

BURKINA FASO
MINISTRE DE LA SANTE
Direction de la Nutrition



**LE PAQUET DE SERVICES MINIMUM POUR
L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE
ENFANT EN SITUATION D'URGENCE (ANJE-U) ET LE
CADRE DE SUIVI POUR LE BURKINA FASO**



REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont à l'Alliance Technique du Global Nutrition Cluster pour son appui technique et à tous ceux qui ont participé à l'élaboration du paquet de services minimum de la ANJE-U pour Burkina Faso. La

majorité du contenu fourni dans ce sommaire a été adapté des Orientations opérationnelles sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations d'urgence (IFE Core Group 2017).

Nous remercions tout particulièrement les personnes suivantes pour leur soutien et leurs commentaires lors de l'élaboration de ce paquet de services minimum :

- Le ministère de la Santé y compris la Direction de la Nutrition, les différentes directions des Régions et les Districts Sanitaires
- L'équipe de l'UNICEF, Burkina Faso
- L'équipe d'appui technique de l'Alliance technique du Global Nutrition Cluster
- Les partenaires du Cluster Nutrition au Burkina Faso, y compris les ONG International et les ONG nationales/locales.

Introduction

Au Burkina Faso, la malnutrition demeure un problème de santé publique malgré l'amélioration des indicateurs constatée ces dix dernières années. En effet, de 2009 à 2020, la prévalence du retard de croissance est passée

de 35,1% à 24,9% et la prévalence de la malnutrition aiguë globale est passée de 11,3% à 9,1% avec une stagnation depuis 2017¹.

Les facteurs contributifs à la malnutrition aiguë sont principalement l'apport alimentaire inadéquat, les prévalences élevées de morbidités infantiles (notamment pneumonie, diarrhée et paludisme) associé au risque de survenue d'épidémies (rougeole, choléra...), les mauvaises conditions d'hygiène (inaccessibilité à des installations d'assainissement), la faible couverture d'accès à l'eau potable ; les pratiques inappropriées d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, etc.

... Selon l'ENN en 2020, 63,4% des enfants de 0-23 mois ont bénéficié d'une mise au sein précoce. En outre, l'allaitement exclusif était de 64,3%. L'alimentation minimale acceptable, qui est un indicateur composite de la fréquence des repas et de la diversité alimentaire était de 21,9 %. Bien que la fréquence des repas soit bonne (76,9 %), l'alimentation n'était pas diversifiée (29,2 %), ce qui indique un apport insuffisant en nutriments.

L'initiation précoce à l'allaitement peut prévenir environ 20 % des décès² de nouveau-nés et réduire d'environ 36 % la mortalité néonatale due aux infections³. Avec un taux de mortalité néonatale de 26 décès pour 1000 naissances vivantes selon l'UNICEF, il est impératif d'améliorer l'initiation précoce à l'allaitement. Les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant recommandées doivent être protégées, soutenues et encouragées pendant les situations d'urgence.

Depuis 2015, le Burkina Faso est confronté à une crise sécuritaire qui s'est aggravée en 2018. Cette situation a entraîné la perturbation des moyens de subsistance, des déplacements internes massifs de populations et l'inaccessibilité des services publics, notamment des services de santé et de nutrition. Tous ces facteurs ont contribué à la détérioration de l'état nutritionnel de la population. En février 2022, 1.814 millions de personnes sont déplacées internes dont 314,373 enfants de moins de 5 ans et 797,705 enfants supérieurs à 5 ans soit une proportion de 61.3% d'enfants. Selon le cadre harmonisé de Mars 2022, 3,453 millions de personnes sont estimées en insécurité alimentaire pendant la période de juin à Août 2022 et dans le besoin d'assistance alimentaire pendant la saison de soudure de 2022.

Les déplacements forcés, les facteurs de stress quotidiens et l'exposition accrue à des événements traumatisants, notamment la violence basée sur le genre (VBG), provoquent souvent d'énormes traumatismes sociaux, mentaux et psychosociaux. Les facteurs de stress quotidiens entraînent des mécanismes d'adaptation négatifs et réduisent les comportements de recherche d'aide. Tout cela peut conduire à un déclin de la santé mentale, ce qui a un impact sur la capacité de prise en charge. Les informations sur l'ampleur de l'impact sur la santé mentale dans les régions touchées par l'urgence font défaut, mais cela ne devrait pas éliminer la nécessité de garantir l'accès aux services de santé mentale et de soutien psychosocial. La recommandation selon les Normes Sphères est de

¹ L'enquête nationale sur la nutrition en utilisant la méthode SMART. Le rapport sur la première enquête menée au pays est d'août 2009

² Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. Bellagio child survival study group. How many child deaths can we prevent this year? Lancet. 2003;362:65–71

³ Mullany LC, Katz J, Li YM, Khatry SK, LeClerq SC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. J Nutr. 2008;138:599–603

s'assurer que toutes les personnes de tous âges ont accès à des soins de santé qui traitent des conditions de santé mentale et du fonctionnement associé. Ces soins de santé devraient inclure des services de premiers soins psychologiques largement disponibles - une réponse de soutien non clinique à la souffrance.

