THE WORLD BANK

INTERNATIONALES EN MATIERE DE VIH/SIDA, NUTRITION ET SECURITE ALIMENTAIRE

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

WFP

World Health Organization

UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNHCR
The UN Refugee Agency

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

AED

FOOD AND NUTRITION TECHNICAL ASSISTANCE

IYCN
USAID's Infant & Young Child Nutrition Project

PATH
A catalyst for global health

IFPRI
INTERNATIONAL FOOD POLICY RESEARCH INSTITUTE

hivaids_booklet_ R_CRA indd 1 5/9/08 10 33 52 AM

hivaids_booklet_ R_CRA indd 2 5/9/08 10 33 52 AM

INTERNATIONALES EN MATIERE DE VIH/SIDA, NUTRITION ET SECURITE ALIMENTAIRE

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

hivaids_booklet_ R_CRA indd 3 5/9/08 10 33 52 AM

© 2008 La Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement/La Banque mondiale

1818 H Street NW
Washington DC 20433, États-Unis
Téléphone : +1 202-473-1000
Site Web : www.worldbank.org
Courriel : feedback@worldbank.org

Tous droits réservés.

Les résultats, interprétations et conclusions ici présentés n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent aucunement les opinions des membres du Conseil d'Administration de la Banque mondiale ou des gouvernements qu'ils représentent.

La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données contenues dans la présente publication. Les frontières, les couleurs, les dénominations et autres informations figurant sur les cartes dans cette publication n'impliquent aucun jugement de la part de la Banque mondiale relatif au statut juridique d'un territoire, ou la reconnaissance, ou l'acceptation de ces frontières.

DROITS ET AUTORISATIONS
Le contenu de cette publication est protégé par les droits d'auteur. La copie et/ou la transmission de passages ou de l'ensemble de la publication sans autorisation peut être une violation de la loi en vigueur. La Banque mondiale encourage la diffusion de son travail et, dans les conditions normales, accordera les autorisations avec diligence.

Pour obtenir la permission de photocopier ou de réimprimer un passage de cette publication, veuillez envoyer une demande avec des renseignements complets au Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, USA, téléphone 978-750-8400, télécopieur 978-750-4470, www.copyright.com.

Pour toutes autres requêtes sur les droits et licences, y compris les droits subsidiaires, veuillez vous adresser au Bureau de l'Editeur, Banque mondiale, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA, télécopieur : 202-522-2422, e-mail pubrights@worldbank.org.

Couverture créée par Patricia Hord.Graphik Design

This document has been printed on 100% Post-Consumer Recycled paper.

TABLE DES MATIÈRES

PREFACE 3
REMERCIEMENTS 5
ACRONYMES ET ABBREVIATIONS 6

I. AMÉLIORER LES RÉSULTATS DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA GRÂCE À UN APPUI À LA NUTRITION 7

II. TRAITEMENT, SOINS ET APPUI 8
A. APPUI NUTRITIONNEL AUX ADULTES VIVANT AVEC LE VIH (PV-VIH) 8
A. 1. Besoins en nutriments 8
A. 2. Évaluation nutritionnelle 9
A. 3. Recommandations alimentaires et pratiques en matière de soins 10
A. 4. ART et autres médicaments 12
A. 5. Prise en charge de la cachexie et de la malnutrition grave 12
A. 6. Distribution de compléments alimentaires 13
A. 7. Nutrition, alimentation, éducation et conseils en matière de santé 13
A. 8. Éducation et conseil pour un style de vie sain 14
B. ASSISTANCE NUTRITIONNELLE AUX FEMMES ENCEINTES ET MÈRES ALLAITANTES SÉROPOSITIVES 15
B. 1. Besoins en nutriments 15
B. 2. Évaluation nutritionnelle 17
B. 3. Recommandations alimentaires et pratiques en matière de soins 18
B. 4. ART et autres médicaments 19
B. 5. Prise en charge de la cachexie ou de la malnutrition grave 19
B. 6. Distributions de compléments alimentaires 19
B. 7. Recommandations pour le conseil pendant la grossesse et l'allaitement 19
B. 8. Éducation à la santé et traitement des femmes enceintes et allaitantes séropositives 20
C. SOUTIEN NUTRITIONNEL AUX NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS (0 À 24 MOIS) NÉS DE FEMMES SÉROPOSITIVES 21
C.1. Recommandations sur l'alimentation des nourrissons 21
C.2. Conseil aux femmes séropositives pour la prise et l'application de décisions en matière d'alimentation du nourrisson 23
C.3. Alimentation du nourrisson (de 6 à 24 mois) né d'une mère séropositive 25
C.4. Fourniture de suppléments d'alimentation 27
C.5. Conseil en matière d'alimentation du nourrisson 28
D. SOUTIEN NUTRITIONNEL AUX NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS SÉROPOSITIFS (0 À 24 MOIS) 30
D.1. Besoins nutritionnels et soins des enfants séropositifs 30
D.2. Evaluation nutritionnelle, suivi de la croissance et conseil pour l'enfant séropositif 31
D.3. Gestion alimentaire des symptômes liés au SIDA, médications et interactions nourriture-médicaments chez les enfants 32
D.4. Fourniture de suppléments d'alimentation 32
D.5. Traitement des enfants séropositifs souffrant de malnutrition grave 33
D.6. Interventions de santé pour les enfants séropositifs 33
E. SOUTIEN NUTRITIONNEL AUX PV-VIH SUIVANT UNE ART 34
E.1. Traitement ARV et nutrition 34
E.2. Interactions entre ART, nourriture et nutrition 34
E.3. Evaluation nutritionnelle 35
E.4. Conseil alimentaire, nutritionnel et sur l'éducation à la santé 35

hivaids_booklet_ R_CRA indd 1 5/9/08 10 33 52 AM

III. ASSISTANCE ALIMENTAIRE EN TANT QUE SOUTIEN AU TRAITEMENT DU VIH ET SIDA 38

IV. NOURRITURE, SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET VIH/SIDA 40
A. Soutien Basé Sur La Nourriture 40

V. VIH, SIDA, NUTRITION ET NOURRITURE EN SITUATION D'URGENCE 43
A. Alimentation Du Nourrisson 44
B. Vih Et Distribution De Nourriture 44
C. Nourriture Et Sécurité Des Moyens De Subsistance Dans Les Situations D'urgence 45

