

Déclaration de principe de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Allaitement dans les situations d'urgence

Academy of Breastfeeding Medicine Position Statement. Breastfeeding in emergencies. Melissa Bartick^{1,2,*}, Deena R. Zimmerman³, Zaharah Sulaiman⁴, Amal El Taweel⁵, Fouzia AlHreasy⁶, Lina Barska⁷, Anastasiia Fadieiieva⁷, Sandra Massry⁸, Nan Dahlquist⁹, Michal Mansovsky^{10,^} and Karleen Gribble^{11,^}. Breastfeed Med 2024 ; 19(9) : 666-682. Mots-clés : allaitement, catastrophes naturelles, conflits armés, préparation aux situations d'urgence, alimentation des bébés et des jeunes enfants.

À propos des déclarations de principe de l'ABM

L'ABM encourage les professionnels de santé à fournir des soins sûrs, inclusifs et centrés sur les besoins de chaque patient. Les personnes enceintes et allaitantes peuvent s'identifier selon une large gamme de genres, de pronoms et de termes pour l'alimentation et le parentage. Il existe deux raisons pour lesquelles l'utilisation d'un langage inclusif pour le genre par l'ABM puisse être transitionnelle ou irrégulière. Tout d'abord, le langage inclusif pour le genre est nuancé et en évolution dans les diverses langues, cultures et pays. Ensuite, la recherche fondamentale n'a pas décrit de façon adéquate l'expérience des individus de genres variés. En conséquence, l'Academy of Breastfeeding Medicine plaide pour et s'efforcera d'utiliser un langage aussi inclusif et précis que possible dans ce cadre. Pour davantage d'explications, veuillez lire le document « Déclaration de principe et recommandations de l'Academy of Breastfeeding Medicine : genre et vocabulaire en rapport avec l'alimentation infantile et la lactation » (<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/2202-declaration-de-principe-et-recommandations-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine-sur-genre-et-vocabulaire>), ainsi que « L'allaitement en tant que droit humain de base » (<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/2262-l-allaitement-en-tant-que-droit-humain-de-base>).

Résumé

Contexte : Dans les situations d'urgence, incluant les catastrophes naturelles et les conflits armés, l'allaitement a une importance critique. L'allaitement est une source fiable de nutrition et de protection vis-à-vis des maladies infectieuses, qui ne nécessite pas d'eau propre, de matériel pour le donner, d'électricité ou d'autres fournitures.

Points-clés : La protection, la promotion et le soutien de l'allaitement devraient faire partie intégrante de tous les plans de préparation aux situations d'urgence. Des spécialistes de l'allaitement devraient participer à l'élaboration de ces plans. Les protocoles à appliquer pendant les urgences devraient inclure des spécialistes en allaitement parmi le personnel de secours d'urgence, apporter un soutien à l'allaitement tenant compte de l'environnement, et donner la priorité aux personnes s'occupant des bébés dans les distributions d'eau et de produits alimentaires. Le personnel de secours d'urgence devrait savoir que la déshydratation et les tétées non données peuvent avoir un impact sur la production lactée, mais ce n'est pas le cas du stress en soi. Le soutien dans le cadre des urgences devrait se focaliser sur le fait de maintenir la mère et son bébé ensemble et de fournir des espaces privés et/ou protégés pour que les mères tirent leur lait ou allaitent leur bébé. Le soutien à l'allaitement devrait également se focaliser sur l'identification rapide des mères qui présentent des problèmes d'allaitement et sur les mères allaitantes qui sont séparées de leur bébé, afin que leurs besoins soient gérés en priorité. Un soutien à l'allaitement devrait être disponible pour toutes les femmes qui rencontrent des difficultés, y compris celles qui ont besoin d'être rassurées. Les enfants non allaités devraient être identifiés comme un groupe prioritaire nécessitant un soutien. La relactation, l'allaitement par une autre mère et le don de lait humain fourni par des donneuses devraient être envisagés pour les enfants non allaités. Aucun don de lait industriel commercial, de biberons, de tétines ou de tire-lait ne devrait être accepté dans les situations d'urgence. La distribution de lait industriel devrait être étroitement contrôlée, et ces laits devraient être fournis uniquement pour les enfants qui ne peuvent pas être allaités, et moyennant la fourniture d'un ensemble de services d'accompagnement.

Recommandations : La protection, la promotion et le soutien de l'allaitement devraient faire partie de tous les plans de préparation aux situations d'urgence et dans la formation du personnel dédié.

1. Department of Medicine, Mount Auburn Hospital, Cambridge, Massachusetts, USA.

2. Department of Medicine, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA.

3. Maternal Child and Adolescent Department, Public Health Division, Ministry of Health, Jerusalem, Israel.

4. School of Medical Sciences, Universiti Sains Malaysia, Kelantan, Malaysia.

5. Egyptian Lactation Consultants Association, Cairo, Egypt.

6. General Administration of Nutrition, Therapeutic Services Deputyship, Ministry of Health, Riyadh, Saudi Arabia.

7. Pershyi HVfriendly, Ukrainian Academy of Breastfeeding Medicine, Kharkiv, Ukraine.

8. Asociación de Consultores Certificados de Lactancia Materna (ACCLAM), Mexico City, Mexico.

9. Hillsboro Pediatric Clinic, LLC, Westside Breastfeeding Center, Retired, Hillsborough, Oregon, USA.

10. Maccabi Health Services, Ma'alot, Israel.

11. School of Nursing and Midwifery, Western Sydney University, Parramatta, Australia.

* Melissa Bartick, MD, MS, MPH, FABM, lead author.

^ Karleen Gribble, PhD, BRurSc(Hons), CertIV BreastEd (Counseling & Community), senior author.

Introduction

Dans les situations d'urgence telles que les catastrophes naturelles, les conflits armés, les famines et les déplacements de masse, l'allaitement est vital pour la santé et le bien-être des bébés et des mères. L'allaitement sauve des vies (1), et c'est tout particulièrement le cas dans les situations d'urgence. L'allaitement fournit une source fiable et hygiénique d'alimentation de bonne qualité, et il ne nécessite pas d'eau propre, d'ustensiles pour le donner, d'électricité ou d'autres fournitures. L'allaitement participe à la prévention des infections et de la malnutrition, qui constituent tous deux un risque significatif dans les situations d'urgence (2). En outre, l'allaitement abaisse le niveau maternel de réponse au stress (3), en partie suite à la sécrétion d'ocytocine (4) une hormone qui aide à augmenter la résilience maternelle dans le cadre de circonstances traumatisantes (5, 6). Une réponse plus faible au stress aide la mère à fournir des soins sensibles et affectueux à son nourrisson, ce qui protège la santé mentale et le développement de l'enfant (7). L'allaitement (même l'odeur du lait maternel – 8) abaisse le niveau de stress et les réponses à la douleur chez le nourrisson, ce qui est utile en période de crise. L'allaitement protège également la santé maternelle pendant les urgences, en favorisant l'espacement entre les naissances et en abaissant le risque d'hémorragie du post-partum (10).

En revanche, les situations d'urgence augmentent les risques liés à l'alimentation avec un lait industriel commercial (LIC). Ce mode d'alimentation nécessite des ustensiles (tasses, biberons et tétines) qui doivent être lavés à l'eau chaude et au savon, et les laits industriels en poudre nécessitent de l'eau bouillie pour leur reconstitution. Ces ressources sont souvent rares pendant les urgences. Les bébés qui dépendent des LICs sont soumis à l'insécurité alimentaire en raison des ruptures des chaînes d'approvisionnement qui sont fréquentes dans les situations d'urgence. Ils sont également privés des nombreux composants du lait humain qui les protègent vis-à-vis des infections, alors que les laits industriels eux-mêmes modifient l'environnement gastro-intestinal d'une façon qui favorise les infections (11).

Les catastrophes météorologiques et les catastrophes naturelles deviennent plus fréquentes avec le changement climatique (12). Les enfants sont affectés de façon disproportionnée par le changement climatique (13). En outre et en 2022, plus des 2/3 des enfants dans le monde vivaient dans des pays impliqués dans un conflit, et 1 enfant sur 6 résidait à moins de 50 km d'un lieu de combats (14). À la lumière de la contribution de l'allaitement à la santé, au bien-être et à la survie infantiles, ainsi qu'à la santé maternelle, les professionnels de santé et les personnels de secours d'urgence devraient agir afin de soutenir les mères allaitantes dans les situations d'urgence et assurer un soutien ciblé et approprié aux nourrissons non allaités et aux personnes qui s'en occupent.

Les déclarations de principe de l'ABM « L'allaitement en tant que droit humain de base » (15), « Le partage informel de lait humain pour le nourrisson né à terme et en bonne santé » (16) et le protocole #35 de l'ABM « Soutenir l'allaitement pendant une hospitalisation maternelle ou infantile » (17) peuvent être des compléments importants à cette déclaration de principe. De plus, tous les protocoles de l'ABM qui favorisent la promotion de l'allaitement, tels que le #37 « Soins physiologiques à l'enfant » (18), le #2 « Recommandations pour la sortie de maternité » (19) et le #14 « Le cabinet médical ami de l'allaitement » (20) peuvent également être des ressources importantes.

Recommandations

En conséquence, l'Academy of Breastfeeding Medicine fait les recommandations listées ci-dessous, fondées non seulement sur les recommandations internationales, mais également sur notre synthèse des informations disponibles et des opinions d'experts.

La protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel doivent être la norme à tout moment.

Plus il y a de femmes qui allaitent avant une catastrophe, plus il y aura de femmes qui pourront continuer à allaiter en situation d'urgence. Sur le plan individuel, l'allaitement devrait être encouragé comme une mesure de préparation aux situations d'urgence, et les femmes devraient être encouragées à prendre en compte la possibilité de situations d'urgence dans leurs décisions en matière d'alimentation infantile. L'allaitement exclusivement avec du lait maternel exprimé devrait être découragé en l'absence d'une raison médicale pour cette pratique. Les femmes qui tire-allaitent exclusivement devraient être référées afin d'obtenir de l'aide pour arriver à allaiter directement au sein, et pour savoir comment exprimer manuellement leur lait. Les gouvernements devraient être encouragés à considérer qu'un taux élevé d'allaitement favorise la résilience de la population face aux situations d'urgence, et à envisager l'investissement dans le soutien à l'allaitement comme une préparation aux situations d'urgence. Dans ce cadre, la mise en œuvre de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé devrait être soutenue.

Les plans d'urgence doivent inclure un soutien qualifié à l'allaitement et des spécialistes de l'allaitement

Du personnel formé devrait être disponible pour soutenir et aider les mères allaitantes rencontrant des difficultés résultant de la situation d'urgence, incluant les problèmes courants d'allaitement, ceux qui nécessitent de rassurer la mère, une faible production lactée, une relactation, la mise en place de l'allaitement par une autre mère, l'aide aux mères qui sont séparées de leur bébé et l'aide à celles qui tire-allaitent exclusivement. Les spécialistes en allaitement devraient être formés dans le domaine des conseils et de l'aide aux mères qui ont besoin de LIC.

Assurer la formation du personnel de secours d'urgence afin qu'il soit en mesure de soutenir les dyades qui allaitent dans le cadre de leur rôle

Le personnel de secours d'urgence devrait recevoir une formation et une sensibilisation de base sur les besoins en matière de soutien dont ont besoin les femmes dans les situations d'urgence, ainsi que sur les réglementations et procédures sur l'alimentation des bébés et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (ANJE-U). Les messages d'information devraient inclure le fait que l'allaitement est le moyen le plus sûr et le plus fiable de nourrir un enfant dans les situations d'urgence. Cette formation devrait inclure les dangers de la fourniture de LIC aux mères allaitantes, et à qui référer les mères allaitantes ou les autres personnes s'occupant du bébé lorsqu'elles demandent du lait industriel.

En cas de séparation mère-enfant, l'allaitement par une autre mère ou le don de lait humain fourni par des donneuses devrait être envisagé

Un dépistage médical des femmes nourricières et des potentielles donneuses de lait devrait être effectué en fonction des ressources disponibles (par exemple le dépistage des maladies infectieuses) et de la prévalence locale des infections préoccupantes. Le don de lait devrait se faire via des lactariums locaux. La création de lactariums devrait être incluse dans les plans de gestion des urgences, et les lactariums devraient avoir leurs propres plannings d'urgence. Le partage informel local de lait maternel pourra être nécessaire en l'absence de lait humain provenant d'un lactarium.

En cas de séparation mère-enfant, assurer la poursuite de la production lactée maternelle

Les mères qui sont séparées de leur bébé devraient être encouragées et soutenues afin de tirer manuellement leur lait. L'utilisation de tire-lait devrait être envisagée uniquement si de l'eau chaude pour leur nettoyage est disponible en abondance. Les mères séparées de leur bébé pourraient accepter d'allaiter des bébés qui ont besoin de lait maternel.

Les plans d'urgence devraient inclure des dispositions favorisant l'allaitement dans les camps de réfugiés et les espaces mère-bébé.

La planification devrait inclure le soutien à l'allaitement dans les camps de réfugiés. Les protocoles des camps de réfugiés devraient permettre aux équipes d'identifier rapidement les besoins alimentaires des familles ayant des bébés et des jeunes enfants, ainsi que les mères et les bébés qui ont été séparés. Les femmes devraient pouvoir accéder à un soutien à l'allaitement dans le camp, ou à un accès facilité à un soutien fourni ailleurs que dans le camp, incluant des communications électroniques ou téléphoniques. Les mères allaitantes ou les autres personnes en charge de bébés ou de jeunes enfants devraient être prioritaires dans la distribution d'eau et de produits alimentaires. Les camps de réfugiés devraient disposer d'un espace protégé dédié aux mères qui allaitent ou qui tirent leur lait, permettant aux mères de bénéficier de l'intimité dont elles ont besoin en fonction des pratiques culturelles locales. Des zones mère-bébé (ZMB) permettant de favoriser le bien-être psychologique maternel, l'allaitement et les autres aides en matière de santé devraient être mises en place pendant les situations d'urgence et après celles-ci.

Les bébés qui ne sont pas nourris directement au sein devraient l'être à la tasse s'il n'existe pas de source fiable d'eau propre

L'utilisation de biberons et de tétines pour nourrir les bébés devrait être fortement déconseillée en l'absence d'une source adéquate d'eau chaude pour leur nettoyage. Dans ces situations, l'alimentation à la tasse, y compris avec des tasses jetables, devrait être encouragée. De même, l'utilisation de tire-lait devrait être fortement déconseillée en l'absence d'eau chaude disponible pour leur nettoyage, et l'expression manuelle devrait être l'alternative encouragée.

