

République du NIGER
Ministère de la Santé Publique
Direction Générale de la Santé Publique
Direction Nationale de la Nutrition



STRATEGIE NATIONALE POUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Stratégie Nationale de la mise en œuvre des Actions Essentielles en Nutrition

Octobre 2008

ACRONYMES

AEN	Actions Essentielles en Nutrition
AFASS	Abordable, Faisable, Acceptable, Soutenable et Sûre
AME	Allaitement Maternel Exclusive
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ATPE	Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
ICAB	Initiative des Communautés Amies des Bébé
IHAB	Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé
IMC	Index de Masse Corporelle
INS	Institut Nationale des statistiques
ISTM	Institut des Sciences et des Techniques Médicales
IUS	Iodation Universelle du Sel
NAC	Nutrition à Assise Communautaire
OIT	Organisation Internationale du travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAF	Petites Actions faisables
PCIME/C	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance Communautaire
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNCPS	Programme National de Communication pour la Promotion de la Santé
PNLMD	Programme national de Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SLM	Substitut du Lait Maternel
TDCI	Troubles Dus à la Carence en Iode
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
CRENAM	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour modérés
CRENAS	Centre de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire pour Sévères
CRENI	Centre de Récupération Nutritionnelle en Interne
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

PREFACE

Mais en dépit des améliorations observées au cours des dernières années (baisse du taux de malnutrition aigue, de la mortalité infantile...). La mise en œuvre des programmes nationaux et locaux de nutrition est confrontée à un certain nombre de défis, notamment :

- La précarité socio-économique des populations,
- La forte prévalence de pratiques inappropriées d'alimentation des enfants;
- Un taux d'analphabétisme élevé chez les mères et des responsables d'enfants;
- Une connaissance insuffisante des pratiques alimentaires chez les prestataires de services de santé,
- Un environnement inapproprié favorisant la promotion de pratiques alimentaires appropriées pour les enfants et les jeunes enfants et leurs mères.

Au Niger, les problèmes de malnutrition commencent tôt dans la vie, principalement pendant les deux premières années. Une fois que ces problèmes de croissance apparaissent, il y a peu de chances que le retard soit comblé. Le retard de croissance se répercute jusqu'à l'âge adulte. Aussi est-il impératif de faire face aux problèmes d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant durant leurs premières années de vie, en promouvant tout particulièrement les pratiques optimales d'allaitement maternel et d'alimentation complémentaire, aussi bien chez les enfants bien portants que malades. De plus, l'état nutritionnel des femmes contribue à un taux élevé de malnutrition chez les enfants par relation inter générationnelle. Il est donc important que toutes les actions entreprises pour faire face à la malnutrition ne se concentrent non seulement sur les enfants pendant leur première année de vie mais aussi sur l'amélioration de l'alimentation des adolescentes et des femmes en âge de procréer.

Même si les défis à relever pour améliorer la nutrition sont considérables et paraissent insurmontables, il existe un certain nombre d'actions essentielles en nutrition, qui entreprises ensemble, peuvent faire la différence dans le bien-être et la survie des enfants et des femmes en âge de procréer.

La mise en œuvre des Actions Essentielles en Nutrition (AEN) présentée dans ce document de stratégie représente une approche tournée vers l'action axée sur la promotion de sept comportements nutritionnels prouvés comme ayant un impact dans la réduction de la morbidité et la mortalité. Les principaux bénéficiaires de ces actions seront les nourrissons et les enfants de moins de deux ans ainsi que les femmes en âge de procréer. Les sept AEN sont :

- La promotion de l'allaitement maternel optimal,
- La promotion de l'alimentation complémentaire adéquate à partir du sixième mois,
- Les soins nutritionnels appropriés aux enfants malades et/ou malnutris,
- La promotion d'une alimentation adéquate de la femme,
- La lutte contre la carence en vitamine A,
- La lutte contre l'anémie, et
- La lutte contre les troubles dus à la carence en iode.

Il est nécessaire de rappeler qu'aucune de ces actions n'est nouvelle et que chacune d'elle est, à différents degrés, déjà en cours dans le pays. Malheureusement, la plupart de ces actions sont actuellement mises en oeuvre d'une manière non coordonnée et verticale, avec peu d'intégration dans chaque domaine de la santé et de la nutrition. L'objectif de la mise en oeuvre dans le cadre des AEN est de consolider et d'intégrer en suivant le cycle de la vie un paquet technique holistique des activités nutritionnelles. Cela sera fait d'une manière à promouvoir l'intégration des efforts et à étendre la couverture des services nutritionnels au-delà des points de contact traditionnels tels que les séances de suivi de la croissance, qui ont tendance à ne concerner que les enfants et en petit nombre. Ainsi la mise en oeuvre dans le cadre des AEN sera promue à six contacts clés du système de santé:

- Les consultations prénatales,
- Les accouchement / périodes post-partum immédiates,
- Les consultations postnatales/ et de planification familiale,
- Les vaccinations,
- Les consultations pré scolaires, et
- Les consultations de l'enfant malade.

Il est également important d'étendre la couverture de ces actions nutritionnelles et de les intégrer à tous les programmes de la santé telle que la PCIME, la santé néonatale, la planification familiale, la santé de la reproduction, du VIH/SIDA, pour n'en citer que quelques-uns. De plus, la mise en oeuvre dans le cadre des AEN doit être étendue bien au-delà des centres de santé pour atteindre les communautés. Il est aussi nécessaire d'étendre ces actions de nutrition dans les autres secteurs qui ont un rôle important en matière d'alimentation tels que l'agriculture, la sécurité alimentaire, l'éducation, les micros entreprises pour n'en citer que quelques-uns.

J'espère que ce document nous aidera à agir plus rapidement dans la réalisation des objectifs nationaux d'amélioration des pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant au Niger.

Le Ministre de la Santé publique

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES	
PREFACE	
TABLE DES MATIERES.....	
INTRODUCTION	
BUTS ET OBJECTIFS	
STRATEGIE NATIONALE DE L'ALIMENTATION DU NOURRISSON & DU JEUNE ENFANT	

1. Allaitement maternel précoce et exclusif 0-6 mois
 - 1.1 Introduction
 - 1.2 Recommandations
 - 1.3 Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH/SIDA
 - 1.4 Mise en œuvre
2. Alimentation complémentaire 6-24 mois
 - 2.1. Introduction
 - 2.2 Recommandations
 - 2.3 Mise en œuvre
3. Prise en charge de l'enfant malade et/ou malnutri
 - 3.1 Introduction
 - 3.2 Recommandations
 - 3.3 Mise en œuvre
4. Nutrition des femmes
 - 4.1 Introduction
 - 4.2 Recommandations
 - 4.3 Femmes enceintes et/ou allaitantes séropositives
 - 4.4 Mise en oeuvre

ORGANISATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES AEN

1. Plaidoyer
2. Communication pour le Changement de Comportement
3. Professionnels de la santé
4. Appui Communautaire
5. Organisations non gouvernementales, y compris les bailleurs, les agences internationales, les industries, et les entreprises
6. Situations d'Urgence
7. Suivi et Evaluation

Annexe 1 : Récapitulation du Code de Commercialisation des substituts du lait Maternel

Annexe 2 : Résumé des Actions Essentielles en Nutrition

Références

I - PROBLEMATIQUE

Les données récentes de l'enquête nationale de la nutrition et de la survie de l'enfant organisée en Juin /Juillet 2008 indiquent une situation nutritionnelle stable avec un taux de malnutrition globale aigue de l'ordre de 10.7% pour l'ensemble du pays mais cependant, une région (Zinder) dépasse le seuil d'urgence de 15%. Le taux de sous-nutrition chronique globale, qui reflète l'état nutritionnel sur le long terme, ressort à 39.3% pour l'ensemble du territoire, variant de 24.2% à Niamey, à 47.7% dans la région de Maradi. Le taux de sous-nutrition chronique sévère est de 14.2%. Le taux de mortalité rétrospective des enfants de moins de 5 ans est de 1.53 décès/10.000/j. Ce taux de mortalité est en deçà du seuil de 2.0 décès/10.000/j. Ainsi donc, les différentes données dénotent de l'efficacité des interventions mises en place depuis 2005 pour lutter contre la sous-nutrition aigue dans le pays. En dépit de ces améliorations, la situation nutritionnelle des enfants nigériens reste précaire : 39,6% d'insuffisance pondérale, 39,8% de retard de croissance, 14,1% d'émaciation, 56,3% d'anémie modérée et 7,1% d'anémie sévère chez les enfants âgés de moins de cinq (5) ans et seulement 44,2% des ménages utilisent le sel iodé. Cela montre à suffisance que la Malnutrition, l'avitaminose A, les anémies nutritionnelles liées à la carence en fer et la carence iodée, constituent des problèmes majeurs de santé publique au Niger.

