

Numéro 11  
Janvier - Février 2007

## infos



**OMS** une importante réunion d'experts

**Sur le terrain** avec Suzanne Kouadio, diététicienne au programme MTCT+ d'Abidjan

## ZOOM . . .

**Des compléments nutritionnels** pendant l'allaitement maternel ?

**Une nouvelle stratégie ?**  
Associer les ARV à l'allaitement maternel ?

## remue-meninges



**Les résultats du sondage** auprès de nos lecteurs

**Un cas clinique** sur l'alimentation du nourrisson !

## rubric à brac

**Des outils didactiques** pour les conseillers en nutrition et les mamans

**Post-Scriptum**  
des lignes directrices pour les programmes de terrain

Ont participé à ce numéro :  
Dr Laurent Hiffler :  
l.hiffler@id-ong.org  
Julien Potet :  
j.potet@sidaction.org  
Anna Ndiaye :  
a.ndiaye@sidaction.org  
Caroline Gerbaud :  
c.gerbaud@id-ong.org

Merci aux membres du **comité technique Grandir** pour leurs conseils et leurs lectures attentives

## Editorial

**Le taux additionnel de transmission du VIH** de la mère à l'enfant, pendant l'allaitement maternel est élevé et estimé **entre 5% et 20%** selon la durée d'allaitement et le degré d'immunodépression de la mère. Mais l'**alimentation de remplacement**, facile à recommander dans les pays du Nord, expose l'enfant dans les contextes à ressources limitées à **des problèmes de santé** graves liés notamment à la potabilité de l'eau et à l'hygiène. L'alimentation du nourrisson né de mère infectée par le VIH en Afrique est donc une question majeure de santé publique qui fait parfois l'objet de vives polémiques entre experts et expose les femmes à un véritable dilemme. Néanmoins, quelques principes sont importants à respecter. Les professionnels de santé doivent informer et aider les femmes enceintes vivant avec le VIH à **choisir le futur mode d'alimentation** de leur bébé **de façon éclairée**, adaptée à la situation individuelle de chaque femme. Ils doivent également les accompagner dans ce choix.

Pour guider les femmes enceintes, le personnel de santé peut utiliser la stratégie **AFADS (AFASS** en anglais) définie par l'OMS et l'UNICEF : « si l'alimentation de remplacement est Acceptable, Faisable, Abordable financièrement, Durable et Sûre, il est recommandé pour les femmes vivant avec le VIH d'éviter tout allaitement maternel ; dans le cas contraire, l'allaitement maternel exclusif est recommandé pendant les 6 premiers mois de vie, ou jusqu'à ce que les critères AFADS soient remplis ». Cette stratégie mélange à la fois des critères individuels (risque de stigmatisation sociale, accès à l'eau potable) et des critères collectifs (accès au lait maternisé, garantie et qualité d'un suivi postnatal), ce qui la rend difficile à comprendre et à mettre en pratique dans le cadre de programmes opérationnels.

La stratégie AFADS/AFASS nécessite en particulier la mise à disposition, au sein des centres de PTME, de **conseillers en nutrition infantile**. Leur travail contribue à « fidéliser » les couples mère-enfant après la naissance, à les intégrer dans un calendrier de suivi post-natal très régulier, et à adapter le régime alimentaire de l'enfant en fonction de sa croissance. Mais les financements manquent pour ouvrir ces postes et les formations spécifiques sur l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH sont trop rares ! Pour contribuer à sa manière à la formation des agents de santé, **GRANDIR INFO**, ce mois-ci, traite de **l'alimentation du nourrisson né de mère infectée par le VIH**. Et d'autres articles à ce sujet suivront dans les prochains numéros !

## Glossaire - définitions

Voici 4 **définitions utiles** pour vous aider dans la lecture de ce numéro spécial.

- 1. Alimentation de remplacement** (Synonyme parfois utilisé : "**alimentation artificielle**") : la mère n'allait pas son enfant ; elle doit lui fournir des substituts du lait maternel appropriés (ex : lait maternisé).
- 2. Allaitement maternel exclusif (AME)** : la mère allaite son enfant au sein et ne lui donne aucun autre aliment liquide ou solide, pas même de l'eau.
- 3. Allaitement mixte** : la mère allaite son enfant tout en lui donnant également du lait maternisé et/ou du lait d'origine animale et/ou des aliments semi-solides et/ou des aliments solides.
- 4. Arrêt précoce de l'allaitement maternel** : la mère arrête complètement l'allaitement maternel et les tétées dès l'âge de 4 mois, 5 mois ou 6 mois. On utilise parfois dans le langage courant le terme "**sevrage précoce**" : mais le sevrage désigne plutôt la **période de transition** à l'issue de laquelle l'allaitement maternel est complètement arrêté