Les bébés non allaités devraient être vus comme un groupe vulnérable et être soutenus adéquatement, avec allaitement par une autre mère ou don de lait maternel provenant de donneuses comme premières options

Les LICs devraient être fournis uniquement après évaluation des besoins par des professionnels de santé formés de façon appropriée. Les options faisant appel au lait humain devraient être envisagées en premier : relactation chez la mère, allaitement par une autre mère, et don de lait humain provenant de donneuses (dans cet ordre), un LIC étant envisagé en l'absence de lait humain. S'il est décidé de fournir un LIC à un bébé, cela devra s'accompagner d'informations sur leur préparation correcte dans le cadre des conditions d'urgence, et les personnes s'occupant du bébé devraient bénéficier d'un accès aux autres ressources nécessaires pour donner ces produits avec un niveau adéquat de sécurité. Ces ressources sont les suivantes : de l'eau propre pour la reconstitution du lait et le nettoyage du matériel, la possibilité de chauffer l'eau pour la reconstitution et le nettoyage, le matériel adéquat nécessaire, ainsi qu'un suivi médical et des soins médicaux, le tout devant être fourni aussi longtemps que le bébé en aura besoin.

Le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel devrait être respecté, ainsi que les recommandations sur les dons et la distribution de ces produits de la brochure : Alimentation des jeunes enfants : directives opérationnelles pour les responsables de programme

Les dons de LIC, d'autres substituts du lait maternel, de biberons et de tétines, d'aliments de complément et de tire-lait ne devraient pas être recherchés ou acceptés, mais devraient au contraire être publiquement découragés. La distribution de LIC devrait être strictement contrôlée par le personnel chargé des secours d'urgence, et fournie uniquement lorsqu'un bébé ne peut pas être allaité. Ces produits ne devraient pas être distribués en routine. Les LICs ne devraient pas être distribués à des mères qui allaitent exclusivement. Les LICs devraient être stockés et distribués discrètement, afin de ne pas décourager les mères allaitantes. La publicité et le parrainage en rapport avec les LICs et les autres substituts du lait maternel, les biberons et tétines et les tire-lait ne devraient pas être autorisés dans les camps de réfugiés ou dans tous les autres aspects des réponses aux situations d'urgence (comme par exemple avec ou dans les colis de matériel de soin).

Le don de compléments alimentaires ou de liquides devrait être découragé chez les bébés de moins de 6 mois, et ces bébés ne devraient pas recevoir de solides

Le don d'aliments complémentaires devrait être encouragé chez les enfants de 6 à 23 mois dans les situations d'urgence. Tous les aliments complémentaires fournis devraient être sûrs et appropriés, et les dons d'aliments complémentaires commerciaux ne devraient être ni sollicités, ni acceptés.

Principales informations à l'appui des recommandations

Contexte

Les catastrophes naturelles et d'origine humaine peuvent causer des destructions ainsi que des perturbations généralisées, touchant y compris les mères allaitantes et leurs bébés allaités, ainsi que les enfants non allaités et leurs mères et les personnes qui s'occupent d'eux, ce qui nécessitera une réponse en urgence.

La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, de l'OMS et de l'UNICEF, recommande l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois de vie. Par la suite, des aliments de complément appropriés devraient être introduits parallèlement à la poursuite de l'allaitement jusqu'à 2 ans ou plus (21).

Les bébés de moins de 6 mois ne devraient recevoir aucun liquide autre que du lait maternel ou un LIC, incluant les tisanes, jus ou formules lactés maison (21, 22). La principale ressource d'informations de base reconnue à l'échelle internationale concernant l'alimentation des bébés et des jeunes enfants est « *Alimentation des jeunes enfants : directives opérationnelles pour les responsables de programme* » (AJE-DO), qui fournit des informations détaillées sur les réponses dans les situations d'urgence permettant de répondre aux besoins alimentaires des bébés et des jeunes enfants (23). En 2010, l'Assemblée Mondiale pour la Santé a exhorté tous les États membres à s'assurer qu'ils avaient des plans de gestion des urgences à l'échelle nationale, conformes aux recommandations des AJE-DO (24). Une seconde ressource importante est « *Le manuel Sphère : Les standards minimum de l'intervention humanitaire* » (25), qui fournit des orientations sur l'aide à fournir pour répondre à l'ensemble des besoins humains en cas de catastrophe. Le manuel Sphère adapte et reflète les informations des AJE-DO et décrit les normes humanitaires minimales. Les recommandations formulées dans cette déclaration de principe sont fondées sur les informations des AJE-DO, et sont donc également alignées sur le manuel Sphère. Des ressources supplémentaires en soutien à celles de l'ANJE-U sont présentées dans le Tableau 1. Cette déclaration de principe a aussi été écrite à partir de nombreuses autres ressources et constitue une compilation et une synthèse des informations, qui sera utile aux personnes se préparant aux situations d'urgence ou travaillant dans le cadre d'une telle situation.

Le personnel qui, pendant une situation d'urgence, fournit du soutien aux mères allaitantes et aux autres personnes s'occupant des bébés et des jeunes enfants peut inclure des fonctionnaires gouvernementaux, des équipes issues d'organisations non-gouvernementales, des bénévoles et des professionnels de santé. Dans ce document, nous parlons de toutes ces personnes en utilisant les termes « personnel de secours d'urgence » ou « travailleurs humanitaires ».

Tableau 1. Ressources en ligne sur l'alimentation des bébés et des jeunes enfants dans les situations d'urgence

| |
|--|
| Ressources à usage universel |
| Les ressources du Core Groupe IFE, incluant les AJE-DO ; le guide sur Les menaces chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaire ; le guide Le conseil en allaitement dans le cadre des urgences ; le référentiel de recherches de l'ANJE-U ; la série d'infographies du groupe central IFE (démarrage précoce de l'allaitement dans les situations d'urgence, prévention des dons inappropriés de LIC, planification et gestion de l'alimentation artificielle dans les situations d'urgence, soutien aux bébés dépendant des LICs, prises de décision concernant l'alimentation infantile en cas d'épidémies de maladies infectieuses). https://www.enonline.net/network/ife-core-group |
| Le forum en ligne EN-net a un forum IYCF-E sur lequel on peut poser des questions et y répondre en anglais et en français. https://www.en-net.org/ |
| La ressource de l'OMS sur la relactation (non spécifiquement dans un contexte humanitaire) : La relactation : connaissances acquises et recommandations (1998) https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-CHS-CAH-98.14 |
| Ressources mondiales et nationales pour les contextes humanitaires |
| Le hub de l'IYCF-E de Save the Children comporte de nombreuses ressources de l'IYCF-E, incluant celles sur l'allaitement, sur le soutien aux bébés non allaités et sur l'alimentation complémentaire dans diverses langues, pour divers types de situations d'urgence et divers pays. https://iycfhub.org |
| Ressources spécifiques aux pays développés |
| La « boîte à outils » des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis inclut la préparation aux urgences, l'allaitement et les ressources sur l'alimentation avec un LIC, des vignettes de médias sociaux, la signalisation des abris d'urgence, des fiches d'information pour ces abris d'urgence, un guide d'évaluation rapide des besoins. https://www.cdc.gov/infant-feeding-emergencies-toolkit |
| Les ressources de l'Australian Breastfeeding Association incluent des listes de kits d'évacuation pour les nourrissons et les jeunes enfants, des outils de planification d'urgence pour les parents, des fiches d'information sur l'ANJE-U pour les mères et les soignants : allaitement, don de lait maternel exprimé, alimentation avec un lait industriel en cas d'urgence, alimentation à la tasse et expression manuelle du lait, scénarios d'exercices d'abri en situation d'urgence de l'ANJE-U, module d'apprentissage en ligne gratuit pour le personnel des secours d'urgence sur le soutien aux familles ayant des bébés et de jeunes enfants. https://www.breastfeeding.asn.au/emergency-resources-babies-and-toddlers |
| Il est nécessaire de veiller à ce que les ressources soient adaptées au contexte dans lequel elles seront utilisées. LIC : lait industriel commercial ; ANJE-U : Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants en situation d'urgence. IFE : alimentation des bébés et des jeunes enfants. |

Pratiques et convictions des populations en matière d'alimentation infantile

Les pratiques des populations en matière d'alimentation des bébés et des jeunes enfants avant la situation d'urgence auront un impact important sur les réponses à apporter en cas d'urgence (23). Les populations pour lesquelles l'allaitement est la norme culturelle, qui ont un taux élevé de d'allaitement, d'allaitement exclusif et d'allaitement long, ainsi qu'un soutien solide à l'allaitement par la communauté et le système de santé, seront plus résilientes dans les situations d'urgence. Dans de telles circonstances, la réponse à la situation d'urgence pourra se focaliser presque totalement sur le soutien aux mères allaitantes et il n'y aura qu'un petit nombre d'enfants non allaités nécessitant un soutien spécialisé. Toutefois, de nombreux pays à revenus faibles ou moyens (PRFM), s'ils ont un taux élevé d'allaitement, peuvent également avoir un taux élevé de don d'autres produits au nouveau-né en période pré-lactéale et d'allaitement partiel, et les bébés allaités peuvent donc également recevoir des laits animaux, des céréales ou un LIC. L'application de l'ANJE-U en pareil cas est plus complexe et difficile, incluant une aide aux

mères non seulement pour poursuivre l'allaitement, mais également pour arrêter l'allaitement partiel et revenir si possible à l'allaitement exclusif.

En outre, dans certains pays développés, un pourcentage significatif de bébés pourra ne pas du tout être allaité (enfants totalement dépendants d'un LIC). Mettre en œuvre l'ANJE-U dans les communautés incluant un pourcentage important d'enfants qui ne sont pas du tout allaités pourra être extrêmement difficile en raison de la vulnérabilité de ces enfants et des ressources nécessaires pour leurs besoins alimentaires. Enfin, dans certains pays, des mères ne mettent pas leur bébé au sein, mais elles nourrissent exclusivement leur bébé avec du lait maternel exprimé donné au biberon. Comme détaillé plus bas, ces mères et ces enfants auront besoin d'un soutien spécifique.

Les pays différents et les diverses communautés ont non seulement des pratiques différentes d'alimentation infantile, mais également d'importantes différences dans leurs coutumes, leurs croyances religieuses et dans leurs ressources, ce qui peut avoir un impact sur la disponibilité des soins médicaux, l'alimentation infantile et la mortalité infantile en général. Ils auront également des différences dans leurs plannings de gestion des urgences, dans leurs pratiques de réponses aux urgences et dans leurs capacités de réponse, incluant l'implication ou non de travailleurs humanitaires. Tous ces facteurs devraient être pris en considération dans le cadre du soutien à l'alimentation des bébés et des jeunes enfants dans les situations d'urgence, et dans l'application des recommandations faites dans cette Déclaration de principe.

Allaitement dans le contexte de l'ANJE-U

Soutenir l'allaitement dans les situations d'urgence

Même si l'allaitement est encore plus important dans les situations d'urgence, les difficultés associées à ces situations peuvent le rendre encore plus difficile pour les mères qui allaitent. Les AJE-DO et le Manuel Sphère soulignent tous les deux le besoin qu'ont les femmes allaitantes de recevoir des conseils compétents en matière d'allaitement dans les situations d'urgence (23, 25). Selon les pays et leurs ressources, ce soutien peut être le fait de diverses personnes, incluant des nutritionnistes, des médecins, des consultant(e)s en lactation certifiées par le Bureau International (IBCLCs), des personnes titulaires d'une certification en matière de conseils sur l'allaitement ou ayant reçu une formation sur le sujet, et des conseillers bénévoles en allaitement tels que les animatrices de La Leche League. L'Emergency Nutrition Network et le Groupe Principal IFE ont également publié « Alimentation des jeunes enfants : directives opérationnelles pour les responsables de programmes » (AJE-DO) pour aider dans la planification et la mise en œuvre du soutien à l'allaitement pendant les urgences (26).

L'un des problèmes les plus courants rencontrés par le personnel de secours d'urgence est la conviction des femmes qui pensent que le stress va abaisser leur production lactée. Cette crainte est constamment rencontrée, quel que soit le pays et quelle que soit la nature de la situation d'urgence, et cela pourra amener les femmes à introduire d'autres aliments et liquides ou à arrêter l'allaitement. Pendant le conflit en Ukraine en 2015, le stress était la raison la plus souvent donnée par les femmes pour arrêter l'allaitement, et près de la moitié des mères qui ont arrêté d'allaiter leurs bébés de moins de 6 mois ont cité le stress ou le conflit comme raison (27). Les travailleurs humanitaires peuvent également croire que le stress a un impact négatif sur l'allaitement, comme cela a été constaté chez ceux qui apportaient un soutien nutritionnel aux bébés malnutris dans un camp de personnes déplacées d'une région du Nigeria vers le nord-est du pays (28), ce qui compromettrait leur capacité d'aide. Très souvent, les femmes qui pensent que le stress a abaissé leur production lactée fondent cette conviction sur les modifications de comportement de leur bébé, qui demande plus souvent le sein, est agité pendant les tétées et se réveille plus souvent la nuit. Toutefois, ces modifications de comportement sont normales dans le contexte des perturbations induites par la situation d'urgence (29). Le stress induit une baisse de la fréquence des décharges pulsatiles d'ocytocine, qui n'a pas d'impact sur la production lactée à court terme. Toutefois, des perturbations chroniques du réflexe d'éjection pourraient à long terme induire une baisse du volume de lait consommé par l'enfant, et donc potentiellement abaisser la production lactée (31). Les modifications du réflexe d'éjection peuvent contribuer à l'agitation du bébé au sein. Le stress peut également amener la mère à être moins sensible aux signaux de faim de son bébé (32), qu'elle mettra donc moins souvent au sein, ce qui là aussi abaissera la production lactée. En général, les problèmes de baisse de la production lactée réelle ou perçue par la mère sont le plus souvent le résultat d'une baisse de la fréquence des tétées et de la déshydratation, qui peuvent être le résultat direct du stress lui-même. Il est également courant pour les femmes de penser que le manque d'aliments ou le fait de ne pas pouvoir accéder à des aliments spécifiques aura un impact sur la quantité ou la qualité de leur lait (33). Les conseils sur l'allaitement, un soutien psychologique ou d'autres modes de soutien peuvent aider les femmes qui manquent de confiance dans leur capacité à allaiter à poursuivre l'allaitement (34).

