



Technical Rapid Response Team

Revue du système actuel de gestion des Substituts de Laits Maternel (SLM) pour les enfants de moins de 24 mois affectés par la Maladie à Virus Ebola

1. Objectif

- Conduire une évaluation du système actuel de gestion des Substituts de Laits Maternel (SLM) pour les enfants de moins de 24 mois affectés par la Maladie à Virus Ebola ;
- Conduire des consultations avec les acteurs de la riposte ainsi que les bénéficiaires
- Identifier et documenter des approches spécifiques et études des cas ou opportunités de recherches qui méritent d'être approfondies dans le cadre.

2. Portée de l'évaluation

Les domaines suivants seront concernés par l'évaluation :

- Stratégies, Directives et politiques mis en place par le pays (y compris la déclaration commune, le Code de Commercialisation, Directives opérationnelles, Protocoles ANJE-U dans le contexte Ebola, Plan opérationnel ANJE-U dans le contexte Ebola, etc.)
- Gestion des données : Système de suivi, évaluation, redevabilité et apprentissage et les outils
- Outils de sensibilisation dans le contexte Ebola : boîte à image, cartes conseils, dépliants, etc.
- Chaîne d'approvisionnement des Substituts de lait maternel (SLM)
- Cartographie de la capacité des partenaires locaux et internationaux à répondre aux besoins de l'ANJE-U

3. Méthodologie

L'évaluation a été conduite par le conseiller ANJE-U du Tech RRT au cours de la période allant de Février à Mars 2020, dans les sous coordinations de lutte contre la Maladie à virus Ebola (MVE) à Beni, Butembo, Mangina, Komanda et Mambasa dans les provinces du Nord Kivu et Ituri. Les sites visités ont été sélectionnés sur base de la mise en œuvre des activités de la prise en charge au Substitut de Lait Maternel (SLM) des nourrissons non allaités affectés par la maladie à Virus Ebola :

- Mangina – le 26/02/2020 : Discussion avec l'équipe de la crèche Mangina
- Butembo – du 27 au 29/02/2020 : (1) visite d'un bénéficiaire dans la communauté ; (2) CTE Butembo et Crèche Butembo
- Béni – le 08 Février 2019 : Crèche Beni et Nutritionnistes
- Komanda – le 04/03/2020 (1) CS Indou, (2) visite ménage bénéficiaire (3) visite CTE Komanda et crèche en construction
- Mambasa – du 05 au 07/03/2020



Technical Rapid Response Team

La méthodologie d'évaluation utilisée était : l'observation directe, interview, focus groupe de discussion, la revue documentaire ;

Un questionnaire (en annexe) était soumis aux différents participants pour évaluer leur niveau de connaissance en ANJE-U

Il est important de noter que la méthodologie utilisée ici n'a pas de base scientifique dans l'échantillonnage, ni dans le ciblage des sites. Les résultats présentés dans cette évaluation seront à interpréter avec prudence car n'ont pas été soumis à la rigueur de la méthodologie bio statistique. Cette étude a pour visée de donner une image générale sur l'état des lieux de la réponse ANJE-U dans le contexte Ebola.

Les résultats de l'évaluation sont présentés dans ce rapport en comparaisons aux normes décrites dans les Directives opérationnelles ANJE-U des staffs et program Managers du groupe IFE, version 3.0 d'octobre 2017 et des Directives de la gestion des femmes enceintes et allaitantes dans le contexte de la maladie à Virus Ebola, de l'Organisation Mondiale de la Santé, Février 2020.

4. Résultats

A. Système de gestion des SLM

4.1. Approuver ou développer des politiques et assurer la coordination de l'ANJE-U ^[1,2]

Standard : Les gouvernements et les agences devraient avoir des politiques à jour qui traitent adéquatement tous les éléments suivants dans le contexte d'une situation d'urgence : protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel ; la gestion de l'alimentation artificielle ; l'alimentation de complément ; les besoins nutritionnels des femmes enceintes et mères allaitantes; le respect du code international de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM) et résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) ^[3]; la prévention et gestion des dons de SLM ; et l'alimentation du nourrisson dans le contexte des urgences de santé publique et des épidémies de maladies infectieuses. Des dispositions supplémentaires spécifiques au contexte peuvent être nécessaires, par exemple pour les réfugiés ou les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI). Des dispositions peuvent exister en tant que politique autonome et/ou peuvent être intégrées dans d'autres politiques pertinentes. L'UNICEF et l'OMS ont des responsabilités clés dans le soutien des politiques nationales ou sous-nationales en termes de préparation. ^[4]

¹ Sections 1 & 3, IYCF-E Operational guidance v. 3 (IFE 2017) ([Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies \(v3\)](#))

² Standard 4.1 ANJE, Directives Politiques et coordinations, Manuel Sphère, 2018

³ Voir 9 et 10 dans Références Section 8.2 Politique – Politique globale [ici](#)

⁴ Voir 1.1 dans Mesures pratiques Section 1. Approuver ou développer des politique – Politique globale [Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies \(v3\)](#)



Les points ci-dessous vont décrire la situation de ces documents normatifs en RDC.

4.1.1. Existence d’une autorité de coordination de l’Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant dans le contexte d’Urgence (ANJE-U) dans le mécanisme de coordination

Points forts observés :

- Groupe technique de travail ANJE-U (GTT – ANJE-U) au sein du Cluster Nutrition en place et actif sous le lead de l’Unicef. Le GTT-ANJE-U a produit plusieurs documents stratégiques d’orientations techniques sur l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d’urgence en général et en particulier dans le contexte de la Maladie à Virus Ebola (Manuel d’orientation ANJE-U en RDC, Manuel d’orientation sur la promotion, la protection et le soutien de l’ANJE dans le contexte d’Ebola).

Points à améliorer	Recommandations
- Il y a très peu d’acteurs humanitaires actifs dans le domaine de l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d’urgence dans le contexte Ebola au niveau provincial (Nord Kivu et Ituri) et spécifiquement dans la réponse Ebola.	- Susciter l’intérêt des organisations humanitaires sur le terrain pour l’ANJE - Évaluer les besoins et mobiliser les fonds pour financer la mise en œuvre de l’ANJE. - Renforcer les capacités des organisations humanitaires intéressées sur l’ANJE-U

4.1.2. Politiques ANJE-U : Directives opérationnelles ANJE-U, Notes d’orientations ANJE-U dans le contexte Ebola, Déclaration commune en RDC

Points forts observés

- Ressources techniques et financières disponibles pour élaboration des politiques et stratégies
- Existence de Politique et documents normatifs ANJE U y compris dans le contexte d’Ebola
- Support technique disponible à travers les mécanismes existants de soutien du Global Cluster Nutrition.
- La dissémination des différentes stratégies se fait principalement par distribution par email et sur les sites internet du Cluster Nutrition, du Ministère de la santé publique

Points à améliorer	Recommandations
- Faible niveau de dissémination. On note une faible ou une absence des copies imprimées des différentes politiques et documents stratégiques.	- Mobiliser les ressources financières pour l’impression et la dissémination des différentes politiques et documents stratégiques

Le code de commercialisation des substituts de lait maternel (SLM)

Points forts observés :



- Le code de commercialisation des substituts de lait maternel de la RDC est sous forme d'un Arrêté Ministériel⁵, rédigé et ratifié depuis 2006, Il s'adresse aux responsables politiques, aux agents de santé et aux personnes pour lesquelles le Code présente un intérêt, ainsi qu'au grand public. Il s'applique à la commercialisation et aux pratiques relatives aux SLM⁶. Il s'applique également à la qualité et à la disponibilité de ces produits ainsi qu'à l'information concernant leur utilisation sur avis médical. Il a pour but de procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement maternel au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires sur base d'une information complète et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées.
- Une déclaration commune d'achat de SLM dans le contexte de MVE et une note de plaidoyer ANJE et Ebola ont été élaborées

Points à améliorer	Recommandations
Faible vulgarisation du code de commercialisation dans les communautés.	Développer une Déclaration commune Inter organisations qui souligne les orientations pertinentes, fournir le contexte spécifique de la MVE pour utilisation et la communication harmonisée. <ul style="list-style-type: none">- Elle doit ensuite être endossée par les autorités compétentes. Responsabilité : Unicef / OMS <ul style="list-style-type: none">- Définir un mécanisme de suivi et de rapportage des violations du code de commercialisation des substituts de lait maternel. Responsabilité : Unicef /OMS et Ministère de santé ⁷

Manuel d'orientations ANJE-U (RDC)

- Basés sur les Directives opérationnelles ANJE-U, IFE de Octobre 2017, il comporte les éléments suivants: la protection, promotion et soutien de l'allaitement, la gestion de l'alimentation artificielle, l'alimentation complémentaire, les besoins en nutrition des femmes enceintes et femmes allaitantes, la compliance avec le Code International de Commercialisation des substituts de lait maternel (SLM) et les résolutions subséquentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) ; la prévention et gestion des dons de SLM, l'alimentation des nourrissons dans l'urgence de santé publique et les épidémies infectieuses.

