, lorsqu'ils décident de l'option d'alimentation, d'éviter de nuire aux pratiques d'alimentation des nourrissons dans la population générale en conseillant et en soutenant les mères dont on sait qu'elles sont infectées par le VIH, et de veiller à ce que les messages de santé destinés à la population générale soient soigneusement diffusés afin de ne pas compromettre les pratiques optimales d'allaitement au sein de la population en général.²¹

Les directives consolidées de l'OMS de 2013 sur l'utilisation des médicaments ARV recommandent l'une des deux approches suivantes : (a) fournir un traitement antirétroviral pendant la grossesse et des conseils pour l'allaitement aux femmes vivant avec le VIH qui ne sont pas éligibles pour un traitement antirétroviral (option B) ; ou (b) fournir un traitement antirétroviral à vie à toutes les femmes enceintes et allaitantes vivant avec le VIH, quel que soit leur taux de CD4 ou leur stade clinique (option B+).

Au cours des dernières années, un nombre important de nouvelles données de recherche et d'expériences programmatiques sur l'alimentation des nourrissons chez les femmes vivant avec le VIH sont apparues, ce qui a conduit à un changement majeur dans les politiques de conseil en matière d'alimentation des nourrissons pour les femmes et leurs familles. Les recommandations en matière d'alimentation des nourrissons aux mères vivant avec le VIH visent désormais à accroître les chances de survie de leurs enfants sans contamination par le VIH, et non plus seulement à prévenir la transmission du VIH à la progéniture. L'OMS a mis à jour ses recommandations en matière d'alimentation des nourrissons dans le contexte du VIH en 2016 (²²). Selon ces recommandations, « la pratique de l'alimentation mixte n'est pas une raison pour arrêter l'allaitement maternel en présence de médicaments antirétroviraux (ARV) », mais tous les efforts doivent être faits pour conseiller à la mère de pratiquer l'allaitement maternel exclusif. Les lignes directrices mises à jour recommandent également que « les mères vivant avec le VIH allaitent pendant au moins 12 mois et peuvent continuer à allaiter jusqu'à 24 mois ou plus (comme la population générale) tout en étant pleinement soutenues pour l'adhésion au traitement antirétroviral ».

Pour que les politiques et les programmes puissent être mis en œuvre efficacement, il faut que les services de dépistage du VIH et de conseil soient disponibles et proposés systématiquement à toutes les mères. En outre, il faudra veiller à ce que les ARV soient accessibles à toutes les mères qui allaitent, conformément aux recommandations nationales, et à ce que toutes les mères, quel que soit leur statut sérologique, bénéficient d'un soutien et d'un suivi.

²¹ Consolidated Guidelines On The Use Of Antiretroviral Drugs For Treating And Preventing Hiv Infection (Recommendations For A Public Health Approach) 2016 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/208825/9789241549684_eng.pdf?sequence=1 (consulté le 30 novembre 2023) Voir page xxxiii, 4.4.8 Alimentation des nourrissons dans le contexte du VIH.

²² Organisation mondiale de la santé (2016). Guideline : updates on HIV and infant feeding : the duration of breastfeeding, support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Disponible à l'adresse : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.pdf?sequence=1> (consulté le 23 mars 2024)

Dans une situation d'urgence, dans les pays qui recommandent l'allaitement exclusif avec des ARV pour les mères vivant avec le VIH, la recommandation doit rester inchangée, même si les ARV ne sont temporairement pas disponibles.

Dans les pays qui recommandent aux mères vivant avec le VIH d'utiliser des préparations pour nourrissons, il faut veiller à ce que les préparations pour nourrissons conformes au Code ne soient disponibles que pour les nourrissons qui en ont besoin. Les autorités nationales et/ou l'autorité qui gère la situation d'urgence doivent déterminer si la recommandation relative à l'alimentation au moyen de préparations pour nourrissons est toujours appropriée compte tenu des circonstances.

Le personnel de santé qui s'occupe des mères et des nourrissons doit être préparé à faire face aux circonstances qu'il est susceptible de rencontrer dans les situations d'urgence, y compris le soutien aux femmes vivant avec le VIH.

Sources d'information possibles :

1. Documents les plus récents sur les recommandations mondiales concernant le VIH et l'alimentation des nourrissons (vérifier l'inclusion de la recommandation mondiale dans la politique nationale), tels que
 - a. Organisation mondiale de la santé (2016). Guideline : updates on HIV and infant feeding : the duration of breastfeeding, support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Disponible à l'adresse : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.pdf?sequence=1> (consulté le 23 mars 2024)
2. Rapports de l'organisation nationale de contrôle du VIH/SIDA.
3. Interviewer des fonctionnaires du ministère de la santé, du département chargé de la lutte contre le VIH/sida, de l'UNICEF, de l'OMS, etc.

Critères d'évaluation²³	<i>✓ Cochez les cases correspondantes</i>	
8.1) Le pays dispose d'une politique actualisée sur l'alimentation des nourrissons et le VIH, qui est conforme aux lignes directrices internationales. sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants et le VIH . ²⁴	OUI <input type="checkbox"/> 2	NON <input type="checkbox"/> 0
8.2) La politique relative à l'alimentation des nourrissons et au VIH est conforme au code international et à la législation nationale.	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 0

²³ Certaines questions peuvent nécessiter une discussion au sein du groupe restreint et, sur la base des sources d'information, le groupe restreint peut décider des points forts.

²⁴ Des orientations actualisées sur cette question sont disponibles auprès de l'OMS depuis 2016. Les pays qui utilisent les orientations antérieures et qui sont en passe d'utiliser les nouvelles orientations, si ce n'est pas complètement, peuvent être inclus ici.

8.3) Le personnel de santé et les agents communautaires du programme de lutte contre le VIH ont reçu une formation sur le VIH et les conseils en matière d'alimentation des nourrissons au cours des cinq dernières années.	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 0
8.4) Des services de conseil et de dépistage du VIH (HTC), des services de conseil et de dépistage du VIH à l'initiative du prestataire (PIHTC) et des services de conseil et de dépistage volontaires et confidentiels (VCCT) sont disponibles et proposés systématiquement aux couples qui envisagent une grossesse et aux femmes enceintes, ainsi qu'aux femmes enceintes et aux enfants. leurs partenaires.	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 0
8.5) Les mères allaitantes vivant avec le VIH sont a fourni des ARV conformément aux recommandations nationales.	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 0
8.6) Toutes les mères bénéficient de conseils en matière d'alimentation infantile. vivant avec le VIH, en fonction des circonstances nationales.	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 0
8.7) Les mères bénéficient d'un soutien et d'un suivi dans la mise en œuvre de la politique de santé publique. les recommandations nationales en matière d'alimentation infantile	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 0
8.8) Le pays s'efforce de lutter contre la désinformation sur le VIH et l'alimentation des nourrissons et de promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois et la poursuite de l'allaitement maternel. l'allaitement dans la population générale.	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 0
8.9) Des recherches sur l'alimentation des nourrissons et le VIH sont menées pour déterminer les effets des interventions visant à prévenir la transmission du VIH par l'allaitement sur les pratiques d'alimentation des nourrissons et les résultats globaux en matière de santé pour les mères et les nourrissons, y compris ceux qui sont séronégatifs ou d'un sexe différent de celui de l'enfant. statut inconnu.	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 0
Score total :	____/10	

Sources d'information utilisées (veuillez fournir des liens Internet ou des références pour chacune des informations utilisées ci-dessus pour répondre aux questions. Pour être acceptable, chaque information doit être accompagnée d'une source.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Conclusions (résumer les aspects de la programmation en matière de VIH et d'alimentation infantile qui sont appropriés, ceux qui doivent être améliorés et pourquoi. Identifier les domaines nécessitant une analyse plus approfondie) :

Lacunes (*énumérer les lacunes identifiées dans la mise en œuvre de cet indicateur*) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Recommandations (*énumérer les actions recommandées pour combler les lacunes*) :