VI. CONCLUSION 46

ANNEXES
Annexe I : Directives Publiées Sur Le Vih/Sida, La Nutrition Et La Sécurité Alimentaire 47
Annexe II : Traitement Des Symptômes Et Maladies Associés Au Vih Chez Les Adultes 49
Annexe III : Les Traitements Modernes Et Leurs Effets Secondaires 52
Annexe IV : Moyens Traditionnels De Soigner Des Maladies Et Symptômes Habituels Du Sida 54
Annexe V : Thèmes Liés À La Sécurité Alimentaire, L'hygiène Et L'assainissement Pour Une Formation Au Vih/Sida 56
Annexe VI : Prise De Poids Recommandée Pendant La Grossesse 58
Annexe VII : Définition De Afass : Acceptable, Faisable, Abordable Financièrement, Soutenable Et Sûr 59
Annexe VIII : Exemples D'assistance Alimentaire Intégrée Aux Programmes Vih Et Sida 60
Annexe IX : Exemples D'utilisation De L'aide Alimentaire Pour Le Soutien Des Populations Affectées Par Le Vih 61
Annexe X : Consultation Organisée Par L'oms Sur La Nutrition Et Le Vih /Sida En Afrique 62

GLOSSAIRE 66
RÉFÉRENCES 74

TABLEAUX ET ENCADRES
Tableau 1. Estimation des variations de l'apport énergétique journalier d'une femme de 28 ans, moyennement active, séropositive et d'une femme non-infectée, par stade et cycle de vie de la maladie 23
Tableau 2. Besoins énergétiques des enfants séropositifs 41
Tableau 3. Résumé : populations cibles, interventions de nutrition et résultats attendus 47
Tableau 4. Interventions alimentaires et traitement du VIH et du SIDA 50

Encadré 1. Brève définition de AFASS : Acceptable, Faisable, Abordable financièrement, Soutenable et Sûr 31
Encadré 2. Intégration d'activités liées au VIH, à la nourriture et à la nutrition, en faveur des réfugiés 57

hivaids_booklet_ R_CRA indd 2 5/9/08 10 33 52 AM

PREFACE

Le VIH/SIDA a des effets dévastateurs en Afrique subsaharienne. Sur les 10,8 millions de décès estimés pour l'année 2000, 20 % seraient imputables au VIH (Jamison et al. 2006). Chaque année, le nombre de victimes du SIDA continue à augmenter en Afrique subsaharienne en dépit des progrès enregistrés dans certains pays. Même si la mortalité a diminué grâce à la prévention, aux conseils, au dépistage, à l'appui et aux traitements, la possibilité d'une réduction de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/SIDA à travers la nutrition n'a pu ni maintenir l'allure, ni répondre aux espoirs qu'elle avait suscités.

Au cours des dernières années, les liens entre malnutrition, VIH et SIDA et leurs effets cumulatifs sur la croissance économique ont de plus en plus été démontrés. Il n'y a que peu de débats sur le rôle de la nutrition dans la prévention et le traitement du SIDA ainsi que l'atténuation de ses effets ou encore son importance dans la prise en charge des personnes séropositives, des ménages affectés et des communautés.

Depuis 2000, la Banque mondiale a financé 34 projets consacrés au VIH/SIDA, dont cinq au niveau sous-régional, avec un excédent d'engagements de 1,3 milliards de dollars EU. L'approche a consisté à fournir une assistance en matière de prévention, de soins et d'appui, de traitement et de renforcement des capacités, une bonne partie des ressources étant acheminées à travers des organisations de la société civile (avec plus de 50 000 interventions du genre). Par ailleurs, à travers le processus de la stratégie de lutte contre la pauvreté et d'annulation de la dette, les ressources sont en train d'être rationalisées pour pouvoir poursuivre la lutte contre le VIH/SIDA. Le programme de la Banque ayant évolué et avec l'augmentation de nos connaissances sur l'importance de la nutrition pour la prise en charge effective du VIH et du SIDA, l'institution a reconnu la nécessité de mieux comprendre comment intégrer la nutrition dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA (et comment prendre en considération le VIH /SIDA dans les programmes de nutrition).

De nombreuses organisations ont produits d'excellents documents et directives à la pointe du progrès sur différents aspects techniques de la réponse de la nutrition au VIH/SIDA, mais ce matériel n'a pas nécessairement trouvé sa place dans les travaux et l'allocation des ressources des commissions ou secrétariats nationaux pour le VIH/SIDA ou auprès d'autres partenaires, dans le secteur public ou ailleurs. En outre, plusieurs n'étaient pas exclusivement centrés sur les aspects de la nutrition pertinents pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA. Les informations sont quelque peu dispersées dans différents documents. Une synthèse des guides techniques existants sur le VIH/SIDA, la nutrition et la sécurité alimentaire, a donc été considérée comme une contribution utile aux efforts entrepris pour intégrer les projets de nutrition aux programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

Avec un financement du Programme de partenariat entre la Banque et les Pays-Bas (BNPP), la Banque mondiale a initié un large processus de consultation en vue de produire une telle synthèse, collationner et résumer les connaissances techniques et les guides existants aux niveaux mondial et régional. Cette synthèse vise à fournir aux décideurs politiques et aux prestataires de service, en particulier aux concepteurs et gestionnaires de programmes, des orientations sur la manière d'intégrer la nutrition dans la prévention du VIH et le traitement du SIDA. L'un des principaux buts de cette synthèse est de fournir des conseils aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA en Afrique subsaharienne (notamment à ceux bénéficiant de l'appui du Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA de la Banque mondiale, ou des projets MAP). À cet effet, le document a été élaboré et testé sur le terrain en vue d'une utilisation dans la région Afrique. La plupart des

hivaids_booklet_ R_CRA indd 3 5/9/08 10 33 52 AM

recommandations se basent sur des directives internationales et pourraient également s'appliquer à d'autres régions du monde affectées par le VIH qui ont des ressources publiques limitées.

La première version du document a été revue et discutée en août 2006 au cours d'une réunion consultative rassemblant un large éventail d'organisations des Nations Unies, bilatérales, de recherche et non gouvernementales. Les participants à cette consultation ont convenu que la synthèse, une fois finalisée, devrait être largement diffusée en tant que guide générique et ne pas être réservée aux seuls programmes de la Banque mondiale.