⁵ Arrêté n° 1250/CAB/MIN/S/008/MC/2006/ du 28/03/2006 du code congolais de commercialisation des substituts du lait maternel

⁶ SLM= Substituts de Lait Maternel. Définis comme tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement avant 6 mois partiel ou total du lait maternel (code congolais de commercialisation des substituts du lait maternel).

⁷ Voir 4.16 et 7.1. Guide opérationnel ANJE-U, IFE, Octobre 2017 ([Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies \(v3\)](#))



Manuel d'orientation sur la promotion, protection et le soutien de l'ANJE dans le contexte de MVE

- Présente la protection et le soutien à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, dans le contexte de l'épidémie de la maladie à virus EBOLA.
- Rédigé par le Ministère de la santé et ses partenaires avec le soutien de l'Unicef, OMS, dernière mise à jour en Mai 2019
- S'adresse aux prestataires (personnel de première ligne) et partenaires techniques et financiers
- Cible les Enfants de 0-23 mois, Orphelins, Séparés, contacts à haut risque, Survivants, Autres
- Fournir des orientations pratiques et claires en matière d'alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence / Epidémie Ebola afin de minimiser les risques de morbidité, de mortalité et de malnutrition parmi les enfants de moins de deux ans.
- Propose l'utilisation des SLM : LNPE (moins de 6 mois) et Lait entier de vache UHT (6 - 23m)
- Présente un arbre décisionnel claire et détaillé pour la prise en charge et l'orientation en fonction du statut sérologique de la mère et du nourrisson.

4.1.3. Coordination

Standard : Le gouvernement est l'autorité de coordination principale de l'ANJE-U. Lorsque cela n'est pas possible ou qu'un soutien est nécessaire, parmi les agences des Nations Unies et conformément aux mandats, la coordination de l'ANJE-U relève de la responsabilité de l'UNICEF ou du UNHCR⁸.

S'assurer qu'il existe une capacité à coordonner l'IFE dans les mécanismes de coordination dans une réponse d'urgence. Évaluer et soutenir le développement de la capacité de coordination gouvernementale, au besoin. Déterminer ou clarifier les responsabilités de coordination et les rôles dans la préparation et en début de réponse. Les bureaux de pays de l'UNICEF ont la responsabilité de se préparer aux besoins de coordination en cas d'urgence et, le cas échéant, de soutenir la capacité du gouvernement et le développement des compétences à cet égard⁹.

Points forts de la coordination

- Unicef en collaboration avec le Gouvernement est responsable de la coordination ANJE-U dans le contexte de la MVE pour assurer une réponse ANJE-U adéquate, appropriée et opportune conformément aux Directives Opérationnelles ANJE-U.
- Existence d'un groupe technique de travail ANJE-U au niveau national qui soutient la réponse ANJE-U dans le contexte de la MVE en développant les documents stratégiques et opérationnels et en assurant la coordination de la réponse ANJE-U. Le rôle de ce groupe de travail thématique ANJE-U est clairement déterminé dans les termes de référence¹⁰.

⁸ Voir 3.1 Coordonner les opérations du Guide Opérationnel IFE, Octobre 2017 ([Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies \(v3\)](#))

⁹ Voir 3.2. Coordonner les opérations du Guide Opérationnel IFE, Octobre 2017 ([Operational Guidance on Infant and Young Child p in Emergencies \(v3\)](#))

¹⁰ Termes de référence Groupe Thématique ANJE en Urgence, Cluster Nutrition RDC, Novembre 2018.



- La responsabilité du groupe de travail est notamment :
 - o S’assurer que les interventions ANJE-U sont incluses et reflétées avec précision dans les appels de fonds d’urgence et les appels éclair
 - o Déterminer et rechercher activement les ressources nécessaires et la capacité des partenaires pour soutenir la mise en œuvre du plan d’action
 - o Coordonner la gestion de l’alimentation artificielle
 - o Évaluer la pertinence des directives existantes et au besoin, mettre à jour les politiques, élaborer des orientations provisoires et formuler des déclarations conjointes
 - o Atténuer et gérer les risques liés à la réponse humanitaire, y compris la prévention et la gestion des dons de SLM, de produits laitiers, etc.
- Il sied de signaler que la Réponse Ebola est globalement sous la responsabilité du Ministère de la santé et c’est dans ce mécanisme de coordination que l’ANJE-U s’inscrit et plus particulièrement dans la sous-commission Psychosociale de la Coordination Ebola
- Collaboration avec quelques secteurs notamment la santé (sous-commission de la prise en charge), communication, psychosociale
- Participation active aux réunions de coordination des secteurs ou des groupes sectoriels pertinents. Identifier et engager avec ceux qui travaillent indépendamment des structures de coordination traditionnelles, par exemple les militaires, les groupes de volontaires et les groupes de la société civile.

Points à améliorer	Recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> - La nutrition avec l’ANJE se verrait comme un pilier à part entière au lieu que l’ANJE soit sous la PSS et la prise en charge nutritionnelle dans la santé et la communication avec la communication.
<ul style="list-style-type: none"> - Faible collaboration avec d’autres secteurs / Agence pour identifier les opportunités de collaboration multisectorielle dans le cadre de l’ANJE-U. C’est le cas de la fourniture de l’alimentation du complément des enfants de plus de 6 mois (avec le PAM). - Faible visibilité des actions ANJE-U au niveau de la coordination MVE étant donné que les activités de Nutrition (y compris l’ANJE-U et la diététique) sont rapportées à travers trois sous commissions différentes : Psychosociale, Communication et de la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la collaboration intersectorielle MVE avec l’ANJE-U en identifiant les points de convergence et opportunités de travailler ensemble.

Assurer une communication coordonnée, opportune, précise et harmonisée à la population touchée, aux intervenants et aux médias

Points forts observés :

- Communication précise et harmonisée à la population touchée
- Disponibilité des messages à la population affectée sur les services disponibles et sur les pratiques d'ANJE-U ;
- Disponibilité des messages adaptés pour les groupes cibles dans les opérations de secours (par exemple : les volontaires, relais communautaires et assistants psychosociaux et les groupes de la société civile) ; des communiqués de presse ; surveillance

Points à améliorer	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> - Absence de coordination dans la communication aux médias. - Absence de stratégie de communication qui devrait fournir un cadre avec le plan de mise en œuvre associé - Absence des outils de communication ANJE-U spécifique à la réponse MVE (boîte à image, cartes conseils etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place d'une stratégie de communication qui fournira un cadre avec un plan de mise en œuvre associé - Collaborer avec la Commission ou département de communication pour finaliser le travail déjà démarré de la conception des boîtes à images et cartes conseils ANJE-U spécifiquement adaptés au contexte Ebola

4.2. Formation du personnel¹¹

Standard : Former du personnel sur l'ANJE-U pendant la préparation aux urgences et pendant l'intervention d'urgence, au besoin. Le personnel ciblé peut inclure le personnel du gouvernement ; le personnel des ONG et les bénévoles fournissant des services de santé et de nutrition et un soutien au niveau de l'établissement ou de la communauté ; et le personnel de première ligne dans d'autres secteurs.

Points forts observés :

- La formation des prestataires de santé et des APS se déroule sur base des Guides Pratiques et un module de gestion des intrants dans le contexte de MVE. Il n'existe pas de module de formation formelle des prestataires et des communauté adaptés au contexte Ebola.
- Le personnel concerné des différents secteurs de la réponse a été sensibilisé à soutenir l'ANJE-U et à l'intégrer dans la réponse, y compris ceux qui traitent directement avec les femmes et les enfants touchés ; la Coordination de la réponse MVE ; ceux qui gèrent des dons ; et les bailleurs de fonds de la réponse.
- Ceci a permis d'intégrer la nutrition dans la réponse alors que cela n'avait pas été identifié comme priorité initialement.