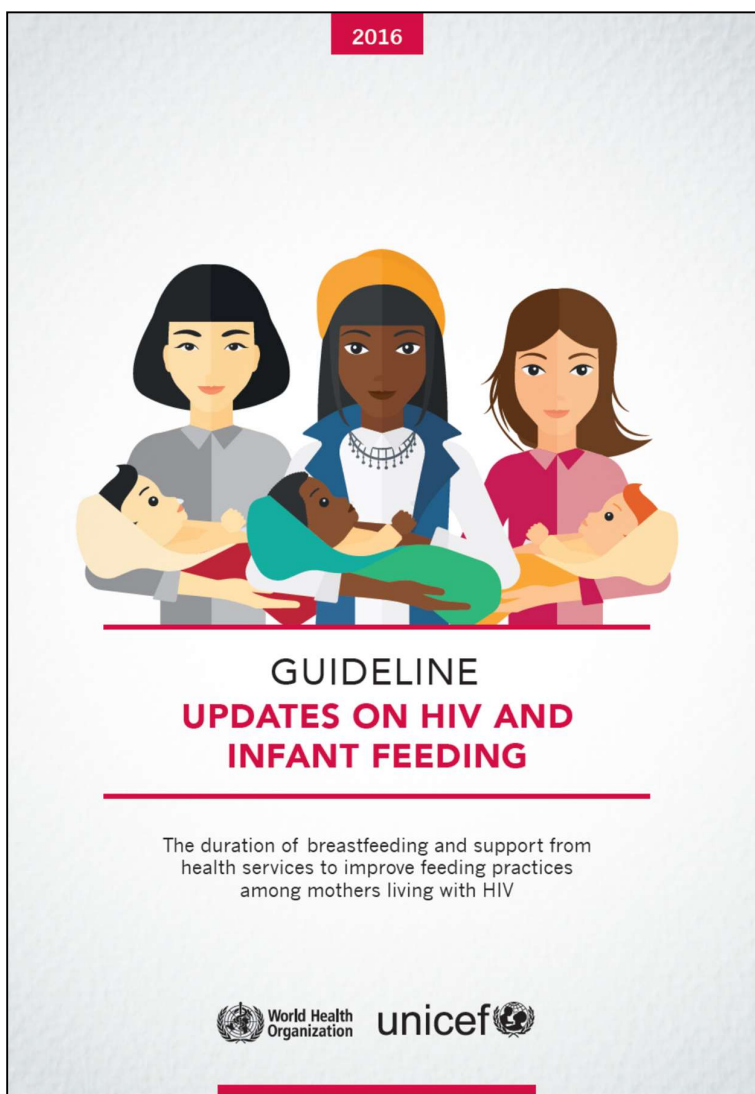
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Organisation mondiale de la santé (2016)

Directive : mises à jour sur le VIH et l'alimentation des nourrissons : la durée de l'allaitement, le soutien des services de santé pour améliorer les pratiques d'alimentation chez les mères vivant avec le VIH.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-%20eng.pdf?sequence=1>

(consulté le 23 mars 2024)

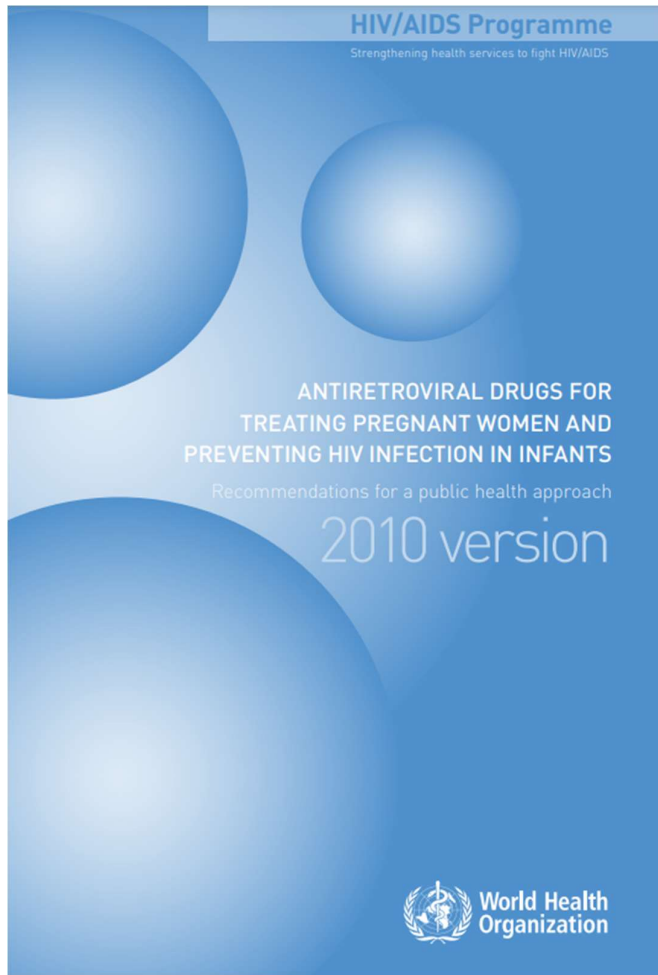


OMS 2009 (révisé en 2010). Conseils rapides

Utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement des femmes enceintes et la prévention de l'infection par le VIH chez les nourrissons. Recommandations pour une approche de santé publique.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75236/9789241599818_eng.pdf?sequence=1

(consulté le 23 mars 2024)



Indicateur 9 : Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence

Question clé : Des politiques et des programmes appropriés sont-ils en place pour garantir que les mères, les nourrissons et les jeunes enfants bénéficient d'une protection et d'un soutien adéquats pour une alimentation appropriée dans les situations d'urgence ? (voir annexe 9)

Contexte

Les nourrissons et les jeunes enfants font partie des groupes les plus vulnérables dans les situations d'urgence. L'absence ou l'insuffisance de l'allaitement maternel et une alimentation complémentaire inappropriée augmentent les risques de dénutrition, de maladie et de mortalité. Dans les situations d'urgence et d'aide humanitaire, le pays d'accueil touché par la situation d'urgence et les organismes d'intervention partagent la responsabilité de protéger, promouvoir et soutenir les pratiques optimales d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants et de réduire au minimum les pratiques néfastes pour toutes les femmes et tous les enfants touchés par les situations d'urgence. Des directives opérationnelles concises sur la manière de garantir une alimentation appropriée dans les situations d'urgence et de se conformer aux normes internationales en la matière ont été élaborées par un groupe central interinstitutions sur l'alimentation du nourrisson dans les situations d'urgence et ont été adoptées lors de la session 63.23 de l'Assemblée mondiale de la santé en 2010 (Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Operational Guidance for emergency and relief staff and program managers, version 2.1, 2007, IFE Core group <https://www.enonline.net/resources/operationalguidancev32017>). En 2018, la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé a appelé tous les gouvernements à s'assurer que l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant fait partie de leur politique et de leurs plans et que leur personnel dispose des capacités nécessaires pour protéger, promouvoir et soutenir les pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence. Des détails pratiques sur la manière de mettre en œuvre les orientations résumées dans les directives opérationnelles sont inclus dans des documents de formation complémentaires, également élaborés grâce à une collaboration interinstitutionnelle, ainsi que dans le cadre des documents de renforcement des capacités du groupe sectoriel de la nutrition de l'ONU. Toutes ces ressources sont disponibles à l'adresse suivante : www.enonline.net/IFE

Sources d'information possibles :

Entretiens et discussions avec les fonctionnaires des autorités nationales (ou équivalents) responsables de la préparation et de la réponse aux situations d'urgence.

Politique ou programme national et autres documents pertinents

Critères d'évaluation	✓ Cochez les cases correspondantes	
9.1) Le pays dispose d'une politique/stratégie/directive globale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence, conformément aux recommandations mondiales, avec des indicateurs mesurables.	OUI <input type="checkbox"/> 2	NON <input type="checkbox"/> 0
9.2) Les personnes chargées de coordonner et de mettre en œuvre la politique, la stratégie et les orientations susmentionnées ont été désignées aux niveaux national et infranational.	OUI <input type="checkbox"/> 2	NON <input type="checkbox"/> 0
9.3) La recommandation relative à la préparation et à la réponse aux urgences sanitaires et nutritionnelles (autonome ou intégrée) comprend :		
a. Interventions de base et techniques visant à créer un environnement favorable à l'allaitement maternel, y compris des conseils prodigués par des conseillers ayant reçu une formation appropriée, et un soutien à la relactation et à l'allaitement maternel.	OUI <input type="checkbox"/> 0.5	NON <input type="checkbox"/> 0
b. Mesures visant à protéger, promouvoir et soutenir les pratiques d'alimentation appropriées et complémentaires	OUI <input type="checkbox"/> 0.5	NON <input type="checkbox"/> 0
c. Mesures de protection et de soutien des nourrissons non allaités	OUI <input type="checkbox"/> 0.5	NON <input type="checkbox"/> 0
d. Espace pour les services de soutien psychologique de l'ANJE.	OUI <input type="checkbox"/> 0.5	NON <input type="checkbox"/> 0
e. des mesures visant à minimiser les risques liés à l'alimentation artificielle, y compris une déclaration commune approuvée sur la prévention des dons de substituts du lait maternel, de biberons et de tétines, ainsi que des procédures standard pour le traitement des dons non sollicités, et à minimiser les risques liés à l'alimentation par des préparations, à la gestion des achats et à l'utilisation de toutes les préparations pour nourrissons et de tous les BMS, conformément aux recommandations globales sur les situations d'urgence	OUI <input type="checkbox"/> 0.5	NON <input type="checkbox"/> 0
f. Il existe des indicateurs et des outils d'enregistrement et de rapport permettant de suivre et d'évaluer de près l'intervention d'urgence dans le contexte de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.	OUI <input type="checkbox"/> 0.5	NON <input type="checkbox"/> 0
9.4) Des ressources financières et humaines suffisantes ont été allouées à la mise en œuvre du plan de préparation et de réponse aux situations d'urgence en matière d'ANJE.	OUI <input type="checkbox"/> 2	NON <input type="checkbox"/> 0
9.5) Un matériel d'orientation et de formation approprié sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence a été intégré dans la formation préalable et en cours d'emploi du personnel chargé de la gestion des situations d'urgence et du personnel de santé concerné.	OUI <input type="checkbox"/> 0.5	NON <input type="checkbox"/> 0
9.6) L'orientation et la formation se déroulent conformément au plan national de préparation et de réponse aux urgences et sont alignées sur les recommandations mondiales (aux niveaux national et infranational).	OUI <input type="checkbox"/> 0.5	NON <input type="checkbox"/> 0
Score total :	____/10	