En effet, les pratiques alimentaires chez les nourrissons et les jeunes enfants ne sont pas les meilleures au Niger et constituent, avec la morbidité, l'un des facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants. Bien que l'allaitement soit la règle générale, qu'il soit très répandu et qu'il soit prolongé en moyenne jusqu'à 22 mois, il n'est pas en général exclusif: avant l'âge de 6 mois, 13,5% seulement des enfants de moins de 6 mois sont exclusivement nourris au sein. Le plus souvent, dès la naissance, le nouveau-né reçoit de l'eau sucrée ou de l'eau bénite⁽¹⁾. Seulement 28,3% des bébés sont mis au sein dans l'heure qui suit leur naissance. Puis, en attendant la montée laiteuse, le bébé est alimentée avec du lait de chèvre ou de vache, non bouilli. L'alimentation complémentaire débute très tôt ou très tard selon les régions. Si à l'Est du pays (Magaria), la boule peut être donnée à un enfant dès la première semaine de la vie, à l'Ouest (Loga, Ouallam) aucun aliment ne lui est donné avant qu'il ne sache aller à quatre pattes (8 à 10 mois). D'un point de vue général, 62,1% des enfants âgés de 6 à 10 mois reçoivent une alimentation complémentaire. Cependant l'enfant ne bénéficie pas d'une alimentation complémentaire spéciale, il est directement initié à partager le plat familial. Les Infections Respiratoires Aiguës (IRA) et les maladies diarrhéiques constituent les principales causes de morbidité et de mortalité pour la tranche d'âge de 0 à 5 ans. Ces maladies ont toutes un effet direct sur la dégradation du statut nutritionnel des jeunes enfants.

L'état nutritionnel de la mère retentit directement sur celui de son enfant. Au Niger, 21,8% des mères ont un indice de masse corporelle inférieur à 18,5 ; 12,5% souffrent d'anémie modérée et 1,4% d'anémie sévère. Aussi seules 46,4% ont reçu un soin prénatal d'un agent de santé. L'état de santé et de nutrition précaire des enfants et des femmes s'explique par l'inadéquation du système sanitaire aux besoins du pays. Seulement 47,7% de la population habitent dans un rayon de 5 Km d'une formation sanitaire.

¹ Eau obtenue après le lavage de versets coraniques écrits sur une ardoise en bois.

Bien souvent, cette formation sanitaire ne dispose pas des ressources indispensables à son efficacité (1 infirmier/9.000 personnes, 1 médecin/ 31.500, 1 sage-femme/6.400 femmes en âge de procréer).

L'absence d'un programme national d'éducation nutritionnelle élaboré à partir des dernières connaissances en matière de soins à dispenser au jeune enfant et qui considère les pratiques et coutumes locales, ne permet pas d'optimiser l'utilisation des ressources alimentaires au niveau de la famille. Le projet plan national d'action pour la nutrition ainsi que celui de la politique nationale en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant élaborés, ne sont pas encore adoptés et mis en œuvre.

La pandémie de VIH et le risque de transmission mère – enfant du VIH par l'allaitement au sein constituent un défi particulier pour la promotion de l'allaitement maternel. En effet, selon les rapports des sites PTME 2005 la prévalence du VIH chez les femmes enceintes au Niger est de 1,4%. Par ailleurs, d'autres situations d'urgence, souvent caractérisées par l'insécurité alimentaire comme le cas de l'année 2005, viennent plus encore compromettre les soins et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les pays.

II - BUT ET OBJECTIFS

Dans le cadre de la survie de l'enfant et l'atteinte des objectifs pour le millénaire (OMD), il est donc nécessaire de conjuguer les efforts dans les domaines de la santé, nutrition, sécurité alimentaire, eau et assainissement. Des activités à haut impact ont été identifiées et documentées dans les séries du Lancet (2003, 2004, 2008). Se basant sur cette documentation et l'analyse de la situation au Niger, un paquet minimum d'activités pour la santé de la mère, du nouveau né et de l'enfant a été identifié et est entrain de se mettre en place à grande échelle. La mise en oeuvre des Actions Essentielles en Nutrition a pour but de renforcer l'aspect nutritionnel de ces efforts.

2.1. But

Le but de la stratégie est de contribuer à la réduction de la mortalité infantile par l'alimentation optimale de nourrisson et du jeune enfant. Améliorer (par une alimentation optimale) l'état nutritionnel, la croissance et le développement, la santé et, ainsi, la survie du nourrisson et du jeune enfant.

2.2. Objectif général :

Améliorer l'état nutritionnel, la croissance et le développement de l'enfant de moins de 5 ans au Niger

2.3. Objectifs spécifiques:

D'ici l'année 2015 :

- Augmenter le taux de l'initiation précoce à l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance de 48% à 80% ;
- Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif (0-6 mois) de 36% à 80%;

- Augmenter le taux de poursuite de l'allaitement maternel entre 20 - 23 mois de 64 à 80% ;
- Augmenter le taux d'introduction d'alimentation complémentaire de 82 à 90%;
- Augmenter le taux de Supplémentation en vitamine A chez les enfants de 6 à 59 mois de 67% à 80% (données de routine) ;
- Augmenter le taux de Supplémentation en vitamine A chez la femme en post-partum de 37% à 80% ;
- Augmenter le taux de Supplémentation en fer – acide folique chez les femmes enceintes ou allaitantes de 50% à 70% (données de routine) ;
- Augmenter le taux de femmes enceintes qui dorment sous une moustiquaire imprégnée de 7 à 25% ;
- Augmenter le taux d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous une moustiquaire imprégnée de 6 à 25% ;
- Augmenter le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois de 67% à 80%
- Accroître l'accès au sel adéquatement iodé dans les ménages de jusqu'à 90% ;
- Réduire la prévalence de la malnutrition aigue de 13% à moins de 10% ;
- Réduire la prévalence de la malnutrition chronique de 46% à moins de 35% ;
- Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 25 % à moins de 20% ;
- Réduire la prévalence d'enfants naissant avec un faible poids de 11% à 5% ;
- Réduire la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes de 53% à 30%, et chez les enfants moins de 5 ans de 71% à 40%;
- Réduire l'avitaminose A de 61% à 40% ;
- Réduire le taux de goitre de 1% à 0.5% ;

2.4. Objectifs opérationnels :

- Plaidoyer afin de placer la nutrition au niveau des priorités nationales ;
- Plaidoyer au niveau DSCR (Documents stratégiques pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté) ;
- Intégrer les actions essentielles en nutrition dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) des services de santé à tous les niveaux ;
- Intégrer les actions essentielles en nutrition dans les autres secteurs que le secteur de la santé ;
- Accélérer la mise à l'échelle des interventions de la survie de l'enfant, y compris des AEN au niveau communautaire en collaboration avec les ONG et associations;
- Renforcer la diffusion du code de commercialisation des substitut du lait maternel ;
- Renforcer la vulgarisation de la législation de l'importation et de la commercialisation du sel iodé ;
- Renforcer la collaboration entre les programmes chargés des AEN et du VIH/SIDA ;

III - STRATEGIE NATIONALE DE L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

La stratégie nationale d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant va être basée sur le respect, la protection, la facilitation et la réalisation du droit de toutes les mères à décider de la manière dont sera nourri leur bébé, et du droit de chaque enfant à avoir accès à des aliments nutritifs et surs. La stratégie prendra également en compte les preuves scientifiques les plus récentes et se basera sur des interventions prouvées qui feront la promotion et rendront durables les bonnes pratiques alimentaires et qui sont recommandées par l'OMS.

3.1. Cadre juridique favorable

Engagement de la République du Niger à adopter et à suivre les conventions et recommandations internationales telles que :

- Création d'un système assurant la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois avec un accès des femmes aux services de santé nécessaires.
- Le Niger est en processus d'adoption du Code de commercialisation des substituts du lait maternel. Le monitoring du Code de Commercialisation des substituts de lait maternel afin de protéger les droits à l'allaitement maternel exclusive jusqu'à 6 mois est indispensable.
- De même, les aliments complémentaires manufacturés et commercialisés en vue d'être utilisés à l'âge approprié, doivent être sans risques, acceptables du point de vue culturel, abordables et adéquats du point de vue nutritionnel, et se conformer aux normes du *Codex Alimentarius* et des textes connexes relatifs aux aliments des nourrissons et des jeunes enfants.
- Adoption et l'application de réglementations sur les droits relatifs à la maternité en conformité avec la Convention et les Recommandations de Protection de la Maternité de l'OIT (Convention de Protection de la Maternité de l'OIT, 2000 No. 183 et Recommandations de Protection de la Maternité, 2000 No. 191), afin de faciliter l'allaitement maternel pour les femmes salariées. Les syndicats quant à eux ont un rôle de négociateur direct à jouer concernant la maternité et la sécurité d'emploi des femmes enceintes et allaitantes.