¹¹ Voir 2.1 – 2.5 du Guide opérationnel IFE, Oct 2017 ([Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies \(v3\)](#)).



- Les formations sont basées sur le Guide Pratique issu du **Manuel d'orientation sur la promotion** destinée aux prestataires de santé et des Agents Psychosociaux (APS) avec les chapitres suivants :
 - o Généralités sur l'ANJE-U : généralités, importance de l'ANJE-U dans le contexte de la MVE, arbre décisionnel pour l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants de 0-23mois, avantages de l'allaitement maternel, pratiques recommandées d'allaitement maternel, expression du lait, counseling, conseil sur l'alimentation complémentaire dans les structures appropriées et dans la communauté, alimentation des nourrissons de 0-23mois non allaités dans le contexte de la MVE
 - o Rôle et responsabilité des acteurs dans les structures des soins (CT, CTE, SOI, Crèches), dans les communautés, aux orphelinats
 - o Aspects pratiques sur l'utilisation des SLM : contrôle et utilisation des LNPE et LUHT, messages clés sur l'ANJE dans le contexte MVE, considérations générales d'hygiène, alimentation à la tasse, Checklist
 - o Aspects communautaires
 - o Stimulation de la petite enfance,
 - o Cadre institutionnel ANJE et Ebola
 - o Suivi et évaluation
 - o Estimation du nombre des cas, estimation des besoins en LNPE et UHT, message de communication, équipe de rédaction

Points à améliorer	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> - La formation spécifique de ANJE-U / MVE n'est pas formalisée avec des sessions déjà pratiques, Agenda et séances pratiques (exercices, matériel de formation, etc.). Il existe, cependant les TDR, agenda et Guide pour formation qui devrait être amélioré - Le mécanisme de suivi de violation du Code n'est pas clairement défini bien qu'il y ait un indicateur à monitorer dans le cadre de suivi et évaluation. Quelques violations typiques du Code dans les situations d'urgence concernent l'étiquetage, la distribution générale et les dons de SLM (voir plus bas sur le point 5.5. Minimiser les risques, pour plus de détails) 	<ul style="list-style-type: none"> - Produire un cursus de formation sur base du cursus international ANJE-U complet existant et l'adapter au contexte Ebola. Ce cursus aura pour cible les décideurs, le personnel de première ligne des centres de santé et de la communauté. Il comprendra un agenda de 3 à 5 jours et contiendra des plans de sessions, des présentations PowerPoint et des sessions des photocopiés pour les travaux de groupes. (Besoin d'un appui extérieur) - Définir un mécanisme de suivi et de rapportage des violations du code de commercialisation des substituts de lait maternel <u>(voir aussi recommandations 5.1. Approuver ou développer des politiques et assurer la coordination de l'ANJE-U)</u>

4.3. Évaluer et surveiller

Standard :

Section 4 of the IFE OG,2017

Général

Points forts observés

- Les besoins et priorités ont été évalués avant la mise en place des interventions et l'impact de l'intervention surveillé régulièrement à travers le système et les outils définis dans le manuel d'orientation ANJE-U dans le contexte Ebola.
- Les données statistiques collectées journalièrement sont ventilées pour les enfants de moins de deux ans, par sexe et par âge, comme suit : 0-5 mois, 6-11 mois, 12-23 mois
- Utilisation des tablettes pour collecte et rapportage rapide des données journalières

Données précises et évaluation précoce des besoins

Point forts observés :

- L'intervention ANJE-U actuelle a été planifié en fonction des données secondaires disponibles (e.g. MICS 2018). Les données historiques de l'épidémie ont aussi été utilisées pour estimer déterminer le nombre d'enfant en besoin des SLM

Points à améliorer	Recommandations
- Manque de réalisation de l'évaluation rapide des besoins pour informer des décisions stratégiques et orienter les décisions opérationnelles	- Préparer les outils de l'évaluation rapide des besoins

Suivi

Points forts :

- Les stratégies d'intervention de la gestion des non allaités contenant les objectifs, la population cible, les produits attendus et les résultats existe est décrit dans le manuel ANJE-U dans le contexte Ebola.
- Les indicateurs standards de produits et de résultats sont aussi disponibles dans le Manuel.
- Les cibles sont déterminées pour chaque indicateur.
- Les indicateurs de violation du code sont aussi repris dans le manuel

Points à améliorer	Recommandations
- Pas de mécanisme de suivi et de rapportage de violation du code mis en place. - L'outil de suivi de qualité de l'intervention disponible dans le manuel (checklist) est peu utilisé sur terrain par les superviseurs	- Définir le mécanisme de suivi de violation du Code - Divulguer les outils et renforcer le suivi pour leur utilisation sur le terrain pour améliorer la qualité de l'intervention



- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Les outils de collecte des données et de rapportage disponible ne sont pas utilisés sur le terrain, ce qui ne permet pas l'accès facile à certaines informations. C'est le cas des outils suivants : Rapport hebdomadaires, mensuels, fiche de rapport stock journalier, etc. | |
|---|--|

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

Standard : Établir des services de soutien à l'ANJE accessibles pour soutenir les nourrissons à risque plus élevé, les jeunes enfants et les mères, tels que les orphelins, les enfants non accompagnés, les nourrissons qui ne sont pas allaités ; (...) ; les enfants dont les mères sont malades...¹²

Soutien à l'allaitement

Points forts observés :

- L'intervention ANJE-U MVE est adapté à la culture, ce qui permet de minimiser les risques de pratiques d'ANJE non recommandées
- L'alimentation artificielle (LNPE), est conseillée chez le nourrisson de moins de six mois séparés ou orphelins de mère.
- L'allaitement maternel est suspendu lorsqu'une mère ou son nourrisson sont suspect / contact de MVE, le nourrisson est pris en charge au LNPE ou UHT, selon son âge dans une crèche. Si le diagnostic à la MVE est négatif, il est conseillé d'arrêter l'alimentation artificielle et de reprendre l'allaitement maternel (exclusif si l'enfant a moins de 6 mois).
- L'allaitement est arrêté si une MVE aiguë est confirmée chez les femmes allaitantes ou chez un nourrisson sous allaitement maternel. L'enfant est séparé de la femme qui allaite et reçoit le substitut du lait maternel au besoin conformément à l'arbre de décision du Manuel¹³ et des recommandations OMS¹⁴

¹² Voir 5.4. Protéger, promouvoir et soutenir l'alimentation optimale du nourrisson et du jeune enfant grâce à des interventions multisectorielles intégrées du Guide Opérationnel IFE, Octobre 2017 ([Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies \(v3\)](#))

¹³ Manuel d'orientation sur la promotion, la protection et le soutien à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, dans le contexte de l'épidémie de la maladie à virus EBOLA

¹⁴ Recommandation #9 Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease, February 2020



- Une femme qui allaite et son enfant sont diagnostiqués tous deux de MVE, l'allaitement est interrompu, la paire est séparée et des substituts du lait maternel appropriés sont fournis conformément aux recommandations de l'OMS¹⁵.
- Les enfants sans infection confirmée par le virus Ebola qui sont exposés au lait maternel de femmes atteintes de MVE confirmée sont considérés comme des contacts et sont traités conformément aux recommandations de l'OMS¹⁶
- Une femme guérie de la maladie à virus Ebola, a éliminé la virémie et souhaite continuer à allaiter devrait attendre après deux tests négatifs consécutifs de lait maternel EBOV par RT-PCR, séparés de 24 heures. Pendant ce temps, l'enfant doit recevoir un substitut du lait maternel¹⁷.