Informations complémentaires : Veuillez nous faire part de vos expériences de mise en œuvre de l'IFE dans votre pays lors d'une catastrophe.

Sources d'information utilisées (veuillez fournir des liens Internet ou des références *pour chacune des* informations utilisées ci-dessus pour répondre aux questions. Pour être acceptable, chaque information doit être accompagnée d'une source.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Conclusions (résumer les aspects de la préparation et de la réponse aux urgences qui sont appropriés et ceux qui doivent être améliorés, et expliquer pourquoi. Identifier les domaines nécessitant une analyse plus approfondie) :

Lacunes (énumérer les lacunes identifiées dans la mise en œuvre de cet indicateur) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Recommandations (énumérer les actions recommandées pour combler les lacunes) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence

Critères pour des politiques de préparation aux situations d'urgence et des mesures programmatiques appropriées au niveau national

1) Le pays dispose d'une politique globale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui inclut l'alimentation du nourrisson dans les situations d'urgence et contient tous les éléments de base inclus dans le guide opérationnel de la FIE.

Les points essentiels à aborder dans une politique nationale sont inclus dans : *L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence : guide opérationnel à l'intention du personnel des secours d'urgence et des responsables de programmes.*

Groupe de travail interagences sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence, version 3, 2017.

<https://www.ennonline.net/resources/operationalguidancev32017> (consulté le 27 novembre 2024)

Points clés de l'orientation opérationnelle (voir le texte intégral pour la liste des pratiques)

1. Un soutien approprié et opportun à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (IFE) sauve des vies.
2. Chaque agence devrait adopter ou développer une politique sur l'IFE. Cette politique doit être largement diffusée auprès de l'ensemble du personnel, les procédures de l'agence doivent être adaptées en conséquence et la mise en œuvre de la politique doit être assurée (section 1).
3. Les agences doivent assurer la formation et l'orientation de leur personnel technique et non technique en matière d'IFE, en utilisant le matériel de formation disponible (section 2).
4. Dans le cadre de l'approche groupée du Comité permanent inter-agences (IASC) des Nations Unies pour la réponse humanitaire, l'UNICEF est probablement l'agence des Nations Unies responsable de la coordination de l'IFE sur le terrain. D'autres agences des Nations unies et des ONG ont également un rôle clé à jouer en étroite collaboration avec le gouvernement (section 3).
5. Des informations clés sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants doivent être intégrées dans les procédures d'évaluation rapide de routine. Si nécessaire, une évaluation plus systématique utilisant les méthodologies recommandées pourrait être menée (section 4).
6. Des mesures simples doivent être mises en place pour garantir que les besoins des mères, des nourrissons et des jeunes enfants soient pris en compte dès les premières phases d'une situation d'urgence.
7. Le soutien aux autres prestataires de soins et aux personnes ayant des besoins particuliers, par exemple les orphelins et les enfants non accompagnés, doit également être mis en place dès le départ (section 5).
8. Le soutien à l'allaitement et à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant doit être intégré dans d'autres secteurs et services destinés aux mères, aux nourrissons et aux jeunes enfants (section 5).
9. Les aliments permettant de satisfaire les besoins nutritionnels des nourrissons plus âgés et des jeunes enfants doivent être inclus dans la ration générale destinée aux populations dépendantes de l'aide alimentaire (section 5).
10. Il convient d'éviter les dons (gratuits) ou les subventions de substituts du lait maternel (par exemple, les préparations pour nourrissons) ou d'aliments complémentaires commerciaux. Les dons de biberons et de tétines doivent être refusés dans les situations d'urgence. Tout don de substituts du lait maternel, de biberons et de tétines bien intentionné mais mal avisé doit être placé sous le contrôle d'une seule agence désignée (section 6).
11. La décision d'accepter, d'acheter, d'utiliser ou de distribuer des préparations pour nourrissons en cas d'urgence doit être prise par un personnel technique bien informé, en consultation avec l'agence de coordination et les agences techniques principales, et être régie par des critères stricts (section 6).
12. Les substituts du lait maternel, les autres produits laitiers, les biberons et les tétines ne doivent jamais être inclus dans une distribution générale de rations. Les substituts du lait maternel et les autres produits laitiers ne doivent être distribués que selon des critères stricts et reconnus et n'être fournis qu'aux mères ou aux personnes s'occupant des nourrissons qui en ont besoin. L'utilisation de biberons et de tétines dans les situations d'urgence doit être activement évitée (section 6).

2) Une personne ou une équipe responsable de la réponse nationale et de la coordination avec tous les partenaires concernés, tels que les Nations Unies, les donateurs, l'armée et les organisations non gouvernementales (ONG), sur les questions liées à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence, a été désignée.

Les responsabilités sont les suivantes :

- Élaboration d'un plan d'urgence national basé sur la politique nationale existante et les orientations opérationnelles de l'IFE.
- Représentation du gouvernement national lors d'une intervention d'urgence dans les activités de coordination suivantes : élaboration d'une politique ; coordination intersectorielle ; élaboration d'un plan d'action qui identifie les responsabilités des agences et les mécanismes de responsabilisation ; diffusion de la politique et du plan d'action auprès des agences opérationnelles et non opérationnelles, y compris les donateurs ; suivi de la mise en œuvre du plan d'action.
- Implication des communautés affectées dans le processus de planification.

3) Un plan de préparation et d'intervention en cas d'urgence basé sur les pas pratiques énumérées dans les Orientations a été élaboré et mis en œuvre dans les situations d'urgence les plus récentes, qui couvre :

Voici un résumé des actions de préparation contenues dans les sections 1 à 6 des OG-IFE.

https://www.enonline.net/attachments/3127/Ops-G_English_04Mar2019_WEB.pdf

(consulté le 23 mars 2024)

Approuver ou élaborer des politiques

1. Veiller à ce que l'IFE soit dûment prise en compte dans les politiques, lignes directrices et procédures nationales pertinentes.
2. Veiller à ce qu'il y ait des dispositions politiques adéquates pour l'IFE en ce qui concerne les personnes déplacées et les réfugiés.
3. Élaborer des plans de préparation nationaux/sous-nationaux sur l'IFE.
4. Rédiger des déclarations communes sur l'IFE en fonction du contexte afin de permettre une diffusion rapide.
5. Élaborer des réglementations nationales juridiquement applicables concernant le code. Contrôler et signaler les violations du code.
6. Promulguer une législation et adopter des politiques conformes aux lignes directrices de l'OMS sur la fin de la promotion inappropriée des aliments pour nourrissons et enfants en bas âge.
7. Élaborer des politiques nationales juridiquement contraignantes concernant l'engagement du secteur privé dans les interventions d'urgence par les Nations unies, la société civile et les décideurs gouvernementaux afin de permettre une collaboration constructive et d'éviter les influences indues et les conflits d'intérêts.
8. Mettre à jour les politiques, les lignes directrices et les procédures sur la base des enseignements tirés des situations d'urgence précédentes.