C'est dans ce sens que le Ministère de la santé et de l'hygiène publique avec l'appui de Global Nutrition Cluster et ses partenaires techniques et financiers a élaboré ce document d'orientations sur la mise en œuvre des services pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence (ANJE-U) pour les populations affectées au Burkina Faso.

L'importance de l'ANJE-U

Les pratiques ANJE recommandées contribuent à réduire les risques de malnutrition, morbidité et mortalité en situations d'urgence. En général, l'allaitement est l'intervention la plus rentable afin d'améliorer les chances de survie d'un enfant. Selon les estimations, le passage à l'échelle de l'allaitement pourrait empêcher plus de 820,000 décès annuels, ou 13% de tous les décès des enfants âgés moins de 24 mois⁴. Les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires peuvent être réduites de 50% et 33% respectivement à travers l'allaitement recommandé⁵.

Dans les situations d'urgence au Burkina Faso, les facteurs tels que l'insécurité alimentaire, l'accès limité à l'eau potable, la perte de structures sociales qui soutiennent les pratiques d'ANJE, les responsabilités ménagères accrues, l'augmentation des donations de Substituts de Lait maternel (SLM), les perturbations des services de santé et de nutrition de base et l'augmentation des taux de violence basée sur le genre sont souvent présents, ce qui peut compromettre et perturber l'allaitement et les autres pratiques d'alimentation des nourrissons. Dans ce contexte, l'allaitement garantit des sources d'aliments sûrs, nutritionnels et accessibles pour les nourrissons et les jeunes enfants, et un bouclier protecteur contre les maladies et la mort. Le fait de ne pas protéger l'allaitement et l'alimentation complémentaire pendant les situations d'urgence a des conséquences néfastes. Le Guide opérationnel-IFE 2017 recommande : « Dans toute situation d'urgence, il est nécessaire d'évaluer et d'agir pour protéger et soutenir les besoins nutritionnels et les soins des nourrissons allaités et non allaités et des jeunes enfants. Il est important de tenir compte des pratiques courantes, de l'environnement des maladies infectieuses, des sensibilités culturelles et des besoins et préoccupations exprimées par les mères et les soignants lors de la détermination des interventions »

Le paquet de services minimum

L'ANJE-U est souvent négligée dans les situations d'urgence. Sur ce, il est essentiel que les plans de préparation et d'intervention étatiques et les acteurs humanitaires prennent en compte l'ANJE-U en planifiant la mise en œuvre du paquet de services minimum décrit dans ce document en tant qu'élément essentiel de toutes les

⁴ Victora CG, Bahl R, Barros A et al. L'allaitement au 21^{ème} siècle : épidémiologie, mécanisme et effets durables. Lancet, 2016 ;387 :475-490.

⁵ Les effets à court-terme de l'allaitement : révision systématique des bénéfices de l'allaitement sur la mortalité liée à la diarrhée et la pneumonie. Horta et Victora, 2013.

interventions d'urgence en matière de santé et de nutrition. Le paquet de services minimum pour l'ANJE-U comprend les interventions basiques et techniques qui peuvent être mises en œuvre à travers différents secteurs, et qui sont spécifiques aux secteurs de la nutrition et de la santé.

C'est un ensemble d'interventions vitales et cruciales intersectorielles qui doivent être instaurées en réponse aux besoins en alimentation des UNICEF Burkina Faso. Ce paquet comprend les interventions ANJE supplémentaires qui peuvent être mises en œuvre, en se basant sur le contexte spécifique des situations d'urgence et les besoins des populations touchées, si toutefois une évaluation des besoins est entreprise.

But

Protéger le statut de nutrition, de santé et de survie des nourrissons et des jeunes enfants à travers la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement; garantir l'alimentation de complément sûre, appropriée et à l'âge approprié ; soutenir l'alimentation à l'âge approprié pour les enfants non allaités ; respecter le Code de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM) et améliorer la nutrition maternelle en situations d'urgence.

Cible

La cible de ce paquet sont les enfants de 0 à 23 mois ainsi que les femmes enceintes et allaitantes.

Objectif globale

Réduire la mortalité et la morbidité excessive des néonatale, infantile et juvénile à travers un accès amélioré des services et une mise en œuvre des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence.