La synthèse s'inspire des directives internationales existantes et d'autres documents connexes élaborés par l'AED/FANTA, la FAO, l'IFPRI, le PATH, l'ONUSIDA, le HCR, l'UNICEF, l'USAID, le PAM et l'OMS. Pour les sujets où il n'y avait que peu ou pas de directives internationales officielles, le document s'est également référé à celles d'autres organisations nationales et internationales (voir annexe I). La communauté de la nutrition et du VIH/SIDA a apporté des commentaires et contributions utiles, notamment, à travers l'AED/FANTA, l'IFPRI, le PATH, SARA, l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'USAID, le PAM et l'OMS.

Cette synthèse est le résultat de la première phase d'un double effort financé par le BNPP : « Intégration de la nutrition dans les programmes VIH/SIDA : renforcer les capacités opérationnelles en Afrique orientale et australe ». Dans la deuxième phase, la Banque et ses partenaires sont en train d'adapter ce guide mondial pour mettre l'accent sur les aspects opérationnels dans des contextes nationaux spécifiques. Actuellement, la Banque est en train de piloter des activités d'adaptation et de diffusion du document de synthèse dans deux pays africains, le Mozambique et la République du Congo.

Nous espérons que les conseils techniques qui en résulteront aideront à produire un document unique pour les gestionnaires de programmes et les décideurs en Afrique subsaharienne et ailleurs. Nous reconnaissons, cependant, qu'il reste encore beaucoup à faire. A titre d'exemple, le document ne fait pas une différence nette entre les situations d'épidémie généralisée et celles où l'épidémie est très concentrée. Les décideurs politiques souhaiteraient probablement avoir plus d'information sur certaines questions culturelles, les contraintes institutionnelles et l'utilisation de cadres politiques appropriés. Ils aimeraient en savoir davantage sur la manière de mettre en pratique les recommandations et les protocoles ainsi que sur le coût et l'efficacité des différentes options de programmes. Ceci nécessitera des informations supplémentaires sur les opérations et la mise en œuvre, y compris les implications en termes de dotation en personnel, de formation, de gestion, de besoins de fournitures et des coûts connexes. Ces aspects devraient être pris en compte dans un effort futur, les expériences du Mozambique, de la République du Congo et dans d'autres pays constituant la première étape.

Par ailleurs, étant donné la dynamique du VIH/SIDA et de la nutrition, de nouvelles connaissances apparaissent régulièrement et les recommandations sont constamment revues à la lumière de ces nouvelles connaissances. Cette synthèse est donc un « document vivant » sur lequel se baser à mesure que les connaissances progressent. Notre objectif est de largement diffuser ce guide et d'évaluer son utilité. Partagez vos expériences lorsque vous utiliserez cet outil et envoyez-nous vos suggestions en vue de l'améliorer. Vous pouvez envoyer vos commentaires à chacune des organisations partenaires où à la Banque mondiale, à l'adresse suivante: nutrition@worldbank.org

hivaids_booklet_ R_CRA indd 4 5/9/08 10 33 53 AM

REMERCIEMENTS

L'effort global visant à intégrer la nutrition dans les investissements consentis par la Banque mondiale en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA est piloté par Meera Shekar (Réseau Développement humain) et Richard Seifman (Équipe de la campagne SIDA pour l'Afrique) appartenant tous deux à la Banque mondiale. Le projet de document initial a été élaboré par Alison Gardner, consultant de la Banque mondiale avec la contribution de Safinaz El Tahir et Sebastiana Gianci, et les conseils des chefs des équipes des projets VIH/SIDA de la Banque mondiale. James Garett, de la Banque mondiale, a apporté son concours pour l'édition, la publication et la diffusion de ce document. Le document a été finalisé avec les conseils de l'équipe de Gestion du développement humain de la Banque mondiale, notamment Kei Kawabata (chef de secteur, Santé, nutrition et population, Réseau Développement humain) et Elizabeth Lule (chef de l'équipe de la campagne SIDA pour l'Afrique).

De nombreux aperçus, commentaires et suggestions sur les versions antérieures de ce document nous ont été fournis par des partenaires et collègues. Nous sommes particulièrement reconnaissants à Ellen Piwoz, ex-agent de l'AED et actuellement en fonction à la fondation Gates, pour son appui d'expert et la révision du document. Nous adressons également nos sincères remerciements à Tony Castleman et Frederick Grant (AED/FANTA) ; Tina Sanghvi (AED) ; Stuart Gillespie et Suneetha Kadiyala (IFPRI) ; Andrew Tomkins (Institute of Child Health) ; Katherine Krasovec (PATH) ; Patrick Webb (Tufts University, Friedman School of Nutrition) ; Nune Mangasaryan, Moazzem Hossain, et Anirban Chatterjee (UNICEF) ; Bruce Cogill (UNICEF, précédemment AED/FANTA) ; Lilia Gerberg et Timothy Quick (USAID) ; Robin Jackson, Martin Bloem et Andrew Thorne-Lyman (PAM) ; et Denise Costa Coitinho et Randa Jarudi Saadeh (OMS). Plusieurs autres professionnels de SARA, des agences de terrain de l'UNICEF, de la société civile, du gouvernement et des agences de développement ont également contribué à l'élaboration de ce document.

Au niveau de la Banque mondiale, nous remercions pour leur appui Debrework Zewdie (directrice du programme mondial de lutte contre le VIH/SIDA), l'équipe de la Campagne SIDA pour l'Afrique, et l'équipe Nutrition de la région Afrique. Nous avons également reçu d'excellents commentaires des collègues qui ont revu notre travail au sein de la Banque : Mariam Claeson, Marito Garcia, Bina Valaydon et Albertus Voetburg. Nous remercions également Cassandra de Souza, Rae Galloway, Menno Mulder-Sibanda, Ok Pannenborg et le personnel Afrique de la Banque mondiale, pour leurs contributions utiles et substantielles. Dans la région Afrique, nos remerciements vont en particulier à Humberto Cossa, Jean J. De St. Antoine, Michael Mills, Isabel Mutambe, Bina Valaydon et Albertus Voetberg. Jacques Wright nous a été d'un grand soutien dans l'édition et le formatage du document ainsi que la vérification des références. Rifat Hasan, Melinda Elias, Jessica St. John, Sonalini Khetrapal, et Ayanna Anderson-Bellard, de l'unité Santé, nutrition et population de la Banque mondiale, ont apporté une aide appréciée pour la recherche, l'édition, le traitement de texte, la publication et la diffusion.

Nous sommes heureux d'avoir pour co-sponsors de ce document, le PAM, l'OMS, l'ONUSIDA, le HCR, le PEPFAR, l'USAID, l'AED/FANTA, le PATH/IYCN et l'IFPRI/RENEWAL.