3.2. L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

3.2.1. Allaitement maternel précoce et exclusif - 0 à 6 mois

L'allaitement maternel est le meilleur moyen de fournir une alimentation idéale pour la croissance et le développement du nourrisson en bonne santé ; il est partie intégrante de la maternité et a des avantages certains sur la santé de la mère. Pour avoir une croissance, un développement et une santé optimaux, le nourrisson doit être mis au

sein dans l'heure qui suit la naissance et, doit être exclusivement nourri au sein pendant les six premiers mois de la vie : c'est là une recommandation clé de santé publique. Par la suite, à partir de 6 mois et en fonction de l'évolution de ses besoins nutritionnels, le nourrisson doit recevoir des aliments complémentaires sûrs et adéquats du point de vue nutritionnel, tout en continuant d'être allaité jusqu'à l'âge de deux ans ou plus. L'allaitement maternel exclusif depuis la naissance est possible sauf pour quelques motifs médicaux, et la pratique de l'allaitement exclusif (sans restriction) assure une production tout à fait satisfaisante de lait maternel.

L'allaitement maternel exclusive est l'intervention qui a été estimée la plus efficace comparée à son coût pour prévenir la mortalité des enfants de moins de 5 ans (Lancet séries 2003, 2004, 2008). L'allaitement maternel fournit de même l'aliment idéal nécessaire à une bonne croissance et un bon développement des enfants. Il fait aussi partie intégrante du processus de la reproduction comme une méthode effective de planification familiale (98%) par la MAMA (Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée), et a des impacts importants sur la santé maternelle. Les enfants doivent être nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie afin de grandir et se développer d'une façon optimale et être en bonne santé. Au Niger, la quasi-totalité des mères peuvent allaiter exclusivement leur enfant à condition de disposer d'informations exactes ainsi que d'un soutien dans la famille, dans la communauté et dans le système de santé. Ce soutien doit être assuré par des personnes compétentes et influentes de la communauté, des structures de santé et des politiques. Cela a pour but de donner confiance à la femme allaitante, d'améliorer la technique d'alimentation et d'éviter ou de résoudre les problèmes concernant l'allaitement. Pour inciter la femme salariée à continuer d'allaiter son enfant, on doit créer un environnement qui favorise la protection, l'encouragement et le maintien de l'allaitement maternel exclusif par exemple un congé de maternité rémunéré, des espaces d'allaitement dotés de conditions d'hygiène sur le lieu de travail, des moyens d'expression et de stockage du lait maternel, et des pauses pour allaiter.

Même si allaiter est un acte naturel, il est aussi un comportement inculqué. L'allaitement maternel exclusif depuis la naissance et pendant six mois est possible sauf en cas de certains problèmes médicaux, et toutes les mères peuvent allaiter pourvu qu'elles disposent d'informations correctes et le soutien conséquent. Dans le MICS 2006, 42% des femmes suivent les consultations prénatales et 16% ont un accouchement assisté par un professionnel de santé. Ces contacts doivent être utilisés au maximum de leur potentiel pour protéger, promouvoir, et soutenir l'allaitement maternel précoce et exclusif.

Recommandations

a) Mettre le nouveau-né au sein dans l'heure qui suit l'accouchement

- L'allaitement maternel devrait être démarré dans la première heure suivant la naissance, même avant l'expulsion du placenta
- La tétée par le bébé provoque la montée du lait
- En cas d'insuffisance pondérale à la naissance ou de prématurité, le lait maternel reste l'aliment de choix et doit être donné dès la naissance. Si l'enfant est faible, la mère peut exprimer son lait maternel et nourrir le nouveau-né à l'aide d'une tasse.

b) Donner le colostrum

- L'habitude de donner le colostrum au bébé doit être promue tandis que celle de donner des aliments pré lactés doit être découragée.
- Le colostrum est trois fois plus riche en vitamine A et dix fois plus riche en bêta carotène que le lait mature. A cause de sa forte teneur en vitamine A, en anticorps et en d'autres facteurs protecteurs, le colostrum est souvent considéré comme le premier vaccin du bébé.

c) Pratiquer l'allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois

- L'allaitement maternel exclusif signifie que l'enfant ne prend que du lait maternel et aucun autre aliment ou liquide (à l'exception de médicaments et de vitamines, au besoin).
- Le lait maternel satisfait en intégralité les besoins du bébé en aliments et en liquides pendant les six premiers mois. Les nutriments tels que les vitamines A et C, le fer, le zinc et la vitamine D sont plus facilement absorbables lorsqu'ils proviennent du lait maternel que d'autres laits. Le lait maternel contient des acides gras essentiels nécessaires à la croissance du cerveau, des yeux et des vaisseaux sanguins du nourrisson et n'existent pas dans les autres laits.
- Les enfants n'ont pas besoin d'eau ou d'autres liquides pour maintenir une bonne hydratation, même sous les climats chauds.
- Il faut allaiter à la demande, c'est-à-dire, aussi fréquemment que l'enfant le désire, le jour et la nuit. Il faut donner le sein au moins 10 fois en 24 heures. Plus le bébé est allaité, plus la production de lait augmente car la succion stimule la production de lait.
- L'allaitement maternel protège contre les infections parce que l'enfant bénéficie de l'immunité de la mère à travers le lait maternel. Les enfants nourris exclusivement au sein sont moins sujets aux maladies telles que la diarrhée ou d'autres infections (pneumonie, méningite et les infections de l'oreille) et ont moins de risques d'en mourir. Les autres aliments ou liquides, ou les biberons ou les ustensiles utilisés peuvent contenir des microbes et causer des infections.
- L'allaitement maternel est particulièrement important pour les enfants prématurés et nés à terme mais avec un faible poids de naissance, et prévient les risques d'infections et de décès.
- L'allaitement maternel protège la santé de la mère. Après l'accouchement, allaiter aide l'utérus à revenir à sa taille normale. Cela aide aussi à réduire les saignements et prévient ainsi l'anémie. L'allaitement maternel exclusif contribue au report du retour à la fécondité. L'allaitement au sein diminue également les risques de cancer des ovaires ou des seins.

3.2.2. Alimentation dans des situations de difficulté exceptionnelle

a) Les orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) :

Il s'agit des orphelins des mères, des enfants qui ne sont pas élevés par leurs parents naturels, des enfants nés de mères adolescentes, de mères atteintes d'incapacité physique ou mentale, dépendantes à l'égard de drogues ou de l'alcool, ou de mères incarcérées ou appartenant à un groupe désavantagé ou marginalisé. Les enfants qui se trouvent dans ces situations difficiles doivent bénéficier d'une attention spéciale et d'un appui pratique afin de leur assurer une alimentation adéquate. Dans de telles situations, l'absence de l'allaitement maternel est plus

probable et les dangers liés à une alimentation artificielle ou à une alimentation complémentaire inappropriée augmentent.

Chaque fois que cela est possible, la mère et l'enfant doivent rester ensemble et recevoir l'appui nécessaire pour exercer l'option alimentaire la plus appropriée au regard des circonstances. Pour ce faire, l'accent sera mis sur le renforcement du comité de prise en charge des OEV, la promotion des structures d'accueil appropriées et le financement des microréalisations afin de leur apporter un soutien médical, psychosocial et économique.

b) Nourrisson et jeune enfant malnutris :

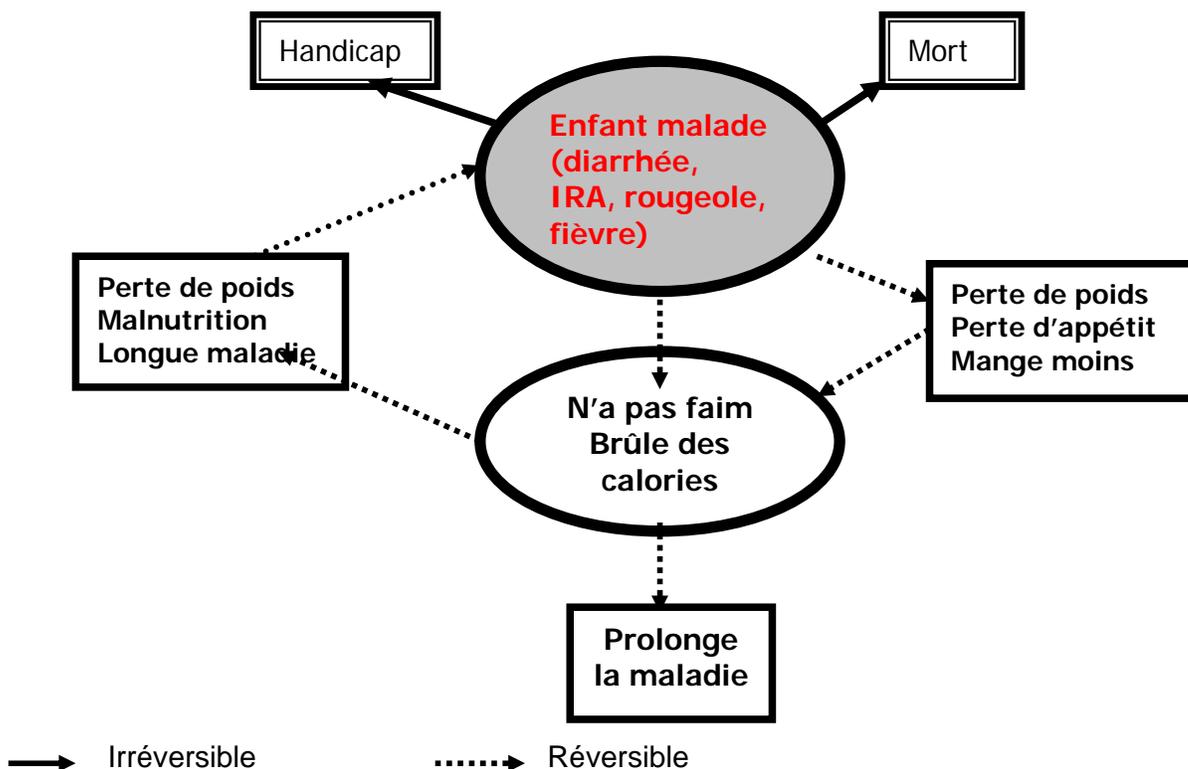
La prise en charge des enfants malades et des enfants malnutris demandent une attention particulière au niveau du système de santé, mais aussi au niveau des communautés et des familles.

