



**Directives sur
l'alimentation
des nourrissons
et le VIH dans le
contexte des
populations
réfugiées et
déplacées**

Juin 2009 Version 1.1



UNHCR
The UN Refugee Agency

Ces directives ont été développées par Lida Lhotska, Rebecca Norton (International Baby Food Action Network –Geneva Infant Feeding Association (IBFAN-GIFA)) et Marie McGrath (Emergency Nutrition Network (ENN)) en tant que membres de l'IFE Core Group¹, en collaboration étroite avec Fathia Abdalla, Marian Schilperoord et Caroline Wilkinson de la section Santé publique et VIH de l'UNHCR à Genève. Les programmes nationaux de l'UNHCR et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont contribué à la rédaction de ce document.

La Version 1.1 (Juin 2009) a été produite en tant que document vivant et sera mise à jour en fonction des développements techniques et des expériences de mise en œuvre.

© UNHCR, 2009. Tous droits réservés.

Version française 2009. Traduction Anna Kriz.

La reproduction et la distribution à des fins éducatives et non-commerciales est autorisée sans autorisation écrite préalable de la part des titulaires des droits d'auteur à condition qu'il soit dûment fait mention de la source. La reproduction à des fins de vente et à d'autres fins commerciales, ainsi que la traduction du texte dans quelque but que ce soit, sont interdites sans autorisation écrite de la part des titulaires des droits d'auteur. Les demandes concernant ces autorisations doivent être adressées à l'unité VIH du Bureau du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), adresse électronique : hivaid@unhcr.org

Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, le Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés ne saurait être tenu responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Il est possible de se procurer des copies de ce document auprès de :

Section Santé publique et VIH

UNHCR

Case Postale 2500

1202 Geneva, Switzerland

Adresse électronique : hivaid@unhcr.org

<http://www.unhcr.org/hivaid>

www.unhcr.org/nutrition

Crédits

Page de couverture (de haut en bas) : Kenya/UNHCR/T Mukoya/Mars 2008; Liberia/UNHCR/Ochilik/Décembre 2004

Mise en page : www.holytrousers.com

¹ Le groupe « Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence » (IFE Core Group) est une collaboration inter-agence orientée vers le développement de politiques et le renforcement des capacités liés à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence. Les membres actuels de l'IFE Core Group sont l'UNHCR, l'UNICEF, l'OMS, le PAM, le Réseau International des Groupes d'Action pour l'Alimentation Infantile - Association Genevoise pour l'Alimentation Infantile (IBFAN-GIFA), CARE USA, Action Contre la Faim (ACF) et l'Emergency Nutrition Network (ENN).



Directives sur l'alimentation des nourrissons et le VIH dans le contexte des populations réfugiées et déplacées

Table des matières

| | | |
|-----|--|----|
| 1.0 | Contexte politique international concernant l'alimentation des nourrissons et le VIH..... | 2 |
| 2.0 | Influences des pratiques d'alimentation des nourrissons sur la survie d'enfants sans transmission du VIH..... | 3 |
| 2.1 | Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant | 4 |
| 2.2 | Réduire le risque de la transmission du VIH | 5 |
| 2.3 | Risques de l'absence d'allaitement..... | 5 |
| 3.0 | Politique de l'ONU relative à l'alimentation des nourrissons et au VIH | 6 |
| 4.0 | Politique de l'ONU sur les décisions relatives à l'alimentation des nourrissons..... | 6 |
| 4.1 | Conseils sur la mise en oeuvre des conditions AFADS..... | 6 |
| 4.2 | Allaitement par nourrice dans le contexte du VIH..... | 7 |
| 4.3 | Traitement thermique du lait maternel | 7 |
| 5.0 | L'application de la politique de l'ONU aux opérations de l'UNHCR, notamment en rapport avec les contextes d'urgence..... | 10 |
| | Références..... | 16 |

Ces directives sur l'alimentation des nourrissons et le VIH visent à aider l'UNHCR, ses partenaires opérationnels et de mise en œuvre, ainsi que les gouvernements, avec les politiques et les stratégies décisionnelles concernant l'alimentation des nourrissons et le VIH dans le contexte des populations réfugiées et déplacées.

Leur objectif est de fournir une vue d'ensemble des consensus techniques et programmatiques actuels sur l'alimentation des nourrissons et le VIH et de prodiguer des conseils pour faciliter la mise en œuvre effective de programmes concernant l'alimentation des nourrissons et le VIH dans le contexte des personnes réfugiées et déplacées et dans les situations d'urgence. Elles constituent ainsi un élément intégral d'une approche programme coordonnée de santé publique, VIH et nutrition.

Le but de ces directives est de fournir des outils pour prévenir la malnutrition, améliorer le statut nutritionnel des nourrissons et des jeunes enfants, réduire la transmission d'infection du VIH de la mère à l'enfant après l'accouchement et augmenter les chances de survie des nourrissons sans transmission du VIH.

1.0 Contexte politique international concernant l'alimentation des nourrissons et le VIH

Le nombre d'individus relevant de la compétence de l'UNHCR, incluant réfugiés, déplacés internes (internally displaced populations-IDPs) et rapatriés, demandeurs d'asile et apatrides, a augmenté de 6% en 2005 pour arriver à 20,8 millions, les réfugiés formant 40% du totalⁱ. À la fin de 2003, la durée moyenne du séjour dans le pays d'accueil chez les populations de réfugiés était de 17 ansⁱⁱ. Il est important que les populations relevant de la compétence de l'UNHCR aient accès aux programmes nationaux complets et intégrés pour couvrir leurs besoins au niveau prévention, traitement, soins et soutien relatifs au VIH.

*La Stratégie Mondiale sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants*ⁱⁱⁱ reconnaît qu'environ 1,6 millions d'enfants naissent chaque année de femmes infectées par le VIH, principalement dans des milieux pauvres en ressources. Cela constitue un défi considérable en matière de politiques, de directives techniques et pratiques et pour la mise en œuvre de programmes.