Points à améliorer	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> - De manière pratique sur le terrain, le taux de la reprise de l'allaitement est faible après sortie du centre de transit. - Certains bénéficiaires ont été admis au programme d'une manière erronée et sont restés au programme. C'est le cas des nourrissons qui ont été mis sous SLM parce que la mère a reçu la vaccination, selon le protocole de vaccination utilisé avant Juin 2019 (voir la section leçon apprise n°4) 	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir la relactation et renforcer la communication interpersonnelle (counseling) surtout pour les cas des nourrissons qui ont été admis d'une manière erronée au programme pour des raisons de vaccination de la mère et ceux dont les mères sont sorties non-cas de l'hospitalisation
<ul style="list-style-type: none"> - En pratique le test du lait maternel ne se fait plus après que la mère ait quitté le CTE. Si au moment de la sortie le test du lait maternel est toujours positif, le nourrisson est mis sous SLM jusqu'à l'atteinte du critère de sortie. En plus si trois mois plus tard la femme continue à avoir une montée laiteuse, on lui prescrit une molécule pour 	<ul style="list-style-type: none"> - Encourager les recherches pour déterminer la durée de la présence estimative du virus dans le lait maternel après la guérison - Encourager le test du lait maternel au RT-PCR en vue de reprendre l'allaitement après deux tests négatifs surtout pour les mères d'enfants de moins de 6 mois.

Les nourrissons qui ne sont pas allaités

- Les enfants qui ne sont pas nourris au sein dans le contexte de la MVE bénéficient d'une intervention de protection et soutien afin de répondre à leurs besoins nutritionnels et minimiser les risques.
- L'accès à l'apport assuré de SLM approprié,

¹⁵ Recommandation #11 Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease, February 2020

¹⁶ Recommandation #10 Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease, February 2020

¹⁷ Recommandation #12 Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease, February 2020



- Les conditions WASH accompagnant les mesures sont prises en compte par la sous-commission PCI (Prévention et Contrôle des Infections) ; un kit d'hygiène est remis à la famille pour assurer une alimentation hygiénique ;
- Disponibilité des préparations pour nourrissons (SLM) appropriés pour les nourrissons de moins de six mois, Lait pour Nourrisson Prêt à l'Emploi (LNPE). Le lait entier de vache pasteurisé à ultra-haute température (UHT) est utilisé comme SLM alternatif chez les enfants âgés de 6-23 mois.
- Disponibilité d'un outil approprié pour déterminer le besoin de préparation pour nourrissons qui tient compte à une évaluation individuelle
- Les préparations pour nourrissons (LNPE) sont fournies aux nourrissons de moins de 6 mois aussi longtemps que le bébé en a besoin, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'allaitement soit rétabli (pour les cas suspects sortis négatifs des centres de transit) ou jusqu'à l'âge de six mois

Points à améliorer	Recommandations
- De manière pratique, sur terrain, il y a un faible soutien à la re-lactation	- Renforcer le soutien à la re-lactation dans la communauté

Alimentation de complément

Point fort observé :

- La responsabilité du PAM de fournir ou de permettre l'accès à des aliments appropriés et riches en nutriments pour les enfants âgés de 6 à 23 mois ;
- Le PAM assure l'approvisionnement des rations dans les CTE et crèches pour l'alimentation des patients. Il assure aussi une ration de 3 à 6 mois pour les patients sortis guéris.

4.5. Minimiser les risques de l'alimentation artificielle

Standard : Ne pas donner ou accepter de dons de BMS, d'autres produits laitiers ou d'équipement servant à l'alimentation (y compris des biberons, des tétines et des tire-laits) en cas d'urgence. Les BMS donnés sont généralement de qualité variable ; du mauvais type ; apport disproportionné par rapport au besoin ; étiqueté dans la mauvaise langue ; non accompagné d'un paquet essentiel de soins ; distribué indifféremment ; pas ciblé sur ceux qui en ont besoin ; ne fournissent pas un approvisionnement soutenu ; et prendre le temps et les ressources nécessaires pour gérer les risques.¹⁸

Dons en situation d'urgence

Points forts observés :

- Pas de rapport sur une donation non contrôlée en SLM reçu dans la réponse Ebola depuis le début de la réponse.

¹⁸ Voir 6.1. [Minimiser les risques de l'alimentation artificielle du Guide Opérationnel IFE, Octobre 2017](#)



- Une communication sur les dons a été communiquée sous forme d'un compte rendu d'une réunion du Cluster National de Nutrition tenue à Kinshasa en date du 15 Décembre 2018

Points à améliorer	Recommandations
- Faible mise en place d'un mécanisme de suivi et de violation du Code	- Mettre en place un mécanisme de suivi et rapportage de violation du Code.
- Cette communication (compte rendu) n'a pas été suffisamment divulgué dans les médias.	- Divulguer le compte rendu faisant état de déclaration conjointe inter-organisationnelle auprès des médias et de la communauté.

Gestion de l'alimentation artificielle

Points forts observés :

- Existence d'un outil de planification pour un approvisionnement approprié de distribution, ciblage et utilisation du SLM.
- Le besoin des SLM a été motivé par une analyse des risques ainsi qu'à une analyse de la situation critique éclairée par des conseils techniques démontrant qu'une demande de SLM constitue un besoin réel compris un soutien amélioré pour l'allaitement maternel, sont indiquées pour assurer la nutrition et la santé du nourrisson.
- L'UNICEF est responsable de la gestion de SLM. Il est le seul habilité à acheter et à en assurer la distribution selon le compte rendu de la réunion Cluster National de Nutrition.
- L'utilisation du SLM est admissible et en accord avec les critères décrits dans le Manuel ANJE-U.
- Les critères d'utilisation sont communiqués aux mères et tuteurs, aux communautés et aux intervenants d'urgence.

Points à améliorer	Recommandations
- L'analyse des risques liée à la gestion des SLM n'a pas été approfondie	- Réaliser une analyse des risques de gestion des Substituts de Lait maternel sur base duquel un mécanisme de contrôle sera mis en place.
- Faible niveau de suivi des violations du code.	- (voir supra) : Mise en place d'un système de suivi et surveillance des violations du Code.

Approvisionnement en BMS

Point fort observé :

- Le Cluster Nutrition en accord avec le PRONANUT et l'OMS ont donné l'exclusivité à L'UNICEF d'approvisionner en SLM (LNPE et UHT) sur toute l'étendue de la RDC dans le contexte Ebola à



l'issue d'une réunion ad hoc du Cluster Nutrition du 5 Décembre 2018¹⁹. Ceci est conforme aux recommandations du Guide opérationnel ANJE-U²⁰.

Spécification SLM, étiquetage

Points forts observés :

- Etiquettes ne présente pas des graphiques ou image pouvant influencer l'allaitement maternel
- Les ingrédients utilisés en spécifiant l'origine des produits laitiers ou semblables au lait (LNPE)
- La composition et analyse nutritionnelle du produit est marquée
- Les conditions d'entreposage requises avant et après ouverture de l'emballage : LNPE à consommer jusqu'à 24h après ouverture ; UHT – 3 jours si conserver au réfrigérateur.
- Le numéro du lot, la date de fabrication et la date limite de consommation du produit
- Le nom et l'adresse du fabricant correctement marqué sur le LNPE
- LNPE Porte l'inscription suivante en Majuscule : "AVIS IMPORTANT" "LE LAIT MATERNEL EST L'ALIMENT IDEAL DES NOURRISSONS" mais en Anglais et en Zoulou seulement.
- Porte l'inscription suivante : "Avant de décider de l'emploi d'une préparation pour nourrisson, consultez un médecin ou le service de santé" mais en Anglais et Zoulou
- Pas de sucette offerte ou vendue avec l'emballage du LNPE
- La formule infantile est disponible comme liquide, préparation pour nourrissons prête à l'emploi (LNPE), un produit stérile jusqu'à son ouverture et ne nécessite pas de reconstitution.
- Les produits qui arrivent ont une date de péremption de plus de 6 mois à partir du lieu de livraison (Warehouse Unicef)

Points à améliorer	Recommandations
<ul style="list-style-type: none"> - Le mode d'emploi est correctement décrit sur l'emballage, en Anglais et en Zoulou mais pas en langue locale comprise par les utilisateurs finaux (Français ou Swahili) sur le LNPE - Aucun mode d'emploi n'est mentionné sur l'étiquette de l'UHT - Aucun avertissement sur les risques pour la santé d'une mauvaise préparation et de l'utilisation du produit avant l'âge recommandé (LNPE et UHT) - Rien n'est marqué en ce qui concerne les conditions d'entreposage après ouverture, en cas de conservation à température 	<ul style="list-style-type: none"> - Les étiquettes des fournitures pour nourrissons ne sont pas conformes aux exigences du Code et aux normes pertinentes du Codex Alimentarius²¹. Il faut envisager des ré étiqueter (cela aura des répercussions sur les coûts et le temps) ou, si cela n'est pas possible, fournir l'information spécifiée aux utilisateurs. Unicef : ASAP - Réaliser le contrôle qualité du lait UHT et réaliser un audit sur l'authenticité de leur origine (vu que leur site internet mis sur la boite ne passe pas) auprès des agences responsables selon le Code (PRONANUT et OCC)

¹⁹ Compte rendu de la réunion AD HOC CLUSTER NUTRITION – PRONANUT du 05 Décembre 2018

²⁰ Voir 6.12. Minimiser les risques de l'alimentation artificielle, Approvisionnement en BMS du Guide Opérationnel IFE, Octobre 2017 ([Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies \(v3\)](#))

²¹ Normes du Codex Alimentarius pour les préparations destinées aux nourrissons et les préparations à usage médical spécial destinées aux nourrissons. Codex Stan 72 - 1981. FAO et OMS, 2007. www.fao.org/input/download/standards/288/CXS_072e_2015.pdf



ambiante. Bien que la communication est faite à la famille pour jeter le contenu deux heures après l'ouverture, certaines bénéficiaires interviewées lors de la visite sur terrain ont avoué avoir utilisé la boîte ouverte toute la journée.