Le cycle vicieux entre les maladies et la malnutrition est établi depuis longtemps, le rompre fait partie des actions clés pour prévenir la malnutrition. Les maladies courantes qui affectent les enfants sont la diarrhée, la pneumonie, la rougeole, et la fièvre fréquemment due au paludisme. A chaque épisode, l'enfant perd du poids et rarement reprend son poids d'avant la maladie.

Par ailleurs, les enfants atteints de malnutrition aiguë ont des risques de décès élevés et ont besoin de soins d'urgence spéciaux. Ils peuvent être des enfants soit

- vivants dans des situations d'urgence, soit
- dont les apports alimentaires sont insuffisants, soit
- du fait de soins nutritionnels inappropriés, ou
- ayant un accès limité aux aliments de base.

Diagramme de la relation maladies et malnutrition



Recommandations

La Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME) donne des directives nationales très claires sur les soins nutritionnels à apporter aux enfants malades:

- a) Augmenter la fréquence de l'allaitement pendant et après la maladie et offrir plus d'aliments pendant et après la maladie pour les enfants de plus de 6 mois
- Augmenter le volume des liquides pris pendant la maladie, incluant un allaitement maternel encore plus fréquent sur une plus longue durée, le jour et la nuit.
 - Encourager l'enfant malade à manger des aliments légers, variés et appétissants. La mère ou la personne soignante peut donner à l'enfant les aliments qu'il préfère et l'encourager à manger.
 - Encourager l'enfant à manger davantage après une maladie afin de « récupérer » son poids d'avant la maladie (une repas supplémentaire pendant 2 semaines)
- b) Un traitement systématique en Vitamine A lorsque les enfants sont atteints de diarrhée, de malnutrition aigue sévère et d'infections aiguës des voies respiratoires inférieures.

Traitement des enfants atteints de malnutrition aigue

Groupe cible	Dosage en UI	Fréquence
Enfants de 6 à 11 mois	100 000 UI	Une dose au premier contact avec la formation sanitaire puis chaque mois
Enfants de 12 à 59 mois	200 000 UI	Une dose au premier contact avec la formation sanitaire puis chaque mois

- c) Traitement pour les enfants atteints de diarrhée sévère et persistante et de pneumonie

Group cible	Dosage UI	Fréquence
Enfants de 6 à 11 mois	100 000 UI	A chaque nouvel épisode ou accès
Enfants de 12 à 59 mois	200 000 UI	A chaque nouvel épisode ou accès

Traitement des enfants atteints de xérophtalmie et de rougeole

Programmation	Dosage en UI pour les enfants de moins d'un an	Dosage en UI pour les enfants de plus d'un an
Immédiatement après le diagnostic	100 000	200 000
Le jour suivant	100 000	200 000
1 mois après	100 000	200 000

NB. La supplémentation en Vitamine A ne doit pas être administrée à moins d'un mois d'intervalle et chaque supplémentation doit être enregistrée dans le dossier de suivi de la croissance de l'enfant ou dans toute autre carte afin d'éviter la répétition excessive de l'administration de doses de vitamine A.

- d) Un traitement systématique en SRO et Zinc pour un enfant ayant une diarrhée aiguë réduit la sévérité et la durée de la diarrhée et diminue les incidences de diarrhée pendant 2 à 3 mois

- ✓ Traiter avec SRO à base osmolarité pendant chaque épisode de diarrhée
- ✓ Donner un traitement en Zinc pendant chaque épisode de diarrhée
 - 10 mg/jour pour enfant < 6 mois pendant 10 jours;
 - 20 mg/jour pour enfant 6-59 mois pendant for 10 jours;

- e) Se référer au protocole national de la prise en charge intégrée de l'enfant malade (PCIME) et aux cartes conseils existantes. Les agents de santé doivent disposer de directives correctes sur les politiques et les protocoles PCIME et doivent avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour assister et traiter les enfants malades.

- f) La prise en charge des enfants souffrant de malnutrition aiguë

Dans le cas de la malnutrition aiguë, trois mesures doivent être prises pour y faire face:

- Triage actif des enfants, des femmes allaitantes ou enceintes atteints de malnutrition aiguë (Pourcentage poids/taille de la médiane) ;
 - Au niveau des Unités Nutritionnelles de Supplémentation (UNS), il y a une distribution d'alimentation supplémentaire pour le traitement de la malnutrition modérée liée à un counseling/négociation en AEN afin de prévenir la malnutrition sévère ;
 - Au niveau des Unités Nutritionnelles Thérapeutiques, il y a 1) une prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère stabilisée (Unité Nutritionnelle Thérapeutique Ambulatoire – UNTA) et 2) une prise en charge de la malnutrition aiguë non stabilisée dans un centre de stabilisation (Unité Nutritionnelle Thérapeutique Intense – UNTI) ;
- Il faut assurer la prise en charge de ces enfants ainsi que le suivi à domicile. Dans ces situations, les aliments de complément sûrs et adéquates sont souvent inaccessibles et un supplément alimentaire est nécessaire pour les femmes et les enfants, tels que les Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi (ATPE)
- Se référer au guide national de prise en charge de la malnutrition aiguë. Les agents de santé doivent disposer de directives correctes sur les politiques et les protocoles sur la malnutrition aiguë et doivent avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour assister et traiter les enfants souffrant de malnutrition aiguë.

- Donner des directives sur l'identification des enfants qui doivent être nourris avec des substituts de lait maternel tout en vous assurant qu'un substitut approprié est fourni et donné en toute sécurité aussi longtemps que les enfants concernés en ont besoin.

3.2.3. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH/SIDA

On estime à 1,6 million le nombre annuel d'enfants nés de *mères infectées par le VIH*, principalement dans des pays à faible revenu. Le risque absolu de transmission du VIH en cas d'allaitement maternel pendant plus d'un an se situe entre 10 - 20 % dans le monde et doit être comparé au risque de sur morbidité et de surmortalité en cas de renoncement à l'allaitement. Au Niger, on estime à XX le nombre de cas annuel d'enfants nés de mère séropositive.

Toutes les mères infectées par le VIH doivent être conseillées, sur la façon de satisfaire leurs propres besoins nutritionnels et les risques et avantages des différentes options alimentaires. Elles doivent notamment recevoir des conseils spécifiques pour leur permettre de choisir l'option qui a le plus de chances de convenir à leur situation. Une *alimentation adéquate de substitution* est nécessaire dans le cas des enfants nés de mères VIH - positives qui choisissent de ne pas allaiter. Il faut disposer d'un substitut adéquat du lait maternel, par exemple une préparation pour nourrissons conforme au Codex Alimentarius ou une préparation à domicile avec des suppléments en micronutriments ou du lait maternel traité à la chaleur ou le lait fourni par une nourrice VIH - négative

Pour réduire le risque d'entraver la promotion de l'allaitement maternel dans la grande majorité des cas, il faudra fournir un substitut du lait maternel en suivant les principes et le but du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (voir le paragraphe 19). Lorsque la mère se révèle négative ou ne subit pas de test de dépistage du VIH, l'allaitement maternel exclusif reste l'option recommandée (voir le paragraphe 10). Les mères testées séropositives ont besoin d'être conseillées et de connaître les informations appropriées en vue de faire des choix en connaissance de cause en fonction leur situation. Les risques de transmission varient en fonction de la durée de l'allaitement maternel, mais ils sont estimés à 10 - 20% pour ceux qui sont allaités au sein pendant deux ans.