*La Stratégie Mondiale de 2002 sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants*ⁱⁱⁱ est également porteuse d'un message clair quant aux défis posés dans les situations d'urgence : « Le nourrisson et le jeune enfant sont parmi les plus exposés aux situations d'urgence naturelles ou dues à l'homme. L'interruption de l'allaitement maternel et une alimentation de complément

inappropriée aggravent le risque de malnutrition, de maladie et de décès. Une distribution abusive de substituts du lait maternel², par exemple à des réfugiés, peut conduire à un arrêt précoce et évitable de l'allaitement. Pour la grande majorité des nourrissons, il convient de mettre l'accent sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement et sur une alimentation de complément sûre et appropriée fournie au bon moment. Il y aura toujours un petit nombre de nourrissons qui devront être alimentés au moyen de substituts du lait maternel, suite à une évaluation appropriée. »

La consultation technique de 2006 sur le VIH organisée par OMS/UNICEF/FNUAP/ONUSIDA dont l'objectif était de passer en revue les avancées et l'expérience issues des programmes sur le VIH et l'alimentation des nourrissons a donné naissance à des recommandations^{iv} et des conseils^v qui devraient à présent être opérationnalisés.

2.0 Influences des pratiques d'alimentation des nourrissons sur la survie d'enfants sans transmission du VIH

La survie sans transmission du VIH prend en compte le risque combiné d'infection par le VIH et de décès. Cela demande une évaluation complète des risques et des avantages, y compris les conséquences des différentes pratiques d'alimentation dans les différents contextes.

L'alimentation de remplacement, dans le contexte du VIH, désigne l'alimentation des nourrissons ne recevant pas de lait maternel, et ce par le biais d'un régime alimentaire fournissant les éléments nutritifs dont les nourrissons ont besoin jusqu'à ce qu'ils aient atteint un âge où ils peuvent être entièrement nourris avec les aliments familiaux. Durant les six premiers mois, l'alimentation de remplacement devrait être effectuée avec un substitut de lait maternel approprié, dont la définition inclut les préparations pour nourrissons³. Passé l'âge de six mois, ce substitut de lait maternel approprié devrait s'accompagner d'autres aliments. Le terme « alimentation artificielle » est souvent utilisé dans le cas de l'alimentation de nourrissons non-allaités dans des contextes hors-VIH⁴.

² Un substitut du lait maternel inclut tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage. Note: en pratique, des aliments peuvent être considérés comme des substituts de lait maternel en se basant sur la manière dont ils sont commercialisés ou représentés. Appartiennent à cette catégorie: les préparations pour nourrissons, les autres laits, les laits thérapeutiques et les aliments de complément donnés au biberon commercialisés pour les enfants jusqu'à 2 ans ainsi que les aliments de complément, jus ou thés, destinés aux enfants de moins de 6 mois.

³ Les préparations pour nourrissons sont des substituts du lait maternel préparés industriellement, conformément aux normes applicables du Codex Alimentarius (développées par le programme conjoint de l'OMS et de la FAO sur les standards d'alimentation). Les préparations pour nourrisson commerciales sont destinées à la vente, elles ont une marque commerciale et il est possible des les acheter dans le commerce de détail. Les préparations pour nourrissons génériques n'ont pas de marque commerciale et elles ne sont pas disponibles sur le marché de détail nécessitant une chaîne d'approvisionnement distincte.

⁴ Pour des directives plus générales sur la gestion des nourrissons non allaités, voir le chapitre 9 du Module 2 sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, développé par l'IFE Core Group, Version 1.1, Décembre 2007. Voir note finale xxi.

On parle **d'allaitement exclusif** lorsque le nourrisson ne reçoit que du lait maternel sans autre liquide ou aliment solide, pas même de l'eau, à l'exception de gouttes ou de sirops composés de vitamines, de compléments minéraux ou de médicaments.

L'alimentation mixte consiste à combiner l'allaitement à d'autres fluides, à des aliments solides et/ou à du lait non humain, tels que les préparations pour nourrissons ou des laits animaux.

L'allaitement prédominant désigne l'allaitement combiné à de petites quantités d'eau ou à des boissons uniquement à base d'eau. *L'allaitement partiel* est un type d'alimentation mixte signifiant que l'allaitement est combiné à du lait non humain ou à de la nourriture à base de fluides ou d'aliments solides. On dit d'un nourrisson recevant un allaitement prédominant ou partiel qu'il reçoit une alimentation mixte.

Alimentation de complément : en plus du lait maternel ou d'un substitut de lait maternel, l'enfant devrait recevoir une alimentation solide ou semi-solide adéquate, sûre et adaptée à son âge. La période d'alimentation de complément s'étend de six mois à deux ans.

2.1 Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant

Une mère séropositive peut transmettre le VIH à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou encore par le biais de l'allaitement. Le taux de transmission, sans aucune thérapie anti-rétrovirale (ARV), est estimé à 5 - 10 % pendant la grossesse et à 10 - 20 % pendant la durée approximative de 24 heures représentée par le travail et l'accouchement (période de risque le plus élevé). Le risque de transmission par le biais de l'allaitement est estimé à 5 - 20%, lorsqu'un bébé est allaité pendant deux ans (voir tableau 1)^{vi}. La transmission par l'allaitement est plus probable si une femme est infectée par le VIH pendant la période d'allaitement^{vii}.

Figure 1 : Taux de transmission du VIH mère-enfant selon la période (6 – 24 mois)

| Grossesse | | Travail et Accouchement | Allaitement | |
|--|---------------------------------------|-------------------------|---|---|
| Première période prénatale (< 36 sem.) | Seconde période prénatale (> 36 sem.) | | première période post-partum (0 – 6 mois) | seconde période post-partum (6 – 24 mois) |
| 5 – 10% | | 10 – 20% | 5 – 20% | |

Adapté de De Cock, 2000, CDC

2.2 Réduire le risque de la transmission du VIH

Des études dans les pays développés ont montré qu'une série d'interventions dont des combinaisons d'ARV, un accouchement par césarienne de convenance et le renoncement à l'allaitement permettent de réduire le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de 2 %^{viii, ix}.