Nous saluons à sa juste valeur le financement de cet effort par le Programme de partenariat entre la Banque et les Pays-Bas (BNPP).

hivaids_booklet_ R_CRA indd 5 5/9/08 10 33 53 AM

ACRONYMES ET ABBREVIATIONS

AED	*Academy for Educational Development* (Académie pour le développement de l'éducation)
AFASS	Acceptable, faisable, abordable, soutenable et sûr
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
ANC	Soins prénataux
ART	Traitement antirétroviral
ARV	Médicament antirétroviral
AZT	Azidothymadine ou zidovidune (ZDV)
IMC	Indice de masse corporelle
jr	Jour
EFV	Efavirenz
FANTA	*Food and Nutrition Technical Assistance Project* (Projet d'assistance technique pour l'alimentation et la nutrition)
FAO	Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
IASC	*Inter-Agency Standing Committee* (Comité permanent interorganisations)
IBFAN	Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile
IFPRI	Institut international de recherche sur les politiques alimentaires
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
IYCN	Projet de nutrition pour les nourrissons et jeunes enfants
UI	Unité internationale
Kcal	kilocalorie
LBW	Insuffisance de poids à la naissance
TME	Transmission mère – enfant
MUAC	Périmètre brachial (périmètre du bras à mi-hauteur)
NCHS	*National Center for Health Statistics* (Centre national des statistiques de santé, États-Unis)
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
PAHO	Organisation panaméricaine de la santé
PATH	*Program for Appropriate Technologies in Health* (programme pour des technologies appropriées dans la santé)
RCP	Réaction en chaîne de la polymérase
MPC	Malnutrition protéo-calorique
PEPFAR	*President's Emergency Plan for AIDS Relief* (Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le SIDA)
PV-VIH	Personne vivant avec le VIH
PV-VIH/SIDA	Personne vivant avec le VIH/SIDA
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
ANR	Apport nutritionnel journalier recommandé
RENEWAL	*Regional Network on HIV/AIDS, Rural Livelihoods and Food Security* (Réseau régional sur le SIDA, les moyens d'existence ruraux et la sécurité alimentaire)
SARA	Soutien pour l'analyse et la recherche en Afrique
TB	Tuberculose
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
HCR	Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
CDV	Conseil et dépistage volontaire
PAM	Programme alimentaire mondial
OMS	Organisation mondiale de la santé

Veuillez vous référer au Glossaire pour la définition d'autres expressions.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 6 5/9/08 10 33 53 AM

I. AMÉLIORER LES RÉSULTATS DE LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA GRÂCE À UN APPUI À LA NUTRITION

Les liens importants entre l'amélioration des résultats de la lutte contre le VIH/SIDA et la nutrition ont été prouvés. Une nutrition adéquate est nécessaire pour préserver le système immunitaire, combattre les infections opportunistes, optimiser la réponse aux traitements médicaux, assurer des niveaux d'activité physique, et aider à assurer une qualité de vie optimale aux personnes vivant avec le VIH (PV-VIH). Une bonne nutrition peut contribuer à ralentir la progression de la maladie (Castleman et al. 2004). Les interventions de nutrition peuvent également aider à optimiser les avantages des médicaments antirétroviraux (ARV) et à accroître le respect des traitements, deux aspects essentiels pour la prolongation de la vie des PV-VIH et pour éviter la transmission mère–enfant du VIH.

Les conseils de nutrition se sont révélés efficaces dans l'amélioration du poids corporel et de la masse des cellules corporelles chez les PV-VIH (Dowling et al. 1990 ; McKinley et al. 1994 ; Rabeneck et al. 1993). Il a également été montré qu'ils pouvaient aider à atténuer les effets des symptômes liés au VIH et au SIDA tels que les diarrhées, les nausées, les vomissements, l'anémie, la candidose buccale, la perte d'appétit et la fièvre (FANTA 2004).

Chez les femmes séropositives, une nutrition optimale au cours de la grossesse augmente la prise de poids et améliore la nutrition maternelle, qui à leur tour, améliorent l'issue des grossesses. Chez les enfants exposés au VIH, des conseils et un appui nutritionnels adéquats peuvent réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant et augmenter la survie des enfants qui ne seront pas atteints du SIDA (OMS 2005a). Chez les enfants séropositifs, des pratiques alimentaires saines et un meilleur apport nutritionnel sont critiques pour la reprise du poids perdu au cours des infections opportunistes. La supplémentation périodique des enfants séropositifs en vitamine A réduit la progression de la maladie et la mortalité tout en améliorant la croissance (Piwoz 2004).

Les relations et interactions générales entre VIH/SIDA, sécurité alimentaire et nutrition sont complexes. L'insécurité alimentaire et la pauvreté peuvent conduire à des comportements sexuels à haut risque, et à la migration, augmentant ainsi le risque de contracter le VIH. En même temps, le VIH réduit les capacités d'un ménage à subvenir à ses besoins fondamentaux. Lorsqu'une PV-VIH ne peut pas travailler, la production alimentaire ou les revenus peuvent diminuer. Les membres sains d'une famille peuvent être amenés à arrêter de travailler pour prendre soin des membres malades de la famille. Les contraintes pesant sur la capacité de travail des ménages peuvent conduire à une réduction des terres cultivées, à des modifications dans les cultures, et à une réduction du cheptel. Pour les ménages déjà victimes d'insécurité alimentaire avant la maladie d'un de leur membre, les conséquences peuvent être dévastatrices. Au fur et à mesure que l'épidémie progresse dans les zones hautement affectées, les communautés s'affaiblissent en même temps que les réseaux de sécurité traditionnels s'amoindrissent. (Gillespie et Kadiyala 2005; Piwoz 2004a). Le report des interventions jusqu'à ce que les PV-VIH ou leurs familles soient victimes de malnutrition ou d'insécurité alimentaire peut être contre – productif et onéreux. Assurer une nutrition appropriée et la sécurité alimentaire peut donc être un instrument pour atténuer l'impact du VIH et la prise en charge des PV-VIH, des ménages affectés et des communautés. (Banque mondiale 2006).

