

# grandir



N°23 juin - juillet 2009



sol en si  
solidarité enfants sida



## actu

Enquête qualité Grandir : synthèse des résultats

## ZOOM 1

Dépistage de routine du VIH chez les enfants : tout recours aux soins est une opportunité à saisir !

## ZOOM 2

Prévenir la douleur liée aux prélèvements sanguins chez le petit nourrisson

## rubric à brac

Le mémento thérapeutique du VIH/sida en Afrique : nouvelle édition



## actu Enquête qualité GRANDIR : Synthèse des résultats

Le programme GRANDIR a commandé une enquête qualité visant à évaluer le degré d'utilisation et de satisfaction des supports d'informations et outils pédagogiques (Grandir Info, fiches pratiques, outils pratiques...) qu'il réalise pour les acteurs de la prévention et de la prise en charge du VIH pédiatrique en Afrique. L'enquête a permis d'évaluer également l'impact sur les connaissances et pratiques des participants à la formation sur l'alimentation du nourrisson né de mère infectée par le VIH qui s'est tenue à Abidjan en octobre 2007. L'enquête a été réalisée de mai à juin 2009 auprès des associations partenaires du programme.

L'analyse des résultats révèle que la formation a un impact très positif sur les connaissances et les pratiques actuelles des participants. Ces derniers ont acquis des savoirs faire qu'ils appliquent aujourd'hui dans leurs pratiques professionnelles.

Les données recueillies sur les différents supports pédagogiques indiquent que les acteurs de terrain les utilisent assez peu : les difficultés d'accessibilité à un ordinateur, de connexion à Internet, le coût des impressions, le manque de temps peuvent expliquer ce résultat. On peut également supposer que les acteurs ne se sont pas tous appropriés les supports. C'est particulièrement vrai pour les nouveaux partenaires de GRANDIR en Afrique centrale, qui ne sont soutenus que depuis le début de l'année 2009.

Les référents du programme Grandir de chaque association, les psychologues et les médecins utilisent majoritairement les supports pédagogiques à la différence des professionnels paramédicaux et sociaux.

Le discours des acteurs communautaires concernant le contenu des supports est très positif, les utilisateurs sont satisfaits de la qualité de ces outils.

Cette enquête nous permettra de réfléchir sur les orientations et les adaptations à réaliser pour renforcer l'utilisation des supports GRANDIR afin d'améliorer l'accompagnement des enfants infectés par le VIH ou exposés au VIH et leurs familles.

L'équipe de GRANDIR encourage et remercie les acteurs associatifs qui, en participant à cette enquête, contribuent à la réflexion et à l'amélioration du programme.

## Pour en savoir plus

Retrouvez bientôt le rapport complet de l'enquête sur le site internet de Grandir (mise en ligne prévue en septembre) : [www.grandir.sidaction.org](http://www.grandir.sidaction.org)

grandir



Grandir Info est une publication de Sidaction, Initiative Développement et Sol En Si.

Ont participé à ce numéro :

Dr David Masson :  
d.masson@id-ong.org

Caroline Tran :  
c.tran@id-ong.org

Réjane Zio :  
r.zio@sidaction.org

Soeli Souques :  
soeli@hotmail.fr

Merci aux membres du comité technique Grandir pour leurs conseils et leurs relectures.



## zoom 1 Dépistage de routine du VIH chez les enfants : tout recours aux soins est une opportunité à saisir !

Deux articles publiés en juin 2009 font état d'études conduites en Zambie et en Afrique du sud sur le dépistage des enfants en routine.

La première menée à Lusaka en Zambie, présente les résultats d'une stratégie de dépistage des enfants au cours de leur hospitalisation : sur

## Pour en savoir plus

<http://www.aidsmap.com/en/news/5727979B-DD27-4949-9BAE-3D47A6F462B5.asp>

<http://www.nam.org.uk/en/news/BA3D251A-A259-4E94-9207-DE3BD30BE76A.asp>

15.670 enfants de statut inconnu admis sur une période de un an et demi, 13.239 (85%) parents/tuteurs ont bénéficié d'un counseling et 11.571 enfants ont pu être testés. 3.373 (29%) enfants ont été diagnostiqués positifs. Parmi eux, 69% avaient moins de 18 mois. Chez les enfants admis pour malnutrition ou souffrant de diarrhée/déshydratation, la prévalence du VIH était significativement plus élevée (36% chez les malnutris).

La seconde étude, menée en Afrique du Sud, porte sur l'acceptabilité du dépistage au cours des consultations vaccinales des nourrissons. 646 mères - dont 1/3 se savaient séropositives - se sont vues proposer le test VIH à leurs enfants (âge moyen des enfants < 8 semaines). 584 (90%) l'ont accepté. 247 enfants se sont révélés infectés par le VIH (42%). Parmi les femmes ayant déclaré être séronégatives, 7% de leurs enfants se sont révélés infectés par le VIH.