## Pour en savoir plus

Un article de synthèse sur allaitement maternel et VIH paru dans Transversal  
[www.sidaction.org/actualite/publications/reperes34/file](http://www.sidaction.org/actualite/publications/reperes34/file)

Une présentation complète de la problématique de l'allaitement du nourrisson dans le contexte du VIH (WHO/HHS-CDC Generic Training Package, Module 4, Fév. 2005)  
[www.womenchildren/hiv.org/wchiv?page=gtp-01-fr](http://www.womenchildren/hiv.org/wchiv?page=gtp-01-fr)

Un glossaire complet en français est disponible sur le site Internet Grandir  
[www.sidaction.org/pro/international/grandir/glossaireallaitement/file](http://www.sidaction.org/pro/international/grandir/glossaireallaitement/file)

## OMS : une importante réunion d'experts

L'OMS a réuni en octobre dernier une cinquantaine d'experts du VIH et de la nutrition afin de passer en revue les dernières données sur l'alimentation du nourrisson né de mère infectée par le VIH. Certaines connaissances ont été confirmées sur les déterminants de la transmission du VIH par l'allaitement maternel et en particulier sur le **risque accru de transmission en cas d'allaitement mixte**. Surtout les experts ont identifié quatre difficultés majeures : **1.** l'accès insuffisant aux services de conseil sur l'allaitement et la nutrition ; **2.** les risques associés au sevrage précoce ; **3.** l'alimentation après 6 mois de l'enfant infecté par le VIH ; **4.** la vulnérabilité des nourrissons allaités artificiellement dès la naissance.

**1.** Les experts ont insisté sur l'importance de **fournir des services de conseil sur l'alimentation du nourrisson pour les femmes enceintes** et les mères vivant avec le VIH. L'accès à de tels services est l'une des conditions majeures de réussite des stratégies d'alimentation de remplacement, mais pas seulement ! Les femmes qui optent pour l'allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce et rapide devraient elles aussi bénéficier d'un soutien et de conseils renforcés à des étapes clé comme l'initiation de l'allaitement maternel ou l'arrêt de l'allaitement maternel.

**2.** Même s'il permet en effet de réduire le risque de transmission post-natale du VIH, **le sevrage précoce (dès 4-6 mois) est associé à des risques de malnutrition et à une morbidité accrue**. Pour y faire face, l'OMS n'encourage l'arrêt précoce de l'allaitement maternel que si l'alimentation de remplacement pour la mère et l'enfant est également acceptable, faisable, abordable financièrement, durable et sûre à cet âge. Les critères AFADS/AFASS pour la mise en route de l'alimentation de remplacement doivent donc également être appliqués après les 6 mois d'allaitement maternel exclusif. Tant que ces garanties ne sont pas remplies, l'allaitement maternel devrait être poursuivi (bien que cela donne lieu à une alimentation mixte qui expose théoriquement l'enfant à un sur-risque de transmission du VIH).

**3.** Autre recommandation importante dans le même ordre d'idée : **tout enfant allaité depuis la naissance pour lequel est posé un diagnostic d'infection par le VIH ne doit pas être sevré à 6 mois** mais poursuivre l'allaitement maternel, conformément aux recommandations de nutrition dans la population générale.

**4.** Enfin les experts réunis à l'OMS ont rappelé la **vulnérabilité des nourrissons exposés au VIH non-allaités au sein** dans des programmes opérationnels. Par exemple, une importante épidémie de diarrhées a sévi en 2006 au Botswana parmi des nourrissons ayant reçu une alimentation de remplacement.

**Pour en savoir plus**  
Le rapport de la réunion d'experts d'octobre 2006 (en anglais uniquement)  
[www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/consensus\\_statement.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/consensus_statement.pdf)

## Un cas clinique sur l'alimentation du nourrisson

Vous recevez en consultation **Denise**, 23 ans, séropositive au VIH, et son bébé de 4 mois, **Edouard**. Lors de l'accouchement, Denise a reçu une dose unique de névirapine et le nouveau-né a également reçu une dose unique de névirapine dans ses premières heures de vie. Denise n'est pas sous traitement antirétroviral. Elle a choisi de pratiquer l'allaitement maternel exclusif. Edouard prend une prophylaxie au cotrimoxazole depuis l'âge de 6 semaines.

A l'examen clinique, le nourrisson a des signes évocateurs d'une infection à VIH: il présente un retard statur pondéral (- 2,5 DS) et une candidose orale qui ne s'améliore pas malgré le traitement par Nystatine débuté 10 jours plus tôt. Il a fait depuis sa naissance deux épisodes de diarrhées modérées non hospitalisés dont le dernier persiste depuis 3 semaines. Il n'est pas possible dans votre ville de pratiquer un test virologique de diagnostic précoce du VIH. Vous prescrivez un bilan immunologique pour Edouard. Le résultat montre un déficit immunitaire sévère pour l'âge : CD4 = 18 %.