Diverses convictions culturelles peuvent avoir un impact sur les pratiques d'allaitement. Les mères peuvent avoir besoin d'être rassurées concernant la croyance que les émotions négatives peuvent avoir un impact sur la qualité de leur lait (35) ou que des forces surnaturelles affectent leur lait (36). Des femmes peuvent également craindre que

l'allaitement soit dangereux pour leur bébé dans certaines circonstances, comme par exemple si elles sont malades avec de la diarrhée ou si elles présentent une autre maladie d'origine alimentaire (37), ou parce qu'elles sont stressées ou traumatisées (33). Dans la grande majorité des cas, avec des informations et si elles sont rassurées, les femmes sont capables de poursuivre l'allaitement (17, 38).

La déshydratation, la baisse de la fréquence des tétées (en raison de déplacements constants, des activités maternelles, de la fatigue ou du manque d'intimité – 39), ou des problèmes d'allaitement tels qu'une position au sein et une prise du sein inadéquates (28) peuvent abaisser la production lactée. Les mères doivent être rassurées sur le fait que la production lactée peut réaugmenter rapidement avec une bonne hydratation, une augmentation de la fréquence des tétées et l'amélioration de la position au sein et de la prise du sein par le bébé. Comme présenté plus bas, un soutien pratique doit être mis en place pour prendre en compte les raisons à l'origine de la déshydratation ou d'une fréquence insuffisante des tétées, et pour soutenir par ailleurs les mères allaitantes. Les mères qui n'allaitent pas exclusivement leur bébé de moins de 6 mois devraient être encouragées avec sensibilité à revenir à l'allaitement exclusif (23, 25). Le don de suppléments jusqu'à obtention de l'allaitement exclusif est abordé plus bas. Les femmes peuvent également rencontrer des problèmes d'allaitement tels qu'une mastite, une production lactée surabondante, de la douleur et des lésions, et avoir besoin d'aide.

Dans certains cas, les personnels de secours d'urgence et autres humanitaires ont fourni aux mères allaitantes des informations, conseils ou un soutien de mauvaise qualité, ou leur ont dit d'arrêter l'allaitement si elles ont une maladie mineure, si leur bébé pleure, et dans certains cas ils auront juste encouragé ces mères à donner un LIC à leur bébé (39). Certaines mères, rendues vulnérables par le stress induit par la situation d'urgence, se sont senties forcées de donner un LIC, même par l'équipe médicale (40). Cela souligne l'importance de veiller à ce que ces équipes et les autres humanitaires soient orientés vers les informations clés sur l'allaitement et les principes de l'ANJE-U, et qu'ils connaissent les voies d'orientation pour les femmes allaitantes qui rencontrent des difficultés (41).

Aider les mères allaitantes dans des circonstances spéciales

Les mères qui allaitent partiellement un bébé de moins de 6 mois devraient être encouragées avec sensibilité à recommencer à allaiter exclusivement si possible (23, 25). Ces mères devraient être encouragées à mettre fréquemment leur bébé au sein afin d'augmenter leur production lactée et les apports de leur bébé en lait maternel (42). Un soutien qualifié en matière d'allaitement pourra être nécessaire. Ces bébés pourront nécessiter des suppléments de lait humain provenant de donneuses, d'être mis au sein par une autre mère, ou de recevoir du LIC jusqu'à ce que la mère puisse allaiter exclusivement.

Il est vital que les mères allaitantes séparées de leur bébé commencent à exprimer leur lait régulièrement, ou, si c'est approprié, qu'elles allaitent d'autres enfants afin de maintenir leur production lactée. L'expression du lait (ou l'allaitement d'un autre enfant) devrait débiter aussi rapidement que possible après la séparation d'avec son bébé. Si elle tire son lait, celui-ci pourra être donné à un bébé proche dans le cadre d'un partage informel de lait maternel, si cela est approprié en fonction des circonstances. Un soutien compétent en matière d'allaitement et un soutien émotionnel seraient très utiles pour ces mères.

Les mères qui tirent leur lait exclusivement pour le donner à leur bébé rencontreront des difficultés spécifiques en cas de situation d'urgence. Elles peuvent être habituées à utiliser un tire-lait pour exprimer leur lait, et à le donner au biberon à leur bébé, alors que cela nécessite une bonne quantité d'eau chaude pour un nettoyage efficace du matériel. Elles peuvent également avoir besoin d'un accès à l'électricité si elles avaient l'habitude d'utiliser un tire-lait électrique. Leur enfant peut ou non avoir une certaine expérience de l'allaitement directement au sein, et il pourra donc ne pas trop savoir comment téter efficacement au sein, ou ne pas vouloir le faire. De plus, ces mères peuvent dépendre des stocks de leur lait dans leur réfrigérateur ou leur congélateur ; la conservation de ce lait sera compromise en cas de coupure de l'électricité, et elles pourront également ne pas avoir accès à ces stocks de lait si elles ont dû évacuer leur domicile. Les AJE-DO reconnaissent les difficultés liées au nettoyage correct des tire-lait, et déclarent que l'utilisation des tire-lait « devrait être envisagée uniquement si leur utilisation est vitale et s'il est possible de les nettoyer, comme dans un contexte clinique » (p.15 – 23). Les mères qui tire-allaitaient exclusivement devraient être encouragées à passer à l'allaitement de leur bébé directement au sein si possible, et recevoir un soutien compétent pour ce faire. Si elles ne souhaitent pas ou n'arrivent pas à le faire, les femmes qui tire-allaitaient exclusivement devraient se voir expliquer comment tirer leur lait manuellement et le donner à la tasse à leur bébé. L'alimentation à la tasse est abordée plus bas dans un paragraphe sur l'alimentation avec un LIC.

Dans les cas où soit la mère allaitante, soit le bébé ou le jeune enfant est hospitalisé suite à des blessures, maintenir ensemble la mère et son bébé et soutenir l'allaitement peuvent être cruciaux pour la guérison, et les protocoles d'urgence doivent prendre en compte ce scénario possible. L'allaitement peut aider à stabiliser les signes vitaux des mères et des bébés (17). Pour les mères, la présence de leur enfant peut favoriser leur guérison et augmenter leur volonté de guérir (17). Voir le protocole #35 de l'ABM, Soutenir l'allaitement pendant une hospitalisation

maternelle ou infantile (17). Il est important d'assurer la sécurité et un soutien aux familles vulnérables en raison de violences domestiques, d'impotence ou de problèmes médicaux, ayant des besoins religieux ou culturels, marginalisées ou présentant d'autres besoins particuliers.

Relactation, allaitement par une autre mère ou don de lait humain pour les enfants non allaités

Concernant les bébés de moins de 6 mois qui ne sont pas allaités, les AJE-DO recommande la relactation, l'allaitement par une autre femme ou le don de lait humain fourni par une donneuse, dans cet ordre. C'est seulement si aucune de ces options n'est acceptable ou possible que le don d'un LIC aux bébés de moins de 6 mois sera approprié (23). Le Core Groupe IFE a produit un résumé infographique sur les moyens de soutenir les bébés non allaités dans les situations d'urgence afin de guider l'élaboration des politiques et des actions individuelles (43).

La relactation est un processus par lequel une femme qui a accouché et a arrêté l'allaitement de son enfant, ou qui avait allaité un enfant précédent, stimule ses seins pour relancer la lactation (toutes les femmes sécrètent du lait après un accouchement, même si toutes n'allaitent pas). La lactation induite est un processus par lequel une femme qui n'a jamais accouché induit une production lactée (44). La relactation peut être entreprise par la mère du bébé ou, si elle n'est pas disponible, une relactation ou une induction de lactation peut être entreprise par une autre femme de la famille, comme une tante ou une grand-mère, qui sera volontaire pour allaiter l'enfant. Les femmes qui sont très motivées pour relacter y arriveront plus souvent que celles qui sont moins motivées (45). Les femmes réussiront également plus souvent à relacter si les personnes qui les soutiennent ont confiance dans le processus de relactation (46). Des informations pour les professionnels de santé sur le soutien à la relactation sont disponibles dans la brochure de l'OMS sur la relactation (44). Une analyse systématique de la relactation, incluant les études menées dans un cadre humanitaire, a constaté que le délai pour commencer à produire du lait allait de 2 à 15 jours, qu'un allaitement mixte était obtenu entre 2 et 18 jours, et qu'un allaitement exclusif pouvait être obtenu après 3 à 30 jours (47). La réussite est plus fréquente chez les mères qui ont stoppé l'allaitement le plus récemment et celles qui n'utilisent pas de biberons, et les choses se passent mieux avec un soutien plus intensif, en particulier pendant les 10 premiers jours (47). L'utilisation d'un équipement permettant la supplémentation pendant que le bébé est au sein, incluant l'utilisation d'une sonde posée sur le sein (aussi appelé système de supplémentation à l'allaitement) est possible lorsque de l'eau chaude pour le nettoyage est disponible, comme dans un contexte clinique (48). Les femmes qui ont récemment arrêté l'allaitement d'un enfant âgé de moins de 6 mois devraient se voir conseiller d'envisager une relactation. Toutefois, une relactation peut également être tentée pour un bébé ou un jeune enfant plus âgé (49). Un soutien à l'allaitement par une personne compétente est très important pour ces mères (23, 47), bien qu'on ait constaté que des relactations dans le cadre de situations d'urgence ont été soutenues avec succès par des travailleurs médicaux ayant une expérience limitée (50).

Après la relactation, l'allaitement par une autre mère est l'option suivante à envisager dans le cadre des situations d'urgence, tant pour les enfants qui ne sont pas allaités que pour ceux qui sont séparés de leur mère. L'allaitement par une nourrice, une pratique consistant à faire allaiter par une femme de la famille ou de la communauté un enfant qui n'est pas le sien, a longtemps été une pratique courante d'alimentation infantile dans de nombreuses sociétés pendant l'essentiel de l'histoire de l'humanité. Elle peut être envisagée si elle est jugée acceptable par la mère et la famille de l'enfant, et si une femme appropriée peut être identifiée (2, 23, 51). Il est important de noter que si l'allaitement par une nourrice peut ne pas être culturellement acceptable dans certains contextes, les situations d'urgence peuvent changer cette perception (52). Les expériences récentes pendant la guerre en Ukraine ont montré que l'allaitement a été salvateur pour des bébés pris au piège dans une région assiégée, où parfois des mères individuelles allaitaient plusieurs bébés (53). Il est donc important de ne pas avoir de préjugés concernant la façon dont la famille d'un bébé envisagera l'allaitement par une autre femme (52). Les femmes de la famille proche (sœurs, tantes et grands-mères) ou des amies sembleront plus souvent acceptables pour l'allaitement d'un bébé qu'une femme inconnue de la famille (52). Toutefois, l'allaitement par une autre femme, incluant les intervenantes d'urgence (qui pourraient jouer ce rôle à court terme) survient également pendant les urgences (54). Le cadre juridique et réglementaire pour l'allaitement par une autre femme et l'utilisation de lait fourni par des donneuses, particulièrement dans les situations d'urgence, peut varier suivant les pays ou peut ne pas exister (51).

L'allaitement par une autre femme peut également aider cette femme à maintenir sa production lactée si elle est séparée de son propre enfant. Les nourrices potentielles devraient recevoir des conseils sur le VIH et un test de dépistage rapide si c'est possible, et, dans le cas contraire, répondre à un interrogatoire d'évaluation du risque de séropositivité pour le VIH (23). Les nourrices devraient être adéquatement soutenues dans le cadre de ce travail important, ce qui peut inclure la fourniture de ressources, mais il est nécessaire de s'assurer que les femmes ne soient pas contraintes à devenir nourrice par des membres de leur famille ou d'autres personnes (52). Se référer aux AJE-DO et au Manuel Sphère pour des informations supplémentaires concernant le VIH (23, 26).

Le lait humain fourni par des donneuses devrait idéalement provenir de lactariums, dont les donneuses ont été testées et qui pasteurisent le lait. Certains pays ont un solide réseau de lactariums qui rend cela possible. Par exemple, du lait a été fourni par des lactariums dans des camps de réfugiés pour nourrir des bébés non allaités dans le cadre de certaines situations d'urgence aux Philippines (55). Toutefois, tous les pays n'ont pas cette capacité. Le lait humain provenant d'un lactarium nécessite une chaîne du froid, un soutien logistique et un solide système de gestion (23, 51). Les coupures d'électricité et les problèmes de transport peuvent induire d'importants problèmes de logistique avec un impact sur l'utilisation de lait humain provenant d'un lactarium même si cette possibilité existe. Outre les difficultés liées à l'infrastructure pendant un désastre, une attention excessive portée au lait humain fourni par un lactarium risque de détourner l'attention du soutien à l'allaitement (51).

On ne devrait pas faire de dons de lait humain fourni par des lactariums à l'échelle internationale (23). Lorsque ce lait humain est collecté en faible quantité, il devrait être donné en priorité aux nourrissons de faible poids de naissance, aux prématurés et aux nourrissons malades (23). Les lactariums devraient mettre au point des plannings de préparation aux situations d'urgence, incluant la prévision de stocks de lait pour les situations d'urgence, la détermination des critères et de la logistique de distribution du lait maternel pendant une urgence, et comment solliciter des dons de lait et des dons financiers pendant une urgence. Le lait maternel devrait être directement partagé d'une mère vers une autre mère ou une personne s'occupant du bébé dans les situations d'urgence. Les AJE-DO notent qu'il existe peu de données concernant le partage informel de lait humain dans ce contexte (23). Toutefois, un récent rapport sur l'Ukraine décrit le partage informel de lait maternel dans ce contexte (53). L'ABM a une Déclaration de Principe sur le partage informel de lait maternel (2017), mais il n'est pas spécifique aux situations d'urgence, et il recommande aux femmes qui vont bénéficier de ce lait de s'informer auprès de la donneuse concernant la prise de médicaments compatibles avec l'allaitement, la consommation de tabac, celle de substances qui sont incompatibles avec l'allaitement (comme la cocaïne), et les infections telles que le VIH et le HTLV-1 (dans les zones d'endémie) (16). Ces recommandations diffèrent de celles des AJE-DO, qui recommandent uniquement un dépistage du VIH (23), et le dépistage du VIH sera probablement le point le plus important pour le partage informel de lait maternel dans les situations d'urgence.

La question du lien du lait devra être prise en compte lorsque l'allaitement par une autre mère ou le partage informel de lait maternel est envisagé pour des familles musulmanes (56). Bien qu'on pense parfois que la parenté du lait dans l'Islam exclut la possibilité de l'allaitement par une autre femme ou le partage informel de lait maternel, ce n'est pas le cas. En fait, il existe une longue histoire de l'allaitement par d'autres femmes que la mère dans la culture musulmane, et l'identification et la collecte d'informations sur la donneuse ou la nourrice seront souvent suffisantes pour répondre aux préoccupations liées à la parenté de lait (52). L'implication de leaders religieux respectés peut également faciliter l'acceptation de l'allaitement par une autre mère (52).