Objectifs spécifiques

- Assurer la coordination des interventions d'ANJE-U aux populations touchées par l'urgence ;
- Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement et les autres pratiques d'ANJE durant les situations d'urgence ;
- Faciliter et soutenir une alimentation adéquate et des soins appropriés pour les nourrissons et les jeunes enfants en situation d'urgence avec l'implication des secteurs clés;
- Soutenir les mères et les autres personnes s'occupant des enfants afin de leur permettre de nourrir et de soigner leurs nourrissons et jeunes enfants conformément aux recommandations en cas d'urgence.

Acteurs de mise en œuvre

Le paquet cible tous les fournisseurs de services de santé et de nutrition en tant que responsables, à tous les niveaux, et le personnel d'intervention dans les situations urgentes au Burkina-Faso.

Les services ANJE-U minimums.

Les services d'ANJE-U comprennent aussi des activités supplémentaires qui peuvent être mises en œuvre en fonction de la situation d'urgence. Il est impératif que les activités suivantes soient entreprises au début de chaque situation d'urgence afin de garantir une mise en œuvre efficace du paquet de services minimum :

- Plaidoyer pour que les services adéquats soient mis en place et pour que les femmes enceintes et allaitantes soient priorisées une fois que les ressources sont limitées.
- Fournir les informations et les systèmes de référence afin d'aider les femmes à accéder aux services pertinents. Travailler avec les partenaires dans d'autres secteurs impliqués avec les femmes enceintes et allaitantes et les enfants moins de deux ans qui doivent savoir quelles sont les différentes activités et systèmes d'orientation, les lieux, les heures de travail et les autres aspects de travail pertinents afin de fournir aux mères/soignants les informations appropriées
- Favoriser et pratiquer la priorisation des femmes enceintes et allaitantes pour qu'elles aient accès à tous les services. Par exemple : des rangs propres à elles pour recevoir des services et des commodités ; des aliments spécifiques et des aliments enrichis en micronutriments ; la sécurité et la sûreté afin de réduire les risques de survenue des maladies.
- Eviter la séparation des enfants de leur mères/gardiennes :
 - Garantir que les programmes n'entraînent pas la séparation des mères/ gardiennes de leurs enfants ;
 - Garantir l'accès aux services de réunification,
- Renforcement des capacités par des formations, des orientations et des sensibilisations:
 - Sensibiliser le personnel concerné dans tous les secteurs à soutenir l'ANJE, y compris le personnel du gouvernement, les chefs de secteur/groupe, les donateurs, le personnel d'intervention rapide, les bénévoles et les médias ;
 - Prioriser l'orientation du personnel existant sur l'ANJE ;
 - Former le personnel sur l'ANJE-U y compris le soutien technique spécialisé et l'orientation afin de fournir du soutien pour les enfants non-allaités ;
 - Sensibiliser/orienter tout le personnel en contact avec les enfants âgés de moins de 2 ans afin de détecter et d'être sensible aux problèmes psychosociaux /santé mentale et aux systèmes d'orientation.

Le tableau ci-dessous fournit un aperçu des actions ANJE-U clés à mettre en œuvre.

Tableau 1 : Paquet de services ANJE-U minimums

Activités multisectorielles de base (l'inclusion de la nutrition et d'autres secteurs dans l'intervention d'urgence)	
Intervention	Activités
Coordination,	<ul style="list-style-type: none"> • Réviser les plans, les politiques et les procédures existantes afin de prendre en compte la situation d'urgence • Désigner une structure de coordination et activer un mécanisme de suivi de l'ANJE-U