- Le nom et l'adresse du fabricant marqué sur l'UHT mais le site internet marquée sur la boîte ne semble pas marcher (www.freshdairy-brookside.com).
- Ne porte pas la mention suivante : "DES AVANTAGES ET DE LA SUPERIORITE DE L'ALLAITEMENT AU SEIN"
- Le tableau d'alimentation est inclus et la répartition de la quantité à prendre (en ml), d'a fréquence sur les 24h, de l'âge et du poids du nourrisson.
- Les étapes de nourriture sont clairement expliquées en Anglais. On note qu'on devrait préparer aussi le biberon, tétine et bouchons, ce qui voudrait tacitement dire qu'on recommande d'utiliser les tétines.
- Des sucettes sont fournies avec le UHT alors que l'emballage ou l'étiquette du produit ne contient pas le texte suivant: "Avertissement: la sucette peut nuire à l'allaitement maternel" en caractère dont la taille est au moins égale au tiers de celle des caractères de la marque mais en aucun cas inférieur à 1,5mm de hauteur.

Achat de fournitures SLM, d'équipement d'alimentation et de soutien

Points forts observés :

- Les produits sont achetés (LNPE et UHT) sous le mode d'approvisionnement direct par Unicef qui a été autorisée par le gouvernement et se plient aux exigences du Codex Alimentarius²² et à la conformité du code.
- Une déclaration commune a été rédigée pour donner la responsabilité exclusive de l'approvisionnement en SLM à l'Unicef
- Les biberons et tétines, ne sont pas acheté avec les SLM.

Normes du Codex Alimentarius pour les préparations destinées aux nourrissons et les préparations à usage médical spécial destinées aux nourrissons. Codex Stan 72 - 1981. FAO et OMS, 2007.

www.fao.org/input/download/standards/288/CXS_072e_2015.pdf



- Les tasses recommandées, c'est-à-dire sans bec verseur, sont fournies et encouragées à l'utilisation

Points à améliorer	Recommandations
- Le langage des étiquettes n'est pas conforme aux normes.	- Se conformer au Code pour le langage des étiquettes
- Cependant le lait UHT est acheté et livré aux bénéficiaires finaux avec des sucettes que, malheureusement certaines familles utilisent pour leurs nourrissons.	- Interdire la livraison des sucettes attachés aux laits UHT. - Développer des messages pour la sensibilisation des nourrissons bénéficiaires pour les décourager à l'utilisation des sucettes.

Distribution de SLM

Points forts Observés :

- Compte tenu du contexte, l'option de la distribution est une fourniture directe auprès du bénéficiaire direct.
- Existence des outils de gestion de SLM
- La distribution est discrète afin de ne pas décourager les mères allaitantes.

B. Evaluation des capacités du personnel en ANJE-U

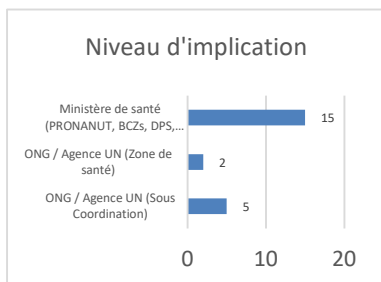
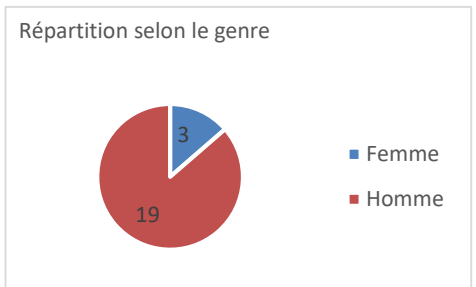
Note : L'interprétation des résultats de cette évaluation devrait être fait avec beaucoup de prudence, vu que la méthodologie utilisée pour l'échantillonnage et la collecte des données n'a pas suivi une méthodologie scientifique particulière. Cette évaluation a pour objet de donner une image grossière des capacités du personnel en ANJE-U.

4.6. Profil socioprofessionnel du personnel ayant participé à l'enquête

Un total de 22 personnes, dont 3 femmes, soit 14%, et 19 hommes, soit 86% ont volontairement accepté de participer à cette évaluation et de remplir le formulaire en ligne qui leur a été présenté.

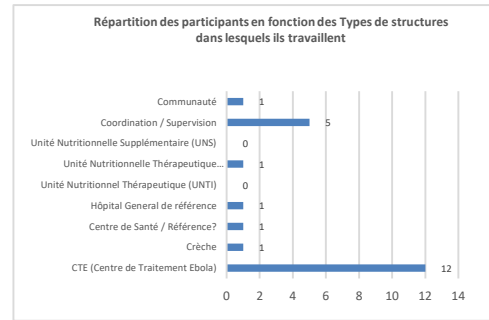
Parmi eux, 15 étaient des agents du Ministère de la Santé engagés dans la réponse au niveau de la coordination, 2 des agents des ONG et Nations

Unies engagés dans la réponse au niveau terrain et 9, des agents des ONG / Nations Unies engagés au niveau des sous coordination Ebola.



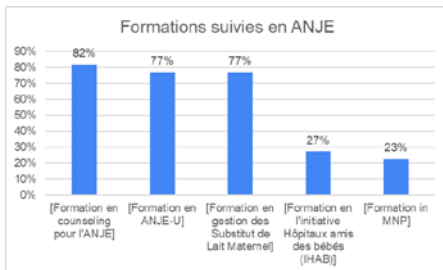


La majorité des participants étaient des prestataires de nutrition dans les CTE, soit 12 sur 22, suivi des 5 travaillant dans la coordination des activités Nutrition ou impliqués dans la supervision ; les 4 autres étaient des prestataires de santé travaillant dans la crèche (un participant), dans le centre de santé (un participant), dans un Hôpital Général de référence (un participant), et une unité nutritionnelle thérapeutique ambulatoire (un participant). Une proportion importante représentait les agents de terrain, c'est-à-dire le personnel de première ligne.



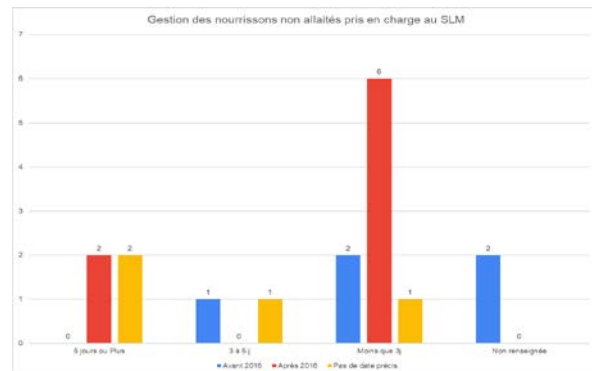
Le niveau d'instruction des participants était de Licence (BAC+5) pour la majorité, soit 12 sur 22 et de graduat (BAC+3) pour le reste, soit 10 sur 22.

4.7. Formations reçues en ANJE



Parmi les 22 participants à l'enquête 18, soit 82% ont déclaré avoir reçu une formation en ANJE, 17, soit 77% en ANJE-U et en gestion des substituts de lait maternel, 6, soit 27% en Initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB) et 5, soit 23% en MNP.