Peut-on considérer Edouard comme infecté par le VIH ?

Peut-on décider de démarrer un traitement antirétroviral pour Edouard ?

Quels conseils donnez-vous à Denise quant à l'alimentation de son enfant pour les mois à venir ?

### Cette étude de cas vous intéresse ?

Envoyez-nous vos réponses à l'adresse : [grandir@sidaction.org](mailto:grandir@sidaction.org)  
un ouvrage de référence sur le VIH/Sida à gagner!



# grandir info

infos

## Sur le terrain avec Suzanne Kouadio, diététicienne au programme MTCT+ d'Abidjan

En janvier 2007, nous avons rendu visite pour **GRANDIR INFO** au **programme MTCT+** à Abidjan. Ce programme d'accès familial aux antirétroviraux, dont le point d'entrée est la femme enceinte, est intégré au sein de la formation de santé communautaire Henriette Konan Bédié du quartier populaire d'Abobo et de la formation sanitaire Niangon Sud du quartier de Yopougon. Les femmes infectées par le VIH bénéficient d'une intervention de PTME, ainsi que d'une prise en charge clinique, psychologique et nutritionnelle de l'ensemble de leur famille. Dans ce contexte particulier (urbain, avec un accès à l'eau potable raisonnable), les femmes sont conseillées, dès le troisième trimestre de grossesse, en matière d'alimentation infantile, avec deux choix potentiels : pratiquer une alimentation de remplacement ou un allaitement maternel exclusif avec un sevrage à 6 mois. Les avantages et inconvénients sont discutés et l'équipe insiste sur la nécessité pour la femme de faire un choix qui soit réaliste dans sa situation individuelle et familiale (accès à l'eau, habitat en cour commune, information du partenaire, influence de la belle-famille) et sur l'importance de pouvoir réellement maintenir ce choix sur le long terme. Dans ce programme, le lait maternisé reste à la charge des femmes qui choisissent l'allaitement artificielle dès la naissance pendant les 6 premiers mois puis offert entre 6 et 12 mois pour les plus démunies d'entre elles. Les femmes ayant choisi un allaitement maternel avec sevrage précoce ont un accès gratuit systématique au lait artificiel entre 6 et 12 mois. Environ un tiers des femmes adoptent une alimentation de remplacement et deux tiers choisissent l'allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce. Après la naissance, un entretien sur l'alimentation de l'enfant est proposé aux jeunes mamans à chaque consultation médicale, c'est-à-dire au moins une fois par mois. A certaines périodes clé, comme le sevrage de l'enfant, des entretiens hebdomadaires sont proposés.

**Suzanne Kouadio**, la diététicienne du centre d'Abobo, nous a ouvert la porte de sa consultation.

**La première mère** qu'elle reçoit ce jour-là a accouché il y a 2 jours. Suzanne vérifie tout d'abord que la mère a bien donné à l'enfant la prophylaxie à la névirapine destinée à réduire le risque de transmission du VIH autour de l'accouchement. Elle interroge la maman sur sa situation familiale et note que sa fille aînée de 9 ans n'a jamais bénéficié d'un test de dépistage du VIH. Suzanne encourage la maman à emmener sa fille se faire dépister lors de sa prochaine visite. Le lien de **confiance** que noue Suzanne avec les mamans avant et après la naissance lui permet d'être suffisamment proche d'elles pour leur prodiguer ce genre de conseils. Dans la salle d'attente, Suzanne avait remarqué que la maman se penchait en avant pour donner le sein, ce qui ne lui semblait pas être une position adéquate. Elle lui demande de lui montrer comment elle allaite son enfant, et se rend effectivement compte que la maman amène son sein au bébé, au lieu d'amener le bébé à son sein. Suzanne prend une poupée, qu'elle appelle affectueusement Christine, et fait une nouvelle fois la démonstration du **positionnement du nourrisson** à adopter **pour une prise de sein correcte**.

**La deuxième femme** vient avec son fils de 7 mois. L'enfant vient d'être sevré, mais la mère explique qu'il ne veut pas manger de bouillies. La mère ne lui donne donc que du lait maternisé, au biberon plutôt qu'à la tasse. Elle ne possède qu'un seul biberon, et Suzanne lui recommande d'en acheter un second. Les propos de la maman sont contradictoires : elle explique qu'elle est obligée d'acheter chaque mois du lait, en complément de la quantité donnée par le programme ; mais en même temps elle se plaint qu'elle n'a pas les moyens d'acheter le sucre et les farines de soja et de mil pour la préparation des bouillies enrichies. Suzanne pèse l'enfant. L'enfant n'a pas pris un gramme depuis le mois dernier. Suzanne montre la courbe de croissance de l'enfant à sa maman puis elle lui explique que cette stagnation correspond à un **danger de malnutrition**. Suzanne lui rappelle qu'il est indispensable de **diversifier l'alimentation de l'enfant** et elle lui fixe un rendez-vous dans les jours à venir pour une nouvelle démonstration complète de la **préparation des bouillies et des purées**.