communication et plaidoyer de l'ANJE durant la situation d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer et diffuser une déclaration conjointe sur l'ANJE-U • Réaliser une enquête ANJE-U en tant qu'évaluation rapide multisectorielle au début d'une urgence afin de déterminer les besoins IFE. • Réaliser des évaluations ANJE-U au cours de l'intervention afin de recadrer les aspects programmatiques et opérationnels de l'intervention • Orienter tous les secteurs sur le Code SLM, les donations de SLM, les mécanismes de suivi et de l'élaboration de rapports concernant les violations du Code SLM.
Enregistrer les ménages avec des femmes enceintes ou allaitantes, des enfants âgés de 0 à 23 mois et les groupes à risque plus élevé	Toutes les femmes enceintes et allaitantes ainsi que les enfants de moins de 2 ans, doivent être enregistrés à tous les points de contact opportun. Les informations recueillies doivent comprendre les démographies et les autres groupes vulnérables (les femmes enceintes et allaitantes, les enfants âgés de 0 à 6 mois ; de 6 à 11 mois ; de 12 à 23 mois ; et de 24 à 59 mois, les mères adolescentes, les orphelins outre les ménages monoparentaux et les ménages dirigés par les enfants avec des enfants de moins 2 ans.
Les activités ANJE essentielles (Elles doivent être mises en œuvre le plus tôt possible)	
Etablir des espaces adaptés (Espaces ANJE-U et/ou tentes maman/bébé)	Créer des espaces ANJE-U dans les centres existant et des tentes/zones mamans-bébés dans les sites des PDI afin de fournir aux mères un endroit sécurisé pour allaiter et pour garantir l'accès aux services de soutien qualifiés incluant des soins de santé, l'évaluation nutritionnelle, le soutien psychosocial et le système de référence. Les espaces mobiles doivent être pris en considération où les services de santé et de nutrition sont fournis à travers les cliniques mobiles.
Soutenir la mise au sein précoce et l'allaitement exclusif	<ul style="list-style-type: none"> • Les agents de santé soutiennent les mères à mettre leurs nouveau-nés au sein dans l'heure suivant leur naissance. Ceci inclus : <ul style="list-style-type: none"> - Conseiller les femmes enceintes sur la Mise au sein précoce (MSP) et l'allaitement - Parler du contact peau à peau ininterrompu - Conseiller le « rooming In » pour les nouveau-nés - Aider les mères à allaiter (attachements et positions) • Fournir une orientation en tête à tête et référer le cas au soutien spécialisé, si besoin. • Distribuer des kit bébés ou autres (si disponibles)
Soutenir l'alimentation de base	Le personnel de santé de première ligne doit être capable de : <ul style="list-style-type: none"> • Mener une évaluation rapide de la situation afin de déterminer les pratiques d'ANJE chez les enfants de 0 à 23 mois (au niveau individuel) et d'effectuer des références pour une évaluation plus approfondie si nécessaire. Les

<p>de première ligne (évaluation rapide, soutien pratique et systèmes de référence)</p>	<p>évaluations doivent être entreprises à n'importe quel point de contact pour les enfants âgés de moins de 2 ans. Cela comprend les espaces qui soutiennent l'ANJE-U, les programmes de prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau communautaire, les visites à domicile, les points de distribution des vivres, les stratégies avancées/mobiles, les services de maternité, services de santé mentale etc. Les agents de santé formés sur l'ANJE-U doivent effectuer les évaluations approfondies.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fournir une assistance pratique aux couples mères/gardiennes -d'enfants qui rencontrent de difficultés pour assurer l'ANJE • Réaliser un counseling individuel • Sensibiliser sur les messages clés ANJE-U • Référer les patients pour recevoir plus de soins et de soutien
<p>Gérer les enfants non-allaités (de sorte à ne pas nuire)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les enfants qui requièrent une alimentation aux SLM temporairement ou pour une durée plus longue en se basant sur l'orientation technique afin de leur fournir le soutien approprié • Travailler avec les mères et explorer d'autres options sûres afin d'allaiter à nouveau à travers la re-lactation ou le recours aux nourrices. • Donner des informations adéquates sur les SLM y compris la non-utilisation des tétines et des biberons. • Prescrire la formule infantile comme dernière option et apporter un soutien adéquat (orientation, approvisionnement durable en SLM, soins de suivi, visites à domicile) <p>Note :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La décision d'adopter l'alimentation aux SLM doit être encadrée par l'avis d'un agent de santé et soutenue par une évaluation afin de garantir une gestion efficace et coordonnée des SLM (coordination, achat, gestion de donations non sollicités, distribution) - Le Code sur la commercialisation des SLM doit être respecté en tout temps
<p>Accéder aux aliments de complément sûrs, adéquats et appropriés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir l'accès à des programmes qui fournissent et améliorent l'accès aux aliments de complément appropriés et sûrs par exemple les aliments fortifiés, les farines enrichies, de la distribution des vivres ; Aliments de supplémentation prêt à l'emploi ; suppléments de micronutriments, bons alimentaires/d'achat, programmes de sécurité alimentaire, etc. • Sensibiliser et recommander des aliments de complément appropriés selon l'âge tout en soulignant le message sur l'importance de la fréquence, la quantité, la texture, la variété, l'hygiène et être attentif durant les repas et l'allaitement continu