Dans des milieux pauvres en ressources, l'efficacité d'un régime plus court et plus simple de prophylaxie ARV a été prouvée pour réduire la transmission du VIH pendant la grossesse et l'accouchement de 60 %, représentant ainsi une solution partielle pour ces deux voies de transmission du VIH au nourrisson.

Le risque de transmission du VIH par l'allaitement peut être nettement réduit par l'allaitement exclusif^x. Ce risque peut être réduit encore davantage lorsqu'on administre au nourrisson un traitement de prophylaxie ARV pour une période excédant la période actuellement recommandée⁵ et /ou lorsque les mères elles-mêmes bénéficient de ce traitement. L'alimentation mixte comporte un risque plus élevé de transmission du VIH chez les jeunes nourrissons.

2.3 Risques de l'absence d'allaitement

Comparé au risque peu élevé (< 1 % par mois) mais réel de transmission du VIH par le lait maternel^{xi}, l'allaitement, tel que documenté chez les populations non infectées par le VIH, réduit considérablement le risque de mortalité infantile suite à d'autres maladies infectieuses et à la malnutrition, et ce de 4 à 6 fois en moyenne pendant les six premiers mois et de presque 2 fois durant le deuxième semestre de la vie du nourrisson^{xii}.

Le renoncement à l'allaitement ou le sevrage précoce des enfants de mères séropositives augmente le taux de morbidité, notamment pour cause de diarrhée^{xiii}. Dans les milieux où une prophylaxie ARV et des préparations pour nourrissons gratuites ont été fournies, le taux de survie sans transmission du VIH à l'âge de 18 mois était comparable entre les nourrissons non-allaités et les nourrissons qui avaient été allaités pendant trois à six mois^{xiv}.

⁵ L'OMS recommande actuellement de donner aux mères de la zidovudine (AZT) à partir de 28 semaines de grossesse (ou dès que possible par la suite); une dose unique de névirapine et AZT/3TC pendant le travail, et AZT/3TC pendant sept jours suivant l'accouchement, tandis que les nourrissons devraient recevoir une dose unique de névirapine et d'AZT au cours de la semaine après la naissance. OMS (2006): Médicaments antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez les enfants. Vers un accès universel. Recommandations pour une approche de santé publique. Consulter le site OMS pour des informations mises à jour sur les régimes ARV prophylactiques pour les femmes enceintes et les nourrissons. Des études récentes semblent indiquer qu'une combinaison spécifique d'ARV donnés en fin de grossesse (seconde période prénatale) et pendant les 6 premiers mois d'allaitement serait susceptible de réduire encore plus la transmission du VIH via l'allaitement. Une mise à jour des recommandations est prévue avant fin 2009

3.0 Politique de l'ONU relative à l'alimentation des nourrissons et au VIH

En se basant sur l'évidence scientifique et l'expérience des programmes, les plus récentes recommandations des Nations Unies (ONU) pour les décideurs et les administrateurs de programmes relatifs à l'alimentation des nourrissons et au VIH ont été adoptées en octobre 2006^{xv} (voir encadré 1). Leur objectif est de compléter, de clarifier et de mettre à jour les directives de l'ONU de 2000. **Ces recommandations s'appliquent à tous les milieux et tous les contextes, y compris les situations d'urgence**, et alignent à présent la recommandation sur la durée de l'allaitement exclusif pour les femmes séropositives sur celle pour la population générale⁶.

4.0 Politique de l'ONU sur les décisions relatives à l'alimentation des nourrissons

La politique de l'ONU sur les décisions relatives à l'alimentation des nourrissons a été exposée dans les conclusions et les recommandations de la consultation de l'OMS d'octobre 2002 sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant : « étant donné que les deux parents sont responsables de la santé et du bien-être de leur enfant, et parce que le choix de la méthode d'alimentation du nourrisson comporte des implications relatives à la santé et aux finances touchant la famille tout entière, les mères et les pères devraient être encouragés à prendre une décision commune dans ce domaine. Cependant, ce sont les mères qui sont les plus aptes à décider si elles désirent allaiter, particulièrement parce qu'elles peuvent être les seules au courant de leur séropositivité et peuvent désirer exercer leur droit de confidentialité quant à cette information^{xvi} ».

4.1 Conseils sur la mise en oeuvre des conditions AFADS

En se basant sur la connaissance des risques liés à l'alimentation artificielle et dans le but d'aider à mettre en oeuvre les recommandations, l'ONU définit dans les grandes lignes les cinq conditions de base pour une alimentation de remplacement *Acceptable, Faisable, financièrement Abordable, Durable et Sûre* (AFADS) (voir encadré 2). Pour chaque mère, **toutes ces conditions** doivent être remplies pour réduire les risques et faire en sorte de garantir que l'alimentation de remplacement ait un effet positif sur la survie de l'enfant. Il est suggéré que les détails concernant la mise en oeuvre pratique d'AFADS soient adaptés selon des conditions locales et de la recherche formative.

⁶ Les recommandations concernant l'alimentation optimale des nourrissons et des enfants destinées à la population générale conseillent de commencer dès que possible l'allaitement exclusif (dans l'heure qui suit la naissance), de le poursuivre pendant les premiers six mois de la vie de l'enfant, puis de procurer au nourrisson une alimentation de complément appropriée et sûre sur le plan nutritionnel tout en continuant d'allaiter jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.