Pour vérifier que les mamans ont bien compris les conseils qu'elle prodigue, Suzanne n'hésite pas en effet à leur demander de les **mettre en pratique** devant elle. Comme pour cette autre maman qui dit que la bouillie qu'elle prépare à son enfant de 7 mois est trop liquide. Suzanne sort les ingrédients et les ustensiles. La maman commence à cuisiner, mais elle n'utilise pas les proportions appropriées. Suzanne corrige, puis allume la gazinière située dans son bureau, et donne patiemment d'autres conseils nutritionnels. Quelques minutes plus tard, la maman a su préparer une **bouillie enrichie au soja** d'une consistance parfaite. Il ne reste plus qu'à la donner à son bébé.

En laissant les femmes **libres de choisir** le mode d'alimentation qui convient le mieux à leur situation, en **conseillant régulièrement** ces femmes dès la période prénatale, et en garantissant un **suivi postnatal rapproché**, le projet MTCT+ affiche de bons résultats : le taux de transmission mère-enfant du VIH y est de moins de 5% et le suivi postnatal régulier des couples mère-enfant permet de corriger les situations à risque de malnutrition. Suzanne a de quoi être fière d'afficher, dans son bureau, les photos de tous les enfants qu'elle contribue, à sa manière, à faire grandir !

### Pour en savoir plus

Le programme MTCT+ en Côte d'Ivoire est soutenu par :

l'ONG ACONDA  
(Côte d'Ivoire)  
[www.acondavs.org/](http://www.acondavs.org/)

l'Institut de Santé Publique,  
Epidémiologie et  
Développement  
(ISPED - Université de  
Bordeaux 2 - France)  
[www.isped.u-bordeaux2.fr/](http://www.isped.u-bordeaux2.fr/)

l'Université de Columbia  
(Etats-Unis)  
[www.mtcplus.org/](http://www.mtcplus.org/)

Pour contacter le programme  
MTCT+ d'Abidjan/Abobo  
(Dr Clarisse Amani-Bosse -  
coordinatrice) :  
[abclarisse@yahoo.fr](mailto:abclarisse@yahoo.fr)



## Faut-il donner des compléments nutritionnels à une maman séropositive pour le VIH pendant l'allaitement maternel ?

### Macronutriments :

On dit souvent que la mère qui allaite doit « manger pour deux ». En réalité, s'il est vrai que les besoins énergétiques de la mère qui allaite sont augmentés, ils dépendent de la quantité de lait qu'elle produit pendant la journée. En moyenne, un **accroissement quotidien de 500 Kcal** avec 25 g de protéines supplémentaires est suffisant **pour couvrir les besoins de l'allaitement** (2500 Kcal/j). Par ailleurs, **l'infection à VIH** en elle-même **augmente les besoins énergétiques** d'environ 10 % en cas d'infection asymptomatique, et jusqu'à 30 % chez l'adulte symptomatique. En Afrique, ces besoins sont rarement atteints et peuvent affecter la production du lait.

Il faut si possible inclure toutes les femmes qui ont choisi l'allaitement maternel exclusif dans un programme d'appui alimentaire (distribution de vivres, jardins familiaux, etc.)

### Micronutriments :

**Vitamine A** : certaines études ayant montré qu'un apport en vitamine A était associé à une augmentation de la transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la durée de l'allaitement maternel, il est recommandé de **ne pas dépasser les besoins journaliers de vitamine A à la mère** pendant cette période. (La supplémentation en Vitamine A tous les 4-6 mois chez l'enfant à partir de 6 mois de vie reste recommandée. La supplémentation de l'enfant de moins de 6 mois est à l'étude).

**Multivitamines BCE** : en revanche l'apport multivitaminique BCE (sans A) semble avoir un **effet bénéfique chez les mères, ainsi que sur la transmission du virus à l'enfant** chez les mères dont l'immunodépression est avancée comme le montre une étude menée en Tanzanie sur plus de 1000 femmes. Et à 24 mois, les enfants (infectés par le VIH ou non) dont la mère avait reçu des multivitamines BCE pendant la grossesse et l'allaitement avaient moins d'épisodes de diarrhée et des taux de CD4 plus élevés.