La capacité de la mise en nourrice ou du partage informel de lait maternel de favoriser la santé et le bien-être des bébés non allaités souligne par ailleurs la contribution d'un taux élevé d'allaitement dans la résilience d'une communauté en cas de désastre. Le fait, pour les gouvernements, d'investir dans le soutien à l'allaitement devrait être considéré comme un point essentiel de la préparation aux situations d'urgence, dans la mesure où le fait que davantage de mères allaitent dans une communauté peut sauver la vie de tous les bébés (allaités et non allaités – 53). Tous les plans et recommandations pour la gestion des situations d'urgence devraient inclure un soutien à l'allaitement.

Réduire le risque d'alimentation artificielle avec un LIC

Les bébés de moins de 6 mois pour lesquels la fourniture de lait humain est impossible devraient être soutenus dans le cadre d'une alimentation avec un LIC. Les enfants non allaités âgés de plus de 6 mois peuvent être nourris avec un lait animal, un LIC (seulement jusqu'à 12 mois), plus une alimentation complémentaire appropriée avec des solides (57). Les LICs ne sont pas recommandés chez les enfants de plus de 12 mois (57). À noter que l'alimentation avec un lait animal peut augmenter le risque de carence en fer (57), ce qui augmente l'importance de la fourniture d'aliments de complément enrichis en fer pour ces enfants, et une supplémentation en fer pourra être nécessaire si ces laits sont utilisés. La décision de fournir du LIC aux bébés qui ne peuvent pas être allaités implique un engagement important. Il est bien plus coûteux de soutenir les bébés nourris avec un LIC, tout particulièrement en cas de crise humanitaire (58). Les organisations qui distribuent des LICs dans les situations d'urgence doivent pouvoir en fournir aussi longtemps que les enfants en auront besoin, et s'assurer que toutes les ressources nécessaires pour nourrir les enfants avec un LIC sont disponibles pour les personnes s'occupant du bébé avec un niveau acceptable de sécurité (23, 25). Ces ressources incluent de l'eau propre pour la reconstitution du lait et le lavage du matériel, la capacité de chauffer l'eau pour la reconstitution et le lavage, le matériel nécessaire au don du lait, ainsi que le don individualisé d'informations et d'un suivi et de soins dans le domaine médical. Les LICs ne devraient pas être distribués sans une évaluation individuelle des besoins effectuée par une personne suffisamment qualifiée pour ce faire (23, 25). Les urgences sont corrélées à un taux élevé de morbidité et de

mortalité infantiles, en particulier chez les enfants qui ne sont pas allaités ou ne le sont pas exclusivement (59-61), ce qui constitue la principale raison pour laquelle l'approvisionnement en LIC devrait être étroitement surveillé et doit être accompagné par un ensemble complet de services de soutien.

La fourniture temporaire de LIC est indiquée chez les bébés de moins de 6 mois dont les mères (ou les personnes s'occupant d'eux) sont en cours de relactation ou en train de passer de l'allaitement mixte à l'allaitement exclusif, qui subissent une séparation mère-enfant de courte durée, ou qui attendent le don de lait humain provenant de donneuses ou une nourrice (23). Le don à long terme d'un LIC est approprié chez les bébés jusqu'à 6 mois lorsqu'ils dépendaient totalement d'un LIC avant la situation d'urgence, ceux dont les mères ne peuvent pas ou ne veulent pas relacter pour une quelconque raison, ou pour qui le don de lait humain provenant de donneuses ou la mise en nourrice ne sont pas des options pour une quelconque raison. Les autres indications, comme décrit dans les AJE-DO, incluent les bébés orphelins, les bébés dont la mère sera absente pendant une longue période, les enfants des mères présentant un problème médical contre-indiquant l'allaitement, ceux dont la mère très malade est incapable d'allaiter, un enfant rejeté par sa mère, ou si la mère a subi des violences sexuelles et ne souhaite pas allaiter (23). Le souhait maternel de donner un lait industriel en dehors de ces raisons n'est pas une indication pour le don d'un LIC, et la fourniture de LIC devrait être évitée en dehors des raisons décrites plus haut.

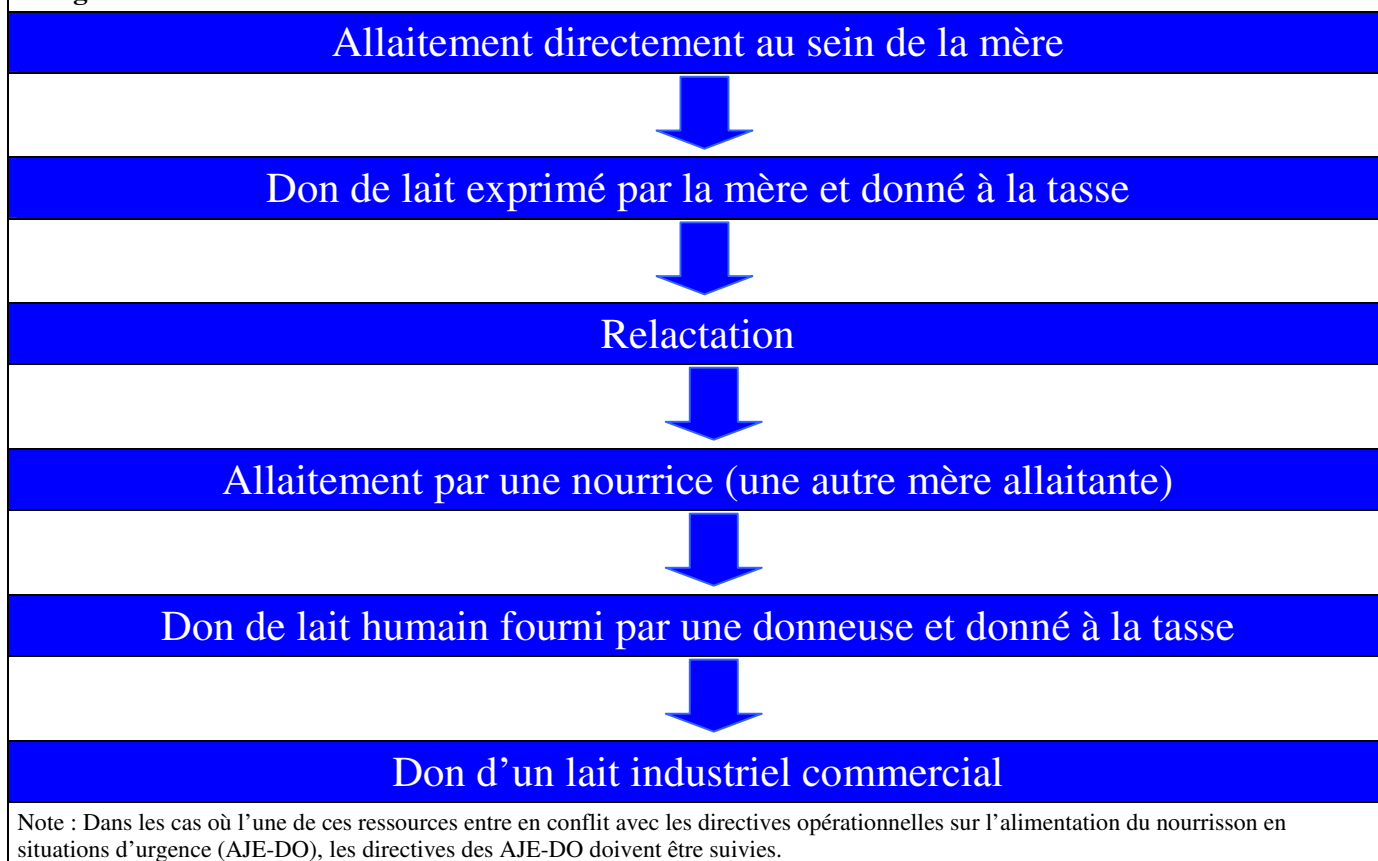
Les AJE-DO, le Manuel Sphère et le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel de l'OMS (le Code) spécifient que le LIC donné aux bébés qui ne peuvent pas être allaités devrait être acheté plutôt que provenir de dons, l'expérience ayant montré que le LIC donné est souvent distribué de façon inappropriée (23, 25, 62, 63). Par exemple, après le tremblement de terre survenu en 2006 à Djakarta, Indonésie, les trois-quarts des familles ayant un bébé de 0 à 5 mois ont reçu des dons de lait industriel (59) en dépit d'un taux élevé d'allaitement avant l'urgence (voir la sous-section sur le don de LIC et d'autres produits alimentaires pour nourrissons pour davantage d'informations sur le don de LIC). Tout LIC fourni par les personnels chargés des secours devrait être acheté plutôt que provenir de dons (23, 25). Dans un contexte humanitaire, l'UNICEF est l'organisation via laquelle on devrait se procurer les LICs, et elle dispose d'un guide d'approvisionnement pour ce faire (64). De nombreux facteurs sont à prendre en compte lorsqu'on se procure du LIC à utiliser pour une urgence. Pour diverses raisons, les laits industriels pour nourrissons (généralement dits de 1^{er} âge) devraient être achetés pour tous les programmes qui les utilisent, y compris pour l'alimentation des bébés de 6 à 12 mois (65).

Les lait industriels liquides prêts à l'emploi (LIPE) ont l'avantage de ne pas avoir besoin d'être reconstitués et d'être stériles, mais ils ont également coûteux, volumineux, lourds, et ils pourront être difficiles à stocker et à transporter. Parce qu'ils sont stériles, les LIPE peuvent être perçus à tort comme étant dépourvus des risques liés à l'utilisation des laits industriels, ce qui peut mener à leur sur-utilisation. Les LIPE ne sont pas disponibles partout, et ils pourraient être disponibles uniquement dans des volumes importants (par exemple des contenants de 450 ml), ce qui pourra être inacceptable pour les personnes s'occupant des enfants qui ne sont pas habituées à cette catégorie de LIC. Lorsqu'un LIPE est utilisé, il devrait être acheté dans des contenants de petite taille, les personnes s'occupant de l'enfant devant être informées sur la nécessité de jeter le lait restant dans le biberon après les repas de l'enfant (65). Les laits industriels en poudre (LIP) nécessitent de l'eau propre pour leur reconstitution, et il est également recommandé que cette eau soit chaude pour détruire les germes pathogènes qui peuvent être présents dans la poudre (66). L'OMS recommande que l'eau (y compris l'eau préalablement bouillie) soit portée à ébullition, et qu'on ne la laisse pas refroidir à moins de 70 °C (attendre environ 5 minutes, mais l'OMS précise de ne pas laisser refroidir plus de 30 minutes) avant d'ajouter la poudre de lait industriel (66). Après avoir dissout la poudre dans l'eau, le lait industriel reconstitué devrait être rapidement refroidi sous un jet d'eau froide ou en plaçant le biberon dans de la glace jusqu'à obtention de la température pour une consommation sans risque (66). Toutefois, cela pourra être très difficile à faire dans les situations d'urgence. Les laits industriels liquides concentrés ne sont pas recommandés pour les situations d'urgence en raison des erreurs potentielles de dilution (23). Les LICs devraient être fournis avec des instructions d'utilisation dans une langue comprise par les personnes qui vont les utiliser. Comme dit plus haut, une éducation individualisée à leur utilisation doit également être donnée. Pour davantage d'informations sur l'achat de lait industriel pendant les situations d'urgence, voir Gribble et Fernandes (2018 – 65) et les recommandations des AJE-DO (23). La Figure 1 ci-dessous illustre les options d'alimentation des bébés de moins de 6 mois dans les situations d'urgence dans l'ordre des priorités

Alimentation à la tasse

Les personnes qui s'occupent de bébés nourris de lait humain exprimé ou de LIC devraient être encouragées à utiliser des tasses plutôt que des tétines et des biberons pour nourrir ces enfants, et ce dans toutes les circonstances dans lesquelles de l'eau chaude pour le nettoyage n'est pas disponible en abondance (23). La raison en est que les tasses peuvent être nettoyées beaucoup plus facilement et soigneusement que les biberons et tétines. Même les nouveau-nés peuvent boire à la tasse, et des recommandations sont disponibles pour soutenir les soignants à nourrir

Figure 1. Options d'alimentation par ordre de priorité chez les bébés de moins de 6 mois dans les situations d'urgence



un bébé à la tasse (67). Les petites tasses dont on peut facilement atteindre le fond avec les doigts pour les nettoyer (et sans bec verseur) sont à privilégier. On peut utiliser également de petites tasses jetables en plastique ou en papier, ce qui évite d'avoir à les nettoyer. Des tasses avec couvercle pourront être nécessaires pour les soignants qui doivent voyager. Si les personnes s'occupant du bébé ne souhaitent pas utiliser de tasses, on devra autant que possible mettre en œuvre des stratégies destinées à minimiser les risques, comme des dispositifs de stérilisation locaux (en plus des dispositifs de lavage), et fournir des informations sur les moyens de stérilisation à domicile (23).

Dons de laits industriels et d'autres produits alimentaires infantiles

Le don et la distribution inappropriés de LICs et d'autres substituts du lait maternel sont globalement un problème omniprésent, et de nombreuses données démontrent que ces dons augmentent l'utilisation des LICs par les mères allaitantes dans les situations d'urgence et sapent le soutien approprié aux enfants non allaités (35, 41, 53, 59, 65, 68-71). Les dons de LIC dépassent couramment de loin les besoins, ils sont utilisés au mauvais endroit, ils ne sont pas de nature appropriée ou leur date d'expiration est proche ou dépassée (65). Les dons sont difficiles à gérer pour les travailleurs humanitaires, et ils sont souvent distribués sans discrimination, y compris aux mères allaitantes. Pour une variété de raisons, la présence et la distribution de ces dons ont couramment pour résultat d'amener les mères à ne plus allaiter exclusivement ou à ne plus allaiter du tout (59, 68-70). Après le tremblement de terre à Djakarta (Indonésie) en 2006, on a constaté qu'après la distribution sans discrimination de LIC aux familles ayant un bébé de 0-5 mois, celles qui en avaient reçu étaient 2 fois plus nombreuses à avoir utilisé ce LIC dans les 24 heures précédentes et que leurs bébés étaient plus de 2 fois plus nombreux à avoir présenté une diarrhée dans la semaine précédente que dans les familles qui n'avaient pas reçu de LIC (59). Ces dons ont également un impact négatif sur le bien-être des bébés qui ne peuvent pas être allaités dans la mesure où ils sont rarement accompagnés du matériel et des informations nécessaires pour utiliser un LIC avec un niveau acceptable de sécurité (65).