4.2 Allaitement par nourrice dans le contexte du VIH

On parle d'allaitement par nourrice lorsqu'un nourrisson est allaité par une autre femme que sa mère. L'allaitement par nourrice peut être considéré comme une alternative dans les communautés où cette possibilité est acceptée. La nourrice doit comprendre et accepter les implications relatives au dépistage systématique et aux conseils concernant le VIH (HIV counselling and testing (HCT)) étant donné qu'il lui faudra passer un test de dépistage avant le début de l'allaitement et le repasser environ six à huit semaines après le commencement. Par ailleurs, la nourrice devrait avoir bénéficié de conseils à propos de l'infection par le VIH et avoir été informée sur les moyens d'éviter l'infection pendant l'allaitement. Dans des cas isolés, des nourrissons infectés ont transmis le VIH à leur nourrice séronégative^{xvii}. Même dans les milieux où la prévalence et l'incidence du VIH sont basses, et où l'étendue du VIH n'a donc pas atteint des niveaux majeurs dans aucune des sous-populations, le dépistage et les conseils adressés à la nourrice potentielle sont de mise. Dans des circonstances où cela est impossible, la nourrice potentielle devrait subir une évaluation des risques de transmission du VIH, au minimum.

4.3 Traitement thermique du lait maternel

Une option recommandée par l'OMS pour l'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH est le traitement thermique du lait maternel. Néanmoins, l'ébullition directe du lait maternel cause des dommages nutritionnels majeurs, tandis que la pasteurisation classique pour une durée de 30 minutes nécessite des indicateurs de température et des minuteurs non disponibles dans de nombreuses communautés. Un traitement instantané à la chaleur⁷ a récemment été développé ; il s'agit d'une méthode simple qu'une mère peut mettre en place à l'aide d'un feu extérieur ou dans sa cuisine. Néanmoins, il existe un besoin urgent d'études dans ce domaine pour déterminer si le traitement instantané à la chaleur du lait maternel dans les foyers est une option faisable.

⁷ Environ 50 ml de lait maternel sont exprimés dans un récipient propre qui est ensuite placé dans une casserole avec de l'eau chaude. Dès que l'eau commence à bouillir (100 °C), on retire le récipient et on laisse refroidir. Une récente étude pilote a constaté que le traitement instantané à la chaleur était capable d'inactiver le HIV-1 de clade C (virus libre) tout en conservant la majorité des propriétés nutritives et antimicrobiennes du lait. Israel-Ballard K et al. Flash heat inactivation of HIV-1 in human milk. A potential method to reduce postnatal transmission in developing countries. *J Acquir Immun Defic Syndr* 45 (3): 318-323, 2007

Encadré 1 : les recommandations actuelles de l'ONU à propos de l'alimentation des nourrissons et du VIH

Lorsque l'on ignore si la mère est séropositive ou lorsqu'on sait qu'elle ne l'est pas, l'allaitement exclusif devrait être encouragé pour les six premiers mois de la vie du nourrisson, pour que ce dernier puisse bénéficier d'une croissance, d'un développement et d'une santé optimaux. Par la suite, les nourrissons devraient recevoir des aliments de complément adéquats et sûrs^{xviii}, tandis que l'allaitement devrait être poursuivi jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.

Dans les régions où l'épidémie du VIH est généralisée, toutes les femmes et leurs partenaires devraient être encouragés à s'enquérir de leur séropositivité éventuelle. Dans des milieux où l'épidémie atteint des niveaux bas ou est concentrée à certains endroits, on devrait en priorité encourager les personnes présentant des signes et des symptômes d'infection par le VIH, y compris la tuberculose et les groupes à risque, à s'enquérir de leur éventuelle séropositivité.

Lorsque l'on **sait qu'une mère est séropositive**, les recommandations de l'ONU sont les suivantes :

- Le choix de la meilleure option qu'a une mère infectée par le VIH pour l'alimentation de son nourrisson continue de dépendre de sa situation personnelle, en particulier son état de santé et les circonstances locales. Ce choix devrait toutefois davantage prendre en compte la disponibilité des services de santé, et les conseils et le soutien qu'elle est susceptible d'obtenir.
- L'allaitement au sein exclusif durant les six premiers mois est recommandé à la mère séropositive, à moins que l'alimentation de remplacement ne soit **acceptable, faisable, financièrement abordable, durable et sûre**
- Quand l'alimentation de remplacement est **acceptable, faisable, financièrement abordable, durable et sûre**, il est recommandé aux mères séropositives de renoncer à l'allaitement au sein.
- Quand le nourrisson a six mois, si l'alimentation de remplacement n'est pas **acceptable, faisable, financièrement abordable, durable et sûre**, il est recommandé de poursuivre l'allaitement au sein accompagné d'aliments de complément, ainsi que de continuer d'évaluer régulièrement l'état de santé de la mère et de son enfant. L'allaitement au sein doit cesser complètement dès qu'il est possible de nourrir l'enfant de manière nutritionnellement appropriée et sûre sans lait maternel.
- Quel que soit le mode d'alimentation choisi, les services de santé devraient suivre tous les nourrissons exposés au VIH et continuer d'offrir des conseils et un soutien concernant leur alimentation, surtout aux moments clés, quand les décisions relatives à l'alimentation peuvent être reconsidérées, par exemple lors d'un diagnostic précoce du nourrisson et à six mois.
- Il faut encourager vivement une mère allaitant un nourrisson ou un jeune enfant dont on sait qu'il est infecté par le VIH à continuer de l'allaiter, si elle a commencé à le faire.

Source: Extrait de « VIH et alimentation du nourrisson - Données nouvelles et expérience programmatique - Sur la base d'une consultation technique », Genève, Suisse, 25-27 octobre, 2006, OMS/CAH

Encadré 2 : Définitions de l'ONU des conditions AFADS

Acceptable : La mère ne perçoit pas d'obstacles quant à l'idée d'une alimentation de remplacement. Les obstacles peuvent être d'ordre culturel ou social, ou être liés à la crainte de la stigmatisation ou de la discrimination. Selon ce concept, la mère ne subit aucune pression sociale ou culturelle qui l'empêcherait d'utiliser l'alimentation de remplacement - elle est soutenue par la famille et par la communauté quant à son choix d'opter pour l'alimentation de remplacement, ou bien sera capable de supporter les pressions de la part de la famille et des amis l'incitant à allaiter, ainsi que les possibilités de stigmatisation liées à l'utilisation de l'alimentation de remplacement.