Former le personnel

1. Identifier et sensibiliser le personnel clé impliqué dans la planification et la mise en œuvre des interventions d'urgence concernant les IFE.
2. Prévoir les besoins en capacité sur la base de scénarios d'urgence.
3. Identifier les besoins nationaux en matière de développement des capacités dans le domaine de l'ANJE. Intégrer un contenu de formation spécifique au contexte dans les programmes d'études et les mécanismes de prestation existants.
4. Orienter et former le personnel concerné au soutien de l'ANJE. Inclure les éléments clés de l'IFE et du Code dans la formation initiale des professionnels de la santé.
5. Dresser la carte des capacités existantes dans des domaines clés, par exemple le soutien à l'allaitement et les traducteurs qualifiés, et dresser des listes de contacts clés de l'expertise nationale existante.
6. Préparer du matériel d'orientation à utiliser lors des premières interventions d'urgence.
7. Mettre à jour le contenu de la formation en fonction des enseignements tirés des interventions d'urgence.

Coordonner les opérations

1. Identifier le leadership et l'autorité de coordination du gouvernement en matière d'IFE et soutenir le développement des capacités pour renforcer cette responsabilité si nécessaire.
2. Lorsque la capacité du gouvernement est limitée, identifier les options pour une réponse et une direction coordonnées de l'IFE.
3. Élaborer des termes de référence pour la coordination de l'IFE dans le cadre d'une réponse.
4. Sensibiliser le public et les professionnels aux pratiques recommandées en matière d'ANJE et à leurs avantages. Élaborer une stratégie de communication sur l'IFE et un plan de mise en œuvre rapide en cas d'urgence. Préparer des dossiers de presse facilement adaptables.
5. Engager les agences de développement et les donateurs dans une planification de la préparation qui comprend l'adaptation des programmes existants pour répondre aux besoins d'urgence, la négociation de la flexibilité des bailleurs de fonds pour répondre aux nouveaux besoins et l'amorçage des sources de financement d'urgence pour répondre aux demandes accrues.
6. Allouer des fonds pour soutenir le suivi, l'évaluation et l'apprentissage.
7. Établir des liens avec d'autres points focaux sectoriels et mécanismes de coordination, notamment en matière de sécurité alimentaire, de santé et d'eau, d'assainissement et d'hygiène.

Évaluer et contrôler

1. Élaborer un profil des pratiques de l'ANJE et de la nutrition maternelle et infantile afin d'éclairer la prise de décision rapide en cas d'urgence.
2. Veiller à ce que les données ventilées et les rapports récents soient facilement accessibles.
3. Calculer la prévalence des nourrissons de moins de six mois, d'un an et de deux ans qui ne sont pas allaités, à partir des données existantes.
4. Préparer les questions clés à inclure dans l'évaluation précoce des besoins.
5. Identifier les capacités nationales/sous-nationales existantes et/ou potentielles pour entreprendre des évaluations et des enquêtes sur l'ANJE.
6. Soutenir le gouvernement dans l'élaboration de politiques et de procédures visant à surveiller les violations du code et à agir en conséquence. Contrôler et signaler les violations du code aux autorités compétentes.
7. Identifier les outils et systèmes de suivi et d'évaluation existants qui peuvent être appliqués dans un contexte d'urgence et convenir des adaptations nécessaires.

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

1. Promouvoir et soutenir activement les pratiques recommandées en matière d'éducation préscolaire et infantile au sein de la population.
2. Intégrer dans les services de maternité les Dix pas pour réussir l'allaitement maternel de l'initiative Hôpitaux amis des bébés de l'OMS/UNICEF.
3. Élaborer des plans de préparation pour les interventions concernant le soutien à l'allaitement, l'alimentation complémentaire, l'alimentation artificielle et l'identification et la prise en charge des enfants particulièrement vulnérables.
4. Identifier les points focaux sectoriels clés dans les ministères et les agences afin de les impliquer dans la programmation.
5. Établir le profil des aliments complémentaires et des pratiques d'alimentation, y compris les lacunes nutritionnelles existantes et les options de réponse adaptées à la culture, ainsi que les mécanismes d'extension et de réponse dans un contexte d'urgence.
6. Identifier la chaîne d'approvisionnement pour un BMS approprié (si nécessaire) et des aliments complémentaires.
7. Veiller à ce que les aliments complémentaires produits localement ou commercialement répondent à des normes minimales.
8. Examiner la législation nationale relative aux denrées alimentaires et aux médicaments, en particulier l'importation.
9. Anticiper les besoins probables en micronutriments et les mécanismes permettant de fournir des suppléments en micronutriments aux personnes vivant avec le VIH/sida et aux enfants.
10. Élaborer des plans d'intervention et de transition après l'urgence en ce qui concerne les interventions en faveur de l'enfance et de la famille.
11. Identifier les problèmes de santé publique existants ou potentiels en matière de nutrition et planifier en conséquence.

Minimiser les risques de l'alimentation artificielle

1. Élaborer des plans de prévention et de gestion des dons de BMS, d'autres produits laitiers et de matériel d'alimentation en

cas d'urgence.

2. Communiquer la position du gouvernement sur l'interdiction de solliciter ou d'accepter des dons aux acteurs clés, notamment les ambassades des pays, les donateurs, les partenaires de développement et les groupes de la société civile, entre autres.
3. Utiliser des scénarios pour prévoir les besoins potentiels en alimentation artificielle d'une population touchée par une situation d'urgence et élaborer des plans de préparation en conséquence.
4. Mettre en place des systèmes de gestion de l'alimentation artificielle, y compris une autorité de coordination (ou au moins un mandat), une chaîne d'approvisionnement en BMS et des mécanismes de suivi.

Note : Les actions de préparation des programmes (ainsi que l'intervention et le relèvement) sont détaillées dans les Principaux engagements de l'UNICEF pour les enfants dans l'action humanitaire. UNICEF 2010.

4) Des ressources ont été allouées à la mise en œuvre du plan de préparation et d'intervention en cas d'urgence.

Vérifier si des activités de préparation sont/ont été menées (élaboration d'une politique, identification d'une personne ou d'une équipe de coordination, orientation et formation) et avec quels fonds ; vérifier si des fonds ont été mis de côté pour une éventuelle situation d'urgence, et si des situations d'urgence ont eu lieu, si des fonds/quels fonds ont été alloués à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.

5) Un matériel d'orientation et de formation approprié sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence a été intégré dans la formation initiale et continue du personnel chargé de la gestion des situations d'urgence et du personnel de santé concerné.

Le matériel comprend

- Politiques et lignes directrices relatives à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence.
- Connaissances et compétences appropriées pour aider les dispensateurs de soins à nourrir les nourrissons et les jeunes enfants dans les circonstances particulières des situations d'urgence.

Note : Des informations de base sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence doivent être fournies à toutes les personnes susceptibles d'être impliquées dans le travail d'aide humanitaire, y compris les responsables politiques et les décideurs qui agiront dans une situation d'urgence, le personnel de l'agence (siège, régions, bureaux et personnel de terrain) et les spécialistes nationaux de l'allaitement maternel.

Ressources utiles :

- Guide des médias sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence. Anglais, français, allemand, espagnol, italien, arabe. <https://www.enonline.net/iycfmediaguide>
 - La déclaration commune récemment mise à jour peut être consultée à l'adresse suivante : <https://www.enonline.net/modelifejointstatement>
 - Messages clés sur l'IFE - pour les mères et les [soignants](https://www.enonline.net/ifekeymessagesmothers)<https://www.enonline.net/ifekeymessagesmothers>
- Semaine mondiale de l'allaitement maternel, 2009. L'allaitement, une réponse d'urgence vitale : êtes-vous prêt ? <http://www.worldbreastfeedingweek.net/wbw2009/index.htm>
- Save the Children, IYCF E Tool Kit : <https://resourcecentre.savethechildren.net/toolkits/iycf-e-toolkit/>

Matériel de formation utile :

Pour l'orientation :

Core group in Infant feeding in Emergencies, Module 1, Orientation Package on IFE, v2.1, 2010. Anglais.

<https://www.enonline.net/ourwork/capacitydevelopment/iycfeorientation>

<https://www.enonline.net/iycfeorientationpackage>

- Il s'agit d'un ensemble de ressources destinées à faciliter l'orientation sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence (IFE). Ces ressources s'adressent au personnel chargé des secours d'urgence, aux responsables de programmes et au personnel technique impliqué dans la planification et la réponse aux situations d'urgence, au niveau national et international.
- Le kit d'orientation sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est une mise à jour du module 1 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (orientation essentielle), un contenu imprimé produit pour la première fois en 2001, qui utilise les directives opérationnelles sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant comme cadre d'orientation pour soutenir sa mise en œuvre. Ce kit soutient le contenu du module 17 du programme HTP sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, v2.0, 2010.
- Le kit d'orientation de l'IFE comprend des leçons d'apprentissage en ligne, des ressources de formation, des notes techniques, des ressources clés et un guide d'évaluation.