Pour ce qui est de la formation en gestion des substituts de laits maternel et de la gestion des nourrissons non allaités, 17 participants sur 22, soit 77% ont suivi une formation. Parmi eux, 8 l'ont suivi récemment, c'est-à-dire après 2016, dont 2 pour une durée de 5 jours et 6 pour une durée de 3 jours ou moins. 5 participants ont suivi la formation avant 2016 alors que 4 n'ont pas précisé la date. D'une manière générale, la durée de la formation était de 3 jours ou moins pour 9 personnes sur 17, soit 53% des cas, 4 personnes sur 17, soit 24% pour une durée de 5 jours ou plus et 2 personnes sur 17, soit 12% pour une durée entre 3 à 5 jours. Deux personnes n'ont pas précisé la durée de la formation, soit 24%.



Pour ce qui concerne la formation en ANJE en situation d'urgence, 17 personnes ont déclarées avoir suivi une formation, parmi lesquelles 4, soit 24% avant 2016, 10, soit 59% après 2016 et 3, soit 18% n'ont pas déterminé la date. Sept personnes sur les 17, soit 41% ont suivi la formation d'une durée de plus de 5 jours, 2 participants, soit 12% la durée de 3 à 5 jours et 3 participants, soit 18% ont suivi la formation d'une durée de moins de 3 jours.



4.8. Expérience par rapport au contexte de travail ANJE

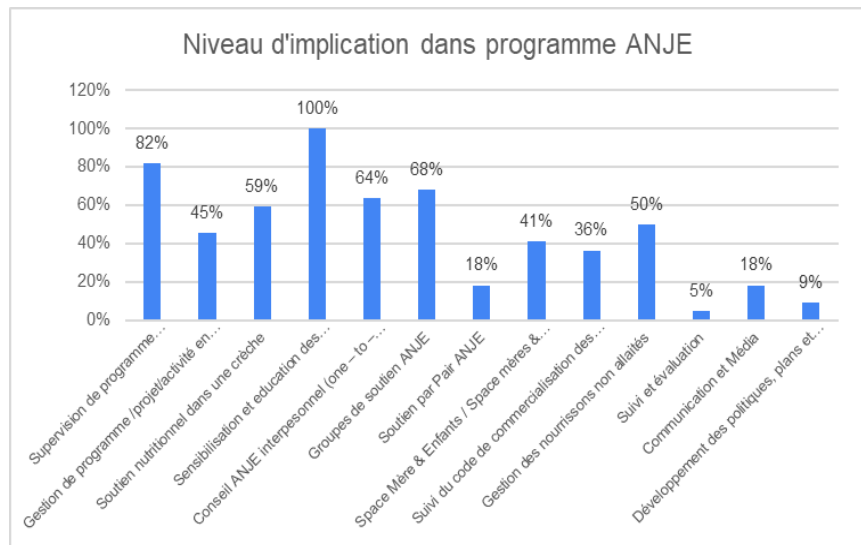


En ce qui concerne le contexte de travail, 12 participants sur 22, soit 55% ont déclaré avoir une expérience de travail dans un contexte d'urgence, et 10, soit 45% avoir en plus travaillé dans un contexte de développement.

Ceux ayant travaillé dans le contexte de développement avaient une durée moyenne de 68 mois d'expérience, soit à peu près 6 ans alors que ceux ayant travaillé dans un contexte d'urgence avaient une durée moyenne

d'expérience de 37 mois, soit 3 ans.

Pour ce qui est de l'implication dans un programme ANJE, 100% ont déclaré avoir été impliqué dans le counseling interpersonnel, 82% dans la supervision, 68% dans la mise en place des groupes de soutien, 64% dans le counseling interpersonnel, 59% dans le soutien nutritionnel dans une crèche, 50% dans la gestion des nourrissons non allaités. Une faible proportion a été



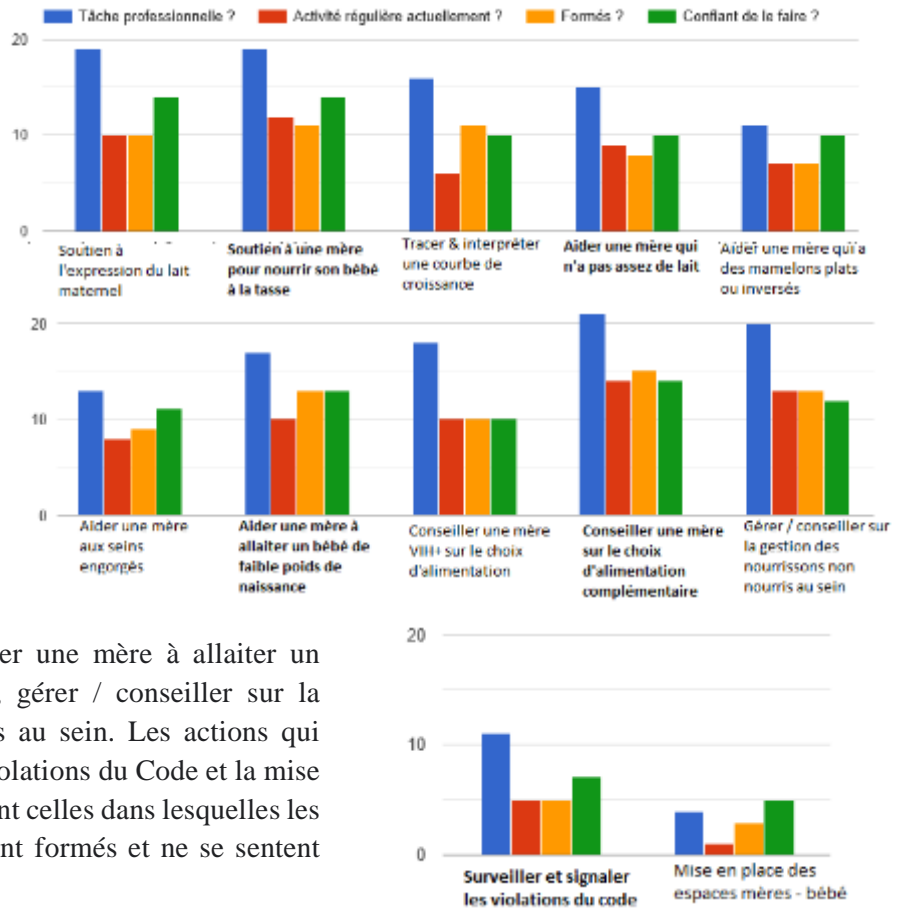
impliqué dans la gestion de programme ANJE, la gestion des espaces mère enfants, le suivi du Code, Communication et Media, développement des politiques et dans le suivi et évaluation.

4.9. Autoévaluation des actions ANJE sur base du niveau de confiance



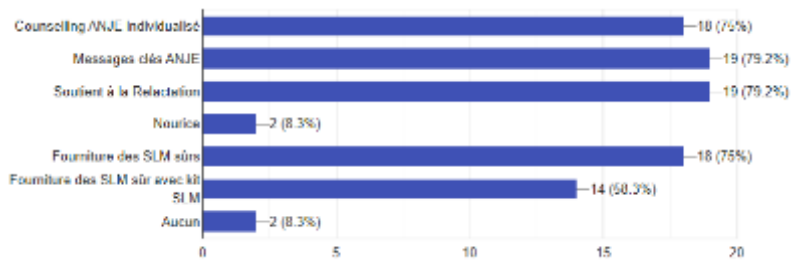
Technical Rapid Response Team

Les différentes actions qui peuvent être entreprises dans le cadre de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant constituent, dans la majorité des cas (plus de 50%) la tâche professionnelle des participants à l'exception de deux qui sont la surveillance et le signalement des violations du Code ainsi que la mise en place des espaces mères-bébé. Les participants se sentent beaucoup plus confiant dans les actions suivantes : Soutien à l'expression du lait, soutien à une mère pour nourrir son bébé à la tasse, conseiller une mère sur le choix d'alimentation complémentaire, aider une mère à allaiter un bébé de faible poids de naissance, gérer / conseiller sur la gestion des nourrissons non nourris au sein. Les actions qui consistent à surveiller/signaler les violations du Code et la mise en place des espaces mères – bébé sont celles dans lesquelles les participants ne sont pas suffisamment formés et ne se sentent pas confiants.