**Fer** : la problématique du fer est un peu particulière. L'anémie par carence martiale doit être corrigée. Mais **attention à ne pas dépasser les doses** ! Car le fer, par l'intermédiaire de la ferritine, stimule la répllication virale du VIH, ce qui n'est pas souhaitable pour la mère et ce qui risque aussi d'augmenter la transmission du virus à l'enfant. Par ailleurs, pour la mère, un stock élevé en fer dans les macrophages est associé à un plus grand risque de décès et d'infections opportunistes (Candida, Pneumocytis J, mycobactéries).

**Sélénium** : les personnes infectées par le VIH qui présentent un taux sanguin abaissé en sélénium ont une progression de la maladie plus rapide. Plusieurs études ont montré le **bénéfice d'un apport supplémentaire** en sélénium sur la progression de la maladie (moins d'infections opportunistes et d'hospitalisations). De plus, une carence en sélénium (comme en vitamine E) est associée à un risque accru de mastite. Un apport quotidien en sélénium de 200 µg semble être une dose appropriée et sans risque chez les femmes infectées par le VIH qui allaitent.

### En conclusion:

Il faut mettre en place un **appui nutritionnel** afin d'augmenter l'apport calorique global pour les mères qui allaitent même si elles ne sont pas sous TARV. **La question des micronutriments reste débattue.** Les suppléments en micronutriments ne sont pas une alternative au traitement antirétroviral du VIH, mais ils représentent un apport significatif dans la prise en charge, à moindre coût. Certains micronutriments peuvent avoir un effet néfaste sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant, notamment si les posologies ne sont pas respectées. La vitamine A chez la mère ne semble pas recommandée (en dehors d'un régime équilibré) pendant l'allaitement maternel. Les multivitamines BCE et le sélénium ont en revanche un rôle positif. Le fer doit être réservé au traitement des anémies et la durée et la dose requises ne devraient pas être dépassées.

### **Pour en savoir plus**

Quels dosages en vitamines ?  
Il n'y a pas de consensus sur les besoins journaliers des personnes infectées par le VIH.

Voici les doses qui ont été utilisées dans l'étude tanzanienne : multivitamines hors vitamine A (20mg B1, 20mg B2, 25mg B6, 100mg B3, 0,05mg B12, 500mg vitamine C, 30 mg vitamine E, 0.8 mg acide folique).

Apports recommandés en nutriments (document un peu ancien de la FAO) :  
[www.fao.org/docrep/004/w0073f/w0073f43.pdf](http://www.fao.org/docrep/004/w0073f/w0073f43.pdf)

Un tableau est aussi disponible sur un document de l'OMS (recommandation journalière) - en anglais uniquement:  
[www.who.int/nutrition/publications/WHO\\_WFP\\_UNICEFstatement.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/WHO_WFP_UNICEFstatement.pdf)

Pour en savoir plus sur les jardins familiaux :  
[www.fao.org/ag/agn/nutrition/household\\_gardens\\_fr.stm](http://www.fao.org/ag/agn/nutrition/household_gardens_fr.stm)

Mastites : Causes et prise en charge (OMS) :  
[www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/NUTRITION/WHO\\_FCH\\_CAH\\_00\\_13\\_fr.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_FCH_CAH_00_13_fr.pdf)

Pour connaître les références exactes des études que nous évoquons, contactez nous à :  
[grandir@sidaction.org](mailto:grandir@sidaction.org)



## Une nouvelle stratégie : associer les ARV à l'allaitement maternel ?

L'essentiel de la transmission du VIH1 de la mère à l'enfant se fait lors de la période péri-natale et pendant l'allaitement. Le risque de transmission post-natale au travers de l'allaitement est estimé à environ 5 à 20 % selon la durée de l'allaitement (5 % environ pour un allaitement maternel exclusif les 6 premiers mois). L'alimentation artificielle est dépourvue de risque de transmission du VIH mais le risque global de morbidité et de mortalité lié à cette méthode n'est pas négligeable comme on a pu l'observer au Botswana (épidémie de diarrhée chez les enfants qui recevaient du lait artificiel). Aussi en dehors des cas où les conditions pour une alimentation artificielle sans risque sont remplies, il est raisonnable de recommander l'allaitement maternel exclusif. Peut-on alors **réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant pendant l'allaitement maternel** ? Et quelles seraient les stratégies les plus adaptées ?