Pour la formation technique :

- Module 2. L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Pour le personnel de santé et de nutrition, v1.1, 2007. Anglais, français, bahasa (Indonésie) et arabe.
<https://www.enonline.net/ourwork/capacitydevelopment/iycfemodule2>
- Intégration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë. Octobre 2009. Anglais et français
<https://www.enonline.net/ourwork/capacitydevelopment/iycfcmam>
- IASC Nutrition. Kit de formation harmonisé, module 17 sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence. <https://www.enonline.net/ourwork/capacitydevelopment/htpversion2>

Pour d'autres matériels d'orientation et de formation utiles développés par le groupe de travail de l'IFE, voir (consulté le 23 mars 2024)

- <https://database.enonline.net/resources/tag/128>
- <https://www.enonline.net/ourwork/capacitydevelopment/iycfeorientation> (vous trouverez ici toutes les formations IFE pertinentes et disponibles)

Indicateur 10 : Suivi et évaluation

Question clé : Existe-t-il des systèmes de suivi et d'évaluation qui collectent, analysent et utilisent systématiquement ou périodiquement des données pour améliorer les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ?

Contexte :

Des éléments de suivi et d'évaluation (S & E) devraient être intégrés dans toutes les activités des programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la collecte de données concernant les pratiques d'alimentation devrait être intégrée dans la surveillance nutritionnelle nationale et dans les systèmes et enquêtes d'information sur la santé.

Les données du système de suivi périodique et d'information de gestion doivent être collectées systématiquement, analysées et prises en compte par les gestionnaires de programme dans le cadre du processus de planification, de gestion et de mise en œuvre. Le cas échéant, des données de référence et de suivi devraient être collectées pour mesurer les résultats. Des critères unifiés sur l'utilisation d'indicateurs et de stratégies de collecte de données convenus au niveau international devraient être envisagés, afin d'accroître la disponibilité de données comparables.²⁶ Il est important de concevoir des stratégies pour garantir que les résultats d'une évaluation importante sont utilisés pour assurer une prise de décision fondée sur des données probantes.

Sources d'information possibles :

- Entretiens avec des fonctionnaires, des responsables de programmes et/ou des spécialistes de l'évaluation qui supervisent ou mènent des activités de suivi et d'évaluation dans le cadre du programme national d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
- Les rapports d'enquête des gouvernements nationaux, tels que l'enquête démographique et sanitaire et l'enquête en grappes à indicateurs multiples MICS (ou une enquête nationale similaire), peuvent également fournir des informations.
- Rapports d'évaluation pertinents.
- Discussions avec les principaux décideurs sur la base des résultats de l'évaluation des risques.
- Discussions ou entretiens avec des groupes d'allaitement nationaux ou des défenseurs des droits de l'enfant.

Critères d'évaluation et de notation

Le tableau présente les cinq critères d'évaluation des pays. La note totale maximale pour l'indicateur est de 10.

Critères d'évaluation	√ Cochez les cases correspondantes	
10.1) Le suivi et l'évaluation des programmes ou activités en matière d'ANJE (aux niveaux national et sous-national) comprennent des indicateurs ANJE (allaitement précoce dans l'heure, allaitement exclusif de 0 à 6 mois, poursuite de l'allaitement, alimentation complémentaire et adéquation de l'alimentation complémentaire).	OUI <input type="checkbox"/> 2	NON <input type="checkbox"/> 0
10.2) Les données/informations sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du programme ANJE sont utilisées par les responsables du programme pour guider les décisions de planification et d'investissement.	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 0
10.3) Les données sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre du programme et des activités ANJE sont systématiquement ou périodiquement collectées aux niveaux sous-national et national.	OUI <input type="checkbox"/> 3	NON <input type="checkbox"/> 0
10.4) Les données/informations relatives aux progrès du programme ANJE sont transmises aux principaux décideurs.	OUI <input type="checkbox"/> 1	NON <input type="checkbox"/> 0
10.5) Les données sur les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) sont générées au moins une fois par an par la surveillance nationale de la santé et de la nutrition et/ou par un système d'information sur la santé.	OUI <input type="checkbox"/> 3	NON <input type="checkbox"/> 0
Score total	_____/10	

Informations complémentaires

Veillez faire part des défis rencontrés au niveau national et des solutions proposées pour le suivi des pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.

Sources d'information utilisées (veuillez fournir des liens Internet ou des références pour chacune des informations utilisées ci-dessus pour répondre aux questions. Pour être acceptable, chaque information doit être accompagnée d'une source.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Conclusions (résumer les aspects du suivi et de l'évaluation qui sont appropriés, ceux qui doivent être améliorés et pourquoi. Identifier les domaines nécessitant une analyse plus approfondie) :

Lacunes (énumérer les lacunes identifiées dans la mise en œuvre de cet indicateur) :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Recommandations (*énumérer les actions recommandées pour combler les lacunes*) :

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

Indicateurs d'évaluation des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (2021)

Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240018389>

(consulté le 27 novembre 2024)



Partie II - Pratiques de l'ANJE

Dans la partie II, demandez des données numériques spécifiques sur chaque pratique d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Il est conseillé aux personnes impliquées dans cette évaluation d'utiliser les données d'une enquête aléatoire sur les ménages de portée nationale²⁵. Les données ainsi collectées sont saisies dans la boîte à outils imprimée en ligne. La réalisation de l'indicateur cible particulier est ensuite évaluée : **rouge, jaune, bleu et vert**. Les seuils pour chacun de ces niveaux de réalisation ont été sélectionnés systématiquement, sur la base d'une analyse des réalisations passées pour ces indicateurs dans les pays en développement. Ils sont repris de l'outil de l'OMS.

Les définitions des différents indicateurs quantitatifs sont tirées des « Indicateurs de l'OMS pour l'évaluation des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant – 2008 », disponibles à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241596664> (annexe 10.1).

De préférence, les données doivent avoir été collectées au cours des cinq dernières années. Les données les plus récentes, de portée nationale, doivent être utilisées.

²⁵ L'enquête démographique et de santé (EDS)(4) menée en collaboration avec Macro International et des organismes de recherche nationaux, avec le soutien de l'USAID, est une source de données généralement de grande qualité. Si cette source de données est utilisée, il est probable que les données soient comparables entre les pays. D'autres sources de données incluent les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS) de l'UNICEF (5) et la banque de données mondiale de l'OMS sur l'allaitement maternel (6). Dans certains pays, des enquêtes nationales récentes peuvent avoir été menées. Il est important d'évaluer la portée et la qualité de toutes les sources de données que l'on envisage d'utiliser.

Indicateur 11 : Début de l'allaitement (dans l'heure qui suit la naissance)

Question clé : *Quel est le pourcentage de nouveau-nés allaités dans l'heure qui suit leur naissance ?*

Définition de l'indicateur : Proportion d'enfants nés entre 0 et 23 mois qui ont été mis au sein dans l'heure suivant leur naissance.

Contexte

De nombreuses mères dans le monde accouchent à domicile, en particulier dans les pays à faible revenu et plus encore dans les zones rurales. Dans beaucoup de ces régions, l'allaitement est commencé tardivement en raison de croyances culturelles ou autres. Selon les nouvelles lignes directrices de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB), le pas 4 des « Dix pas » pour réussir l'allaitement maternel recommande de placer tous les bébés en contact peau à peau avec leur mère immédiatement après la naissance pendant au moins une heure et d'encourager les mères qui ont choisi d'allaiter à reconnaître le moment où leur bébé est prêt à être allaité, en leur offrant de l'aide si nécessaire.

Si la mère a subi une césarienne, le bébé doit être mis au sein dès que la mère est en mesure de répondre ; cela se produit dans les quelques heures qui suivent, même si une anesthésie générale a été pratiquée. Les mères qui ont subi une césarienne ont besoin d'une aide supplémentaire pour l'allaitement, sinon elles risquent de commencer à allaiter beaucoup plus tard. Idéalement, le bébé devrait commencer à être allaité avant toute intervention de routine (bain, pesée, soins du cordon ombilical, administration de médicaments pour les yeux). L'allaitement précoce contribue à une meilleure régulation de la température du nouveau-né, renforce le lien entre la mère et l'enfant et augmente les chances d'instaurer un allaitement exclusif dès le début et de le réussir. Il est prouvé que l'initiation précoce à l'allaitement maternel pourrait réduire la mortalité néonatale de 22 % dans les pays à faible revenu.²⁶

Source des données : Enquêtes démographiques et de santé, enquêtes MICS, enquêtes nationales et infranationales, systèmes nationaux d'information sur la santé.