Comme chaque situation est unique, les conseils doivent être adaptées aux besoins de chaque individu pour équilibrer les risques de l'alimentation de substitution avec les risques de transmission par l'allaitement au sein. La promotion du dépistage volontaire est vitale afin que toutes les femmes sachent leur statut sérologique parce que cela a des implications immenses sur les options d'alimentation pour son enfant. En plus, chaque femme allaitante, qu'elle soit séropositive ou séronégative, devrait négocier avec son partenaire qu'il soit fidèle et utilise des condoms pour réduire les risques de transmission tout en se protégeant lui-même contre l'exposition au VIH. Le taux de transmission peut aller jusqu'à 29% si la femme est infectée pendant la période d'allaitement maternel.

La promotion du dépistage précoce pour le jeune enfant est aussi très importante pour la prise en charge de l'enfant séropositif. L'état nutritionnel de la mère et de l'enfant doit être évalué à chaque contact : peser (en kilogrammes à 100 grammes

près) et mesurer la taille (en mètres à 1 cm près) du patient à chaque consultation et consigner-les dans son carnet.

Femmes enceintes/allaitantes séronégatives ou à statut non déterminé

- Conseiller un allaitement maternel exclusif pour les six premiers mois, l'introduction des aliments complémentaires au sixième mois et la poursuite de l'allaitement fréquemment et à la demande pour deux ans et même plus ;
- Conseiller aux mères d'améliorer son alimentation et de prendre un repas supplémentaire par jour ;
- Promouvoir les pratiques sexuelles à moindres risques ;

Femmes enceintes et allaitantes séropositives

- Les femmes séropositives doivent être informées et doivent connaître les différentes options d'alimentation pour leur nourrisson qui conviennent le mieux à leur situation personnelle. Il faut leur expliquer les avantages et les désavantages de chaque option afin qu'elles puissent prendre une décision en connaissance de cause.
- L'évaluation des critères AFASS (Acceptable, Faisable, Accessible, Soutenable, et Sûre) doit permettre aux prestataires d'évaluer si la femme est capable de mettre en œuvre l'allaitement artificiel exclusif.
- L'alimentation complémentaire doit commencer à 6 mois quelque soit l'option choisie.

Quand l'alimentation de substitution n'est pas abordable, faisable, acceptable, soutenable et sûre (AFASS) pour une mère séropositive et sa famille, les options suivantes se présentent à elle :

- Option de l'allaitement maternel exclusif par la mère séropositive
 - Les femmes séropositives optant pour l'allaitement au sein doivent pratiquer l'allaitement maternel exclusif et éviter l'alimentation mixte. Une bonne position et une bonne prise de sein sont importantes afin de prévenir les problèmes d'allaitement et tout spécialement ceux pouvant être associés à une transmission plus importante de VIH comme les mamelons crevassés ou saignants, les abcès mammaires et les mastites ;
 - Si des problèmes mammaires apparaissent, la mère doit immédiatement se faire traiter. Dans ces conditions, il faut lui conseiller de n'allaiter qu'avec le sein non affecté et d'exprimer puis de jeter le lait du sein affecté jusqu'à ce que le problème soit résolu ;
 - Il faut encourager la mère à faire soigner immédiatement son bébé si ce dernier a des lésions buccales ou le muguet ;
 - Conseiller aux mères d'améliorer son alimentation et de prendre un repas supplémentaire par jour ;
 - Si possible, la mère peut envisager de sevrer complètement le bébé de l'allaitement maternel et à passer à l'alimentation de substitution vers ses six mois. Cependant, cet arrêt précoce de l'allaitement vers les 6 mois ne devrait être envisagé que si les conditions AFASS sont satisfaites ;
 - Si la femme développe des signes apparents de SIDA, par exemple, une fièvre persistante, une toux ou une diarrhée grave, ou une

pneumonie il faut lui conseiller d'arrêter définitivement l'allaitement maternel ;

- Option d'expression et de traitement du lait maternel à la chaleur pour la mère séropositive
 - Cette option est réservée aux centres hospitaliers ou spécialisés qui sont correctement équipés.

Quand l'alimentation de substitution est abordable, faisable, acceptable, Soutenable et sûre (AFASS)_pour une mère séropositive et sa famille, il vaut mieux ne pas allaiter du tout.

- Cependant, il est recommandé que tous les critères AFASS soient pleinement satisfaits avant que la mère choisisse cette option, car une alimentation de substitution inappropriée peut causer une augmentation des risques de mortalité par rapport aux risques de transmission de la mère à l'enfant.
- L'alimentation de substitution doit aussi être exclusive, ou en d'autres mots, l'allaitement au sein ne doit pas être associé à l'alimentation de substitution. L'alimentation mixte est dangereuse et doit être évitée.
- Les substituts de lait maternel doivent être utilisés comme aliment de remplacement pour l'enfant. Les laits de substitution commerciaux doivent satisfaire pleinement au *Codex Alimentarius* et au Code de commercialisation des substituts du lait maternel
 - L'alimentation de substitution se fait à l'aide d'une tasse et non d'un biberon car les biberons peuvent être sources de diarrhée du fait qu'ils sont difficiles à nettoyer.
 - Le lait de substitution doit être fraîchement préparé chaque fois que le bébé est nourri et ne doit pas être gardé pour le repas suivant.
 - Les femmes choisissant l'alimentation de substitution ont besoin davantage d'assistance et d'éducation pour le faire de manière appropriée en vue de protéger la santé du bébé. Les instructions adéquates pour la préparation du lait de substitution ainsi que sur les conséquences néfastes d'une préparation et d'une utilisation inappropriées doivent être données.
 - Les enfants qui ne sont pas allaités au sein, pour diverses raisons, doivent recevoir une attention spéciale de la part du système de santé et de bien-être social car ils constituent un groupe à risque.
 - Seuls les agents de santé peuvent montrer comment préparer et utiliser les laits de substitution. La démonstration ne doit être faite qu'aux mères et aux membres de la famille qui vont l'utiliser.

Quand la mère est séropositive et suit un traitement anti-rétrovirus (TAR)

- L'allaitement exclusif pendant les six premiers mois est recommandé
- A six mois, l'arrêt de l'allaitement est conseillé si l'AFASS existe et peut être remplacé par des substituts du lait maternel ou lait d'origine animale

Dans le cadre de la mise en œuvre des AEN :

Dans les services de santé, la promotion et le soutien à l'allaitement maternel doivent se faire lors dès :

- consultations prénatales et PTME
- accouchements
- consultations post-natales et planification familiale
- vaccinations
- consultations préscolaires
- consultations pour enfants malades
- prise en charge de la malnutrition aigue

Y compris

- les Hôpitaux Amis des Bébéés et autres structures sanitaires
- les interventions communautaires (cellules d'animation, les NAC/PCIME-C, les ICAB, WASH, et des relais communautaires, groupement féminins, etc...)
- la prise en charge de la malnutrition aigue
- les Lieux de Travail Amis de Bébéés
- les secteurs sociaux, de l'éducation, agricoles, médiatiques, etc...

4. Alimentation complémentaire – 6 à 24 mois et plus

4.1. Alimentation de complément au lait maternel

Une alimentation complémentaire à l'allaitement maternel appropriée favorise la croissance et prévient les retards de croissance chez les enfants de 6 à 24 mois. Les enfants sont particulièrement sensibles et vulnérables à la malnutrition et aux infections durant la période de transition de l'allaitement maternel exclusif à l'introduction d'aliments complémentaires. A 6 mois, afin de satisfaire à l'évolution de leurs besoins nutritionnels, les enfants doivent prendre des aliments complémentaires appropriés et sûrs pendant que l'allaitement continue jusqu'à l'âge de deux ans ou même plus.

Le nourrisson est particulièrement vulnérable pendant la période de transition où commence l'alimentation complémentaire. Pour que les besoins nutritionnels soient satisfaits, il faut donc que les aliments complémentaires soient :

- apportés au bon moment – c'est-à-dire introduits à partir de 6 mois, au moment où les besoins en énergie et en éléments nutritifs dépassent ceux apportés par un allaitement maternel exclusif ;
- Adéquats – c'est-à-dire apportent l'énergie, les protéines et les micronutriments (vitamines et sels minéraux) suffisants pour satisfaire les besoins nutritionnels liés à la croissance et au développement de l'enfant ;
- Sûrs – c'est-à-dire stockés et préparés dans de bonnes conditions d'hygiène et donnés avec des mains propres dans des ustensiles propres, et non au moyen de biberons et de tétines ;

- Correctement administrés – c'est-à-dire donnés en suivant les signes d'appétit et de satiété émis par l'enfant, la fréquence des repas selon l'âge et la méthode utilisée pour encourager l'enfant à manger à satiété, avec sa main ou une cuillère. Cette méthode d'alimentation active est recommandée même chez l'enfant malade.