78% des femmes affirment n'avoir pas été gênées par cette stratégie de dépistage de routine.

Le dépistage des enfants en routine lors des consultations vaccinales permet d'orienter les parents et les nourrissons diagnostiqués séropositifs vers des programmes de soins et d'accès aux ARV. Dans les pays à forte prévalence du VIH, cette stratégie permettrait de dépister précocement (entre 6 et 10 semaines de vie) plus de la moitié des nourrissons. De même, le dépistage des enfants au cours de leur hospitalisation permet d'accroître considérablement le nombre d'enfants diagnostiqués, et permet également celui des parents, et leur prise en charge s'ils sont infectés par le VIH.

Au regard des résultats de ces deux études, on réalise que tout contact avec le système de soins peut être une occasion de dépistage à saisir. L'enjeu est majeur pour les nourrissons infectés par le VIH qui peuvent ainsi bénéficier d'un traitement précoce, essentiel à leur survie (sans traitement, 50% des enfants infectés décèdent avant l'âge de 2 ans).

Si cette stratégie semble acceptable pour les parents et tuteurs (dans les pays à forte prévalence en tout cas), il n'en demeure pas moins que sa faisabilité repose, pour les enfants de moins de 18 mois, sur un accès au diagnostic virologique (disponibilité et coût modique ou gratuité). Le plaidoyer continue !



## zoom 2 Prévenir la douleur liée aux prélèvements sanguins chez le petit nourrisson

Le développement de l'accès au diagnostic précoce par PCR est un progrès majeur dans le suivi des nourrissons exposés au VIH et favorise la prise en charge précoce des nourrissons infectés. En conséquence, le nombre de petits nourrissons soumis à une ponction sanguine augmente. Mais la prise en compte de la douleur et du stress induits par ce geste reste souvent négligée. Pourtant, des moyens simples existent pour atténuer cette douleur. Des études ont prouvé que la succion de lait maternel ou d'eau sucrée juste avant le geste réduisait de manière significative les manifestations douloureuses chez l'enfant de moins de trois mois. Le mécanisme évoqué serait une production endogène d'endorphines.

En pratique, il faut mettre l'enfant au sein s'il est allaité, ou lui faire téter 1 à 2 ml de saccharose (diluer un morceau de sucre standard - qui pèse 5 gr - dans 15 ml d'eau potable) ou de glucose à 30% (ampoules de sérum glucosé à 30%, appelées aussi G30) environ 2 minutes avant le geste. On pourra poursuivre la mise au sein pendant toute la durée du geste. Si on donne une solution sucrée, l'efficacité dure environ 5 minutes et il est possible de donner des doses supplémentaires ; on augmente l'efficacité de l'antalgie si on laisse une tétine dans la bouche de l'enfant.

Cette prévention peut être utilisée pour les ponctions au talon comme pour les ponctions veineuses. Elle est simple à utiliser et permet à l'enfant, mais aussi à sa mère et aux professionnels réalisant le geste, de passer ce moment dans de meilleures conditions.

### Pour en savoir plus

[http://www.pediadol.org/article.php3?id\\_article=401](http://www.pediadol.org/article.php3?id_article=401)

<http://www.pediadol.org/solutions-sucrees.html>



## rubric à brac Le memento thérapeutique du VIH/SIDA en Afrique : édition 2009

Une deuxième édition du Mémento thérapeutique est parue (certains d'entre vous ont pu gagner la première édition, de 2005, en jouant aux « Remue-méninges » de Grandir Info).

Nous notons, sur le plan de la PTME, la ferme invitation de l'IMEA à l'OMS à revoir ses recommandations 2006 en adoptant d'emblée une trithérapie pour la prophylaxie antirétrovirale chez les mères qui n'ont pas besoin de traitement pour elles-mêmes, en bannissant l'usage de la névirapine en dose unique, et en conseillant à ces femmes l'allaitement maternel protégé par les ARV (cf. recommandations des auteurs p. 14).

Chez l'enfant avant 1 an chez qui l'infection est prouvée, ou chez qui existe une suspicion fondée sur la clinique, le traitement antirétroviral, quel que soit le pourcentage ou la valeur absolue des CD4, est indiqué.

La stavudine (D4T) ne doit plus être utilisée en première intention mais seulement pour remplacer la zidovudine en cas d'anémie sévère ou de neutropénie et pour une durée maximale de 6 mois (cf. note des auteurs p. 52).

### Pour en savoir plus

Le Mémento est disponible en ligne en document unique :

[http://vih.org/sites/default/files/memento\\_therapeutique\\_vih\\_sida\\_en\\_afrique.pdf](http://vih.org/sites/default/files/memento_therapeutique_vih_sida_en_afrique.pdf)

ou par chapitres :

<http://www.imea.fr/imea-fichiershtml/imeae-documents.php?IMEE>