Les dons peuvent être faits par des personnes bien intentionnées du grand public, des gouvernements, des organisations non gouvernementales ou des entreprises (encouragées par les reportages médiatisés – 65, 72) ou par les fabricants de lait industriel qui les voient comme un moyen de promouvoir leurs produits (73). Les dons effectués par les fabricants de lait industriel dans les situations d'urgence font partie de leurs stratégies de marketing d'exploitation destinées à saper l'allaitement et à encourager l'utilisation non nécessaire et dangereuse

de leurs produits (74, 75). Les dons de LICs et d'autres substituts du lait maternel dans les situations d'urgence sont une violation du Code (63). Les AJE-DO et le Manuel Sphère prohibent expressément l'acceptation et la sollicitation de dons de LIC et exhortent à agir pour empêcher ces dons (23, 25). Une étude approfondie menée dans des pays à revenus élevés et intermédiaires a constaté que les violations du Code étaient généralisées et problématiques, notamment concernant l'acceptation des dons de LIC et le manque de connaissances sur le Code chez les travailleurs humanitaires, qui étaient souvent peu disposés à suivre le protocole des AJE-DO (39).

Tous les dons de LIC devraient être réunis et éliminés. Il est possible de les donner à des animaux, ou de les mélanger avec des céréales pour les utiliser comme aliments de complément (23). Il faut toutefois reconnaître qu'il est souvent difficile de jeter ou de détruire les dons de LIC, même dans les pays développés. Par exemple, des dons de LIC périmés faits après le tremblement de terre de Christchurch en 2011 sont restés pendant des mois dans les établissements de santé (76). Il est donc essentiel de prévenir ces dons via des mesures politiques et de rapides communications aux médias. Si des mères allaitantes ont déjà reçu du LIC ou un autre type de lait, elles doivent être informées de l'utiliser uniquement chez des enfants de plus de 6 mois ou de le consommer elles-mêmes.

Les dons d'aliments commerciaux de complément ne devraient pas être sollicités, acceptés ou distribués (23). Les problèmes à l'origine de la recommandation de rejeter ces dons d'aliments commerciaux incluent par exemple : leur pauvreté nutritionnelle, leur étiquetage en violation du Code (incluant le fait qu'ils sont utilisables chez les bébés de moins de 6 mois), l'exploitation commerciale des situations d'urgence, le fait qu'ils vont remplacer les aliments locaux, leur fourniture excessive ou aléatoire, et le temps nécessaire à la gestion de ces dons (78).

Acheter et distribuer le LIC de façon à protéger l'allaitement

Lorsque le LIC est acheté, la distribution est gérée plus soigneusement dans la mesure où il doit être budgétisé et comptabilisé. Cela a été constaté hors du cadre des situations d'urgence dans les hôpitaux (79). S'assurer que le LIC est distribué uniquement en cas de réel besoin comme décrit dans les AJE-DO est difficile, en particulier lorsque des femmes allaitantes ont demandé à recevoir des laits industriels, ce qui est courant. Les demandes maternelles pour un lait industriel sont souvent liées à la croyance décrite plus haut que le stress abaisse la production lactée, ou à d'autres préoccupations en rapport avec l'incapacité à allaiter. D'autres problèmes sous-jacents peuvent être liés à la normalisation de l'utilisation des laits industriels dans la culture, induisant une attente de l'alimentation avec un lait industriel, un souhait de donner un lait industriel, ou tout simplement la conviction que les laits industriels sont un produit de grande valeur. L'impact du marketing agressif des fabricants de lait industriel avant la situation d'urgence peut également être perçu, comme dans le cas des mères syriennes réfugiées décrites par Palmquist et Gribble, qui avaient peur que le fait de ne pas donner de LIC à leur bébé soit nocif pour son système immunitaire (80). Les données sur le vécu des distributions de LIC pendant la crise européenne des réfugiés en 2015-2016 ont montré que les bonnes pratiques en matière de distribution de LIC étaient favorisées par les éléments suivants : la présence d'un soutien à l'allaitement, la présence de programmes corrects de gestion des LICs, la compréhension du choix des mères d'utiliser un LIC dans le contexte d'une situation d'urgence, la prise en compte du fait que le LIC est plus proche d'un médicament que d'un aliment dans les situations d'urgence, et le vécu personnel positif de l'allaitement par le personnel des secours d'urgence (41).

Tous les LICs doivent être stockés hors de la vue du public et doivent être distribués discrètement afin de ne pas décourager les mères allaitantes (23). Utiliser un système pour identifier les mères/soignants qui ont besoin de ces produits peut être utile. Dans le camp de réfugiés de Za'atari en Jordanie, un système de prescription a été développé afin de veiller à ce que du LIC soit distribué uniquement à ceux qui en avaient besoin, et que cela soit accompagné du soutien approprié (81). L'un des bénéfices de ce système a été que la vente du LIC en excès dans le camp a cessé. Par ailleurs, il sera nécessaire de fournir des informations sur l'allaitement ou quelque chose d'une valeur similaire à celle des produits fournis aux soignants recevant du LIC (comme des rations alimentaires supplémentaires, une écharpe d'allaitement ou une marmite pour la cuisine) afin de ne pas décourager l'allaitement (65).

Étant donné l'importance de prévenir les dons de LIC et de l'exploitation des situations d'urgence par les fabricants de lait industriel, tous les professionnels de santé devraient connaître le Code et soutenir les efforts de mise en œuvre du Code et des résolutions en rapport de l'Assemblée Mondiale pour la Santé dans leurs pays (39, 63). Des conseils pratiques pour ce faire peuvent être trouvés dans la brochure de l'OMS : *Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children : implementation manual* (82).

Aliments de sevrage dans les situations d'urgence

Les aliments de complément (solides) ne devraient pas être donnés à des enfants de moins de 6 mois et ne devraient pas leur être fournis, dans la mesure où cela peut contribuer à les rendre vulnérables aux maladies infectieuses et à la malnutrition (57). Les aliments de complément pour les enfants de plus de 6 mois devraient être appropriés sur le

plan de leur quantité, de la fiabilité de l'approvisionnement, de la variété et de la qualité nutritionnelle (57). Ils devraient également être acceptables pour les personnes s'occupant de l'enfant.

Soutenir les mères allaitantes et les personnes s'occupant de bébés dans les abris d'urgence

Dans de nombreux contextes, des abris d'urgence seront mis en place afin d'offrir un refuge et des ressources temporaires aux personnes touchées par la situation d'urgence. Ces refuges peuvent se situer dans des bâtiments existants ou dans des structures temporaires telles que des préfabriqués ou des tentes. En fonction de la durée de l'urgence, ces abris pourront perdurer pendant seulement quelques heures, ou pendant des jours, des semaines ou des mois. Certaines personnes viennent dans les abris pour accéder à des ressources mais n'y dorment pas. Les abris d'urgence peuvent être des lieux importants de fourniture d'informations et de soutien pour l'allaitement et l'alimentation infantile.

Les personnes s'occupant de bébés devraient être identifiées dès leur arrivée dans les abris afin de déterminer leurs besoins immédiats et à court terme. Cela peut être facilité par un processus d'enregistrement. Les personnes qui nécessitent une assistance immédiate sont les suivantes : mères rencontrant des difficultés d'allaitement, dyades allaitantes lorsque l'enfant et la mère sont séparés, mères qui sont totalement dépendantes d'un tire-lait pour fournir leur lait à leur bébé, bébés de moins de 6 mois qui ne sont pas allaités, mères d'un enfant de 6 mois qu'elles allaitent partiellement (partiellement dépendantes d'un LIC) et bébés et jeunes enfants orphelins. Une analyse exhaustive récente de l'ANJE-U par Bilgin et Karabayir propose un formulaire d'admission utile pour le processus d'inscription (83).

Dans l'idéal, les soignants compétents dans le domaine de l'ANJE-U, incluant ceux qui ont reçu une formation en matière de soutien à l'allaitement, devraient être disponibles sur les sites d'urgence afin d'aider les mères et les personnes ayant des besoins en rapport avec l'alimentation des bébés et des jeunes enfants. Sinon, un soutien hors de ces centres, incluant un soutien téléphonique, devrait être mis à disposition. Le manque d'intimité dans les situations d'urgence a souvent été identifié comme un obstacle à l'allaitement, qui peut abaisser la fréquence des tétées et donc induire une baisse de la production lactée (39, 69, 72). Par conséquent, les lieux d'évacuation ou d'hébergement devraient disposer d'espaces privés dans lesquels les femmes peuvent allaiter leurs enfants, avec le degré d'intimité dont la mère a besoin selon les pratiques culturelles locales.

Il serait nécessaire de s'assurer que les personnes s'occupant d'enfants dépendants des LICs, ou qui en reçoivent de façon temporaire pendant une relactation ou en attendant la reprise de l'allaitement, disposent d'un espace propre dans l'abri d'urgence pour préparer les repas et, si possible, nettoyer le matériel utilisé. Le personnel de secours d'urgence doit s'assurer de façon proactive que le LIC n'est pas préparé ou le matériel n'est pas nettoyé dans une salle de bains ou des toilettes afin de minimiser le risque de contamination fécale/orale des aliments infantiles. Dans le cas où des installations adéquates pour le lavage, incluant de l'eau chaude, ne sont pas disponibles, du matériel d'alimentation à usage unique devrait être disponible.

Les personnes s'occupant de tous les enfants devraient être prioritaires pour l'accès aux ressources, incluant l'alimentation et l'eau, afin qu'elles n'aient pas à faire la queue pendant de longues périodes pour de l'eau et de la nourriture (29). Ce caractère prioritaire pourrait être facilité en procurant par exemple aux mères et aux personnes s'occupant d'enfants une carte, une note ou une cordelette à présenter à l'équipe (29). Veiller à ce que les femmes aient un accès facile à des toilettes réduira la possibilité qu'elles restreignent leurs apports hydriques et qu'elles se déshydratent, avec le risque d'une baisse de la production lactée. Fournir un espace séparé aux familles ayant des bébés ou des jeunes enfants où elles seront soutenues peut aider à fournir une aide ciblée et davantage de sécurité (29).

Soutenir les mères, les jeunes enfants et les personnes qui s'en occupent via des EAB

Les EAB, ou « Espaces Amis des bébés » ou « Tentes pour Bébé » ont permis de favoriser le bien-être des femmes enceintes et des nouvelles mères, et de les aider à prendre soin de leurs bébés et de leurs jeunes enfants pendant et après les situations d'urgence depuis la crise des Balkans à la fin des années 1990 (84). Les EAB sont des espaces d'accueil sûrs et confortables pour les mères et autres personnes s'occupant de bébés ou de jeunes enfants, qui leur permettent de se reposer, d'interagir entre elles, d'avoir accès à des soins de santé et à des services, et de recevoir un soutien psychologique, de l'aide pour s'occuper de leurs enfants (incluant l'alimentation) et divers soutiens susceptibles de les aider ainsi que leurs familles (85). Les EAB peuvent se situer dans des locaux communautaires tels que des écoles ou des institutions religieuses ou médicales, ou dans des constructions temporaires, des tentes ou des caravanes, et ils ont été déployés dans un nombre important de pays et dans divers types d'urgence, incluant les tremblements de terre, les ouragans et cyclones, les inondations, les guerres et dans les camps de réfugiés. Dans l'idéal, les soignants qui y travaillent doivent avoir reçu une formation sur l'alimentation des bébés et des jeunes enfants, et sur la fourniture d'un soutien psychologique.

Les études menées par Action Contre la Faim dans les camps de réfugiés au Cameroun ont constaté que les femmes qui fréquentaient les EAB faisaient état de moins de souffrances et de difficultés avec l'allaitement, et avaient présenté une amélioration sur le plan de leur bien-être, du soutien social et des interactions avec leurs enfants (34). Le soutien pour la relactation ou l'allaitement par une nourrice peut être fourni par les EAB. Les EAB peuvent être utilisés pour le contrôle de la distribution des LICs, incluant les instructions pour leur préparation et pour le nettoyage du matériel utilisé pour le donner à l'enfant (35). Toutefois, il est nécessaire de prendre les précautions nécessaires pour que ce soutien ne sape pas l'allaitement. Cela peut signifier que le soutien concernant le don de LIC est fourni à d'autres moments que le soutien fourni à l'allaitement (23). Les EAB peuvent fournir du soutien pendant seulement quelques jours, comme dans les hôpitaux de Nouvelle-Zélande après le tremblement de terre de 2011 à Christchurch (86), ou pendant des mois et jusqu'à un an ou davantage. Dans les situations d'urgence qui ont une évolution à long terme avec des insécurités alimentaires spécifiques, les EAB peuvent aider en veillant au statut nutritionnel des mères allaitantes et des jeunes enfants, et tout particulièrement en assurant une attention adéquate à leurs apports en micronutriments (87). Certaines mères pourront ne pas avoir la capacité d'accéder à un EAB, et il pourrait donc être important d'avoir des personnes compétentes en matière d'allaitement qui peuvent se déplacer pour atteindre les mères qui ont besoin d'aide. Pouvoir soutenir l'allaitement à distance pendant une catastrophe peut s'avérer précieux.

Programme de formation à la préparation aux situations d'urgence concernant l'allaitement

Il est essentiel que le personnel de secours d'urgence travaillant auprès de femmes enceintes, de nouvelles mères et d'autres personnes s'occupant de bébés et de jeunes enfants soit formé pour comprendre le rôle vital de l'allaitement dans le cadre des situations d'urgence. Ce personnel devrait apprendre les fondements de la physiologie de la lactation et les recommandations de l'OMS sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Les travailleurs médicaux doivent connaître dans l'ordre des options alimentaires pour les bébés non allaités. Ils doivent savoir que les dons de LIC et d'autres substituts du lait maternel ne devraient pas être sollicités et acceptés, et la nécessité d'un stockage et d'une distribution discrets et appropriés des LICs. Les personnels de secours d'urgence devraient être formés afin de reconnaître les enfants qui ont réellement besoin de LIC, et quelles mères doivent être référées pour recevoir un soutien compétent en matière d'allaitement (s'ils n'ont pas eux-mêmes les capacités pour fournir un tel soutien). Ils doivent être formés sur la pratique de l'alimentation à la tasse et sur l'importance d'éviter les biberons et tétines. Ils doivent savoir comment préparer correctement les LICs.