L'évaluation

Indicateur 11 : Début de l'allaitement (dans l'heure qui suit la naissance)	Clé d'évaluation adaptée de l'outil de l'OMS (voir annexe 11.1)	Veillez saisir les données de votre pays en %	Code couleur
	0.1-29%		Rouge
	29.1-49%		Jaune
	49.1-89%		Bleu
	89.1-100%		Vert

Source des données (avec l'année de publication) :

Informations complémentaires

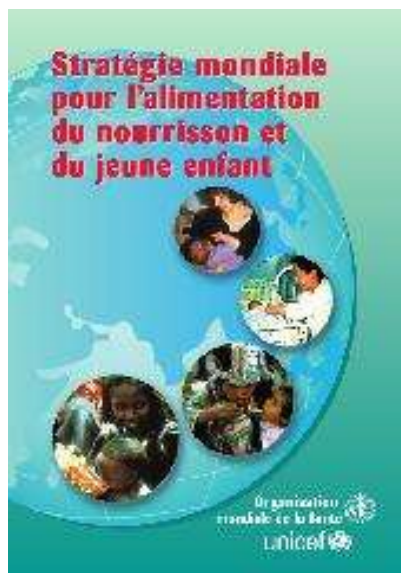
Veillez fournir des informations sur l'utilisation d'alimentation avant la montée de lait (alimentation pré-lactée), l'utilisation des préparations pour nourrisson pendant le séjour dans l'établissement de santé, les difficultés spécifiques liées à l'accouchement par césarienne, ou toute autre information pertinente que vous souhaitez partager dans le rapport.

²⁶ Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA et al. L'initiation retardée à l'allaitement maternel augmente le risque de mortalité néonatale. *Pediatrics* 2006 ; 117 : 380-386

OMS (2003). Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE):

<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9241562218>

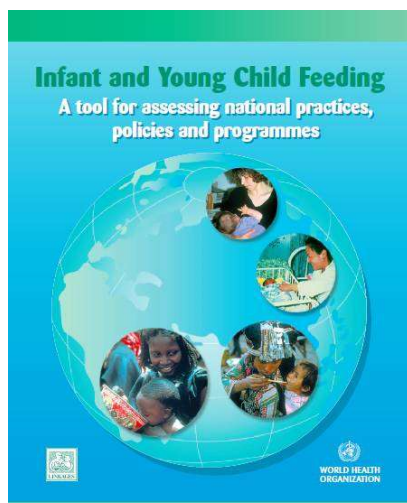
(consulté le 27 novembre 2024)



OMS (2003). Alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) - Outil d'évaluation des pratiques, politiques et programmes nationaux. Disponible seulement en anglais à l'adresse :

<https://www.who.int/publications/i/item/9241562544>

(consulté le 27 novembre 2024)



Voir page 5-14

Indicateur 12 : Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois

Question clé : *Quel est le pourcentage de nourrissons âgés de moins de 6 mois qui ont été nourris exclusivement au sein²⁷ au cours des dernières 24 heures ?*

Définition de l'indicateur : Proportion de nourrissons âgés de 0 à 5 mois ayant reçu uniquement du lait maternel au cours des 24 heures précédentes. (0-5 mois signifie 5 mois et 29 jours selon les directives de la recherche).

Note technique : cet indicateur peut être calculé si des données sont disponibles pour l'ensemble de la population des nourrissons de moins de 6 mois ou, plus souvent, il peut être estimé à partir d'un échantillon aléatoire de nourrissons. L'échantillon doit être aléatoire de manière à refléter la répartition des nourrissons par mois d'âge dans l'ensemble de la population. Si l'échantillon n'est pas aléatoire, il peut sur- ou sous-représenter un groupe d'âge, et donc sur- ou sous-estimer le taux d'allaitement maternel exclusif de moins de 6 mois.

Contexte

L'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois est essentiel à la survie, à la croissance et au développement des nourrissons et des jeunes enfants. Il réduit le risque de maladie, en particulier les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës. Il prolonge également l'aménorrhée lactée chez les mères qui allaitent fréquemment, y compris la nuit. L'OMS a commandé une étude systématique de la littérature scientifique publiée sur la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif et, en mars 2001, les résultats ont été soumis à un examen technique lors d'une consultation d'experts. Cette consultation d'experts a recommandé de passer d'une recommandation antérieure de 4 à 6 mois à un allaitement exclusif pendant 6 mois. L'Assemblée mondiale de la santé (AMS) a formellement adopté cette recommandation en mai 2001 par le biais de la résolution 54.2/2001. En 2002, l'AMS a approuvé la résolution 55.25 qui adoptait la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Plus tard, en septembre 2002, le conseil d'administration de l'UNICEF a également adopté cette résolution et la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, ce qui a permis d'obtenir un consensus unique sur cette recommandation en matière de santé. Les analyses publiées dans le Lancet en 2003²⁸ et en 2016²⁹ soulignent clairement le rôle de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois pour la survie et le développement de l'enfant.

Source des données : Enquêtes démographiques et sanitaires³⁰, enquêtes MICS, enquêtes nationales et infranationales, systèmes nationaux d'information sur la santé.

²⁷ L'allaitement maternel exclusif signifie que le nourrisson n'a reçu que du lait maternel (de sa mère ou d'une nourrice, ou du lait maternel exprimé) et aucun autre liquide ou solide, à l'exception de gouttes ou de sirops contenant des vitamines, des compléments minéraux ou des médicaments (2).

²⁸ Black RE, Morris SS, Bryce J. Où et pourquoi 10 millions d'enfants meurent-ils chaque année ? Lancet 2003;361:2226-34

²⁹ Victora CG, Bahl R, Barros AJD et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelongs effect. Lancet 2016;387:475-90 32

³⁰ Le calculateur du taux d'allaitement exclusif (EBR) peut être utilisé, si nécessaire, pour calculer les données relatives à l'allaitement exclusif des bébés de moins de 6 mois. Le calculateur de

La calculatrice peut être consultée à l'adresse suivante OMS (2003). Alimentation du nourrisson et du jeune enfant - Outil d'évaluation des pratiques, politiques et programmes nationaux. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/publications/i/item/9241562544> (en anglais)

L'évaluation

Indicateur 12 : Allaitement exclusif jusqu'à 6 mois	<i>Clé d'évaluation adaptée de l'outil de l'OMS (voir annexe 11.1)</i>	<i>Veillez saisir les données de votre pays en %</i>	<i>Code couleur</i>
	0.1-11%		Rouge
	11.1-49%		Jaune
	49.1-89%		Bleu
	89.1-100%		Vert

Source des données (avec l'année de publication) :

Informations complémentaires

Veillez fournir des informations sur les suppléments d'utilisation culturelle au cours de cette période, les défis à relever pour obtenir l'exclusivité, ou toute autre information pertinente que vous souhaitez partager dans le rapport.

Indicateur 13 : Durée médiane de l'allaitement maternel

Question clé : Pendant combien de mois en moyenne les bébés sont-ils allaités ?

Contexte

La « Déclaration d'Innocenti » et la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant recommandent que les bébés continuent d'être allaités jusqu'à l'âge de deux ans ou plus et qu'ils reçoivent des aliments complémentaires adéquats et appropriés à partir de l'âge de six mois. Le lait maternel reste une source importante de nutrition, de fluides et de protection immunologique pour le nourrisson et le jeune enfant. La proximité continue entre la mère et l'enfant que procure l'allaitement maternel contribue au développement optimal du nourrisson et du jeune enfant.

Source des données : Enquêtes démographiques et sanitaires, enquêtes MICS, enquêtes nationales et infranationales, systèmes nationaux d'information sur la santé.

L'évaluation

Indicateur 13 : Durée médiane de l'allaitement	Clé d'évaluation adaptée de l'outil de l'OMS (voir annexe 11.1)	Veuillez saisir les données de votre pays en mois	Code couleur
	0,1-18 mois		Rouge
	18.1-20 "		Jaune
	20.1-22 "		Bleu
	22.1-24 ou au-delà "		Vert

Source des données (avec l'année de publication) :

Informations complémentaires

Si les données pour cet indicateur ne sont pas disponibles, veuillez fournir des informations sur la « poursuite de l'allaitement » à 1 et 2 ans.