4.10. Gestion des nourrissons non allaités, dépendant des SLM

En lien avec la gestion des nourrissons non allaités (dépendants des SLM) le type de service/support le plus fourni est le conseil sur base des messages clés ANJE et le soutien à la re-lactation avec 79% des cas. Le recours aux nourrices était réalisé dans 8% des cas, bien que ne constitue pas une option dans le contexte Ebola. Le counseling ANJE individualisé et la provision des SLM sûr constituent aussi une proportion importante des services réalisés.



Parmi les participants, 19 ont déclaré avoir fournis un soutien aux nourrissons non allaités ; deux ont déclaré n'avoir jamais fourni ce service et deux n'ont rien déclaré.

Protocoles / Guides / Stratégies utilisés par les participants qui ont fourni un soutien aux nourrissons non allaités :



Technical Rapid Response Team

- Manuel d'orientation ANJE Ebola, Fiches technique ANJE, Visite A Domicile, Groupe de soutien
- Manuel d'orientation sur l'ANJE-U dans le contexte de la MVE
- Protocole de soins nutritionnels chez les adultes et les enfants avec MVE hospitalisés aux centres de traitement (CTE) élaborés avec l'appui de l'Unicef-RDC,
- Guide pratique de la promotion, la protection et le soutien à l'alimentation du nourrisson et du Jeune enfant en communauté dans le contexte d'Ebola (Destinés aux agents de santé, agents psychosociaux et relais communautaires)
- Module de soins nutritionnels des nourrissons dans le cadre de la riposte a MVE 2018,
- Fiches technique ANJE 2013, Support sur l'alimentation a la tasse pour les nourrissons de l'Unicef dans le cadre de MVE,
- PCIMA version 2016 révisée dans le cadre de la prise en charge Nutritionnelle des nourrissons de moins de 6 mois avec moins de 3,500kg, l'alimentation en utilisant la technique de supplémentation par succion.
- Protocole nutritionnel Ministère de Santé Publique /Haïti,
- Protocole nutritionnel /CAR /Tchad

Deux personnes ont déclaré n'avoir jamais fournis aucun service Sûr de SLM pour les raisons suivantes :

- Le Cluster ne l'a pas identifié comme une priorité et/ou comme un besoin,
- Pas de ressources / finance / humaines allouées pour ce programme,
- Le personnel n'a pas de capacité de gérer ce programme
- Pas de protocole et procédures clairs

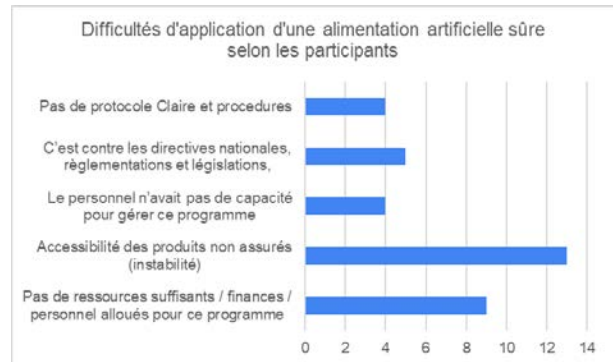
4.11. Autre soutien aux nourrissons non allaité, en dehors des produits (SLM) fourni aux nourrissons non allaités était constitué :

- Du lait thérapeutique F100 dilué
- Du Lait en poudre disponible sur le marché : ex. Guigoz, france lait, Nan 1 ou 2
- Du Lait des sojas
- Des aliments complémentaires à 4 étoiles mais pour les enfants de 6-23mois
- Conseiller les mères à l'alimentation de complément afin de suppléer aux besoins nutritionnels croissants de l'enfant jusqu'à deux ans
- Du Soutien psychologique,
- L'hygiène des ustensiles et de donner le lait à la tasse et non au biberon.
- Soutien à l'allaitement
- Sensibilisation / Conseil sur ANJE de Aliment locaux



4.12. Les difficultés majeures dans les programmes sûrs de soutien des nourrissons non allaités avec les SLM

Par ordre de grandeur, les difficultés rencontrées par les participants pour un programme sûr de soutien des nourrissons non allaités sont : l'accessibilité des produits non assurée, soit 59% ; le manque de ressources suffisants (finance, personnel, etc.), soit 40% ; c'est contre les directives nationales, soit 22% ; et enfin 4 participants, soit 18% pensent qu'il y a un manque de protocole clair et que le personnel n'a pas de capacités pour gérer ce programme.



4.13. Quelques recommandations des participants pour améliorer la gestion des nourrissons non allaités qui dépendent des SLM :

- **Coordination & développer les politiques**
 - o Continuer leur prise en charge même si fin d'urgence jusqu'à l'âge de 23 mois
 - o Mobilisation des fonds pour financement du programme,
 - o Vulgariser le code de commercialisation des SLM
 - o AVOIR UN PROGRAMME CLAIR DANS CE CONTEXTE /PROTOCOLE NATIONAL
- **Formations du personnel**
 - o Améliorer la disponibilité des SLM,
 - o Renforcer les capacités techniques et opérationnelles des partenaires intéressés par ce Programme en considérant également et surtout les ONG Nationales et Locales pour une bonne pérennisation des acquis de ce Programme
- **Suivi et évaluation**
 - o Suivi permanent et de qualité
 - o Impliquer et motiver les Equipes cadres des zones de santé et les responsables des centres de santé pour le suivi de la qualité des activités
- **Qualité de l'intervention / opération**
 - o Soutenir la re-lactation pour les mères est vivante et si les conditions le permettent
 - o Respect des conditions de base de l'hygiène pour l'utilisation du SLM de la part du personnel de première ligne et des mères/gardiennes d'enfants
 - o Définir le circuit d'approvisionnement pour améliorer la gestion des intrants en évitant la rupture,
 - o Identifier tous les enfants orphelins et séparés des leurs mères.
 - o Assurer la gestion dans un endroit discret afin de ne pas attirer la curiosité des autres mères n'ayant pas ce problème de peur qu'on arrive à combattre la promotion de l'allaitement maternel optimal.



Technical Rapid Response Team

- Affecter des ressources suffisantes pour faciliter le suivi communautaire pour les nutritionnistes du terrain, superviseurs PRONANUT (Motos) pour faciliter le suivi communautaire
- **Communication et éducation de la population**
 - Education régulière.
 - Relancer le plus vite possible ces activités SLM et PCIMA dans ces zones non assistées.

4.14. Commentaire global sur l'évaluation des capacités ANJE

- Selon le profil des participants, seuls les acteurs étant directement impliqués dans la réponse ANJE-U MVE ont participé à l'enquête. Les acteurs qui ne sont pas impliqués dans la réponse ANJE-U n'ont montré que peu d'intérêt à y participer. D'où les résultats ne pourraient s'interpréter que sur les acteurs clés impliqués déjà dans la réponse ANJE-U MVE.
- La majorité des acteurs ont été formés en Gestion des nourrissons non-allaités dépendants des SLM pour une durée de 3 jours en moyenne.
- Les participants ont déclaré avoir une expérience suffisante en ANJE dans le contexte humanitaire.
- Bien que la majorité des participants ont reçu une formation adéquate en ANJE-U et sont impliqués dans l'implémentation de programme ANJE dans le contexte d'urgence (55%), très peu sont impliqués dans les actions ANJE tel que le soutien par paire, la gestion des nourrissons non allaités, le suivi et évaluation, la communication et média, le développement des politiques et le suivi et rapportage des violations du Code.
- Les participants réalisent les actions ANJE-U dans la plupart des cas juste car ils font partie de leur travail professionnel, mais le degré de confiance par rapport aux actions reste relativement faible. Cependant les interventions spécialisées sont les plus réalisées et les interventions liées au suivi, évaluation, média et à la communication sont insuffisamment réalisées.
- Certains participants ont avoué avoir utilisé des SLM sous forme de préparations en poudre pour nourrissons, qui ne sont pas recommandés pour ce contexte.
- Les participants pensent en grande majorité que la programmation de SLM pour nourrisson non allaité ouvre une accessibilité des produits non assurés et pourrait faciliter à la déstabilisation des pratiques optimales de l'allaitement dans la communauté.