C'est entre autres à cette question essentielle que tentent de répondre plusieurs études ou programmes :

**La première stratégie**, consiste à **continuer au-delà de l'accouchement une trithérapie à la mère pendant l'allaitement** en dehors de toute indication de TARV pour elle-même. Mais le bénéfice de cette stratégie pour diminuer la transmission de la mère à l'enfant reste à démontrer. Il faut également s'assurer qu'elle ne compromet pas l'avenir thérapeutique de la mère et confronter les bénéfices aux risques de toxicité des ARV. L'étude KiBS au Kenya qui se penchait sur la tolérance à court terme d'un régime comprenant de la NVP a montré que la tolérance était comparable quel que soit le taux de CD4 des femmes. L'étude contrôlée multicentrique Kesho Bora en cours observe notamment la transmission à l'enfant lorsque la mère continue une trithérapie. Le programme DREAM au Mozambique, en cours depuis plus de trois ans, rapporte une transmission globale du VIH de 1,9 % chez les enfants dont la mère a continué sa trithérapie pendant l'allaitement. Enfin les premières observations de l'étude AMATA au Rwanda seront présentées à Paris en mars prochain. Ceux-ci sont très encourageants avec une absence de transmission au cours de l'allaitement maternel de 6 mois dans le groupe observé. L'intérêt de cette étude est d'être basée sur une combinaison classique en Afrique (d4T+3TC+NVP ou AZT+3TC+EFV après 28 semaines de grossesse). Le passage dans le lait des trois molécules a pour conséquence que l'enfant est lui-même exposé au traitement durant plusieurs mois, ce qui participe peut-être à l'efficacité préventive. L'innocuité de cette exposition médicamenteuse de plusieurs mois chez l'enfant non infecté devra être toutefois finement évaluée.

**La seconde stratégie** consiste à **donner pendant la période d'allaitement une prophylaxie à l'enfant seulement** : le principe ici est celui de la protection face à une exposition comme dans le cas des accidents d'exposition sanguine par exemple. La différence notable cependant est la durée de l'exposition et donc de la prophylaxie. L'étude MASHI au Botswana proposait une prophylaxie par l'AZT pendant 6 mois. La transmission du VIH était plus élevée à l'âge de 7 mois chez les enfants qui étaient allaités au sein (9% all. mat. vs 5,6 % ali. artif.), mais la mortalité à cet âge était nettement plus élevée dans le groupe « alimentation artificielle ». L'étude contrôlée PEPI en cours au Malawi compare la NVP seule à une association NVP+AZT chez des enfants sevrés rapidement à l'âge de 6 mois. Enfin l'étude PROMISE-PEP à venir se propose d'étudier une mono-prophylaxie au 3TC chez l'enfant pendant un maximum de 9 mois. Cette durée de 9 mois permet d'éviter un sevrage précoce et rapide (associé à une morbidité importante chez l'enfant). La stratégie de prophylaxie au 3TC centrée sur l'enfant permettait d'éviter une trithérapie chez la mère qui n'en aurait pas encore besoin, et ainsi de ne pas risquer de compromettre ses futures options thérapeutiques tout en donnant à son enfant une molécule en générale très bien tolérée et en principe peu toxique (ici le 3TC).

Les conclusions de ces études seront donc très attendues. Même si une stratégie se révèle supérieure à l'autre, il se peut cependant qu'elles ne s'excluent pas et qu'elles représentent de nouvelles armes dans l'arsenal de la PTME. Mais **prudence** : faute de résultats définitifs, ces deux stratégies ne font pas pour l'heure consensus, même si certains protocoles nationaux ont déjà franchi le pas, comme au Tchad par exemple.

### Pour en savoir plus

Résultats intermédiaires de l'étude AMATA : trithérapie durant l'allaitement maternel pour les femmes infectées par le VIH-1 et faisabilité de l'alimentation artificielle sur 548 couples mère-enfants au Rwanda: A. Peltier (Esther Luxembourg & Lux development) & co (Abstract n°3697 – 4ème conférence francophone VIH/Sida, Paris 2007): <http://62.50.131.112/vihparis/public/index.asp>

Présentation de l'étude Kesho Bora (en anglais) [www.who.int/reproductive-health/stis/mtct/kesho\\_bora.htm](http://www.who.int/reproductive-health/stis/mtct/kesho_bora.htm)

Programme DREAM au Mozambique : Rapport 2005 (en anglais) [http://dream.santegidio.org/public/Report/DREAM\\_REPORT\\_3\\_2005\\_EN.pdf](http://dream.santegidio.org/public/Report/DREAM_REPORT_3_2005_EN.pdf)



## remue-méninges

### Les résultats du sondage auprès de nos lecteurs

Voici les résultats du petit sondage lancé dans Grandir Info 10 pour collecter les avis et commentaires de nos lecteurs. Nous remercions vivement l'ensemble des personnes qui ont bien voulu répondre à ces questions et dont les avis et recommandations nous aideront à mieux répondre aux attentes et besoins de nos lecteurs.