Indicateur 14 : Alimentation au biberon

Question clé : *Quel est le pourcentage d'enfants de 0 à 12 mois nourris au sein qui reçoivent des aliments ou des boissons (même du lait maternel) au biberon ?*

Définition de l'indicateur : *Proportion d'enfants âgés de 0 à 12 mois nourris au biberon*

Contexte

Les bébés doivent être nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie et il n'est pas nécessaire de leur donner d'autres liquides, des préparations lactées fraîches ou en conserve, car cela leur ferait plus de mal et remplacerait le précieux lait maternel. De même, après six mois, les bébés devraient idéalement recevoir du lait maternel et des aliments solides complémentaires. Si un bébé ne peut pas être nourri avec le lait maternel, il doit être nourri avec une tasse (s'il ne peut pas avaler, le lait maternel peut être donné au moyen d'une sonde d'alimentation pour nourrissons). L'alimentation au biberon désigne la proportion d'enfants âgés de 0 à 12 mois qui sont nourris avec un biberon muni d'une tétine ou d'une bouillie. Les informations sur l'alimentation au biberon sont utiles en raison de l'interférence potentielle de l'alimentation au biberon avec les pratiques optimales d'allaitement au sein et de l'association entre l'alimentation au biberon et l'augmentation de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies diarrhéiques. Les biberons munis d'une tétine sont particulièrement susceptibles d'être contaminés.

Source des données : Enquêtes démographiques et sanitaires³¹, enquêtes MICS, enquêtes nationales et infranationales, systèmes nationaux d'information sur la santé.

L'évaluation

Indicateur 14 : L'alimentation au biberon (0-12 mois)	Clé d'évaluation adaptée de l'outil de l'OMS (voir annexe 11.1)	Veillez saisir les données de votre pays en %	Code couleur
	29.1-100%		Rouge
	4.1-29%		Jaune
	2.1-4%		Bleu
	0.1-2%		Vert

Source des données (avec l'année de publication) :

Informations complémentaires

Veillez indiquer si l'alimentation au biberon est en augmentation et si cela est lié à la publicité, etc. ou toute autre information pertinente sur l'alimentation au biberon peut être utile.

³¹ La calculatrice du taux d'alimentation au biberon (BOT) peut être utilisée, si nécessaire, pour calculer les données relatives à l'alimentation au biberon des bébés de 0 à moins de 12 mois. Ce calculateur peut être consulté à l'adresse suivante OMS (2003). Alimentation du nourrisson et du jeune enfant - Outil d'évaluation des pratiques, politiques et programmes nationaux. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.who.int/publications/i/item/9241562544>

Indicateur 15 : Alimentation complémentaire (6-8 mois)

Question clé : Pourcentage de bébés nourris au sein recevant des aliments complémentaires à l'âge de 6 à 8 mois ?

Définition de l'indicateur : Selon l'OMS, vers l'âge de 6 mois, les besoins en énergie et en nutriments d'un nourrisson commencent à dépasser ce qui est fourni par le lait maternel, et des aliments complémentaires sont nécessaires pour répondre à ces besoins. À cet âge, le nourrisson est également prêt, du point de vue de son développement, à consommer d'autres aliments. Cette transition est appelée alimentation complémentaire. Si les aliments complémentaires ne sont pas introduits vers l'âge de 6 mois, ou s'ils sont donnés de manière inappropriée, la croissance du nourrisson peut s'en trouver ralentie.

Contexte

Comme les bébés ont besoin de nutriments supplémentaires, en plus de la poursuite de l'allaitement maternel, après l'âge de 6 mois, l'alimentation complémentaire devrait commencer avec des aliments disponibles localement qui sont abordables et durables, en plus d'être sûrs et nutritifs. Les nourrissons doivent se voir proposer une variété d'aliments mous ou écrasés en petites quantités, 3 à 5 fois par jour. L'alimentation complémentaire doit progressivement augmenter en quantité et en fréquence au fur et à mesure que le bébé grandit. L'allaitement maternel, à la demande, doit se poursuivre pendant deux ans ou plus. L'alimentation complémentaire est également importante du point de vue des soins. La personne qui s'occupe de l'enfant doit interagir en permanence avec lui et veiller à son hygiène pour assurer sa sécurité.

L'indicateur proposé mesure uniquement si les aliments complémentaires sont ajoutés en temps voulu, après l'âge de 6 mois, en même temps que l'allaitement.

Source des données : Enquêtes démographiques et de santé, enquêtes MICS, enquêtes nationales et infranationales, systèmes nationaux d'information sur la santé.

L'évaluation

Indicateur 15 : Alimentation complémentaire (6-8 mois)	Clé d'évaluation adaptée de l'outil de l'OMS (voir annexe 11.1)	Veillez saisir les données de votre pays en %	Code couleur
	0.1-59%		Rouge
	59.1-79%		Jaune
	79.1-94%		Bleu
	94.1-100%		Vert

Source des données (avec l'année de publication) :

Informations complémentaires

Veillez fournir des informations sur l'adéquation et la qualité de l'alimentation complémentaire, par exemple le régime alimentaire minimum acceptable des enfants de 6 à 23 mois, la diversité alimentaire ou la consommation d'aliments riches en fer. Ce sera un ajout utile au rapport pour plaider en faveur de l'amélioration des pratiques d'alimentation.

Résumé Partie I : Politiques et programmes en faveur de l'enfance et de la famille

Cibles :	Note (sur 10)
1. Politique nationale, gouvernance et financement	
2. Initiative Hôpitaux Amis des Bébé / Dix pas pour un allaitement réussi	
3. Mise en œuvre du code international de commercialisation des substituts du lait maternel	
4. Protection de la maternité	
5. Systèmes de soins de santé et de nutrition (en faveur de l'allaitement maternel et de l'ANJE)	
6. Services de conseil pour les femmes enceintes et les mères qui allaitent	
7. Soutien à l'information précise et impartiale	
8. Alimentation des nourrissons et VIH	
9. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence	
10. Suivi et évaluation	
Score total du pays	

Lignes directrices de *WBTi*

Le score total des politiques et programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (indicateurs 1 à 10) est calculé sur 100.

Scores	Score total du pays	Code couleur
0 - 30.9		Rouge
31 - 60.9		Jaune
61 - 90.9		Bleu
91 - 100		Vert

Conclusions (résumer les réalisations des différents éléments du programme, les domaines qui nécessitent encore des travaux)³² :

³²Dans cette fiche de synthèse, l'analyse est basée sur les SCORES et sur la position de votre pays ou région en termes de pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, individuellement ou combinées. Il est bon d'analyser cela avec une équipe de parties prenantes. Trouvez les raisons et dressez une liste de recommandations à l'intention des responsables de la santé et de la nutrition et des décideurs politiques.

Résumé Partie II : Pratiques en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)

Pratique de l'ANJE	Résultat	Code couleur
Indicateur 11 : Début de l'allaitement (dans l'heure)	_____ %	
Indicateur 12 : Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois	_____ %	
Indicateur 13 : Durée médiane de l'allaitement maternel	___ mois	
Indicateur 14 : Alimentation au biberon (0-12 mois)	_____ %	
Indicateur 15 : Alimentation de compléments (6-8 mois)	_____ %	

Conclusions

Résumer les résultats obtenus en matière de politique et de programme et identifier les principales lacunes. Analyser ici les lacunes avec le groupe principal et fournir un résumé de ce qui doit être fait pour combler les lacunes. Inclure également une analyse des 5 pratiques de l'AICF et leur code couleur. Résumez les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui sont bonnes et celles qui ont besoin d'être améliorées et pourquoi, ainsi que toute analyse supplémentaire nécessaire.

Dressez une liste de recommandations à l'intention des responsables de la santé et de la nutrition et des décideurs politiques, en gardant à l'esprit les lacunes que vous avez repérées en matière de politiques et de programmes.