La formation du personnel de secours d'urgence travaillant directement auprès des mères devrait inclure la façon de gérer les principales questions autour de l'allaitement, comme la crainte rapportée par les mères que le stress affecte leur lait. Gribble et Palmquist ont suggéré que le personnel de secours d'urgence soit formé en matière de conseils, afin qu'ils puissent savoir comment répondre aux mères qui demandent des LICs (41). Ils suggèrent que le personnel de secours d'urgence soit encouragé à comprendre le contexte sous-tendant les exigences des AJE-DO en matière de fourniture de LIC, afin qu'il soit mieux préparé à répondre de façon appropriée aux demandes maternelles (41). Ce personnel devrait être formé à conseiller les mères sur la base de données scientifiques, dépourvues des biais de leur propre expérience personnelle avec les LICs (41). Les personnes travaillant dans le cadre des AJE-DO pourraient bénéficier d'une analyse de leur propre expérience d'alimentation infantile et de son impact sur leurs pratiques (41). Elles devraient être formées à ne jamais conseiller à une mère d'arrêter l'allaitement en l'absence d'une raison médicale sérieuse et démontrée par des preuves, et savoir qu'une maladie maternelle modérée n'est pas une raison d'arrêter l'allaitement.

Les personnes travaillant en situation d'urgence ont besoin de connaître les croyances culturelles locales sur l'allaitement, et d'être préparées à fournir aux mères des informations exactes (28). Enfin, les travailleurs en situation d'urgence doivent recevoir une formation sur le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel (le Code), pourquoi les dons de LIC ne devraient pas être acceptés dans les situations d'urgence, et comment une distribution non ciblée de LIC sape l'allaitement et la santé infantile et maternelle.

Le rôle des médecins dans la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement pendant les situations d'urgence

Pendant les soins de routine, les médecins devraient promouvoir l'allaitement auprès de toutes les femmes comme étant le standard de la nutrition infantile, fournir aux femmes le soutien dont elles ont besoin pour allaiter selon les recommandations internationales, et les aider à atteindre leurs objectifs en matière d'allaitement (88). Les médecins devraient souligner que l'allaitement fait partie des mesures de préparation aux situations d'urgences dans les régions où ces urgences sont saisonnières, et dans le cadre des conseils préventifs habituels, les médecins devraient conseiller aux mères de poursuivre l'allaitement jusqu'après la fin de la période à risque.

Les médecins devraient également travailler à mettre en œuvre et à soutenir l'Initiative Hôpital Ami des Bébé. Le niveau élevé de mise en œuvre de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé en Ukraine avant la crise a grandement facilité la résilience et les réponses des mères et des humanitaires pendant le conflit armé (53). En revanche, des pratiques hospitalières médiocres, telles qu'une séparation non nécessaire de la mère et de son enfant, peuvent saper le démarrage de l'allaitement au moment où il est le plus nécessaire.

Les médecins devraient également encourager l'allaitement directement au sein et décourager la pratique de l'alimentation du bébé avec du lait maternel exprimé donné au biberon lorsque ce n'est pas médicalement nécessaire. C'est particulièrement important pour les mères utilisant un tire-lait électrique étant donné la fréquence et la durée croissante des coupures d'électricité dans certaines régions (89). Les médecins devraient particulièrement conseiller à toutes les mères qui utilisent exclusivement un tire-lait d'apprendre à tirer leur lait manuellement pour les périodes pendant lesquelles elles n'auront pas accès à l'électricité ou à de l'eau courante.

Encourager et soutenir l'allaitement incluent le fait d'augmenter la confiance des mères dans leur capacité à réussir leur allaitement, cela étant corrélé au succès de l'allaitement. En revanche, le manque de confiance en soi rend la mère moins encline à allaiter pendant une situation d'urgence (70). Cela souligne l'importance, pour les médecins, de ne pas avoir juste des connaissances cliniques, mais également des compétences en matière de conseil en allaitement.

Les convictions culturelles préexistantes peuvent limiter les taux d'allaitement même avant la survenue d'une situation d'urgence (28). Travailler avec d'autres responsables communautaires pourra aider les médecins à comprendre les problèmes sous-jacents en matière d'allaitement, et à travailler en collaboration pour prendre en compte les croyances et les obstacles qui limitent l'allaitement (33).

Pendant les situations d'urgence, les médecins doivent s'assurer que les femmes qui accouchent sont soutenues selon des modalités qui soutiennent l'allaitement. En particulier, les mères et les nouveau-nés devraient être mis en peau à peau pendant la première heure de vie, démarrer précocement l'allaitement, et bénéficier des autres pratiques en maternité qui comprennent les 10 Conditions pour le Succès de l'Allaitement de l'OMS/UNICEF (90). Pendant les urgences, les médecins qui travaillent auprès de mères et de jeunes enfants doivent rendre leurs lieux de consultation disponibles comme des refuges pour le soutien à l'allaitement, s'ils sont capables de fournir ce soutien (29). Par ailleurs, les médecins, en particulier ceux qui s'occupent de soins aux enfants, devraient être impliqués dans les plans de préparation aux urgences, dans la mesure où les organisations caritatives et gouvernementales peuvent ne pas être au courant de l'importance de l'allaitement dans ces plans de préparation.

Informier le public

Pendant une situation d'urgence, le grand public, vivant souvent loin du lieu de la catastrophe, souhaite aider. Le grand public doit être encouragé à donner de l'argent plutôt que des fournitures, afin de permettre la provision de ressources au moment, à l'endroit et sous la forme nécessaires, et pour éviter la « seconde catastrophe » que constitue un afflux de dons (91), ainsi que les dégâts particuliers causés par des dons liés à l'alimentation des nourrissons. Les mères allaitantes qui vivent loin du lieu de la catastrophe peuvent donner leur lait via les lactariums locaux, mais ne devraient pas envoyer leur lait sur la zone touchée par la situation d'urgence. Le public doit spécifiquement être découragé de donner du LIC ou d'envoyer du LIC dans la zone touchée.

Autres considérations

Il est important de spécifier que **l'allaitement** est important dans les situations d'urgence, et pas seulement **le lait maternel**, et que ces deux termes ne sont pas interchangeable dans les recommandations ou ailleurs. Si le lait humain est supérieur à un lait animal ou à un LIC, nourrir un bébé avec du lait humain autrement qu'au sein nécessite de tirer le lait et de le donner à l'aide d'une tasse ou d'un autre objet, et ces pratiques sont difficiles dans les situations d'urgence, elles présentent des risques sur le plan de l'hygiène, et de plus elles pourraient ne pas présenter les mêmes bénéfices sur le plan de la protection immunitaire de l'enfant (92).

Le manque de préparation aux situations d'urgence sur le plan de l'alimentation des bébés et des jeunes enfants semble être un problème global (93-95). L'analyse de nombreux plans de gestion des urgences humanitaire a constaté que la question de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants n'était pas suffisamment prise en compte (96). Les plans de préparation aux situations d'urgence devraient être vérifiés périodiquement.

Informations spécifiques sur certaines situations d'urgence

Tempêtes de neige

Ces tempêtes peuvent piéger les gens dans leurs maisons (ou dans d'autres lieux) pendant des jours, souvent sans électricité. Ce type de situation touchera essentiellement les mères qui tire-allaitent exclusivement, et toutes les mères qui ont des stocks de lait maternel congelé. Si les mères qui tire-allaitent exclusivement n'ont pas de tire-lait manuel et/ou de moyen de réchauffer de l'eau pour le nettoyage du matériel, elles devraient tirer leur lait manuellement et/ou tenter de mettre leur bébé au sein. Une aide compétente en allaitement pourra être disponible uniquement à distance, et uniquement s'il y a de l'électricité pour alimenter les téléphones portables ou internet. Quand une panne de courant commence, on sait rarement combien de temps elle durera. Il faut donc réfléchir à la réelle nécessité d'ouvrir la porte du congélateur ou d'en utiliser le contenu. Utiliser le stock de lait congelé avant d'utiliser du lait fraîchement tiré pourra être judicieux, en particulier si on craint que le lait congelé ne décongèle et soit gâché. Si les températures extérieures sont en permanence nettement inférieures à zéro, on peut envisager de placer à l'extérieur le stock de lait congelé, dans un récipient le mettant à l'abri des animaux. Toutes les familles qui subissent des pannes de courant rencontreront des difficultés pour préparer leurs propres repas et devraient suivre les recommandations locales.

Incendies

Les mères et les enfants exposés aux incendies pourront être exposés aux dépôts de particules dans leurs cheveux et sur leurs vêtements, et pourront avoir inhalé des produits toxiques émis par les immeubles en feu, incluant des hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAPs). Les études concernant les incendies du bush en Australie en 2019-2020 suggéraient que les taux lactés de produits tels que les HAPs étaient bas, et aucun échantillon ne contenait de plomb, de chrome, de nickel ou d'aluminium (97). Les femmes devraient être rassurées sur le fait que l'exposition à la fumée d'un incendie n'aura pas d'impact sur leur lait. Les femmes peuvent avoir un risque plus élevé de déshydratation et de baisse de fréquence des tétées en raison de la chaleur et des évacuations précipitées. La réhydratation et l'augmentation des tétées seront nécessaires. Si la fumée est épaisse, les bébés peuvent être agités au sein, le prendre et le lâcher très souvent pour respirer (comme s'ils avaient le nez bouché par un rhume – 29).

Tremblements de terre

Les tremblements de terre surviennent à l'improviste et peuvent induire une séparation entre l'enfant et sa mère, ou des circonstances dans lesquelles la mère ou l'enfant sera blessé ou tué. Typiquement, de multiples répliques suivent le tremblement de terre initial, qui peuvent faire des dégâts supplémentaires et faire tomber des immeubles, ce qui induit des incertitudes et de l'anxiété. En Chine, les inquiétudes concernant la chute possible des bâtiments hospitaliers a induit une augmentation marquée des accouchements par césarienne, afin d'éliminer les incertitudes concernant le moment où surviendrait la naissance (98). Les familles peuvent résider dans des logements temporaires pour de longues périodes et pourront se retrouver sans source fiable d'électricité, d'eau potable ou de produits alimentaires. La mise en peau à peau des bébés pourra être particulièrement importante pour garder le bébé au chaud et au calme si la disponibilité d'abris sûrs et chauds est limitée. Les inquiétudes concernant les répliques suite au tremblement de terre pourront amener les mères à refuser de poser leur bébé, ce qui favorisera des tétées fréquentes et la poursuite de l'allaitement.

Inondations

La gestion des inondations, incluant celles qui accompagnent les ouragans et les typhons, est souvent rendue plus complexe en raison de la contamination des eaux en crue avec les eaux usées et les polluants chimiques, qui vont ensuite contaminer l'eau courante et toutes les surfaces qu'elles toucheront. L'allaitement est particulièrement important en raison de son impact protecteur vis-à-vis des maladies diarrhéiques, et parce que la disponibilité d'eau propre et sûre pour nettoyer le matériel d'alimentation infantile et reconstituer le LIC pourra être compromise. Les mères qui tire-allaitent sont à haut risque et devraient être aidées à passer aussi rapidement que possible à l'allaitement directement au sein.

Conflits armés

Une analyse systématique a montré que la prévalence de l'allaitement est réduite dans les zones de conflits, en dépit de son importance pour la survie infantile. Les situations de conflit armé tendent à durer plus longtemps que

les catastrophes naturelles. Les besoins nutritionnels des jeunes enfants seront donc un problème sur le long terme. Par exemple, les enfants âgés de plus de 6 mois ont peu de risque de présenter des carences nutritionnelles au bout d'une ou deux semaines s'ils ne reçoivent pas de solides appropriés. Il est toutefois important de s'assurer, au fil des mois, que le statut nutritionnel de ces enfants est stable, sur le plan des macro et des micro-nutriments. Assurer le suivi de l'alimentation des bébés et des jeunes enfants pendant un conflit armé peut être particulièrement difficile dans la mesure où il pourra être difficile ou impossible de permettre l'accès du personnel des situations d'urgence et des fournitures aux populations touchées. Les zones touchées par les conflits armés changent souvent constamment. L'impact sur les structures telles que les routes et les conduites d'eau peut être similaire à celui des catastrophes naturelles, mais le fait de fournir des services d'aide sous les tirs est une difficulté supplémentaire. Les plans d'urgence doivent inclure la protection des mères et des bébés contre les attaques aériennes (abris en cas de bombardements), ainsi que la distribution de fournitures aux civils dans des conditions de combat. Comme en cas de tremblement de terre, il peut y avoir des situations dans lesquelles la mère ou l'enfant est blessé ou mort, et le même type de soutien est applicable. La possibilité de violences sexuelles s'ajoute à tous les autres facteurs susceptibles de rendre l'allaitement exclusif difficile en cas de conflit armé (28). En outre, il est nécessaire de veiller à la fois aux réfugiés transfrontaliers et aux personnes déplacées à l'intérieur du pays.

Accident dans une centrale nucléaire

Le Core Groupe IFE a édité un guide sur la gestion des mères allaitantes et des enfants pendant les 3 premiers jours qui suivent un accident dans une centrale nucléaire, notant spécifiquement que ce guide ne s'applique pas à des armes nucléaires (100). L'iodure de potassium (KI) est recommandé chez les femmes allaitantes et les enfants allaités car les accidents de centrales nucléaires induisent l'émission d'un isotope radioactif d'iode (I-131), qui peut induire des dommages thyroïdiens. Le KI prévient la captation de cet isotope par la glande thyroïde. Il doit être pris uniquement si les autorités le recommandent (100). Dans presque tous les cas, la poursuite de l'allaitement est recommandée. Il pourra rarement être recommandé de suspendre l'allaitement si la dyade mère-enfant était très proche du réacteur, *et* qu'elle ne peut pas être hébergée dans un endroit sûr, *et* si du KI n'est pas disponible, *et* si la mère n'a pas de lait maternel exprimé auparavant qui soit disponible *et* qu'elle a accès à un moyen sûr de nourrir son bébé et de nettoyer le matériel, ou un accès sûr à du LIC et à des moyens sûrs de le préparer (100).

Épidémies de maladies infectieuses

Les maladies infectieuses, incluant les épidémies et les pandémies, peuvent induire des difficultés dans le domaine de l'alimentation infantile. Le Core Groupe de l'IFE a publié deux guides pour les décideurs politiques et les gestionnaires de programmes sur la gestion de l'alimentation des bébés et des jeunes enfants dans les épidémies de maladies infectieuses (101). Leurs recommandations soulignent l'importance du soutien à l'allaitement lorsqu'on sait que l'allaitement ne présente pas de danger dans le cadre d'une infection spécifique, et comment soutenir l'allaitement quand la nature de l'infection nécessite une suspension temporaire de l'allaitement.