Faisable : La mère (ou la famille) dispose du temps, du savoir, des compétences et des ressources nécessaires pour préparer l'aliment de remplacement et pour alimenter le nourrisson jusqu'à 12 fois toutes les 24 heures. D'après ce concept, la mère est en mesure de comprendre et de suivre les instructions pour préparer des préparations pour nourrissons, et avec le soutien de la famille est capable de préparer correctement des quantités suffisantes d'aliments de remplacement tous les jours, ainsi que la nuit, et ce malgré les perturbations liées à la préparation de nourriture pour la famille ou d'autres tâches.

Financièrement Abordable : La mère et la famille, avec le cas échéant un soutien de la communauté ou du système de santé, sont en mesure d'assumer les coûts liés à l'achat/la production, la préparation et l'utilisation de l'alimentation de remplacement y compris les ingrédients, le combustible, l'eau propre, le savon et l'équipement, sans nuire à la santé ni à l'état nutritionnel de la famille. Ce concept inclut également l'accès aux soins médicaux en cas de diarrhée si nécessaire ainsi que les coûts liés à ces soins.

Durable : La disponibilité d'un approvisionnement continu et ininterrompu de tous les ingrédients et produits nécessaires à une alimentation de remplacement sûre, ainsi que la disponibilité du système de distribution adéquat, et ce pendant aussi longtemps que nécessaire, donc jusqu'à l'âge d'un an ou davantage. Selon ce concept, il existe peu de risques que les préparations pour nourrissons (par exemple) deviennent indisponibles ou inaccessibles, et une autre personne est disponible pour nourrir l'enfant en l'absence de la mère et peut préparer et administrer les aliments de remplacement.

Sûre : Les aliments de remplacement sont préparés et conservés de façon correcte et dans de bonnes conditions d'hygiène, et donnés de préférence dans une tasse, en quantité adaptée quant à la nutrition, avec des mains propres et en utilisant des ustensiles propres. Ce concept signifie que la mère ou la personne en charge :

- a accès à des ressources en eau fiables et sûres (de l'eau amenée par tuyaux ou d'une source protégée)
- prépare des aliments de remplacement sains et dépourvus de pathogènes
- est capable de laver ses mains et les ustensiles méticuleusement à l'aide de savon et de faire bouillir les ustensiles régulièrement de façon à les stériliser
- Peut conserver les aliments non préparés dans des contenants propres et couverts et les protéger des rongeurs, des insectes ainsi que d'autres animaux.

Source: Le VIH et l'alimentation du nourrisson - Guide à l'intention des responsables et des cadres des soins de santé, UNICEF, ONUSIDA, OMS, FNUAP, 2003. Disponible sur : <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION>

5.0 L'application de la politique de l'ONU aux opérations de l'UNHCR, notamment en rapport avec les contextes d'urgence

Les directives opérationnelles sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence à l'intention du personnel et des administrateurs de programmes, v2.1, 2007 (Les directives opérationnelles sur l'IFE)^{xix} s'inscrivent dans la continuité des recommandations de l'ONU à propos du VIH et de l'alimentation des nourrissons. Elles mettent l'accent sur le fait que pour de nombreuses femmes se retrouvant dans des situations d'urgence, les cinq conditions AFADS permettant l'introduction d'une alimentation artificielle exclusive, que l'on désigne par « alimentation de remplacement » dans le contexte du VIH, sont peu susceptibles d'être remplies.

« Les risques d'infection ou de malnutrition à partir de l'utilisation de substituts de lait maternel sont généralement plus grands que celui de la transmission du VIH par l'allaitement maternel. Par conséquent, l'initiation précoce de l'allaitement maternel et l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, avec la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans, donnent probablement la meilleure chance de survie aux nourrissons et aux jeunes enfants dans les situations d'urgence » (Les directives opérationnelles sur l'IFE, section 5.2.8, v2.1, Fév. 2007).

Dans une situation d'urgence, une proportion des nourrissons peuvent ne pas être allaités lorsque la crise survient. *Les directives opérationnelles sur l'IFE* détaillent l'ensemble des actions à réaliser pour soutenir les enfants non allaités dans les situations d'urgence et pour réduire au minimum les risques liés à l'alimentation artificielle aussi bien pour les nourrissons allaités que pour ceux qui ne le sont pas, qu'ils soient infectés par le VIH ou non. Dans le cas de mères séronégatives de nourrissons âgés de moins de six mois et non allaités, soutenir la relaxation pour les inciter à l'allaitement exclusif devrait être envisagé dans le contexte nouveau et plus risqué des situations d'urgence^{xx}.

Les **considérations clés** concernant l'alimentation des nourrissons et le VIH dans les opérations menées par l'UNHCR sont les suivantes :

- Dans les contextes d'urgence, la mise en oeuvre d'un programme est fortement influencée par la phase d'urgence – la phase aiguë, la phase post-urgence plus stable, les situations prolongées, et la phase finale avec des solutions plus durables. Des programmes réactifs sont exigés pour s'adapter aux changements de situation.
- *La politique de l'UNHCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés (Politique de l'UNHCR relative aux produits laitiers)^{xxi} s'applique à toutes les opérations de l'UNHCR et ce dernier soutient et plaide pour sa mise en oeuvre par les équipes nationales de l'UNHCR, les partenaires de mise en oeuvre et les gouvernements. Tout approvisionnement de préparations pour nourrissons ou de produits laitiers dans le cadre d'opérations de l'UNHCR devrait être conforme à la politique de l'UNHCR relative aux produits laitiers et aux directives opérationnelles sur l'IFE.*
- Un soutien et une protection importants de l'allaitement devraient faire partie intégrante de tous les programmes sur l'alimentation des nourrissons et le VIH.

- L'UNHCR et ses partenaires sont responsables du respect de l'ensemble des cinq éléments de la série de conditions AFADS.