<p>Offrir des soins et des conseils nutritionnels aux femmes enceintes et allaitantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dépister les femmes enceintes et allaitantes pour la malnutrition et système de référence • Faire le suivi du gain de poids adéquat chez la femme enceinte • Garantir l'accès à des programmes qui fournissent et améliorent l'accès à l'alimentation par exemple les aliments fortifiés, la distribution des vivres, Aliments de supplémentation prêt à l'emploi, suppléments de micronutriments, bons alimentaires/d'achat. • Garantir que les mères aient accès aux services de maternité • Fournir des rations d'aliments et d'eau supplémentaires pour les femmes enceintes et allaitantes • Fournir un soutien psychosocial et de référence appropriée. • Fournir des services de soutien et de référence pour la VBG
<p>Santé mentale et soutien psychosocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure la santé mentale et le soutien psychosocial dans les évaluations des besoins ANJE-U • S'assurer que les agents de santé possèdent les compétences pour fournir les premiers soins psychologiques, assurer une gestion simple du stress. • Identifier et orienter les personnes qui ont besoin d'un soutien de santé mentale et psychosocial . • Inclure la stimulation des enfants et les activités de jeu dans les espaces qui soutiennent l'ANJE-U
<p>Activités supplémentaires basées sur les résultats de l'évaluation des besoins pour une situation d'urgence spécifique</p>	
<p>Moyens de préparer les aliments de complément</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir l'équipement de cuisine et les sources d'énergie • Offrir des espaces sûrs pour la préparation des aliments • Offrir une protection pour les mères qui vont chercher du bois et de l'eau
<p>Groupes de soutien pour les mères (modification du GASPA existant en fonction de la possibilité)</p>	<p>Soutenir les mères afin qu'elles poursuivent leurs activités, comme les discussions sur les sujets d'ANJE-U et le soutien aux nouvelles mères pour les aider à allaiter.</p>
<p>Soutien de l'ANJE durant les épidémies exemple : choléra,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plaidoyer pour la prise en compte de l'ANJE-U dans le plan de préparation et réponse d'intervention en cas d'urgence. • Adapter et standardiser les messages ANJE aux messages de santé publique sur les flambées de maladies, y compris des informations claires sur les idées fausses courantes susceptibles d'être perpétuées.

Ebola, Covid-19	<ul style="list-style-type: none"> • Assurez-vous que les services ANJE-U (par exemple, le conseil) sont intégrés dans les centres de traitement. • S'assurer que l'ANJE est inclus dans les protocoles de traitement, de communication des risques et (le cas échéant) de vaccination • Respecter et mettre en œuvre l'orientation nationale et globale sur l'ANJE-U durant une situation d'urgence précise. • Pour soutenir le traitement et la récupération : fournir des aliments de complément sûrs et adéquats sur le plan nutritionnel aux enfants de 6 mois à 2 ans et soutenir la nutrition maternelle.
-----------------	--

Suivi de la mise en œuvre des interventions ANJE-U

Toutes les interventions soutenant les pratiques d'ANJE-U qu'elles soient sensibles ou spécifiques doivent faire l'objet d'un suivi régulier afin d'évaluer le progrès et cerner les résultats ; il faut aussi les évaluer périodiquement afin de déterminer l'efficacité des actions prises et le progrès vers la réalisation des objectifs du programme. Le cadre de travail (Tableau 2) ci-dessous décrit les indicateurs à utiliser afin d'évaluer la mise en œuvre du paquet de services de base minimums pour l'ANJE-U en plus des indicateurs ANJE-U déjà existants selon lesquels ces données ont été recueillies. Tous les partenaires de l'intervention d'urgence doivent faire l'effort d'utiliser les mêmes indicateurs convenus par les clusters/groupes de travail, et recueillir les mêmes informations afin d'harmoniser l'élaboration de rapports. Lorsque la structure de coordination prend la décision d'effectuer une évaluation approfondie de la situation de l'ANJE-U, les indicateurs mis à jour de l'OMS⁶ doivent être utilisés comme listés dans le Tableau 3.

Directives pour un suivi et une évaluation efficace des activités ANJE-U

- Inclure les pratiques et la capacité existantes d'ANJE/U dans les évaluations rapides multisectorielles au début de la situation d'urgence :
 - Allaitement exclusif
 - Introduction des aliments solides et semi-solides
 - Fréquence des repas pour les enfants âgés de 6 à 59 mois
 - Distribution et donations des SLM
 - Soins offerts aux enfants non-allaités
 - Soins offerts aux femmes enceintes et allaitantes
 - Distribution confirmée de la formule infantile, lait en poudre ou liquide pour la population touchée
 - Distribution confirmée de la formule infantile, lait en poudre ou liquide pour les enfants âgés

⁶ Indicateurs ANJE de l'OMS et de l'UNICEF <https://www.who.int/publications/i/item/9789240018389>

entre 0 et 2 ans.

- Prendre en considération l'incorporation des indicateurs ANJE-U dans les systèmes d'informations de santé nationaux et tout autre système parallèle d'élaboration de rapports en situations d'urgence ;
- Tous les points de prestation de services y compris les centres mobiles doivent avoir des registres sur les informations clefs en utilisant les outils nécessaires pour recueillir des données et élaborer des rapports.
- L'élaboration des rapports doit respecter une fréquence hebdomadaire ou mensuelle à l'exception des cas où le contexte de la situation requiert une élaboration de rapports ad hoc Exemple : Besoins urgents en intrants complémentaires pour une réponse rapide suite à une dégradation rapide de la situation, dons inopinés en intrants et vivres.
- Les informations doivent être collectées en utilisant les canaux existants.
- Prendre en considération la couverture.