Les préoccupations relatives à la nutrition devraient donc être prises en compte dans l'élaboration des stratégies et plans d'actions de lutte contre le VIH/SIDA aux niveaux national et sous-national. Ces plans devraient être basés sur des faits, avec des actions et interventions classées par ordre de priorité et dont les coûts sont évalués. Le choix des réponses nutritionnelles appropriées doit se faire en fonction des pays. Dans un pays donné, cette réponse sera déterminée par la nature de l'épidémie, le fait que les politiques nécessaire soient ou non déjà en place, ainsi que par les capacités humaines, institutionnelles et financières des intervenants. Elle dépendra également du degré auquel ceux qui s'y connaissent à propos des liens entre le VIH/ SIDA et la nutrition présentent cette connexion aux décideurs à tous les niveaux.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 7 5/9/08 10 33 53 AM

II. TRAITEMENT, SOINS ET APPUI

A. APPUI NUTRITIONNEL AUX ADULTES VIVANT AVEC LE VIH (PV-VIH)

BUT : TLe but du soutien nutritionnel aux PV-VIH qui n'ont pas encore besoin d'un ART est d'améliorer leur état de santé et nutritionnel général, de prévenir la malnutrition et de les aider à guérir des infections opportunistes.

Le but du soutien nutritionnel aux PV-VIH *qui ont besoin d'un ART*, est de stabiliser leur état nutritionnel avant et pendant le traitement, de les aider à retrouver des forces et de contribuer à améliorer leurs état nutritionnel au cours du traitement. Dans les endroits où l'insécurité alimentaire empêche les gens d'accéder ou d'adhérer aux traitements, un soutien alimentaire peut jouer un rôle important dans la prise et l'acceptation des traitements (Megazzini et al. 2006).

« Une nutrition adéquate, à travers la consommation d'aliments sains et équilibrés, est vitale pour la santé et la survie de tous, indépendamment du statut sérologique. »

Besoins en nutriments des personnes vivant avec le VIH/SIDA : rapport d'une consultation technique. OMS, Genève, Suisse, 13-15 mai 2003.

« Une nutrition adéquate ne peut guérir l'infection par le VIH, mais elle est essentielle pour préserver le système immunitaire, maintenir le niveau d'activité physique et avoir une qualité de vie optimale. »

Déclaration des participants, Consultations de l'OMS sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique, Durban, Afrique du Sud, 10-13

A.1. Besoins en nutriments

Pour prévenir ou stabiliser la perte de poids, lutter contre l'infection, maintenir et gagner de la masse musculaire, il est important de bénéficier d'apports en nutriments suffisants, à tout moment. Les PV-VIH ont besoin d'une alimentation qui leur fournit tous les nutriments essentiels pour satisfaire leurs besoins nutritionnels accrus.

BESOINS ÉNERGÉTIQUES Les PV-VIH ont des besoins énergétiques supplémentaires à cause du VIH, des infections opportunistes, de la mauvaise absorption des nutriments et des altérations du métabolisme. Les besoins énergétiques ne sont pas les mêmes lorsque la PV-VIH est symptomatique (ex : fièvre, faiblesse, diarrhée, perte de poids) ou asymptomatique.

- Asymptomatiques, les adultes atteints par le HIV (étape OMS 1) ont besoin d'accroître leur consommation énergétique de 10 % par rapport à celle recommandée pour les personnes non atteintes et en bonne santé, du même âge, du même sexe et ayant le même niveau d'activité. (FANTA 2004 ; OMS 2003a).
- Symptomatiques, les adultes atteints par le VIH (étape OMS 2 et plus) doivent accroître leur consommation énergétique de 20 à 30 % par rapport à celle recommandée pour les personnes non atteintes et en bonne santé, du même âge, du même sexe et ayant le même niveau d'activité (OMS 2003a).

BESOINS EN PROTÉINES

- Il est démontré que les personnes séropositives ont besoin du même niveau de protéines que les personnes non infectées et en bonne santé, du même âge, du même sexe et ayant le même niveau d'activité physique, même si très peu d'études ont été réalisées sur les besoins en protéines. L'apport en protéines recommandé pour un adulte non infecté et en bonne santé représente 12 à 15 % de ses besoins totaux en énergie, soit 8,8 g/kg de poids corporel pour les femmes et 0,85 g/kg de poids corporel pour les hommes (OMS 2003a).

hivaids_booklet_ R_CRA indd 8 5/9/08 10 33 53 AM

- Les personnes séropositives sont souvent victimes d'une malnutrition protéo-calorique (MPC) préexistante due à une consommation inadéquate ou à une faible utilisation des aliments et de l'énergie (FANTA 2004). Les programmes de soutien à la nutrition pourraient aborder ce problème en encourageant une augmentation de la consommation alimentaire pour arriver l'apport nutritionnel recommandé.

« L'apport journalier en oligo-éléments recommandé doit être assuré, pour les adultes et enfants séropositifs, à travers un régime diversifié, des aliments fortifiés et des compléments d'oligo-éléments suivant les besoins. »

Déclaration des participants, Consultations de l'OMS sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique, Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril 2005.

« Une évaluation nutritionnelle de base complète devrait être réalisée dans le cadre de l'élaboration du plan de soins multidisciplinaires, avec un suivi régulier, comme indiqué. »

Position de l'Association américaine de diététique et des diététiciens du Canada : Intervention de la nutrition dans l'infection par le VIH, J Am Diet Assoc., 2004.

BESOINS EN GRAISSES

- L'apport en graisses recommandé pour une personne séropositive est le même que celui d'une personne non infectée et en bonne santé, c'est–à–dire 30 à 35 % de ses besoins totaux en énergie (OMS 2003a).
- Pour les PV-VIH, certains ARV ou des symptômes de l'infection, tels que les diarrhées, peuvent exiger des changements dans la fréquence ou la quantité de l'apport en graisses.

BESOINS EN OLIGO-ÉLÉMENTS Les carences en oligo-éléments sont courantes dans les zones où sévit le VIH. Les PV-VIH en souffrent souvent, ce qui affecte leur fonction immunitaire et également leurs capacités à lutter contre l'infection (FANTA 2004).

- Pour assurer l'apport en oligo-éléments journalier recommandé, les adultes séropositifs sont encouragés à suivre un régime alimentaire approprié (OMS 2003a).

- Le régime alimentaire seul ne peut suffire à corriger les carences nutritionnelles. Si une PV-VIH présente des signes de carences en oligo-éléments, elle devrait être traitée suivant les protocoles de traitement standard (FANTA 2004). Des preuves récentes montrent qu'il faut plus qu'un apport nutritionnel recommandé (ANR) journalier pour qu'une PV-VIH présentant des déficiences nutritionnelles multiples puisse en venir à bout (OMS 2004).