Les **principes clés** concernant l'alimentation des nourrissons et le VIH dans les opérations menées par l'UNHCR sont les suivants :

- Une évaluation de la situation locale est nécessaire pour garantir une compréhension appropriée des pratiques d'alimentation, des croyances et des capacités existantes de la communauté dans le but de soutenir des prises de décision informées concernant l'alimentation des nourrissons et les pratiques de VIH et pour déterminer l'aide nécessaire.
- Les femmes devraient savoir si elles sont séropositives et bénéficier des conseils appropriés pour les aider à prendre des décisions informées quant à l'alimentation de leur nourrisson et à les mettre en place. Le dépistage et l'assistance aussi bien pour les femmes que pour leurs partenaires devraient être encouragés.
- Toutes les femmes enceintes séropositives devraient bénéficier de conseils et de soutien périodiques de façon systématiques de manière à s'assurer qu'elles sont capables de prendre des décisions alimentaires adéquates et sûres concernant leur nourrisson et de les appliquer efficacement.
- Toutes les mères séropositives devraient bénéficier d'un suivi et d'un soutien total quant à la pratique de l'option d'alimentation choisie pour leur nourrisson (voir encadré 3 et 4 pour les exemples pratiques).

Encadré 3 : Suivi et soutien de la décision de la mère concernant l'alimentation du nourrisson

Le suivi peut être accompli par un agent de santé communautaire qualifié et formé chargé de rendre visite à la mère sur une base quotidienne durant les premières semaines (puis moins fréquemment) suivant la prise de décision sur l'alimentation. Cela contribuerait à résoudre toutes les difficultés potentielles liées à l'allaitement ou, dans le cas de mères ayant opté pour l'alimentation de remplacement, les aiderait dans les différentes phases de préparation, d'utilisation et de nettoyage du matériel.

Lorsqu'une mère séropositive opte pour l'alimentation de remplacement, il est important de la soutenir en lui fournissant en quantité appropriée et adéquate et en temps nécessaire des aliments de remplacement (par exemple des préparations pour nourrissons), des ustensiles et du matériel de nettoyage. Ceci inclut le savon pour les mains, le liquide désinfectant pour les ustensiles ainsi que le remplacement opportun du matériel usé. L'accès à de l'eau sûre est d'une importance capitale et du combustible supplémentaire devra peut-être également être attribué pour permettre de faire bouillir l'eau pour préparer les préparations pour nourrissons.

Le soutien du statut nutritionnel de la mère est nécessaire aussi bien pour son propre bien-être que pour lui permettre de subvenir aux besoins de l'enfant et d'en prendre soin. En plus de plaider pour une ration alimentaire adéquate pour le foyer, les mères séropositives devraient être inscrites dans des programmes de supplémentation nutritionnelle en collaboration avec les partenaires opérationnels de l'UNHCR.

Encadré 4 : Contexte et conseils pour des décisions d'alimentation des nourrissons appropriées et sans danger

A/ La mère ignore si elle est séropositive

- Offrir au partenaire des conseils et dépistage volontaire et confidentiels
- Informer la mère et son partenaire sur les manières d'éviter de s'exposer au VIH et de demeurer séronégatifs.
- Garantir l'accès aux préservatifs féminins et masculins.
- Informer la mère et le partenaire sur la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et sur le planning familial.
- Promouvoir l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois et l'allaitement continu pour deux ans ou plus, avec l'introduction d'aliments de complément appropriés à l'âge de six mois.
- Assurer des examens réguliers de la mère et du bébé par le biais de soins postnataux et de soins de santé maternelle et infantile.
- Préconiser et plaider pour une alimentation de complément adéquate pour les nourrissons plus âgés et les jeunes enfants auprès du Programme Alimentaire Mondial (PAM) et d'autres partenaires de mise en œuvre.
- Encourager et assurer de bonnes conditions d'hygiène aussi bien au niveau personnel qu'au niveau du foyer et de la communauté pour l'enfant, la mère et la famille au complet.
- Encourager et garantir l'utilisation d'eau propre et sûre.

B/ La mère a passé un test de dépistage et est séronégative

- Offrir au partenaire des conseils et dépistage volontaire et confidentiels
- Informer la mère et son partenaire sur les manières d'éviter de s'exposer au VIH et de demeurer séronégatifs.
- Garantir l'accès aux préservatifs féminins et masculins.
- Informer la mère et le partenaire sur la prévention des IST et sur le planning familial.
- Promouvoir l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois et l'allaitement continu pour deux ans ou plus, avec l'introduction d'aliments de complément appropriés à l'âge de six mois.
- Assurer des examens réguliers de la mère et du bébé par le biais de soins postnataux et de soins de santé maternelle et infantile.
- Préconiser et plaider pour une alimentation de complément adéquate

⁸ Lorsque le dépistage du VIH n'est pas disponible et que l'on ignore si la mère est séropositive, une alimentation artificielle à grande échelle augmenterait les chances de survie des enfants seulement en cas de prévalence élevée du VIH et si le risque de décès dû à l'alimentation artificielle est bas - une combinaison de conditions très improbable.

pour les nourrissons plus âgés et les jeunes enfants auprès du Programme Alimentaire Mondial (PAM) et d'autres partenaires de mise en œuvre.

- Encourager et assurer de bonnes conditions d'hygiène aussi bien au niveau personnel qu'au niveau du foyer et de la communauté pour l'enfant, la mère et la famille au complet.
- Encourager et garantir l'utilisation d'eau propre et sûre.

C/ La mère sait qu'elle est séropositive et évalue ses options d'alimentation

Le choix de la meilleure option pour une mère séropositive quant à l'alimentation de son nourrisson devrait continuer de dépendre de sa situation personnelle, y compris de son état de santé, et des circonstances locales.

Cependant, il devrait être influencé davantage par les services de santé disponibles, les conseils et le soutien qu'elle peut obtenir.