Tableau 2 : Cadre de suivi et liste des indicateurs clés de réponse ANJE-U.

Action	Indicateur	Définition	Formule	Base de référence	But	Source des données
L'adhésion aux politiques, lignes directrices et normes	Politiques/stratégies d'ANJE-U développées qui reflètent l'orientation opérationnelle IFE	Politiques/stratégies d'ANJE-U développées qui reflètent l'orientation opérationnelle IFE.	N/A	0		
Coordination, communication et plaidoyer	Une structure de coordination pour l'ANJE-U est désigné	Une structure de coordination pour l'ANJE- U est désigné	N/A			
	Un organe qui gère les donations des SLM, produits laitiers, biberons et tétines est désigné	Un organe qui gère les donations des SLM, produits laitiers, biberons et tétines est désigné	N/A			
	Publication en temps utile d'une déclaration commune.	La structure de coordination publie une déclaration commune dans les deux semaines suivant le début de l'urgence (dans 2 semaine ou le plus tôt possible au début de l'urgence).	N/A			
	% des partenaires du cluster nutrition fournissant un soutien ANJE-U.	Les partenaires du cluster nutrition qui incorporent une composante ANJE-U dans leur intervention nutritionnelle en situation d'urgence	Numérateur : nombre de partenaires du cluster nutrition qui incorporent une composante ANJE-U dans leur intervention nutritionnelle en situation d'urgence Dénominateur : nombre total de partenaires de nutrition en situations d'urgence			5W
	% des formations sanitaires qui offrent des services ANJE-U.	Nombre des centres de santé y compris les cliniques mobiles qui offrent des services ANJE-U.	Numérateur: Nombre des centres de santé y compris les cliniques mobiles qui offrent des services ANJE-U Dénominateur : Nombre total des centres de santé y compris les			

			cliniques mobiles durant les situations d'urgence			
Développement des capacités	(%) d'agents de santé formés sur l'ANJE et orientés sur l'ANJE-U	Nombre d'agents de santé formés sur l'ANJE et orientés sur l'ANJE-U	<p>Numérateur : Nombre d'agents de santé formés sur l'ANJE à la lumière du programme du plan de passage à l'échelle actuel et qui ont reçu une orientation ANJE-U.</p> <p>Dénominateur : Nombre total d'agents de santé formés sur l'ANJE à la lumière du programme du plan de passage à l'échelle actuel</p>			
	# (%) d'agents de santé formés sur l'ANJE-U	Nombre d'agents de santé formés sur l'ANJE-U	<p>Numérateur : nombre d'agents de santé formés sur l'ANJE-U dans le cadre de l'intervention en situation d'urgence</p> <p>Dénominateur : Nombre total d'agents de santé dans le domaine de l'urgence</p>			
	# (%) d'agents de santé formés en tant que conseillers ANJE-U	Nombre des agents de santé formés en tant que conseillers ANJE-U	<p>Numérateur : nombre d'agents de santé formés sur l'ANJE-U dans le cadre de l'intervention en situation d'urgence</p> <p>Dénominateur : Nombre total d'agents de santé dans la zone de l'urgence</p>			
	# (%) de centres de santé qui emploient au moins un conseiller compétent en ANJE-U	Nombre de centres de santé qui emploient un/des conseiller/s formé/s en ANJE-U	<p>Numérateur : Nombre de centres de santé qui emploient un/des conseiller/s formé/s en ANJE-U</p> <p>Dénominateur : Nombre total de centres de santé dans la zone de l'urgence</p>			

	# (%) des centres qui emploient au moins 1 agent de santé formé à identifier les problèmes psychosociaux, la prestation de premiers secours psychologiques et les systèmes d'orientation	Nombre de centres qui emploient un/des agent/s de santé formé/s à identifier les problèmes psychosociaux, la prestation de premiers secours psychologiques et les systèmes d'orientation	Numérateur : nombre de centres qui emploient au moins 1 agent de santé formé à identifier les problèmes psychosociaux, la prestation de premiers secours psychologiques et les systèmes d'orientation Dénominateur : Nombre total de centres de santé dans la zone de l'urgence			
Soutien à l'allaitement	# (%) de femmes allaitantes qui ont accès aux espaces soutenant l'ANJE-U	Nombre de mères allaitantes d'enfants âgés entre 0 et 2 ans et qui ont accès aux espaces soutenant l'ANJE-U	Numérateur : Nombre total de femmes allaitantes qui ont accès aux espaces soutenant l'ANJE-U Dénominateur : Nombre total estimé des femmes allaitantes			
	# (%) de partenaires qui incorporent le soutien aux mères allaitantes comme composant d'un programme spécifique	Nombre de partenaires qui incorporent le soutien aux mères allaitantes comme composant d'un programme spécifique	Numérateur : Nombre de partenaires qui incorporent le soutien aux mères allaitantes comme composant d'un programme spécifique Dénominateur : Nombre total de partenaires dans les interventions d'urgence			
	# (%) de nouvelles mères qui pratiquent l'allaitement exclusif à leur sortie d'un centre de santé	Nombre de mères qui ont été soutenues par les agents de santé pratiquant les 10 conditions pour réussir l'allaitement	Numérateur : nombre total de nouvelles mères qui pratiquent l'allaitement maternel exclusif à leur sortie d'un centre de santé Dénominateur : nombre total de naissances vivantes dans un centre de santé			
	# (%) de femmes enceintes et allaitantes qui ont été orientées sur l'ANJE-U au moins une fois (counseling individuel)	Nombre de femmes enceintes et allaitantes qui ont reçu un counseling en tête à tête au moins une fois (counseling individuel)	Numérateur : Nombre total de femmes allaitantes qui ont reçu un counseling sur l'ANJE-U en tête à tête au moins une fois (counseling individuel) Dénominateur : Nombre total			