Les preuves liées aux relations entre les compléments en oligo-éléments à forte dose, la progression de la maladie et la mortalité des PV-VIH sont conflictuelles. Les recherches en cours devraient fournir des orientations sur la supplémentation en oligo-éléments et sur l'utilisation préventive et thérapeutique des multivitamines (OMS 2003a).

A.2. Évaluation nutritionnelle[1]

L'examen préalable et l'évaluation nutritionnels initiaux permettent de collecter des informations sur l'état nutritionnel actuel des PV-VIH, l'adéquation de leur régime alimentaire, leurs habitudes et contraintes alimentaires. L'examen préalable et l'évaluation peuvent identifier les mauvais comportements alimentaires et les moyens d'améliorer le régime. De plus, l'évaluation nutritionnelle constitue une base pour des conseils appropriés et une prise de décision par rapport à des interventions telles que le soutien alimentaire.

1. Cette section est basée sur Fields-Gardner et Fergusson 2004 ; OMS 2004 ; OMS 2006a ; Zambie 2004.
2. Même si ceux qui travaillent dans le domaine de la nutrition reconnaissent la valeur de l'utilisation de l'IMC pour l'évaluation de l'état nutritionnel, celui-ci n'est pas encore largement utilisé dans les programmes VIH/SIDA.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 9 5/9/08 10 33 53 AM

L'examen préalable et l'évaluation de l'état nutritionnel comprennent un examen physique de base pour identifier toute condition requérant un traitement qui peut affecter l'état nutritionnel. Des mesures anthropométriques, c'est-à-dire la mesure de dimensions du corps incluant le poids et la taille, peuvent être utilisés pour calculer l'indice de masse corporelle (IMC). Celui-ci peut être utilisé pour évaluer l'état nutritionnel (poids insuffisant, normal ou en excès) et tous les changements intervenant au cours du temps . Il est recommandé d'utiliser la mesure du périmètre brachial (MUAC, périmètre du bras à mi-hauteur) pour déterminer l'état nutritionnel des femmes enceintes (voir Section II. B. 2). Celui-ci peut également être envisagé lorsque des instruments de graduation et de mesure de la taille ne sont pas disponibles.

« L'évaluation du régime alimentaire et de l'état nutritionnel est une composante essentielle des soins globaux, que ce soit avant ou pendant le traitement antirétroviral. »

Déclaration des participants, Consultations de l'OMS sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique, Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril 2005.

L'examen préalable et l'évaluation nutritionnels devraient :

- Évaluer le régime actuel, les caractéristiques alimentaires, la santé buccale et d'autres facteurs influençant l'apport nutritionnel. Cela implique l'évaluation de la sécurité alimentaire au niveau individuel et des ménages, en particulier les contraintes en matière d'accès aux aliments et leur consommation.
- Pour les femmes en âge de procréer, considérer le statut reproductif (enceinte, allaitante, enceinte allaitante, non enceinte non allaitante) puisque les besoins nutritionnels diffèrent en fonction de ces groupes.
- Évaluer le système de soutien aux PV-VIH (amis, famille et groupes de soutien).
- Revoir les habitudes de vie des PV-VIH, telles que la cigarette, l'abus d'alcool et de drogue, dans la mesure où celles-ci peuvent affecter la consommation des aliments et des nutriments, et sont par ailleurs contre-indiquées dans certains traitements.
- Évaluer le cadre de vie des PV-VIH, y compris les aspects relatifs à la propreté et à l'assainissement dans leur zone de résidence, l'hygiène alimentaire et l'utilisation de l'eau potable.
- Se renseigner sur les médicaments, compléments alimentaires et thérapies traditionnelles actuellement utilisés par la PV-VIH.
- Réaliser des tests de laboratoire pour confirmer le statut sérologique ; mesurer le taux d'hémoglobine et le nombre de CD4 là où c'est possible ; dépister la tuberculose et le paludisme ; faire un diagnostic pour détecter les autres coïnfections et maladies opportunistes lorsque c'est cliniquement indiqué. Faire un test de grossesse chez les femmes pour lesquelles l'utilisation de l'efavirenz (EFV) est envisagée.
- Prendre régulièrement des mesures pour évaluer et suivre correctement le poids corporel. La perte de poids est une indication précoce de problèmes sociaux ou sanitaires et nécessiterait un meilleur suivi.

A.3. Recommandations alimentaires et pratiques en matière de soins[3]

Une alimentation variée et équilibrée, riche en macronutriments et en oligo-éléments, joue un rôle important dans le maintien d'un mode de vie et d'un corps sains. À toutes les phases de l'infection par le VIH, un régime nutritif peut aider à préserver le bon fonctionnement du système immunitaire et fournir l'énergie, les protéines et les oligo-éléments nécessaires.

3. Cette section se base sur FANTA 2004; FAO et OMS 2002.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 10 5/9/08 10 33 53 AM

« Un large consensus est sorti de la conférence de Durban, sur la nécessité de mettre l'accent sur trois ensembles de problèmes qui se chevauchement et interagissent : le VIH/SIDA, la sécurité alimentaire et la malnutrition. Les interactions entre ces problèmes peuvent exiger certaines modifications dans les interventions afin de maximiser leur efficacité dans le contexte de la lutte contre le VIH/SIDA. »

Gillespie, S (ed) 2006. *Points forts de la conférence de l'IFPRI sur le VIH/SIDA et la sécurité alimentaire et nutritionnelle,* Durban, 14-16 Avril 2005.

La gestion alimentaire des symptômes liés au HIV/SIDA peut prévenir la malnutrition et améliorer la santé en général ainsi que l'état nutritionnel des PV-VIH. Une alimentation et des pratiques diététiques saines peuvent réduire les effets des symptômes liés au SIDA sur la consommation des aliments et l'absorption des nutriments, améliorer le confort au moment des repas et prévenir la déshydratation causée par les diarrhées et la fièvre. De plus, elles peuvent aider à stabiliser le poids corporel, fournir des nutriments pour compenser les pertes et renforcer le système immunitaire. Elles peuvent également aider à gérer certains symptômes tels que les nausées et la constipation et réduire la gravité des symptômes par la satisfaction de certains besoins spécifiques en nutriments (FANTA 2004).