Bibliographie

1. Are we doing enough for our babies-trends analysis in infant and young child feeding policies, programmes and practices in South Asia;2013:16-38.
<https://worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document/are-we-doing-enough-for-our-babies.pdf> (consulté le 23 mars 2024)
2. L'allaitement maternel : une occasion manquée pour la santé mondiale. Lancet 2017 ; 390:532.
[https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736\(17\)32163-3](https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736(17)32163-3) (consulté le 23 mars 2024)
3. Groupe central du réseau de nutrition d'urgence sur l'alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence. L'alimentation du nourrisson dans les situations d'urgence. Module 1 pour le personnel des secours d'urgence : manuel d'orientation, de lecture et de référence.
<https://www.unhcr.org/sites/default/files/legacy-pdf/45f6cb1f2.pdf> (consulté le 23 mars 2024)
4. Global Breastfeeding Scorecard 2023. <https://www.unicef.org/documents/global-breastfeeding-scorecard-2023> (consulté le 10 août 2024)
5. Gray H, Zakarija-Grković I, Cattaneo A, Vassallo C, Borg Buontempo M, Harutyunyan S, Bettinelli ME, Rosin S. Infant feeding policies and monitoring systems : A qualitative study of European Countries. Matern Child Nutr. 2022 Oct;18(4):e13425.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/mcn.13425> (consulté le 10 août 2024)
6. Principes directeurs pour l'alimentation complémentaire de l'enfant allaité. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la santé, 2003. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/752>
7. Gupta A, Holla R, Dadhich JP, Suri S, Trejos M, Chanetsa J. The status of policy and programmes on infant and young child feeding in 40 countries, Health Policy and Planning, Volume 28, Issue 3, May 2013, Pages 279-298, <https://doi.org/10.1093/heapol/czs061> .
8. Gupta A, Nalubanga B, Trejos M, Dadhich JP, Bidla N. (2020) Making A Difference - An evaluation report of the World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) in Mobilising National Actions on Breastfeeding and IYCF. Breastfeeding Promotion Network of India et IBFAN South Asia.
<https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document/making-a-difference-wbti-eval-report-2020.pdf> (consulté le 10 août 2024)
9. Gupta A, Suri S, Dadhich JP, Trejos M, Nalubanga B. The World Breastfeeding Trends Initiative : Mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans 84 pays. J Public Health Policy. 2019 Mar;40(1):35-65.
<https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document/gupta2018-wbti-84-country-jphp.pdf> (consulté le 12 août 2024)
10. Holla-Bhar, R., Iellamo, A., Gupta, A. et al. Investing in breastfeeding - the world breastfeeding costing initiative. Int Breastfeed J 10, 8 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0032-y>
11. Hull, N., Smith, J., Peterson, M., & Hocking, J. (2018). Mettre l'Australie à l'épreuve - l'initiative mondiale sur les évolutions de l'allaitement maternel. Breastfeeding Review, 26(2), 7-15.
<https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.816284595420285> (consulté le 10 août 2024).
12. ICDC -IBFAN. État du Code par pays : Une enquête sur les mesures prises par les gouvernements pour mettre en œuvre les dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, IBFAN, Centre de documentation du Code international, Penang, Malaisie (diverses dates).

13. ILOLEX, IC 183 Convention sur la protection de la maternité, 2000.
https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100 INSTRUMENT_ID:312328:NO
14. L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence : guide opérationnel à l'intention du personnel des secours d'urgence et des responsables de programmes. Version 3.0- octobre 20217. https://www.enonline.net/sites/default/files/2024-02/ops-guidance-on-life_v3_english.pdf (consulté le 23 mars 2024)
15. Kavle JA, LaCroix E, Dau H, Engmann C. Addressing barriers to exclusive breast-feeding in low- and middle-income countries : a systematic review and programmatic implications. Public Health Nutrition. 2017;20(17):3120-3134. <https://doi.org/10.1017/S1368980017002531>
16. Lutter CK, Morrow AL. Protection, promotion et soutien et évolutions mondiales de l'allaitement maternel. Adv Nutr. 2013 Mar 1;4(2):213-219. <https://doi.org/10.3945/an.112.003111>
17. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG ; Lancet Breastfeeding Series Group. Pourquoi investir et que faut-il pour améliorer les pratiques d'allaitement ? Lancet. 2016 Jan 30;387(10017):491-504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
18. Tekinemre, Işılçay & Tetik, Burcu. (2020). Évaluation des rapports de l'Initiative mondiale sur les évolutions de l'allaitement maternel des pays affiliés à l'Agence turque de coopération et de coordination (TCCA). Middle Black Sea Journal of Health Science. 6. 139-143.
https://www.researchgate.net/publication/341053237_Evaluation_of_the_World_Breastfeeding_Trend_Initiative_Reports_of_the_Countries_Affiliated_to_the_Turkish_Cooperation_and_Coordination_Agency_TCCA (consulté le 10 août 2024)
19. Le Collectif mondial pour l'allaitement maternel. UNICEF et OMS
<https://www.globalbreastfeedingcollective.org/> (consulté le 23 mars 2024)
20. Umbelino-Walker, I., Gupta, A., Dadhich, J.P. et al. Translating results into action : the global impact of the World Breastfeeding Trends Initiative. J Public Health Pol 44, 59-74 (2023).
<https://doi.org/10.1057/s41271-023-00395-9> . (consulté le 10 août 2024)
21. UNICEF. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant - Base de données mondiale.
<https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/> (consulté le 10 août 2024)
22. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins NC ; Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century : epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet. 2016 Jan 30;387(10017):475-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
23. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, Gonçalves H, Barros FC. Association entre l'allaitement et l'intelligence, le niveau d'éducation et le revenu à l'âge de 30 ans : une étude prospective de cohorte de naissance au Brésil. Lancet Glob Health. 2015 Apr;3(4):e199-205.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1)
24. *WBTi*. Nos bébés partent-ils du bon pied ? L'état de la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans 18 pays européens. École de médecine de l'Université de Split, Split, Croatie, 2020.
<https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document/wbti-report-europe-2020.pdf> (consulté le 10 août 2024)
25. *WBTi*. Le VIH et l'alimentation des nourrissons : *The Global Status of Policy and Programmes based on World Breastfeeding Trends Initiative assessment findings from 57 countries*, 2015.

- <https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document/hiv-and-infant-feeding.pdf> (consulté le 10 août 2024)
26. WBTi. Travail perdu : Countries Failing to Enforce Maternity Protection- *The Assessment Report on the Status and Enforcement of Maternity Protection Laws across 57 countries*, 2015.
<https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document/labour-lost-wbti.pdf> (consulté le 10 août 2024)
 27. WBTi-Initiative mondiale sur les évolutions de l'allaitement maternel 2007. The State of the World's Breastfeeding South Asia Report Tracking Implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. <https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document/wbti-south-asia-report-2007.pdf> (consulté le 10 août 2024)
 28. WBTi-Initiative mondiale sur les évolutions de l'allaitement maternel 2010. The State of Breastfeeding in 33 Countries - Tracking Infant and Young Child Feeding Policies and Programmes Worldwide (L'état de l'allaitement dans 33 pays - Suivi des politiques et programmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le monde).
<https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document/the-state-of-breastfeeding-in-33-countries-2010.pdf> (consulté le 10 août 2024)
 29. WBTi-Initiative mondiale sur les évolutions de l'allaitement maternel 2012. Nos bébés passent-ils à travers les mailles du filet ? The State of Policies and Programme Implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding in 51 Countries.
<https://www.worldbreastfeedingtrends.org/uploads/resources/document/51-country-report.pdf> (consulté le 10 août 2024)
 30. WBTi-Initiative mondiale sur les évolutions de l'allaitement maternel 2016. Votre pays a-t-il fait assez pour combler les lacunes ? Rapport de 84 pays sur l'état et les progrès de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant 2008-2016.
<http://worldbreastfeedingtrends.org/WBTi-84Country/84-country-report.pdf>
 31. OMS (1981). Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/40382/9241541601.pdf?sequence=1>
 32. OMS (1996). Banque de données mondiale sur l'allaitement maternel, Genève, Suisse (WHO/NUT/96.1).
 33. OMS (2000). Alimentation de complément : Aliments familiaux pour les enfants allaités, Genève, Suisse (WHO/NHD/001).
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/66389/WHO_NHD_00.1.pdf?sequence=1
 34. OMS (2001). La durée optimale de l'allaitement maternel exclusif, Note pour la presse No 7.
 35. OMS et UNICEF (1989). Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel : le rôle particulier des services de maternité, déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé. <https://iris.who.int/handle/10665/39679> (consulté le 12 août 2024)
 36. Organisation mondiale de la santé (2003). Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42590/9241562218.pdf?sequence=1> (consulté le 12 août 2024)
 37. Organisation mondiale de la santé. Initiative Hôpitaux Amis des Bébé
<https://www.unicef.org/documents/baby-friendly-hospital-initiative>
 38. Organisation mondiale de la santé. **Allaitement maternel** https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1
 39. Zakarija-Grković I, Cattaneo A, Bettinelli ME, Pilato C, Vassallo C, Borg Buontempo M, Gray H, Meynell

C, Wise P, Harutyunyan S, Rosin S, Hemmelmayr A, Šniukaitė-Adner D, Arendt M, Gupta A. Are our babies off to a healthy start ? L'état de la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en Europe. *Int Breastfeed J.* 2020 Jun 4;15(1):51.
<https://www.readcube.com/articles/10.1186/s13006-020-00282-z> (consulté le 10 août 2024).



Secrétariat mondial du *WBTi*
Réseau indien de promotion de l'allaitement maternel (BPNI)
BP-33, Pitampura, Delhi-110034, Inde
Téléphone : 91-11-42683059
Courriel : wbtigs@gmail.com
Site web : www.worldbreastfeedingtrends.org