5. Leçons apprises / Etudes des cas identifiés

#	Description
1. [Etudes de cas]	À Beni, il a été rapporté que certains nourrissons (une très faible proportion) ont développé une malnutrition aiguë sévère pendant leur suivi dans programme BMS / LNPE (à étudier à Beni et à documenter)
2. [Question]	En Ituri (Komanda et Mambasa), il a été signalé que la majorité des femmes allaitantes « non cas » déchargées des centres de transit ont une très faible production de lait maternel qui tari complètement chez certaines après seulement 2 à 4 jours. Cela constitue un défi majeur pour la relactation et impose une mise sous SLM à long terme de leurs nourrissons. Ces femmes passent en moyenne 3 jours dans ces centres de transit et sont vaccinées contre le virus Ebola. Peut-on envisager d'approfondir s'il existe une corrélation entre les produits reçus dans les centres de transit (médicaments, vaccins) ou les conditions psychologiques (séparation temporaire mère-enfant, stress lié à la MVE, etc.) et la lactation. Selon l'équipe nutritionnelle de Komanda, il semble qu'en général (même avant l'épidémie d'Ebola) en Ituri, les femmes allaitantes présentent une faible montée laiteuse après l'accouchement (données secondaires à rechercher).
3. [Lesson learned]	Programme de soutien communautaire SLM, basé sur les «Assistants PsychoSociaux» (APS) vs les agents de santé communautaire (Recos) / CAC Support (à documenter)
4. [Lesson learned]	<p>Selon l'ancien protocole de vaccination (terminé le 13 juin 2019) qui visait les adultes et les enfants de plus d'un an. Les femmes enceintes et allaitantes ont été exclues. Cependant, pour les femmes allaitantes qui souhaitaient se faire vacciner, il était recommandé d'arrêter l'allaitement. Cela allait à l'encontre du protocole national ANJE-E et a contribué à déstabiliser les bonnes pratiques communautaires pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.</p> <p>Le nouveau protocole (débuté le 13 juin) incluait les femmes enceintes et les enfants de 6 à 11 mois (avec surveillance spéciale à court terme de la température), les enfants de plus d'un an, les adultes, les femmes enceintes depuis le deuxième trimestre (grossesse de plus de trois mois) et les femmes allaitantes sans aucune restriction d'allaitement. La mauvaise pratique du premier protocole de vaccination qui recommandait l'arrêt de l'allaitement après la vaccination a mis du temps à être corrigé par les équipes de nutrition et a augmenté le nombre de faux nouveaux cas admis au programme SLM.</p>
5. [Lesson learned/Good practice]	Collaboration intersectorielle, quoi que insuffisante, avec (1) la prise en charge des cas de MVE dans les CTE (correction des troubles hydroélectrolytiques, des carences, etc.); (2) communication des risques et engagement communautaire (CREC), (2) réseau / sous-commission APS de surveillance communautaire, suivi et référence de cas, santé mentale et soutien psychosocial des nourrissons et des femmes allaitantes,



7. [Lesson learned] :	Dans certains sites, nous avons identifié certains nourrissons bénéficiaires de SLM qui n'ont aucun lien avec l'épidémie d'Ebola. Ils ont été admis comme des cas spécifiques, justifiés médicalement ou pas et pour la majorité des cas de faible poids de naissance ou d'arrêt de la montée laiteuse de la mère associée ou non à d'autres conditions médicales et sociales comme la tuberculose, les jumeaux, le faible poids du nourrisson, etc. (à partir de la visite sur le terrain). Si cette pratique n'est pas accompagnée d'un soutien approprié à l'allaitement maternel, elle envoie implicitement un message à la communauté qui tend à décourager les pratiques d'allaitement maternel optimales. D'où la nécessité de renforcer le volet de la communication et du soutien de l'allaitement maternel.
8. [Lesson learned] :	L'absence d'un mécanisme de surveillance et de signalement des violations du Code est une lacune importante dans l'identification des cas possibles de violations du Code. Cela pour conséquence un faible niveau d'identification prompt de problème d'étiquetage, par exemple. De plus, les différentes parties prenantes ne connaissent pas leur rôle et leur niveau d'implication en matière de reporting et de suivi. Bien que l'épidémie touche déjà à sa fin, il est recommandé de mettre en place ce mécanisme et de discuter avec toutes les parties prenantes de leurs responsabilités, de leur engagement et de leur appropriation du système conformément aux Guides Opérationnelles ANJE-U.

6. Synthèse des Recommandations

- 6.1.** Renforcer les capacités des organisations humanitaires en ANJE-U et mobiliser les fonds pour évaluer les besoins et / ou financer les la mise en œuvre de l'ANJE
- 6.2.** Réaliser une analyse des risques de gestion des Substituts de Lait maternel sur base duquel un mécanisme de contrôle sera mis en place
- 6.3.** Définir un mécanisme de suivi et de rapportage des violations du code de commercialisation des substituts de lait maternel sur base du Draft.
Responsabilité : Unicef /OMS et Ministère de santé
- 6.4.** Renforcer la collaboration intersectorielle MVE avec l'ANJE-U en identifiant les points de convergence et opportunités de travailler ensemble.
- 6.5.** Mettre en place d'une stratégie de communication qui fournira un cadre avec un plan de mise en œuvre associé
- 6.6.** Collaborer avec la Commission ou département de communication pour finaliser les boîtes à images et cartes conseils ANJE-U spécifiquement adaptés au contexte Ebola
- 6.7.** Soutenir la re lactation et renforcer la communication interpersonnelle (counseling) surtout pour les cas des nourrissons qui ont été admis d'une manière erronée au programme pour des raisons de vaccination de la mère
- 6.8.** Les étiquettes des préparations pour nourrissons ne sont pas conformes aux exigences du Code et aux normes pertinentes du Codex Alimentarius. Il faut envisager les rendre conformes aux normes nationales et internationales et les ré étiqueter (cela aura des répercussions sur les coûts et le temps) ou, si cela n'est pas possible, fournir l'information spécifiée aux utilisateurs.
Responsable : Unicef / ASAP



- 6.9. Interdire la livraison des sucettes attachés aux laits UHT. Développer des messages pour la sensibilisation des nourrissons bénéficiaires pour les décourager à l'utilisation des sucettes.
- 6.10. Réaliser le contrôle qualité du lait UHT et réaliser un audit sur l'authenticité de leur origine (vu que leur site internet mis sur la boîte ne passe pas) auprès des agences responsables selon le Code (PRONANUT et OCC)
- 6.11. Encourager le test du lait maternel au RT-PCR en vue de reprendre l'allaitement après deux tests négatifs surtout pour les mères d'enfants de moins de 6 mois.

7. Les annexes

7.1. Références

1. [IYCF-E Operational guidance v. 3 \(IFE 2017\)](#)
2. Arrêté n° 1250/CAB/MIN/S/008/MC/2006/ du 28/03/2006 du code congolais de commercialisation des substituts du lait maternel
3. Termes de référence Groupe Thématique ANJE en Urgence, Cluster Nutrition RDC, Novembre 2018.
4. Manuel d'orientation sur la promotion, la protection et le soutien à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, dans le contexte de l'épidémie de la maladie à virus EBOLA
5. Guide Pratique de la promotion, la Protection et le soutien à l'alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) en communauté dans le contexte d'Ebola destinés aux prestataires des santé et aux APS, Mars 2019 avec les annexes au guide (Termes de référence de la formation des APS, sur ANJE dans le contexte d'Ebola à Beni, etc.)
6. Procédures de gestion des laits LNPE/UHT utilisés dans le cadre de la réponse Ebola
7. Compte rendu de la réunion AD HOC CLUSTER NUTRITION – PRONANUT du 05 Décembre 2018 (**Utilisé comme Déclaration Commune**)
8. Normes du Codex Alimentarius pour les préparations destinées aux nourrissons et les préparations à usage médical spécial destinées aux nourrissons. Codex Stan 72 - 1981. FAO et OMS, 2007. www.fao.org/input/download/standards/288/CXS_072e_2015.pdf

7.2. Quelques photos



Lait entier de vache pasteurisé à l'Ultra Haute Température



Lait pour nourrisson prêt à l'emploi



Technical Rapid Response Team



Session de discussion avec les mères des nourrissons bénéficiaires des Substituts de Lait Maternel à Komanda, Ituri (RDC)



Berceuse, vainqueur d'Ebola, qui s'occupe des soins des nourrissons admis dans la crèche de Mangina



Crèches pour la prise en charge des nourrissons orphelins et séparés en lien avec la MVE