Les PV-VIH devraient avoir une alimentation variée, équilibrée et en quantité suffisante pour satisfaire leurs besoins en énergie, protéines et oligo-éléments. L'annexe II contient des recommandations alimentaires et des pratiques en matière de soins pour les symptômes et maladies associés au VIH chez les adultes. Des directives de nutrition spécifiques aux pays et des recommandations par groupe alimentaire pour les adultes devraient être élaborées pour fournir des conseils diététiques plus détaillés.

RECOMMANDATIONS ALIMENTAIRES GÉNÉRALES

- De manière optimale, les PV-VIH devraient avoir une alimentation variée et équilibrée, incluant des denrées de consommation courante, des légumes cuits, des noix et du beurre de noix, des aliments d'origine animale, des produits laitiers, des graisses et huiles, et des fruits et légumes.
- Tout comme la population générale, les PV-VIH devraient consommer 30 à 35 % de leur énergie totale sous forme de graisses ou huiles, en particulier des acides gras provenant d'huiles végétales et de poisson riches en Omega-3. Les PV-VIH souffrant d'une mauvaise absorption des graisses et ceux sous traitement ARV, qui présentent des signes de troubles métaboliques (par exemple : taux élevé de triglycérides dans le sang) peuvent avoir besoin de consommer moins d'énergie provenant de graisses.
- En particulier dans les zones où l'accès à une alimentation variée est limité, les régimes alimentaires devraient inclure des aliments riches en oligo-éléments pour satisfaire les besoins en oligo-éléments, y compris ceux en iode, fer et vitamine A.
- Les individus doivent s'hydrater de manière appropriée en buvant au moins huit tasses d'eau potable par jour.

Pour satisfaire leurs besoins accrus en énergie et éviter de perdre du poids, les PV-VIH doivent:

- Augmenter la quantité et la variété des aliments qu'elles consomment.
- Manger souvent pendant la journée en prenant des repas et casse-croûtes petits mais fréquents.
- Manger plus d'aliments riches en nutriments à chaque repas.

4. Cette section se base sur Castleman et al. 2004 ; FANTA 2004; WHO 2004.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 11 5/9/08 10 33 53 AM

A.4. ART et autres médicaments[4]

Les traitements antirétroviraux hautement actifs (HAART) utilisant une combinaison de médicaments antirétroviraux sont prescrits aux PV-VIH présentant une immunosuppression, des signes et des symptômes de SIDA basés sur des critères cliniques de détermination du stade ou les deux. Ces médicaments suppriment la réplication virale, permettant ainsi au système immunitaire de se reconstituer par lui-même et aidant à ralentir la progression de la maladie.

La progression clinique et la mesure du nombre de CD4 des patients non encore éligibles aux ART devraient suivies tous les six mois, ou même plus souvent si le cas est clinique (OMS 2006a). Les évaluations cliniques devraient prendre en compte les mêmes paramètres que les évaluations de base, notamment la prise ou la perte de poids, et le développement des signes et symptômes cliniques liés à la progression de la maladie. Ces paramètres cliniques et le nombre des CD4 devraient être utilisés pour mettre à jour, à chaque visite, le stade de la maladie défini par l'OMS et pour déterminer si les patients sont devenus éligibles à une prophylaxie par le cotrimoxazole ou à une ART (OMS 2006a).

La nourriture peut aider ou interférer l'assimilation des ARV affectant ainsi leur absorption et efficacité. Il est ainsi important de savoir quand prendre les médicaments, si ce sera avec ou sans nourriture. Comme les autres médicaments, les ARV peuvent interagir avec la nourriture et affecter ainsi leur absorption et leur efficacité. Certains médicaments ont des effets secondaires tels que les nausées, les vomissements et la diarrhée qui peuvent affecter l'absorption de la nourriture. L'initiation du traitement ARV peut également s'accompagner d'une augmentation de l'appétit, à mesure que les patients commencent à mieux se sentir. Toutes ces conditions ont des implications pour les PV-VIH. Aussi les conseils en appui d'actions de nutrition appropriées jouent un rôle essentiel dans la sécurité et l'efficacité des ARV et des autres médicaments courants utilisés par les PV-VIH.

- Il est recommandé de fournir des conseils nutritionnels (avec un suivi régulier) pour indiquer si les médicaments doivent être pris à jeun ou non, et pour suivre les changements dans l'état nutritionnel et la composition du corps après le début du traitement (FANTA 2004).
- Une éducation à la santé dans la gestion des effets secondaires habituels des ARV et autres médicaments est conseillée.
- Si des troubles métaboliques sont détectées et de moindre importance, des conseils de nutrition sont également nécessaires pour en minimiser les conséquences et améliorer les résultats du traitement et le bien-être des patients. Si les troubles métaboliques sont considérables, le patient devra être référé.

A.5. Prise en charge de la cachexie et de la malnutrition grave

Les PV-VIH sont plus exposées à la malnutrition que les adultes non infectés. À l'heure actuelle, il n'existe cependant pas encore de directives spécifiques pour la prise en charge de la malnutrition grave chez les adultes séropositifs. Par conséquent les recommandations relatives à la prise en charge de la malnutrition grave chez les adultes en général s'appliquent également aux adultes vivant avec le VIH (OMS 1999).

hivaids_booklet_ R_CRA indd 12 5/9/08 10 33 53 AM

L'OMS (2004) préconise les actions suivantes pour les femmes séropositives :

- Prendre en considération pour un début de traitement aux ARV.
- Envisager des soins complémentaires, y compris les programmes qui peuvent fournir des tests de sécurité alimentaire et une assistance alimentaire, lorsque nécessaire.
- Fournir des conseils sur l'importance de l'activité physique dans le renforcement de la force et de la masse musculaire.

« Le conseil en matière de nutrition peut améliorer les résultats en termes de santé et fait partie intégrante de la prise en charge du VIH à toutes les stades de la maladie, allant depuis l'assistance aux personnes nouvellement infectées pour qu'elles se maintiennent en bonne santé, jusqu'au soutien aux personnes en phase terminale pour qu'elles meurent dans la dignité, en passant par l'appui aux personnes sous ARV afin qu'elles puissent gérer leur thérapie. »

Position de l'Association américaine de diététique et des diététiciens du Canada : Intervention de la nutrition dans l'infection par le VIH, J Am Diet Assoc., 2004.