- Fournir à la mère et au nourrisson une prophylaxie ARV
- Offrir au partenaire des conseils et dépistage volontaire et confidentiels
- Encourager la mère et son partenaire à fréquenter des services de soins prénataux pour obtenir conseils et soutien.
- Conseiller la mère concernant les options alimentaires **acceptables, faisables, financièrement abordables, durables et sûres (AFADS)** (voir encadré 2) et l'informer sur les risques et les avantages de l'allaitement exclusif.
- Aider la mère à choisir la méthode d'alimentation la plus appropriée correspondant à sa situation locale en relation avec le contexte socio-économique et environnemental.

C1/La mère est séropositive et décide d'allaiter

- Garantir à la mère l'accès à un traitement ARV, si disponible et si son état l'exige.
- Informer la mère et son partenaire sur les manières d'éviter la réinfection par le VIH.
- Informer la mère et le partenaire sur la prévention des IST et sur le planning familial.
- Garantir l'accès aux préservatifs féminins et masculins.
- Soutenir la mère dans la mise en place de pratiques d'allaitement plus sûres, par exemple l'allaitement exclusif jusqu'à six mois, la prévention et le traitement des problèmes de sein et du muguet chez les nourrissons

- Soutenir la mère dans le passage à l'alimentation de remplacement exclusive si/quand les conditions deviennent AFADS.
- Lorsque le nourrisson a six mois, si la mère a opté pour l'allaitement exclusif et si l'alimentation de remplacement n'est toujours pas AFADS, recommander de poursuivre l'allaitement en combinaison avec des aliments de complément supplémentaires appropriés.
- Mettre en place un système de suivi sous forme de visites à domicile de la part d'un agent de santé communautaire formé.
- Assurer une évaluation régulière de la mère et du bébé par le biais de soins postnataux et de soins de santé maternelle et infantile.
- Préconiser et plaider pour une alimentation de complément adéquate pour les nourrissons plus âgés et les jeunes enfants auprès du Programme Alimentaire Mondial (PAM) et d'autres partenaires de mise en œuvre.
- Encourager et assurer de bonnes conditions d'hygiène aussi bien au niveau personnel qu'au niveau du foyer et de la communauté pour l'enfant, la mère et la famille au complet.
- Encourager et garantir l'utilisation d'eau propre et sûre.

Lorsque **le nourrisson est soumis à un dépistage**^{xxiii} et qu'il s'avère qu'il est séropositif, la mère devrait être fortement encouragée à poursuivre l'allaitement exclusif jusqu'aux six mois du nourrisson et à continuer l'allaitement jusqu' à l'âge de deux ans ou plus tel que préconisé dans la recommandation destinée à la population générale.

Dépistage chez les nourrissons par réaction en chaîne par polymérase (RCP)
L'OMS recommande un dépistage virologique chez les nourrissons à partir de l'âge de six semaines. Un soutien supplémentaire pour les mères par rapport à l'alimentation des nourrissons sera nécessaire à ce moment-là. Si les tests de son enfant sont négatifs, il est compréhensible que la mère puisse réagir à cette information en décidant de cesser d'allaiter. Cependant, une assistance basée sur les critères AFADS devrait être mise en place dans ce cas-ci pour aider la mère à déterminer s'il s'agit de la meilleure solution selon ses propres circonstances^{xxiv}.

C2/ La mère est séropositive et décide de ne pas allaiter

- Aider la mère à choisir la stratégie d'alimentation de remplacement la plus sûre (méthode, options alimentaires, choix du bon moment etc.).
- Insister sur l'importance de l'alimentation de remplacement exclusive si l'enfant a moins de six mois et sur la nécessité d'éviter l'alimentation mixte (soit l'allaitement combiné à une alimentation de remplacement).

- Soutenir la mère dans la mise en place de l'option alimentaire choisie en lui fournissant de façon continue des préparations pour nourrissons aussi longtemps que l'enfant le nécessite, et en lui fournissant des éléments non-alimentaires tels que de l'eau, des ustensiles, du combustible, etc. pour garantir durablement des conditions AFADS.
- Encourager l'introduction d'aliments de complément appropriés à l'âge de 6 mois^{xxv}, ce qui signifie également préconiser et plaider pour une alimentation de complément adéquate auprès du PAM et d'autres partenaires de mise en œuvre.
- Mettre en place un système de suivi sous forme de visites à domicile par un agent de santé communautaire formé.
- Garantir l'accès aux préservatifs féminins et masculins.
- Informer la mère et le partenaire sur la prévention des IST et sur le planning familial.
- Assurer des examens réguliers de la mère et du bébé par le biais de soins postnataux et de soins de santé maternelle et infantile.
- Encourager et assurer de bonnes conditions d'hygiène aussi bien au niveau personnel qu'au niveau du foyer et de la communauté pour l'enfant, la mère et la famille au complet.
- Encourager et garantir l'utilisation d'eau propre et sûre.

D/ Remarques supplémentaires concernant l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants âgés de 6 à 24 mois

Que l'enfant soit exclusivement allaité ou reçoive une alimentation de remplacement, à l'âge de six mois, des aliments de complément devraient être introduits dans son régime pour combler ses besoins nutritionnels croissants^{xviii, xxv}.

Lorsqu'un enfant est allaité exclusivement par une mère séropositive, l'introduction d'aliments de complément comporte un risque supplémentaire de transmission du VIH. Cependant, l'OMS déconseille un sevrage brusque ou rapide à cause de possibles effets négatifs chez la mère et le nourrisson, y compris un risque de mastite et de douleurs mammaires. On ignore la durée optimale du processus de sevrage. Selon les connaissances actuelles, une période d'environ deux à trois jours jusqu'à deux à trois semaines semble suffisante pour la plupart des femmes et des bébés. Tel que précisé plus haut, les conditions AFADS doivent être remplies pour envisager le passage à une alimentation de remplacement avant d'entamer le sevrage.