4.2. Les conditions d'adéquation de l'alimentation complémentaire

1. *L'introduction de l'alimentation complémentaire appropriée* suppose que l'on dispose d'informations exactes et d'appui de qualité au niveau de la famille, de la communauté et du système de santé. Plus que le manque de nourriture, les connaissances inadéquates concernant les aliments et pratiques d'alimentation appropriés jouent souvent un rôle déterminant dans la survenue de la malnutrition. En outre, des approches diversifiées sont nécessaires pour garantir l'accès à des aliments qui répondent aux besoins énergétiques et nutritifs pendant la croissance de l'enfant, par exemple l'utilisation de technologies à domicile et dans la communauté visant à améliorer la densité des nutriments, la biodisponibilité et le contenu des aliments locaux en micronutriments.

2. *Les conseils en nutrition*, qui seront donnés à la mère doivent être adaptés à la culture locale pour une utilisation la plus large possible des produits disponibles dans la communauté. Ils contribueront à ce que les *aliments locaux* soient préparés à domicile et donnés dans des conditions de sécurité acceptables. Le secteur agricole a un rôle particulièrement important à jouer pour assurer que des aliments appropriés destinés à l'alimentation complémentaire soient produits et facilement disponibles à des prix abordables.

3. Les *aliments complémentaires peu coûteux*, préparés avec des ingrédients disponibles localement au moyen de techniques de production appropriées à échelle communautaire, peuvent aider à satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson de plus de 6 mois et du jeune enfant. Les *aliments de complément transformés industriellement* sont également une option pour les mères qui ont les moyens de les acheter et qui savent les préparer et les donner dans de bonnes conditions d'hygiène. La vente ou la distribution des aliments de compléments transformés industriellement, destinés au nourrisson et au jeune enfant doivent respecter les normes recommandées par le Codex Alimentarius ainsi que par son Code d'usage en matière d'hygiène.

4. *L'enrichissement des denrées alimentaires* et la *supplémentation en nutriments* généralisés ou ciblés peuvent également contribuer à fournir au nourrisson de plus de 6 mois et au jeune enfant les quantités voulues de micronutriments.

4.3. Autres options en matière d'alimentation

La grande majorité des mères peuvent et doivent allaiter leur enfant de même que la grande majorité des enfants peuvent et doivent être nourris au sein. Ce n'est que dans des situations exceptionnelles que le lait maternel n'est pas adapté au nourrisson. Dans ces rares situations sanitaires où le nourrisson ne peut ou ne doit pas être nourri au sein, le choix de la meilleure solution de remplacement peut être du lait exprimé de la mère, ou un substitut du lait maternel (lait de chèvre, lait de vache, lait de chamelle, lait de brebis, et lait maternisé...) administré dans une tasse celle-ci étant préférable au biberon et à la tétine.

Lorsque le nourrisson ne reçoit pas de lait maternel, l'alimentation au moyen d'un substitut approprié – par exemple, une préparation pour nourrissons Codex Alimentarius d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ou une préparation à domicile avec des suppléments en micronutriments. Celle-ci devra faire l'objet d'une démonstration assurée uniquement par des agents de santé, ou le cas échéant des agents communautaires formés, et uniquement aux mères et autres membres de la famille appelés à l'utiliser ; les informations données comprendront notamment des instructions adéquates pour garantir une bonne préparation et une utilisation appropriée dans des conditions optimales d'hygiène. L'enfant qui n'est pas nourri au sein, quelle qu'en soit la raison, doit bénéficier d'une attention particulière de la part des services sanitaires et sociaux, car il fait partie d'un groupe à risque.

Recommandations

a) Continuer l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans, ou même plus

- Le lait maternel doit continuer d'être une source importante d'énergie, de protéines et de micronutriments fournissant 35 à 45% des besoins énergétiques. Il constitue aussi une source-clé de graisses, de vitamine A, de calcium et de riboflavine.
- L'allaitement maternel associé à l'alimentation complémentaire pendant cette période diminue les risques de morbidité et de mortalité, en particulier chez les populations à haut risque de contamination infectieuse.

b) Donner la quantité de nourriture adaptée à l'âge de l'enfant

- Introduire de petites quantités de nourriture au 6^{ème} mois et graduellement augmenter la quantité, la consistance et la variété lorsque l'enfant grandit:
 - A 6 mois : aliments en purée écrasée et semi liquides (bouillies)
 - A 8 mois: semi solides, collations et aliments qu'il peut saisir
 - A 12 mois: repas familial enrichis
- L'énergie nécessaire pour l'alimentation de complément des enfants allaités est "en moyenne":
 - 200 kcal par jour à 6-8 mois
 - 300 kcal par jour à 9-11 mois
 - 550 kcal par jour à 12-23 mois

c) Donner des repas à la bonne fréquence

- Augmentez la fréquence des aliments complémentaires à mesure que l'enfant grandit. Le nombre adéquat de repas recommandé :
 - 2 ou 3 fois par jour pour les enfants du 6^{ème} au 8^{ème} mois
 - 3 ou 4 fois par jour pour les enfants de 9^{ème} à 24^{ème} mois,
 - 1 ou 2 goûters bien nutritifs entre les repas.
- Si l'enfant n'est plus allaité, ajouter 2 verres de lait par jour.
- Si la densité et/ou la quantité des aliments par repas sont insuffisantes, ou si l'enfant n'est pas allaité, des repas plus fréquents sont nécessaires

d) Donner des aliments complémentaires ayant une teneur suffisante en micronutriments et en énergie

- Enrichir l'alimentation avec une grande variété d'aliments afin d'être sûr que tous les besoins en nutriments sont satisfaits. Parmi les aliments complémentaires à

haute valeur énergétique, riches en nutriments, disponibles localement et abordables, il y a des céréales ou des tubercules qui peuvent être enrichis avec de l'huile, des fruits, des légumes, des légumineuses, de la viande, des œufs, du poisson, du lait, ou des produits dérivés du lait.

- Enrichir avec des aliments d'origine animale chaque fois que cela est possible
- Server des aliments riches en vitamine A (foie, abats, jaune d'œuf, fruits et légumes de couleurs jaunes ou oranges) avec un peu de matière grasse pour améliorer l'absorption.
- Servir les aliments riches en fer (viandes, légumineuses) avec des fruits riches en vitamine C (citron) pour améliorer l'absorption.
- Eviter de lui faire boire des boissons à faible valeur nutritive telles que le thé, le café et les boissons sucrées comme les sodas.
- Donner à l'enfant de l'eau propre (potable)

e) Utiliser au besoin des aliments fortifiés

- Utiliser aussi des aliments complémentaires. Il en existe 3 types :
 - fortifiés manufacturés tels que les céréales et autres produits (huile, sucre...),
 - fortifiés à domicile tels que les « sprinkles » et autres produits similaires
 - à forte densité en micronutriments et vitamines tels que « Plumpy Nut, Nutri butter, or Plumpy dose »
- Les aliments complémentaires fortifiés constituent une option pour les enfants de 6 à 24 mois et plus et pour les femmes enceintes et allaitantes ayant les moyens d'en acheter, les connaissances et l'équipement nécessaires pour les préparer sans risque.
- Les aliments manufacturés pour les enfants doivent satisfaire aux normes recommandées par la commission Codex Alimentarius et par le Code des pratiques d'hygiène avant d'être commercialisés ou distribués.

f) Pratiquer l'alimentation active et attentive

- Nourrir les enfants lentement et avec patience. Encourager les enfants à manger mais ne pas les forcer.
- Les mères ou les responsables doivent nourrir directement les enfants et assister les enfants plus âgés quand ces derniers mangent par eux-mêmes, veillant à reconnaître les signes de faim ou de satiété.
- Si l'enfant refuse un aliment quelconque, combiner le à un autre aliment, modifier le goût, la texture ou les méthodes d'encouragement.
- Réduire au minimum les sources de distractions pendant le repas si l'enfant est facilement distrait.
- Les repas doivent être des moments de manifestation d'affection où il y a des contacts visuels, des moments d'apprentissage et de renforcement du lien affectif avec les enfants.

g) Préparer et conserver les aliments complémentaires d'une manière propre

- Se laver les mains avant la préparation des aliments et avant de nourrir l'enfant.
- Laver les mains de l'enfant avant de le nourrir.
- Garder les aliments dans un endroit propre et les servir immédiatement après leur préparation.
- Utiliser des ustensiles propres pour préparer et servir les aliments.

- Ne pas utiliser les biberons dont il est difficile d'assurer la propreté mais par contre utiliser une tasse ou un bol.