			estimé de femmes allaitantes			
Soutien à l'alimentation de base de première ligne	# (%) de femmes enceintes et allaitantes qui ont reçu des conseils ANJE-U au moins une fois (counseling individuel)	Nombre de femmes enceintes et allaitantes qui ont reçu des conseils ANJE-U au moins une fois(counseling individuel)	Numérateur : Nombre de femmes enceintes et allaitantes qui ont reçu des conseils ANJE-U au moins une fois (counseling individuel) Dénominateur : Nombre total estimé de femmes enceintes et allaitantes			
	# (%) de femmes allaitantes ayant des enfants âgés de 0 à 6 mois et qui ont reçu des conseils ANJE-U au moins une fois (counseling individuel)	Nombre de femmes allaitantes ayant des enfants âgés de 0 à 6 mois et qui ont reçu des conseils ANJE-U au moins une fois (counseling individuel)	Numérateur : Nombre de femmes allaitantes ayant des enfants âgés de 0 à 6 mois et qui ont reçu des conseils ANJE-U au moins une fois (counseling individuel) Dénominateur : Nombre total estimé de femmes allaitantes ayant des enfants âgés de 0 à 6 mois			
	# (%) de femmes allaitantes/gardiennes ayant des enfants âgés de 6 à 23 mois et qui ont reçu des conseils ANJE-U au moins une fois (counseling individuel)	Nombre de femmes allaitantes/gardiennes ayant des enfants âgés de 6 à 23 mois et qui ont reçu des conseils ANJE-U au moins une fois (counseling individuel)	Numérateur : Nombre de femmes allaitantes/gardiennes ayant des enfants âgés de 6 à 23 mois et qui ont reçu des conseils ANJE-U au moins une fois (counseling individuel) Dénominateur : Nombre total estimé d'enfants âgés de 6 à 23 mois			
Gestion des SLM	# (%) des partenaires qui distribuent les SLM et qui offrent une éducation et une formation pratique sur la préparation sûre des SLM	Nombre de partenaires qui distribuent les SLM et qui offrent une éducation et une formation pratique sur la préparation sûre des SLM pour les soignants	Numérateur : Nombre de partenaires qui distribuent les SLM et qui offrent une éducation et une formation pratique sur la préparation sûre des SLM pour les soignants Dénominateur : Nombre total de partenaires qui distribuent des			

			SLM			
Le Code	# (%) de partenaires qui fournissent des BMS qui incluent une éducation et une formation pratique sur la préparation sûre des SLM.	Nombre de partenaires qui fournissent des BMS qui incluent une éducation et une formation pratique sur la préparation sûre des SLM.	Numérateur : Nombre de partenaires qui fournissent des BMS qui incluent une éducation et une formation pratique sur la préparation sûre des SLM. Dénominateur : Nombre total de partenaires qui distribuent SLM			
L'accès aux aliments de compléments sûrs, adéquats et appropriés	(%) d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent des aliments enrichis en MNP	Nombre d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent les poudres de micronutriments MNP	Numérateur : Nombre d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent des aliments enrichis en MNP Dénominateur : Nombre total estimé d'enfants âgés de 6 à 23 mois			
	(%) d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent des aliments enrichis en LNS	Nombre d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent les LNS	Numérateur : Nombre d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent des aliments enrichis en LNS Dénominateur : Nombre total estimé d'enfants âgés de 6 à 23 mois			
	# (%) d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent la farine infantile enrichie en situation d'urgence/zone d'urgence	Nombre d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent la farine infantile enrichie en situation d'urgence/zone d'urgence	Numérateur : Nombre d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent la farine infantile enrichie en situation d'urgence/zone d'urgence Dénominateur : Nombre total estimé d'enfants âgés de 6 à 23 mois			