Nous avons reçu **70 réponses** et une grande majorité de ces réponses nous ont été apportées par des **médecins** (plus de 50%). On note également une participation non négligeable des responsables associatifs (23%), mais une faible participation des acteurs paramédicaux (8%). Plus de 40% des lecteurs ayant répondu au questionnaire ont pris connaissance de Grandir Info après l'avoir reçu directement dans leur boîte e-mail. Sur les 10 numéros parus de Grandir Info, 43% des lecteurs affirment avoir lu entre 4 et 7 parutions. Le **bas ou le moyen débit Internet** est le plus fréquent chez nos lecteurs. Enfin, plus de 40% des lecteurs ont pris l'initiative de parler de Grandir Info à plusieurs personnes susceptibles d'être intéressées par son contenu.

A la question posée sur la longueur des articles proposés dans Grandir Info, 70% trouvent qu'ils sont très bien comme cela mais un peu plus d'un quart demandent à ce qu'ils soient plus longs et plus détaillés. Plus de **85% des lecteurs** ayant répondu au questionnaire **se disent généralement satisfaits** du contenu de Grandir Info et des informations fournies.

Voici enfin quelques uns des thèmes que nos lecteurs souhaiteraient voir abordés dans les prochains numéros de Grandir Info : la **tuberculose** et le VIH chez l'enfant -- l'**annonce de la séropositivité** chez l'enfant africain -- les **aspects psychosociaux** liés à la prise en charge de l'enfant séropositif -- les ARV et les **lipodystrophies** chez l'enfant -- l'**alimentation des nourrissons** nés de mère infectée par le VIH (dont sevrage précoce) -- la prise en charge des **adolescents** vivant avec le VIH -- les **témoignages** de parents ou d'enfants sur leur traitement ARV -- le **dépistage volontaire** des enfants mineurs. Nous prendrons en considération tous ces résultats afin d'améliorer la qualité de Grandir Info en 2007.

## rubric à brac

### Des outils didactiques pour les conseillers en nutrition et les mamans

Nous avons vu dans ce numéro spécial de **GRANDIR INFO** l'importance capitale du travail des **conseillers en nutrition** auprès des femmes enceintes et des mamans vivant avec le VIH.

Plusieurs structures et organismes ont développé des outils pour les aider à accomplir au mieux leur mission de conseil et de soutien : **manuels** de référence, **fiches** et **brochures pratiques** à leur attention et à celle des mères.

Les **fiches** et les **brochures** nous paraissent des outils particulièrement intéressants à exploiter pour l'orientation des mamans vers le choix d'allaitement le plus adapté à leur situation personnelle. Elles permettent aussi de leur donner des instructions claires et imagées de mise en œuvre optimale du mode d'alimentation retenu. On les utilisera régulièrement avant la naissance, puis dans les premiers mois de vie de l'enfant, pour accompagner les femmes, qu'elles aient choisi l'allaitement maternel exclusif ou l'alimentation de remplacement (notez qu'il n'est plus recommandé d'opter pour une alimentation au lait animal modifié avant l'âge de 6 mois et qu'en conséquence, les fiches concernant cette alternative devraient être mises de côté). Enfin certaines fiches sont très pratiques pour aider les mères pendant la période de sevrage et pour entamer une discussion avec elles sur l'alimentation de leur bébé de 6 à 24 mois.

Celles que propose l'**OMS** (en anglais, elles devraient prochainement être traduites en français) sont en quelque sorte des outils génériques, à adapter à votre propre contexte, ainsi que cela a pu être fait en Tanzanie par le **Quality Assurance Project** (fiches disponibles en anglais et en swahili).

Pour ceux dont le débit internet est limité, vous pouvez consulter le document "Counseling Mothers on Infant Feeding for the PMCT of HIV" du **Regional Centre for Quality of Health Care**.

Quant aux francophones, qu'ils ne s'impatientent pas trop : l'**Institut pour la Recherche et le Développement** (IRD) travaille actuellement à l'élaboration de nouveaux outils complets, et en français, sur la question de l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH ! Nous vous informerons bien sûr de leur parution dans un prochain numéro de Grandir Info.