Dans certains cas, un nouveau type d'infection émerge et la sécurité de l'allaitement est questionnée au départ. Dans ces cas, les autorités médicales rechercheront l'opinion d'experts, qui prendront en compte des facteurs tels que la probabilité que le pathogène puisse être transmis via le lait maternel, et si c'est le cas, dans quelle mesure cette voie de transmission est susceptible d'induire une maladie significative chez le bébé, et dans quelle mesure le pathogène peut être transmis à l'enfant par d'autres routes pendant l'allaitement. Par exemple, un pathogène peut être transmis par voie respiratoire pendant les repas, et ce quelle que soit la méthode d'alimentation infantile, et la transmission peut être prévenue en prenant des précautions appropriées à la transmission respiratoire. Les décisions scientifiques dans le domaine de la santé peuvent être utilisées pour éclairer les orientations provisoires (102, 103) jusqu'à ce que des recommandations de l'OMS soient disponibles (104). Le défaut de prise en compte de la valeur de l'allaitement a eu des conséquences pour la santé publique pendant des épidémies impliquant de nouveaux pathogènes. Lorsque l'allaitement est estimé être quelque chose dont on peut se passer, la supposition par défaut est souvent qu'il est plus sûr de ne pas allaiter dans les situations où le niveau de sécurité est inconnu (105). De même, l'absence de prise en compte des risques comparés de l'alimentation avec un LIC peut mener à des recommandations qui la recommandent plutôt que l'allaitement de façon inappropriée, en particulier dans les pays à faibles revenus dans lesquels l'utilisation de LIC n'est pas acceptable, faisable, abordable, durable et sûre. Ce type de recommandations concernant le VIH a été responsable de la mort inutile de nombreux enfants (106). Au début de la pandémie de COVID-19, de nombreuses autorités médicales ont immédiatement recommandé la séparation des enfants de leurs mères, combinée au don de LIC plutôt que du lait maternel, ce qui a là encore induit des décès infantiles inutiles (107, 108). Les spécialistes en allaitement peuvent jouer un rôle important en informant les décideurs politiques sur l'importance et les risques des LICs afin de s'assurer que ces deux points sont correctement pris en compte lorsqu'ils développent des recommandations.

Dans le cas de nouveaux pathogènes et lorsque des recommandations internationales de l'OMS ne sont pas encore disponibles, le Core Groupe d'IFE recommande que la poursuite de l'allaitement soit priorisée et que le contact étroit mère-enfant soit maintenu jusqu'à ce qu'on ait de solides preuves permettant de dire que l'arrêt de l'allaitement est plus sûr (104). Si les femmes arrêtent d'allaiter en raison de la crainte d'une infection, elles doivent être soutenues afin de maintenir leur production lactée et pouvoir reprendre l'allaitement lorsqu'elles sont guéries, ou si ce n'est pas possible, être soutenues pour relacter.

Canicule prolongée et autres problèmes de changement climatique

Les périodes prolongées de canicule peuvent contribuer à la sécheresse et à l'insécurité alimentaire, et peuvent induire la migration rapide de nombreuses personnes. La chaleur est associée à un taux plus bas d'allaitement exclusif qui peut résulter d'une diminution du temps consacré à l'allaitement ou de la déshydratation maternelle (109, 110). La Note Technique de l'UNICEF, *Protecting Children from Heat Stress*, fournit des recommandations sur les moyens d'aider les femmes enceintes, les nouvelles mères et les bébés de la chaleur extrême (110). Dans le cadre de l'impact négatif du changement climatique, l'allaitement est une opportunité d'atténuation, d'adaptation et de résilience pour la communauté (111).

Autres situations d'urgence

Les autres urgences incluent celles rencontrées dans les camps de réfugiés, suite aux éruptions volcaniques, aux glissements de terrain, aux famines, aux tsunamis, aux écroulements d'immeubles et aux incendies, qui peuvent détruire un seul grand immeuble (comme l'incendie de la Grenfell Tower à Londres en 2017). Il y a de plus la possibilité d'une guerre non conventionnelle. Le Core Groupe de l'IFE donne des informations sur les attaques chimiques, radiologiques et bactériologiques (112). Lentement, l'apparition de nouvelles situations d'urgence, incluant les famines et les sécheresses, s'accompagne souvent de périodes prolongées d'insécurité alimentaire. L'allaitement reste d'une importance vitale dans ce type d'urgence, mais il est nécessaire aussi de prendre en compte l'alimentation maternelle. Chaque type d'urgence présente ses problèmes spécifiques, mais les principes généraux de gestion restent les mêmes.

En conclusion

La protection, la promotion et le soutien de l'allaitement avant toute urgence sont d'une importance majeure. Il est essentiel de promouvoir l'allaitement à l'occasion des soins en routine, et de mettre en place les infrastructures permettant aux mères d'allaiter exclusivement en temps normal. Pendant un désastre, l'allaitement constitue une importante bouée de sauvetage, et le soutien à l'allaitement devrait être inclus dans tous les plans de préparation, politiques et formations concernant les situations d'urgence et impactant les familles ayant des bébés et de jeunes enfants. L'éducation du personnel des secours d'urgence sur l'importance de l'allaitement et sur les fondements de sa gestion est vitale. Dans la mesure où les mères qui dépendent de tire-lait pour allaiter sont particulièrement vulnérables dans les situations d'urgence, des efforts supplémentaires devraient être faits pour décourager le tire-allaitement et promouvoir l'allaitement directement au sein à l'occasion du suivi en routine des mères de nourrissons. Les bébés non allaités constituent un groupe vulnérable, et ces enfants, ainsi que les personnes qui s'en occupent, ont besoin d'un soutien spécial. Les options incluant du lait humain devraient être les premières envisagées pour ces enfants et, si leur allaitement n'est pas possible, ils devraient bénéficier d'un ensemble complet de services de soutien.

Futures orientations

Dans la mesure où la crise climatique continue à évoluer, il y aura davantage d'urgences climatiques, ainsi que de migrations et de réfugiés climatiques. La technologie va modifier la nature des conflits armés et les moyens par lesquels l'allaitement pourra être soutenu. Les données concernant l'alimentation infantile devraient faire partie des informations collectées pendant les situations d'urgence, afin de favoriser l'apprentissage global, ce qui induira des améliorations d'un événement à l'autre.

Pour davantage de ressources en faveur des recommandations décrites dans cette déclaration de principe, vous pouvez visiter notre site Internet : [//bfmed.org/position-statements](http://bfmed.org/position-statements) to access a complementary handout.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Alessandro Iellamo pour ses conseils dans la révision de cet article.

Contribution des auteurs

Ce texte a été principalement rédigé par M.B., K.G., et D.Z., avec la révision et les contributions de tous les autres auteurs.

Conflits d'intérêt

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt.

Informations sur le financement

Aucun financement n'a été reçu pour la rédaction de cette Déclaration de Principe.

Références

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387(10017):475-490.
2. World Health Organization. Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. Geneva: World Health Organization; 2004.
3. Brunton PJ, Russell JA, Douglas AJ. Adaptive responses of the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during pregnancy and lactation. *J Neuroendocrinol* 2008;20(6):764-776.
4. Uvnäs Moberg K. Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. *Infant* 2013;9:201-206.
5. Modak A, Ronghe V, Gomase KP. The psychological benefits of breastfeeding: Fostering maternal well-being and child development. *Cureus* 2023;15(10):e46730.
6. DeYoung SE, Chase J, Branco MP, et al. The effect of mass evacuation on infant feeding: The case of the 2016 Fort McMurray wildfire. *Matern Child Health J* 2018;22(12):1826-1833.
7. Gribble K, Marinelli KA, Tomori C, et al. Implications of the COVID-19 pandemic response for breastfeeding, maternal caregiving capacity and infant mental health. *J Hum Lact* 2020;890334420949514.
8. Tasci B, Kuzlu Ayyildiz T. The calming effect of maternal breast milk odor on term infant: A randomized controlled trial. *Breastfeed Med* 2020;15(11):724-730.
9. Dorea JG. Breastfeeding is an essential complement to vaccination. *Acta Paediatr* 2009;98(8):1244-1250.
10. Gribble KD, McGrath M, MacLaine A, et al. Supporting breastfeeding in emergencies: Protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. *Disasters* 2011;35(4):720-738.
11. Gribble KD. Mechanisms behind breastmilk's protection against, and artificial baby milk's facilitation of, diarrhoeal illness. *Breastfeed Rev* 2011;19(2):19-26.
12. Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate change 2022: Impacts, adaptation and vulnerabilities. Cambridge, UK; 2022.
13. United Nations Children's Fund (UNICEF). The climate-changed child: A children's climate risk index supplement. New York: UNICEF; 2023.
14. Øtsby G, Aas Rustad S, Helskog K. Children affected by armed conflict, 1990-2022. Oslo: Peace Research Institute Oslo (PRIO) and Save the Children; 2023.
15. Feldman-Winter L, Van T, Varadi D, et al. Academy of Breastfeeding Medicine Position Statement: Breastfeeding as a basic human right. *Breastfeed Med* 2022;17(8):633-634. <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/2262-l-allaitement-en-tant-que-droit-humain-de-base>
16. Sriraman NK, Evans AE, Lawrence R, et al. Academy of Breastfeeding Medicine's Board of Directors. Academy of Breastfeeding Medicine's 2017 Position Statement on informal breast milk sharing for the term healthy infant. *Breastfeed Med* 2018;13(1):2-4. <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1952-le-partage-informel-de-lait-humain-declaration-de-principe-de-l-abm>
17. Bartick M, Hernandez-Aguilar MT, Wight N, et al. ABM Clinical Protocol #35: Supporting breastfeeding during maternal or child hospitalization. *Breastfeed Med* 2021;16(9):664-674. <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/2204-soutenir-l-allaitement-pendant-une-hospitalisation-maternelle-ou-infantile>
18. Zimmerman D, Bartick M, Feldman-Winter L, et al. Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #37: Physiological infant care—Managing nighttime breastfeeding in young infants. *Breastfeed Med* 2023;18(3):159-168. <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/2290-gerer-les-tetees-nocturnes-chez-les-jeunes-enfants>
19. Hoyt-Austin AE, Kair LR, Larson IA, et al. Academy of Breastfeeding Medicine. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #2: Guidelines for birth hospitalization discharge of breastfeeding dyads, Revised 2022.

- Breastfeed Med 2022;17(3):197-206. <https://www.llfFrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1019-2-protocole-du-retour-a-domicile>
20. Vanguri S, Rogers-McQuade H, Sriraman NK, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #14: Breastfeeding-friendly physician's office—Optimizing care for infants and children. Breastfeed Med 2021;16(3):175-184. <https://www.llfFrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1083-14-le-cabinet-medical-ami-de-lallaitement>
21. World Health Organization/UNICEF. WHO/UNICEF Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: World Health Organization; 2003. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9241562218>
22. Emergency Nutrition Network (ENN), IBFAN-GIFA, Fondation Terre des homes, et al. Infant feeding in emergencies, Module 2 Version 1.1 for health and nutrition workers in emergency situations. Oxford, UK: ENN; 2007.
23. IFE Core Group. Infant and young child feeding in emergencies: Operational guidance for emergency relief staff and programme managers, version 3.0. Kidlington, UK: UNICEF; 2017. <https://iycfehub.org/pdf/Orientations-operationnelles-pour-le-personnel-de-secours-durgence-et-les-gestionnaires-de-programme.pdf/>
24. World Health Assembly. Sixty-third World Health Assembly WHA6323: Infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2010.
25. Sphere Association. Sphere handbook. Geneva: Sphere Association; 2018. <https://spherestandards.org/wp-content/uploads/Le-manuel-Sphe%CC%80re-2018-FR.pdf>
26. Infant and Young Child Feeding in Emergencies (IFE) Core Group, Emergency Nutrition Network (ENN), Modigell I, Shaker Berbarki L, McGrath M. Operational guidance: Breastfeeding counselling in emergencies. Kidlington, UK: ENN; 2021. <https://www.ennonline.net/sites/default/files/Operational-Guidance-on-Breastfeeding-Counselling-in-Emergencies.pdf>
27. Summers A, Bilukha OO. Suboptimal infant and young child feeding practices among internally displaced persons during conflict in eastern Ukraine. Public Health Nutr 2018;21(5):917-926.
28. Amat Camacho N, Chara A, Briskin E, et al. Promoting and supporting breastfeeding in a protracted emergency setting—Caregivers' and health workers' perceptions from North-East Nigeria. Front Public Health 2023;11:1077068.
29. Gribble K, Hamrosi M, Tawla S. "Want to help the children? Help the parents": Challenges and solutions from the Babies and Young Children in the Black Summer (BiBS) Study. Sydney: Australian Breastfeeding Association and Western Sydney University; 2023.
30. Ueda T, Yokoyama Y, Irahara M, et al. Influence of psychological stress on suckling-induced pulsatile oxytocin release. Obstet Gynecol 1994;84(2):259-262.
31. Nagel EM, Howland MA, Pando C, et al. Maternal psychological distress and lactation and breastfeeding outcomes: A narrative review. Clin Ther 2022;44(2):215-227.
32. Pereira J, Vickers K, Atkinson L, et al. Parenting stress mediates between maternal maltreatment history and maternal sensitivity in a community sample. Child Abuse Negl 2012;36(5):433-437.
33. Dörnemann J, Kelly AH. "It is me who eats, to nourish him": A mixed-method study of breastfeeding in post-earthquake Haiti. Matern Child Nutr 2013;9(1):74-89.
34. Dozio E, Le Roch K, Bizouerne C. Baby-friendly spaces: An intervention for pregnant and lactating women and their infants in Cameroon. Intervention Journal 2020;18(1):78-84.
35. Ratnayake Mudiyansele S, Davis D, Kurz E, et al. Infant and young child feeding during natural disasters: A systematic integrative literature review. Women Birth 2022;35(6):524-531.
36. Hirani SAA, Richter S, Salami B, et al. Sociocultural factors affecting breastfeeding practices of mothers during natural disasters: A critical ethnography in rural Pakistan. Glob Qual Nurs Res 2023;10:23333936221148808.
37. Callaghan WM, Rasmussen SA, Jamieson DJ, et al. Health concerns of women and infants in times of natural disasters: Lessons learned from Hurricane Katrina. Matern Child Health J 2007;11(4):307-311.
38. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding and special circumstances: Foodborne and waterborne illness. Available from: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/maternal-or-infant-illnesses/food-illness.html> [Last accessed: January 29, 2024].
39. Hwang CH, Iellamo A, Ververs M. Barriers and challenges of infant feeding in disasters in middle-and high-income countries. Int Breastfeed J 2021;16(1):62.
40. Iellamo A, Misa Wong C, Bilukha O, et al. "I could not find the strength to resist the pressure of the medical staff, to refuse to give commercial milk formula": A qualitative study on effects of the war on Ukrainian women's infant feeding. Front Nutr 2024;11:1225940.