5. Amélioration des pratiques alimentaires

Pour améliorer les pratiques alimentaires au Niger les actions suivantes doivent être entreprises et à tous les niveaux de la pyramide sanitaires. Il s'agit de :

- Les mères, les pères et les autres personnes qui s'occupent des enfants doivent avoir accès à des informations objectives, régulières et complètes sur les pratiques alimentaires appropriées, sans ingérence commerciale. En particulier, ils doivent être au courant de la durée recommandée de la période d'allaitement exclusif et de la poursuite de l'allaitement ; du moment auquel il convient d'introduire les aliments complémentaires ; du type d'aliment à donner, de la quantité à donner et de la fréquence ; et de la manière de fournir ces aliments dans de bonnes conditions d'hygiène.
- La mère doit avoir accès à l'appui d'une personne qualifiée pour l'aider à introduire et à maintenir des pratiques d'alimentation appropriées, éviter les difficultés et les surmonter lorsqu'elles surviennent.
- Des agents de santé ayant les connaissances nécessaires sont bien placés pour apporter cet appui qui doit systématiquement faire partie non seulement des soins fournis d'ordinaire avant et après la naissance et lors de l'accouchement, mais aussi des services fournis à l'enfant en bonne santé et à l'enfant malade.
- Les groupes de soutien à l'allaitement offrant un appui de mère à mère et des conseillers qualifiés en matière d'allaitement intervenant dans le cadre du système de santé ou en collaboration avec celui-ci ont également un rôle important à jouer à cet égard.
- La mère doit également pouvoir continuer à allaiter son enfant et à s'occuper de lui lorsqu'elle reprend le travail dans le cadre d'un emploi rémunéré. Toute femme qui travaille en dehors de son domicile doit pouvoir bénéficier de congés de maternité, d'un espace aménagé dans le service (crèches) et de pauses pour allaiter.

Dans le cadre de la mise en œuvre des AEN :

Dans les services de santé, la promotion et le soutien à l'allaitement et à l'alimentation des enfants malades et/ou malnutris doivent se faire lors des

- consultations post-natales
- vaccinations
- consultations préscolaires
- consultations pour enfants malades
- unités nutritionnelles thérapeutiques (UNTI)

y compris

- La Prise en Charge Communautaire de la malnutrition aigue
- les Hôpitaux Amis des Bébé et autres structures sanitaires
- les interventions communautaires (cellules d'animation, les NAC/PCIME-C, les ICAB, WASH, et des relais communautaires, groupement féminins, etc...)
- unités nutritionnelles de supplémentation (UNS)
- unités nutritionnelles thérapeutiques (UNTA)
- les Lieux de Travail Amis de Bébé
- les secteurs sociaux, de l'éducation, agricoles, médiatiques, etc...

IV - REALISATION DES OBJECTIFS DE LA STRATEGIE

Les premières mesures pour atteindre les objectifs de la présente stratégie consistent à réaffirmer la pertinence – et même l’urgence – des quatre cibles opérationnelles de la Déclaration « Innocenti » sur la protection, la promotion et le soutien de l’allaitement maternel :

- ⇒ Créer un bureau allaitement maternel au sein de la Direction Nationale de la Nutrition et désigner un point focal national doté de pouvoirs appropriés. Créer un comité national multisectoriel pour la promotion de l’allaitement maternel composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d’organisations non gouvernementales et d’associations socioprofessionnelles oeuvrant dans le domaine de la santé ;
- ⇒ Faire en sorte que chaque établissement assurant les prestations de maternité et les services de consultations pour nourrissons respectent pleinement les dix conditions de manière durable et pérenne comme énoncées dans la Déclaration conjointe de l’OMS et de l’UNICEF sur l’allaitement et les services de maternité ; Les établissements de soins aux nourrissons doivent être régulièrement suivis et soutenus pour le succès de l’allaitement maternel.
- ⇒ Mettre en oeuvre intégralement les principes et l’objectif du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l’Assemblée de la Santé ;
- ⇒ Promulguer des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d’allaiter leur enfant et adopter des mesures pour assurer leur application.

En effet, le Gouvernement a fait d’importants efforts pour atteindre ces cibles et obtenu des résultats non négligeables, notamment dans le cadre de l’initiative pour les hôpitaux « amis des bébés » et grâce aux mesures qui ont été adoptées concernant la commercialisation des substituts du lait maternel. Les réalisations sont toutefois loin d’être parfaites.

En outre, la Déclaration « Innocenti » se préoccupe uniquement de l’allaitement maternel. Il faut donc des cibles complémentaires pour refléter une approche globale répondant aux besoins en matière de soins et d’alimentation pendant les trois premières années de la vie au moyen de tout un ensemble de mesures liées entre elles. Compte tenu de ces considérations, la stratégie mondiale établit comme priorité, le Gouvernement du Niger s’engage à atteindre les cibles opérationnelles supplémentaires ci-après :

- Elaborer, appliquer, suivre et évaluer une politique complète d’alimentation du nourrisson et du Jeune enfant, dans le contexte des politiques et programmes nationaux concernant la nutrition, la Santé de l’enfant et la santé génésique, ainsi que la réduction de la pauvreté ;
- Faire en sorte que le secteur de la santé et les autres secteurs pertinents protègent, encouragent et soutiennent l’allaitement maternel exclusif pendant six mois et la poursuite de l’allaitement jusqu’à l’âge de deux ans ou au-delà, tout en donnant aux femmes l’accès aux moyens nécessaires dans la famille, dans la communauté et au travail pour y parvenir ;

- Encourager une alimentation complémentaire adéquate, sûre et appropriée, introduite au moment voulu, tout en poursuivant l'allaitement maternel ;
- Apporter des conseils sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans des situations de difficulté exceptionnelle et sur le soutien dont ont besoin en pareil cas la mère, la famille et les autres personnes qui s'occupent des enfants
- Envisager les nouvelles mesures législatives ou autres nécessaires, dans le cadre d'une politique complète d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, pour donner effet aux principes et au but du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ainsi qu'aux résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée de la Santé.

4.1. Rôles et responsabilités des partenaires dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

Le gouvernement, les organisations internationales et les autres parties intéressées sont ensemble responsables de veiller à ce que les enfants jouissent du droit au meilleur état de santé possible et les femmes du droit à une information complète et objective ainsi qu'à des soins de santé et à une nutrition adéquate. Chaque partenaire doit reconnaître et assumer ses responsabilités en vue d'améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et de mobiliser les ressources nécessaires. Pour ce faire ils doivent collaborer pour atteindre pleinement le but et les objectifs de la présente stratégie, notamment en constituant des alliances et des partenariats novateurs et pleinement transparents conformes aux principes établis pour éviter les conflits d'intérêts. Les rôles et les responsabilités qui suivent sont dévolus aux différents partenaires dans la mise en œuvre de cette stratégie :

a) Gouvernement

L'obligation première du gouvernement est de formuler, mettre en oeuvre, suivre et évaluer une politique nationale complète en nutrition en tenant compte de la stratégie nationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

En plus d'un engagement politique au niveau le plus élevé, le succès de la politique dépend :

- D'une coordination nationale efficace pour assurer la pleine collaboration de tous les organismes publics, organisations internationales concernés et autres parties intéressées,
- Une collecte et une évaluation constantes d'informations pertinentes sur les politiques et pratiques alimentaires ;
- Une implication des autorités régionales et locales dans la mise en oeuvre de cette stratégie ;
- Un renforcement des capacités institutionnelles
- Une accélération de l'adoption de la loi sur la commercialisation des SLM et de son décret d'application
- Une mise en place d'un cadre privilégié de Recherches Opérationnelles sur l'ANJE
- Mise en place d'un comité multi sectoriel sur l'ANJE

Un plan d'action détaillé accompagne la politique complète ; il comprend des buts et objectifs bien définis, un calendrier pour les atteindre, la répartition des responsabilités concernant l'application du plan et des indicateurs mesurables pour la surveillance et l'évaluation. Des ressources suffisantes – humaines, financières et

institutionnelles –sont à mobilisées pour assurer une bonne mise en oeuvre de la stratégie à temps voulu.

b) Organisations non gouvernementales (groupes d'appui à base communautaire compris)

Les buts et objectifs d'un large éventail d'organisations non gouvernementales intervenant aux niveaux local, national et international consistent notamment à promouvoir les besoins alimentaires et nutritionnels adéquats du jeune enfant et de la famille. Ainsi, les organisations caritatives et confessionnelles, les associations de consommateurs, les groupes d'entraide entre mères, les clubs de familles et les coopératives de soins pour enfants ont tous de multiples occasions de contribuer à l'application de la présente stratégie, par exemple :

- En offrant à leurs membres des informations exactes et à jour concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
- En intégrant un appui de qualité à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les interventions à base communautaire et en veillant à l'existence de liens efficaces avec le système de santé ;
- En contribuant à la création de communautés et de lieux de travail à l'écoute des besoins de la mère et de l'enfant qui appuient systématiquement le principe de l'alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant;
- En oeuvrant en faveur d'une pleine application des principes et du but du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée Mondiale de la Santé.