Tableau 3 : les indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

#	Indicateur	Abréviation	Groupe d'âge	Définition
Indicateurs d'allaitement				

1	Jamais allaités	EvBF	Les enfants nés dans les 24 mois précédents	Pourcentage d'enfants nés dans les 24 derniers mois et qui n'ont jamais été allaités
2	Initiation précoce de l'allaitement maternel	EIBF	Les enfants nés dans les 24 mois précédents	Pourcentage d'enfants nés dans les 24 derniers mois et mis au sein dans l'heure suivante de leur naissance
3	Allaitement maternel exclusif durant les deux premiers jours après la naissance	EBF2D	Les enfants nés dans les 24 mois précédents	Pourcentage d'enfants nés dans les 24 derniers mois et qui sont exclusivement allaités au sein durant les deux premiers jours après leur naissance
4	Allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois	EBF	Les nourrissons âgés de 0 à 5 mois	Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 5 mois et qui ont été exclusivement nourris au lait maternel la veille
5	Alimentation mixte pour les mois de 6 mois	MixMF	Les nourrissons âgés de 0 à 5 mois	Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 5 mois et qui ont été nourris de formule infantile et/ou lait animal couplé avec du lait maternel
6	Allaitement continu de 12 à 23 mois	CBF	Les enfants âgés de 12 à 23 mois	Pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois et qui ont été exclusivement nourris au lait maternel la veille
Indicateurs de l'alimentation de compléments				
7	L'introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous pour les enfants âgés de 6 à 8 mois	ISSSF	Les nourrissons âgés de 6 à 8 mois	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 8 mois ayant consommé des aliments solides, semi-solides ou mous la veille
8	Diversité alimentaire minimale pour les enfants âgés de 6 à 23 mois	MDD	Les enfants âgés de 6 à 23 mois	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments et des boissons d'au moins 5 sur 8 groupes alimentaires la veille
9	Fréquence d'alimentation minimale pour les enfants âgés de 6 à 23 mois	MMF	Les enfants âgés de 6 à 23 mois	Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments solides, semi-solides ou mous (mais aussi recevant du lait

				pour les enfants non-allaités au lait maternel) un nombre minimum de fois ou plus durant la veille
10	Fréquence d'alimentation minimale pour les enfants non-allaités âgés de 6 à 23 mois	MMFF	Les enfants âgés de 6 à 23 mois	Pourcentage d'enfants non allaités âgés de 6 à 23 mois ayant consommé au moins deux fois du lait non maternel la veille
11	Régime minimum acceptable pour les enfants âgés de 6 à 23 mois	MAD	Les enfants âgés de 6 à 23 mois	Pourcentage des enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommé un régime minimum acceptable la veille
12	*Consommation d'œufs et de la chaire par les enfants âgés de 6 à 23 mois	EFF	Les enfants âgés de 6 à 23 mois	Pourcentage des enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommé des œufs et/ou de la chaire la veille
13	*Consommation de boissons sucrées par les enfants âgés de 6 à 23 mois	SwB	Les enfants âgés de 6 à 23 mois	Pourcentage des enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommé des boissons sucrées la veille
14	*Consommation d'aliments malsains par les enfants âgés de 6 à 23 mois	UFC	Les enfants âgés de 6 à 23 mois	Pourcentage des enfants âgés de 6 à 23 mois ayant consommé des aliments malsains la veille
15	*Aucune consommation de fruits ou de légumes par les enfants âgés de 6 à 23 mois	ZVF	Les enfants âgés de 6 à 23 mois	Pourcentage des enfants âgés de 6 à 23 mois n'ayant consommé aucun fruit ou légume la veille
Autres indicateurs				
16	Alimentation au biberon pour les enfants âgés de 0 à 23 mois	BoF	Les enfants âgés de 0 à 23 mois	Pourcentage des enfants âgés de 0 à 23 mois ayant été nourris au biberon la veille

17	Aucune consommation de fruits ou de légumes	AG	Les nourrissons âgés de 0 à 5 mois	Pourcentage des nourrissons âgés de 0 à 5 mois qui ont été exclusivement nourri au lait maternel et à l'eau ; de lait maternel et de liquides non-laitiers ; du lait maternel et du lait animal/formule infantile ; de lait maternel et d'alimentation de compléments ; et non allaités la veille
----	---	----	------------------------------------	---

* *Nouvel indicateur*

Note: Des 17 indicateurs, sept sont nouveaux et 4 indicateurs du document de 2008 «Les indicateurs pour l'évaluation des pratiques de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant – Partie I & II » ont été exclus. Il y a trois nouveaux indicateurs sur les aliments malsains et la consommation de boissons ; mais il n'y a aucune corrélation entre les indicateurs clefs et les indicateurs optionnels comme c'était le cas auparavant.