Les recommandations quant au passage à une alimentation de complément devraient être basées sur les disponibilités alimentaires locales, sur les rations de nourriture que l'UNHCR et ses partenaires opérationnels fournissent et devraient tenir compte de l'acceptabilité culturelle des pratiques alimentaires.

Références

- ⁱ Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. 2006. Tendances mondiales en 2006. Disponible sur : <http://www.unhcr.org/statistics/STATISTICS/4486ceb12.pdf>. Genève, 2005.
- ⁱⁱ Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, 2006. Tendances mondiales en 2006. <http://www.unhcr.org/statistics/STATISTICS/4486ceb.12.pdf>. Genève, 2005.
- ⁱⁱⁱ Stratégie Mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. UNICEF/OMS. OMS, 2003.
- ^{iv} VIH et alimentation du nourrisson. Données nouvelles et expérience programmatique. Rapport d'une consultation technique, Genève, Suisse, 25–27 octobre 2006. Au nom de l'Equipe spéciale inter-agences (IATT) sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons, OMS, 2008.
- ^v VIH et alimentation du nourrisson. Déclaration commune. Consultation technique de l'OMS sur le VIH et l'alimentation des nourrissons, Genève, Suisse, 25-27, 2006. Disponible sur http://www.who.int/reproductive-health/stis/mtct/infantfeedingconsensus_statement_fr.pdf
- ^{vi} DeCock KM et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283(9) : 1175–1182.
- ^{vii} DeCock KM et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283(9) : 1175–1182.
- ^{viii} Dorenbaum A et al. Two-dose intrapartum newborn nevirapine and standard antiretroviral therapy to reduce perinatal HIV transmission: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288 (2) : 189–198.
- ^{ix} Cooper ER et al. Combination antiretroviral strategies for the treatment of pregnant HIV-1 infected women and prevention of perinatal HIV-1 transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 29(5) : 484–494.
- ^x Trois vastes études réalisées en Côte d'Ivoire, en Afrique du Sud et au Zimbabwe ont démontré que l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois réduisait les risques de transmission de VIH de plus de 50% comparé à l'allaitement non-exclusif (voir référence iv). Étude présentée dans le cadre de la Consultation technique de l'OMS.
- ^{xi} The BHITS Group. Late Postnatal Transmission of HIV-1 in breast-fed children: An individual patient data meta-analysis. *Journal of Infectious Diseases* 2004, 189:2154–2166.
- ^{xii} WHO Collaborative Study Team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality, effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet*, 2000, 355:451–455.
- ^{xiii} Risque de diarrhée lié à l'absence d'allaitement au Botswana. Résumé du rapport et présentation. p22. Field Exchange, édition 29. Déc 2006. Disponible sur : <http://www.enonline.net> (texte en anglais).
- ^{xiv} Thior I, Lockman S, Smeaton LM et al. Breastfeeding plus infant zidovudine prophylaxis for 6 months vs. formula feeding plus infant zidovudine for 1 month to reduce mother-to-child HIV transmission in Botswana: A randomised trial: The Mashi Study. *JAMA* 296, 794–805 (2006). Également résumé dans Field Exchange édition 29. Infant feeding strategies and PMTCT – Mashi trial from Botswana. p25. Déc. 2006. Disponible sur : <http://www.enonline.net>
- ^{xv} Voir référence iii.

- ^{xvi} Nouvelles données sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et leurs conséquences politiques : conclusions et recommandations. Conclusions et recommandations sur l'alimentation des nourrissons, une consultation technique de l'OMS d'octobre 2000 au nom de l'Equipe spéciale inter-agences UNFPA/UNICEF/OMS/UNAIDS sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant, 11-13 octobre, 2000. OMS/RH/01.28 éd. Genève, OMS 2001.
- ^{xvii} Infant feeding and HIV transmission. Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa: Evidence, lessons and recommendations for action. Durban, South Africa 10-13 avril 2005.
- ^{xviii} Principes directeurs pour l'alimentation complémentaire de l'enfant allaité au sein. OMS 2003. Disponible sur: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9242593435_fre.pdf
- ^{xix} Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence. Directives opérationnelles à l'intention du personnel et des administrateurs de programmes, v2.1, Février 2007. Développées par le Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (IFE Core Group) et soutenues par les agences de l'ONU (dont l'UNHCR), les ONG et les bailleurs de fonds. Disponible sur: <http://www.ennonline.net/ife>
- ^{xx} Module 2 destiné au personnel de santé et de nutrition dans les situations d'urgence. Version 1.1, Décembre 2007. ENN, IBFAN, Fondation Terre des hommes, UNICEF, UNHCR, OMS, PAM. Disponible auprès du Emergency Nutrition Network (ENN), version électronique en ligne (<http://www.ennonline.net/ife>) ou sur papier en anglais et en français (email: ife@ennonline.net).
- ^{xxi} La politique de l'UNHCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés, UNHCR 2006. Disponible sur : <http://www.unhcr.org> or <http://www.ennonline.net/ife>
Contact : hivaid@unhcr.org
Note: une mise à jour de cette politique est programmée.
- ^{xxii} Pour le dépistage chez les enfants, voir : http://www.who.int/hiv/paediatic/EarlydiagnostictestingforHIVVer_Final_May07.pdf
- ^{xxiii} Le VIH et l'alimentation des nourrissons : Mise à jour basée sur la Consultation technique qui s'est tenue au nom de l'Equipe spéciale inter-agences sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons, Genève, 25-27 octobre 2006, OMS, 2007.
- ^{xxiv} Principes directeurs pour l'alimentation des enfants âgés de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein. OMS 2006. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275224609_fre.pdf
- ^{xxv} Sinkala M et al. for the Zambia Exclusive Breastfeeding Study (ZEBS) Team. No benefit of early cessation of breastfeeding at 4 months on HIV-free survival of infants born to HIV-infected mothers in Zambia: the Zambia Exclusive Breastfeeding Study. CROI 2007, Session 24, Abstract 74.



UNHCR
The UN Refugee Agency