Les organisations internationales, y compris les établissements mondiaux et régionaux de crédit, doivent faire en sorte que l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant figure en bonne place dans le programme mondial de santé publique en raison de l'importance qu'elle revêt pour la jouissance des droits de la femme et de l'enfant ; elles doivent défendre l'idée d'une augmentation des ressources humaines, financières et institutionnelles en vue de l'application universelle de la présente stratégie ; et, dans la mesure du possible, fournir des ressources complémentaires à cette fin. Les organisations internationales peuvent faciliter l'activité des gouvernements, notamment de la manière suivante. En outre, les parents et autres personnes s'occupant des enfants sont responsables en première ligne de l'alimentation qui leur est donnée. Mais souvent influencé par leur environnement. Il est donc nécessaire d'intensifier l'IEC /CCC sur les bonnes pratiques de l'ANJE .

c) Associations de professionnels de la santé

Les associations de professionnels de la santé, notamment les médecins, les écoles de santé publique, les établissements publics et privés de formation des agents de santé (y compris les nutritionnistes et les diététiciens), et autres associations professionnelles doivent assumer les responsabilités principales suivantes envers leurs étudiants ou leurs membres :

- Veiller à ce que les éléments de l'ANJE soient intégrés dans les Curricula d'éducation de base et la formation de tous les agents de santé

- Apporter une formation sur les moyens de fournir un appui de qualité à l'allaitement exclusif et à la poursuite de l'allaitement ainsi qu'à une alimentation complémentaire appropriée dans tous les services néonataux, pédiatriques, de santé génésique, nutritionnels et de santé communautaire
- Promouvoir l'importance de l'obtention et du maintien du label « amis des bébés » par les services de maternité dans les hôpitaux et dispensaires, conformément aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel¹ et le principe du refus d'un approvisionnement gratuit ou à des conditions avantageuses de substituts du lait maternel, de biberons et de tétines ;
- Respecter intégralement leurs responsabilités en vertu du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée de la Santé, ainsi que des mesures nationales adoptées pour leur donner effet ;
- Encourager la création et la reconnaissance de groupes d'appui communautaire et orienter les mères vers ces groupes.

d) Entreprises commerciales

43. Les fabricants et distributeurs d'aliments transformés industriellement destinés au nourrisson et au jeune enfant ont également un rôle constructif à jouer pour atteindre le but de la présente stratégie. Ils doivent veiller à ce que les produits alimentaires transformés pour le nourrisson et l'enfant respectent, lorsqu'ils sont vendus, les normes applicables du Codex Alimentarius et du Code d'usages du Codex recommandé en matière d'hygiène pour les aliments destinés aux nourrissons et enfants en bas âge.

En outre, tous les fabricants et distributeurs de produits entrant dans le champ du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, y compris les biberons et tétines, doivent veiller à ce que leurs pratiques de commercialisation respectent les principes et le but du Code.

Ils doivent veiller à ce que leur conduite à tous les niveaux soit conforme au Code, aux résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée de la Santé et aux mesures nationales adoptées pour leur donner effet.

e) Les partenaires sociaux

Les employeurs doivent veiller à ce que toutes les femmes ayant un emploi rémunéré jouissent de leurs droits, notamment en ce qui concerne les pauses pour allaiter ou d'autres dispositions prises sur le lieu de travail.

Les syndicats quant à eux ont un rôle de négociation direct à jouer concernant la maternité et la sécurité d'emploi des femmes en âge de procréer.

f) Autres groupes

De nombreuses autres composantes de la société peuvent avoir des rôles influents pour promouvoir de bonnes pratiques alimentaires. On distingue notamment :

- Les autorités chargées de l'éducation, qui contribuent à former les attitudes de l'enfant et de l'adolescent concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant – des informations fiables doivent être fournies par les écoles et d'autres moyens de formation afin de promouvoir une meilleure sensibilisation au problème et des perceptions positives ;
- Les médias, qui influencent les attitudes de la population concernant le rôle parental, les soins aux enfants et les produits régis par le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel – leurs informations sur le sujet – et, ce qui est tout aussi important, leur façon de
- Présenter le rôle parental, les soins aux enfants et les produits – doivent être exactes, à jour, objectives et compatibles avec les principes et le but du Code ;
- Les installations, qui permettent à la femme exerçant un emploi de s'occuper de son nourrisson et de son jeune enfant et qui doivent appuyer et faciliter la poursuite de l'allaitement.

CONCLUSION

La présente stratégie décrit les interventions essentielles visant à protéger, promouvoir et soutenir l'alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant. Elle met l'accent sur l'importance de l'investissement dans ce domaine crucial afin que l'enfant puisse s'épanouir complètement, à l'abri des conséquences néfastes d'un état nutritionnel insatisfaisant et des maladies évitables.

La stratégie privilégie le rôle des partenaires clés – gouvernement, organisations internationales et autres parties intéressées – et assigné des responsabilités spécifiques à chacun afin que la somme des actions collectives contribue à atteindre pleinement le but et les objectifs de la stratégie. Elle se fonde sur les approches existantes, en allant au-delà lorsqu'il le faut, et offre un cadre pour tirer profit en synergie des contributions de nombreux domaines programmatiques, notamment la nutrition, la santé et le développement de l'enfant, et la santé maternelle et génésique. La stratégie doit maintenant faire l'objet d'une application concrète.

De nombreux éléments recueillis dans le monde entier montrent que les gouvernements, avec l'appui de la communauté internationale et des autres parties intéressées, prennent au sérieux leur engagement de protéger et d'encourager la santé et le bien-être nutritionnel du nourrisson, du jeune enfant et de la femme enceinte et allaitante.¹ Un des résultats tangibles durables de la Conférence internationale sur la nutrition, à savoir la Déclaration mondiale sur la nutrition, offre une vision stimulante d'un monde transformé.

La présente stratégie nationale donne au gouvernement et aux autres principaux agents de la société une occasion précieuse et un instrument pratique pour se vouer une nouvelle fois, individuellement et collectivement, à la protection, à l'encouragement et au soutien d'une alimentation sûre et adéquate

REFERENCES

1. Child Survival. The Lancet Series 2003
2. Santé néonatale. The Lancet Series 2004
3. Maternal and Child Under-nutrition. The Lancet Series. 2008
4. Planning meeting for the implementation of the Global Strategy for Infant and Youth Child feeding. Harare, Zimbabwe. November 2002
5. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child feeding. Fifty-fifth World Health Assembly, 16 April 2002.
6. Nutrition Essentials. A Guide for health Managers. WHO, UNICEF, BASICS. 1999
7. Anderson, Per-Pinstrup, 1981. Nutritional consideration into Agricultural and Rural Development, International Food Policy Research Institute; Washington D.C U.S.A. Food and Nutrition Bulletin Vol. 4, 2, 1981.
8. MICS (Multi-Indicators Cluster Survey. République Démocratique du Congo. 2000
9. UN Development Program. Human Development Report Beyond Scarcity : Power, Poverty & Water Crisis – New York. 2006
10. République Démocratique du Congo Enquête Démographique et Sanitaire., Rapport préliminaire. 2007
11. Enquête sur l'avitaminose A. République Démocratique du Congo 1998
12. Enquête nationale sur la lutte contre les TDCI. République Démocratique du Congo 2006
13. Cours de formation en AEN. Paidoyer et mise à jour technique pour les responsables des programmes et nutrition et de santé. 2007
14. Michael Golden and Yvonne Grellety. The Management of Acute, Severe Malnutrition, a suggested manual for République Démocratique du Congo.
15. Facts for Feeding: Recommended Practices to Improve Infant Nutrition During the First Six Months. Linkages Academy for Educational Development, September 2001.
16. Breastfeeding and Maternal Nutrition. From Linkages Project. 2000.
17. Breastfeeding and Maternal Nutrition - Frequently Asked Questions (FAQ), from Linkages Project, July 2003.
18. Exclusive Breastfeeding, the Only Water Source Young Infants Need. Linkages Academy for Educational Development, 2002.

19. Essential Health Sector Actions to Improve Maternal Nutrition in Africa, Mother to Mother Support for Breastfeeding, and Lactation Amenorrhea Method. A series paper from Linkage Academy for Educational Development.
20. Vitamin A Supplements, (Suppléments de vitamine A) Second Edition, Prepared by a WHO/UNICEF/IVACG Task Force. World Health Organization, Geneva, 1997.
21. Facts for Feeding: Breastmilk: A Critical Source of Vitamin A for Infants and Young Children. (Faits pour l'alimentation- le lait maternel: une source essentielle de vitamine A pour les enfants et les jeunes enfants) Linkages Academy for Educational Development, October 2001.
22. Anemia Prevention and Control: What Works, (Prévention et lutte contre l'anémie: ce qui marche) USAID, The World Bank, UNICEF, PAHO, FAO, the Micronutrient Initiative, WHO, June 2003.
23. Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination – A guide for programme managers, (Evaluation des troubles dus à la carence en iode et suivi de leur élimination – un guide pour les responsables de programme) Second Edition. United Nations Children's Fund, WHO 2001.