#### Pour en savoir plus

Les fiches pratiques de l'OMS (en anglais uniquement pour l'instant)  
[www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV\\_IF\\_CT.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV_IF_CT.htm)

Les fiches pratiques du Quality Assurance Project (en anglais et en swahili uniquement)  
[www.qaproject.org/strat/stratHIVjobaidsintro.htm](http://www.qaproject.org/strat/stratHIVjobaidsintro.htm)

Le guide de counselling du Regional Centre for Quality of Health Care (en anglais)  
[http://rcqhc1.cfi.co.ug/modules/UpDownload/store\\_folder/Focus\\_Areas/HIV\\_AIDS/job\\_aid\\_on\\_infant\\_feeding\\_for\\_PMTCT.pdf](http://rcqhc1.cfi.co.ug/modules/UpDownload/store_folder/Focus_Areas/HIV_AIDS/job_aid_on_infant_feeding_for_PMTCT.pdf)



## Post-Scriptum : des lignes directrices pour les programmes de terrain

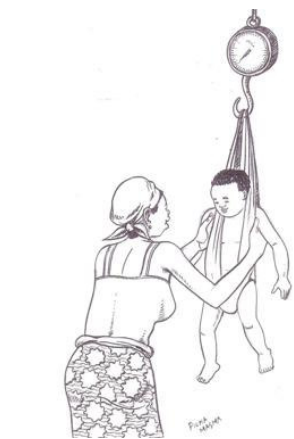
Nous avons vu combien il est difficile de mettre en place des programmes opérationnels d'alternatives à l'allaitement maternel (alimentation de remplacement ou même allaitement exclusif avec sevrage précoce à partir de 6 mois). Mais cela peut être faisable à certaines conditions et dans certains sites. En 2007, Grandir apporte un soutien technique et financier à 6 programmes de terrain d'appui-conseil à l'alimentation des enfants nés de mère infectée par le VIH. Voici les cinq grands principes à prendre en considération pour mener à bien des stratégies d'alternatives à l'allaitement maternel en Afrique :

**1. L'information et le choix éclairé des femmes doivent être garantis dès la phase prénatale et leur choix à l'issue de la discussion doit être soutenu.** Les femmes doivent être aidées, et non contraintes, à faire le meilleur choix pour elles et leur enfant dans leur contexte quotidien. Il est indispensable de prendre le temps de leur expliquer les avantages et inconvénients de chaque option et de leur faire comprendre que ce choix doit être maintenu dans le temps et en toute situation. Ainsi, elles mettront plus facilement en pratique la stratégie qu'elles auront effectivement choisie.



**2. L'information du partenaire est un critère important de réussite des stratégies d'alternatives à l'allaitement maternel.** L'alimentation artificielle expose les femmes à l'influence de l'entourage qui ne comprend pas pourquoi l'enfant n'est pas nourri au sein « comme les autres ». Ceci est également vrai pour le sevrage précoce. Le partage du statut sérologique VIH de la femme avec son partenaire permet à ce dernier d'aider sa compagne à faire face aux pressions et à la stigmatisation sociale. Il peut ainsi devenir un véritable allié dans l'acceptabilité des alternatives.

**3. Un accès raisonnable et garanti à l'eau potable est nécessaire pour mettre en route l'alimentation de remplacement.** Sans accès à l'eau potable directement à domicile ou dans la cour commune (logement collectif), il est très difficile de mettre en pratique une alimentation de remplacement correcte pendant plusieurs mois. Les femmes qui n'ont pas un accès facile à l'eau potable doivent être découragées de choisir l'alimentation de remplacement.



**4. Le suivi post-natal du nourrisson, avec contrôle des courbes de croissance et conseils nutritionnels pour prévenir la malnutrition, doit être mensuel pendant les 9-12 premiers mois.** A certaines étapes clé (ex : sevrage précoce), il doit même être renforcé. Ce suivi post-natal doit être complété, si la femme est d'accord, par des visites à domicile pour bien évaluer en situation réelle la mise en pratique de l'option d'alimentation choisie après la naissance ou lors du sevrage.

**5. L'accès au lait artificiel doit être garanti pour les femmes qui choisissent l'alimentation de remplacement et la distribution du lait doit être gratuite, contrôlée et médicalisée.** Les distributions de lait doivent coïncider avec le calendrier de suivi mensuel post-natal. A chaque distribution, des conseils nutritionnels doivent être renouvelés. Les interventions doivent être monitorées et les enfants perdus de vue recherchés.

Mais aujourd'hui la question de la transmission du VIH par le lait maternel n'est pas réglée de façon univoque. On attend donc avec intérêt les résultats des nombreux programmes de recherche en cours.

### Pour en savoir plus

Présentation des programmes de terrain soutenus par Grandir  
[www.sidaction.org/pro/international/grandir/terrain/](http://www.sidaction.org/pro/international/grandir/terrain/)

Grandir Info est une publication de Sidaction et Initiative Développement.

Retrouvez le projet GRANDIR sur le site de Sidaction :  
[www.sidaction.org/pro/international/grandir](http://www.sidaction.org/pro/international/grandir)

Retrouvez les actions d'Initiative Développement sur le site :  
[www.id-ong.org](http://www.id-ong.org)

Pour vous abonner, vous désabonner ou pour toute information, contactez nous à [grandir@sidaction.org](mailto:grandir@sidaction.org)