41. Gribble KD, Palmquist AEL. “We make a mistake with shoes [that’s no problem] but ... not with baby milk”: Facilitators of good and poor practice in distribution of infant formula in the 2014-2016 refugee crisis in Europe. *Matern Child Nutr* 2022;18(1):e13282.
42. Kent JC, Prime DK, Garbin CP. Principles for maintaining or increasing breast milk production. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2012;41(1):114-121.
43. IFE Core Group. Planning and managing artificial feeding interventions during emergencies. Kidlington, UK: ENN; 2021.
44. World Health Organization. Relactation: Review of experience and recommendations for practice. Geneva: World Health Organization; 1998.
45. Banapurmath CR, Banapurmath S, Kesaree N. Successful induced non-puerperal lactation in surrogate mothers. *Indian J Pediatr* 1993;60(5):639-643.
46. Gribble KD. The influence of context on the success of adoptive breastfeeding: Developing countries and the West. *Breastfeed Rev* 2004;12(1):5-13.
47. Amat Camacho N, von Schreeb J, Della Corte F, et al. Interventions to support the re-establishment of breastfeeding and their application in humanitarian settings: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2023;19(1):e13440.
48. IFE Core Group. Infant Feeding in Emergencies (IFE) Module 2, Version 1.1 (2007), Additional information: Part 6 Relactation. Kidlington, UK; IFE Core Group; 2007.
49. Phillips V. Relactation in mothers of children over 12 months. *J Trop Pediatr* 1993;39(1):45-48.
50. Gribble K. Formula feeding in emergencies. In: Preedy Vr, Watson RR, Ziibadi S., eds. *Handbook of dietary and nutritional aspects of bottle feeding*. Wageningen, The Netherlands: Wageningen Academic Publishers; 2014.
51. Smith JP, Iellamo A. Wet nursing and donor human milk sharing in emergencies and disasters: A review. *Breastfeeding Rev* 2020;28(3):7-23.
52. Abdelrahman K, Borg B, Mihrsrahi S, et al. Facilitators and barriers of wet nursing from antiquity to the present: A narrative review with implications for emergencies. *Breastfeed Med* 2024;19(3).
53. Modigell I, Emergency Nutrition Network (ENN). Lessons learned from initiating infant and young child feeding in emergencies programming for the Ukrainian response. Kidlington, UK: ENN; 2023.
54. Gribble KD. Media messages and the needs of infants and young children after Cyclone Nargis and the WenChuan earthquake. *Disasters* 2013;37(1):80-100.
55. Camiling-Alfonso R, Capili DIS, Reyes KAV, et al. Contributing to the Infant and Young Child Feeding in Emergencies (IYCF-E) response in the Philippines: A local NGO perspective. *Field Exchange* 2015;96. Available from www.ennonline.net/fex/50/iycfphilippines
56. AlHreasy FA. Non-maternal nursing in the Muslim community: A health perspective review. *J. Clinical Neonatology* 2018;7(4):191-197.
57. World Health Organization. WHO guideline for complementary feeding of infants and young children 6-23 months of age. Geneva: World Health Organization; 2023.
58. Mowl ZK, LeFevre A, Ververs M. A comparison of total cost estimates between exclusive breast-feeding and breast milk substitute usage in humanitarian contexts. *Public Health Nutr* 2023;26(12):3162-3172.
59. Hipgrave DB, Assefa F, Winoto A, et al. Donated breast milk substitutes and incidence of diarrhoea among infants and young children after the May 2006 earthquake in Yogyakarta and Central Java. *Public Health Nutr* 2012;15(2):307-315.
60. Arvelo W, Kim A, Creek T, et al. Case-control study to determine risk factors for diarrhea among children during a large outbreak in a country with a high prevalence of HIV infection. *Int J Infect Dis* 2010;14(11):e1002-1007-e1007.
61. Creek TL, Kim A, Lu L, et al. Hospitalization and mortality among primarily nonbreastfed children during a large outbreak of diarrhea and malnutrition in Botswana, 2006. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010;53(1):14-19.
62. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes. Geneva: World Health Organization; 1981.
63. World Health Organization. Code and subsequent resolutions. Nutrition and food safety 2024. Available from: <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/food-and-nutrition-actions-in-health-systems/code-and-subsequent-resolutions> [Last accessed: March 21, 2024].
64. United Nations Children’s Fund (UNICEF). Procurement and use of breastmilk substitutes in humanitarian settings version 2.0. New York: United Nations Childrens Fund; 2021.
65. Gribble K, Fernandes C. Considerations regarding the use of infant formula products in Infant and Young Child Feeding in Emergencies (ICYF-E). *WN* 2018;9(3):261-283.
66. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations. Safe preparation, storage, and handling of powdered infant formula: Guidelines. Geneva: World Health Organization; 2007.
67. IFE Core Group. Infant feeding in emergencies: Module 2 version 1.1. Kidlington, UK: IFE Core Group; 2007.

68. Nurul Fadrijah R, Ummu Salamah A, Jafar N, et al. Practice of exclusive breastfeeding at evacuation site post-earthquake in Palu City, Indonesia. *Medico-Legal Update* 2020;20(2).
69. Sulaiman Z, Mohamad N, Ismail TA, et al. Infant feeding concerns in times of natural disaster: Lessons learned from the 2014 flood in Kelantan, Malaysia. *Asia Pac J Clin Nutr* 2016;25(3):625-630.
70. MirMohamadali M, Khani Jazani R, Sohrabizadeh S, et al. Barriers to breastfeeding in disasters in the context of Iran. *Prehosp Disaster Med* 2019;34(1):20-24.
71. Binns CW, Lee MK, Tang L, et al. Ethical issues in infant feeding after disasters. *Asia Pac J Public Health* 2012;24(4):672-680.
72. Hirani SAA, Richter S, Salami BO, et al. Breastfeeding in disaster relief camps: An integrative review of literature. *ANS Adv Nurs Sci* 2019;42(2):E1-E12.
73. World Health Organization. Scope and impact of digital marketing strategies for promoting breast milk substitutes. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
74. Rollins N, Piwoz E, Baker P, et al. Marketing of commercial milk formula: A system to capture parents, communities, science, and policy. *Lancet* 2023;401(10375):486-502.
75. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). How the marketing of formula milk influences our decisions on infant feeding. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
76. Bartle C. Infant feeding in emergencies: Reflections on the Christchurch earthquake. *Midwifery News* 2011(61):31-32.
77. Theurich MA, Humphreys AL, Gosselin LB, et al. Food safety considerations for commercial complementary foods from global operational guidance on infant and young child feeding in emergencies. *Nutr Rev* 2019;77(5):350-362.
78. IFE Core Group. Preventing and managing inappropriate donations: Breastmilk substitutes and other prohibited products—A guide for emergency relief staff, donors, and governments. Kidlington, UK: Emergency Nutrition Network (ENN); 2021.
79. Tarrant M, Lok KY, Fong DY, et al. Effect on baby-friendly hospital steps when hospitals implement a policy to pay for infant formula. *J Hum Lact* May 2016;32(2):238-249.
80. Palmquist A, Gribble K. Gender, displacement, and infant and young child feeding in emergencies. In: Riley N, Brunson J., eds. *International handbook of gender and demographic processes*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2017.
81. Alsaman S. Managing infant and young child feeding in refugee camps in Jordan. *Field Exchange* 2015;48:85. www.ennonline.net/fex/48/managinginfant
82. World Health Organization. Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children: Implementation manual. Geneva: World Health Organization; 2017.
83. Bilgin DD, Karabayir N. Infant and young child feeding in emergencies: A narrative review. *Turk Arch Pediatr* 2024;59(2):135-143.
84. Editorial Staff. Mothers and babies benefit from a place of their own: Two success stories. *BFHI News: The Baby-Friendly Hospital Initiative Newsletter*. Sept/Oct 1999.
85. Action Contre la Faim. Baby friendly spaces—Holistic approach for pregnant, lactating women and their very young children in emergency. Paris: Action Contre la Faim; 2014.
86. Hargest-Slade AC, Gribble KD. Shaken but not broken: Supporting breastfeeding women after the 2011 Christchurch New Zealand earthquake. *Breastfeed Rev* 2015;23(3):7-13.
87. Abe SK, Balogun OO, Ota E, et al. Supplementation with multiple micronutrients for breastfeeding women for improving outcomes for the mother and baby. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;2(2):CD010647.
88. Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, et al. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11(11):CD001688.
89. Kim J. Increasing power outages don't hit everyone equally. *Scientific American*. 2023. July 26, 2024. Available from: <https://www.scientificamerican.com/article/increasing-power-outages-dont-hit-everyone-equally1/#:~:text=Between%202013%20and%202021%2C%20the,events%20per%20customer%20per%20year> [Last accessed: March 14, 2024].
90. World Health Organization. Guideline: Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities: Providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017.
91. Nelan MM, Penta S, Wachtendorf T. Avoiding the "Second Disaster" of unwanted donations. *International J of Mass Emergencies and Disasters* 2022;40(3):223-225.
92. Moossavi S, Sepehri S, Robertson B, et al. Composition and variation of the human milk microbiota are influenced by maternal and early-life factors. *Cell Host Microbe* 2019;25(2):324-335.e324.
93. Gribble K, Peterson M, Brown D. Emergency preparedness for Infant and Young Child Feeding in Emergencies (IYCF-E): An Australian audit of emergency plans and guidance. *BMC Public Health* 2019;19(1):1278.

94. Zakarija-Grković I, Cattaneo A, Bettinelli ME, et al. Are our babies off to a healthy start? The state of implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding in Europe. *Int Breastfeed J* 2020;15(1):51.
95. Gupta A, Nalubanga B, Trejos M, et al. Making a difference: An evaluation report of the World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) in mobilising national actions on IYCF. Delhi: WBTi Global Secretariat, BNPI; 2020.
96. Prudhon C, Benelli P, MacLaine A, et al. Informing infant and young child feeding programming in humanitarian emergencies: An evidence map of reviews including low and middle income countries. *Matern Child Nutr* 2018;14(1).
97. Beyene T, Zosky GR, Gibson PG, et al. The impact of the 2019/2020 Australian landscape fires on infant feeding and contaminants in breast milk in women with asthma. *Int Breastfeed J* 2023;18(1):13.
98. Bengin HG, Scherbaum V, Hormann E, et al. Breastfeeding after earthquakes. *Birth* 2010;37(3):264-265.
99. Rabbani A, Padhani ZA, F AS, et al. Systematic review of infant and young child feeding practices in conflict areas: What the evidence advocates. *BMJ Open* 2020;10(9):e036757.
100. IFE Core Group Sub-Working Group on IYCF-E in the Context of Chemical Biological, Radiological, and Nuclear Threats. Guidance note: Infant and young child feeding in the first three days after nuclear power plant accident. Kidlington, UK: UNICEF and Irish Aid; 2023.
101. IFE Core Group. IYCF infographic series. Available from: <https://www.enonline.net/ifecoregroupinfographicseries> [Last accessed: February 15, 2024].
102. De VR. The value of decision science for clinical ethics. *AMA J Ethics* 2019;21(10):E825-830.
103. Gornick MC, Zikmund-Fisher BJ. What clinical ethics can learn from decision science. *AMA J Ethics* 2019;21(10):E906-E912.
104. IFE Core Group. Infant feeding during infectious disease outbreaks. Kidlington, UK: Emergency Nutrition Network (ENN); 2021.
105. Haiek LN, LeDrew M, Charette C, et al. Shared decision-making for infant feeding and care during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Matern Child Nutr* 2021;17(2):e13129.
106. Gribble K, Mathisen R, Ververs MT, et al. Mistakes from the HIV pandemic should inform the COVID-19 response for maternal and newborn care. *Int Breastfeed J* 2020;15(1):67.
107. Rollins N, Minckas N, Jehan F, et al. A public health approach for deciding policy on infant feeding and mother-infant contact in the context of COVID-19. *Lancet Glob Health* 2021;9(4):e552-e557.
108. Gribble K, Cashin J, Marinelli K, et al. First do no harm overlooked: Analysis of COVID-19 clinical guidance for maternal and newborn care from 101 countries shows breastfeeding widely undermined. *Front Nutr* 2022;9:1049610.
109. Part C, Filippi V, Cresswell JA, et al. How do high ambient temperatures affect infant feeding practices? A prospective cohort study of postpartum women in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *BMJ Open* 2022;12(10):e061297.
110. United Nations Children's Fund (UNICEF). Protecting children from heat stress: A technical note. New York: UNICEF; 2023. <https://ghin.org/wp-content/uploads/Protecting-children-from-heat-stress-A-technical-note-2023.pdf>
111. Cerreo E, Saxer K, Grossman L, et al. The climate crisis and breastfeeding: Opportunities for resilience. *J Hum Lact* 2024;40(1):33-50.
112. IFE Core Group Sub-Working Group on IYCF-E in the Context of Chemical Biological Radiological and Nuclear Threats. Chemical, biological, radiological, and nuclear threats in wartime situation: The impact on breastfeeding safety and infant/young child feeding practices. Kidlington, UK: UNICEF; 2023.

Auteurs

Melissa Bartick, MD, MS, MPH, FABM, auteur principal
 Deena R. Zimmerman, MD, MPH, IBCLC, FABM
 Zaharah Sulaiman, MBBS, PhD
 Amal El Taweel, MD, PhD, IBCLC, FABM
 Fouzia AlHreashy, MD, IBCLC
 Lina Barska, MD
 Anastasiia Fadieieva, MD
 Sandra Massry, MD
 Nan Dahlquist, MD, FAAP, IBCLC, FABM
 Michal Mansovsky, MD
 Karleen Gribble, PhD, BRurSc(Hons)
 CertIV BreastEd (Counselling & Community), senior author

Membres du comité des protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Katherine R. Standish, MD, MS; Chair

Elizabeth Stehel, MD, Immediate Past Chair

Lawrence Noble, MD, FABM, Translations Chair

Melissa C. Bartick, MD, MS, MPH, FABM, Parent

Bureau des feuillets

Maria Enrica Bettinelli, MD, FABM

Lori Feldman-Winter, MD, MPH, FABM

Yvonne LeFort, MD, FABM

Tomoko Seo, MD, FABM

Michal Young, MD, FABM

Deena R. Zimmerman, MD, MPH, IBCLC, FABM

Correspondance : abm@bfmed.org