A.6. Distribution de compléments alimentaires

Comme les apports alimentaire et en oligo-éléments contribuent à améliorer l'état nutritionnel, les programmes de traitement et d'assistance offrent souvent des compléments alimentaires conformément à des protocoles déterminés. La plupart de ceux-ci incluent la distribution de denrées alimentaires aux personnes sur la base de critères socioéconomiques ou biologiques ou les deux. Les PV-VIH ne bénéficiant pas d'apports alimentaires suffisants à cause de l'insécurité alimentaire doivent recevoir des compléments alimentaires pour pouvoir faire face à leur déficit (Piwoz 2004a ; Ouganda 2003 ; OMS 2004). Cette assistance devrait être associée aux évaluations nutritionnelles. L'alimentation thérapeutique, en particulier, peut jouer un rôle capital dans la stabilisation des patients avant et pendant l'ART; cependant, les programmes doivent tenir compte de l'éventualité que les rations destinées aux clients individuels puissent finalement être partagées avec les autres membres du ménage. C'est pourquoi, dans bon nombre de cas, des rations pour les ménages peuvent constituer une stratégie importante pour subvenir aux besoins des familles particulièrement vulnérables.

Les programmes ont mis au point diverses rations destinées aux PV-VIH, sur base des produits disponibles. Afin de faire face aux risques nutritionnels, ces aliments sont souvent renforcés en oligo-éléments ou sont plus riches en nutriments que la nourriture de base disponible. L'élaboration d'actions appropriées devrait pouvoir s'appuyer sur des informations relatives aux objectifs pragmatiques, aux opportunités et limitations potentielles (telles que le fait que l'appui alimentaire ne saurait être fourni indéfiniment), ainsi qu'aux déficiences des régimes alimentaires des clients, à leurs habitudes alimentaires, aux coûts relatifs et aux différents aspects de la sécurité alimentaire.

A.7. Nutrition, alimentation, éducation et conseils en matière de santé[5]

Pour la prise en charge des symptômes liés au SIDA et l'amélioration des régimes alimentaires, il convient d'intégrer la composante « nutrition, éducation et conseils en matière de santé » dans le traitement, la prise en charge et l'assistance des PV-VIH. Le conseil en matière de nutrition doit être intégré aux protocoles de traitement.

L'appui et le conseil en matière de nutrition, devraient engager un dialogue avec les clients sur l'alimentation et les contraintes, pratiques et préférences alimentaires et utiliser la compréhension acquise pour aider les PV-VIH à améliorer leur alimentation.

5.Cette section est basée sur FANTA 2004 ; Fields-Gardner et Fergusson 2004 ; Ouganda 2003 ; Zambie 2004.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 13 5/9/08 10 33 53 AM

L'appui et le conseil doivent permettre de fournir des informations sur :

- Recommandations sur les régimes alimentaires. Il est également conseillé d'organiser une séance avec le patient pour lui conseiller un régime alimentaire, pour la journée ou la semaine, constitués de repas/casse-croute comprenant des denrées alimentaires locales, une consommation suffisante d'eau et des suppléments en macronutriments et oligo-éléments, si nécessaire (voir également la Section II. A. 3).
- Interactions entre les substances médicales pour tout médicament prescrit et comment les gérer (voir Annexe III pour des informations spécifiques sur les interactions des substances médicales).
- Prise en charge des problèmes buccaux et digestifs et autres symptômes connexes qui pourraient affecter la consommation ou l'utilisation des aliments (voir Annexes II et IV).
- Thérapies traditionnelles, si nécessaires. Les approches traditionnelles ne sont pas bien documentées. Leurs effets nutritionnels et leurs interactions avec les médicaments sont pour la plupart inconnus. En outre, les preuves de leur efficacité sont limitées et certains présentent des effets secondaires désagréables (voir Annexe IV pour certaines méthodes traditionnelles de traitement des maladies courantes et des symptômes du SIDA).

Lorsqu'il s'avère que la carence en aliments ou en oligo-éléments constitue un problème, il peut être nécessaire de renvoyer les patients vers les programmes qui offrent de la nourriture, des oligo-éléments, de la formation ou toute autre assistance appropriée. Il est recommandé de fournir des conseils continus ainsi qu'un suivi périodique des problèmes spécifiques identifiés.

A.8. Éducation et conseil pour un style de vie sain[6]

L'éducation à un style de vie sain peut contribuer à prévenir les infections et à améliorer la qualité de vie des PV-VIH. Elle doit comprendre des informations sur :

- L'hygiène, telles que la protection des aliments et de l'eau, l'assainissement et l'hygiène corporelle (voir Annexe V pour une liste de thèmes éventuels).
- Habitudes de vie telles que le tabagisme, l'alcoolisme et la toxicomanie, et leurs effets néfastes sur l'apport alimentaire, l'absorption et l'utilisation des aliments.
- L'importance et la promotion d'une activité physique appropriée qui permet de maintenir la masse musculaire, de stimuler l'appétit et d'améliorer le sentiment de bien-être. Les personnes très ou trop actives peuvent être appelées à réduire leur niveau d'activité physique.
- L'importance de dormir suffisamment et de se reposer davantage.
- L'importance et la promotion des pratiques sexuelles sans risque pour éviter la transmission du VIH à d'autres personnes et prévenir la réinfection.
- L'assistance psychosociale qui permet de réduire la dépression, la stigmatisation et le stress, et d'améliorer la qualité de vie, avec souvent des impacts positifs sur l'appétit et l'apport nutritionnel.
- La reconnaissance et le traitement rapide des maladies, ainsi que l'identification des services de prise en charge appropriés et accessibles. Étant donné que les PV-VIH tombent souvent malades et que les maladies affectent l'apport alimentaire et l'état nutritionnel, toute maladie doit être traitée rapidement.

6.Cette section est basée sur FAO et OMS 2002 ; Ouganda 2003 ; Zambie 2004

hivaids_booklet_ R_CRA indd 14 5/9/08 10 33 54 AM

B. ASSISTANCE NUTRITIONNELLE AUX FEMMES ENCEINTES ET MÈRES ALLAITANTES SÉROPOSITIVES

BUT : Préserver l'état nutritionnel des mères et améliorer l'état du nouveau-né à travers une prise en charge nutritionnelle et une assistance de qualité des femmes enceintes et des mères allaitantes séropositives et accroître le taux de survie des nourrirons non-infectés.

L'adéquation de l'assistance nutritionnelle aux femmes enceintes séropositives dépend de la connaissance que les femmes ont de leur statut sérologique, qui est, elle-même, liée à l'augmentation de l'accès aux services de conseil et de dépistage volontaires (CDV) de la population en général et des femmes enceintes et mères allaitantes en particulier.

B.1. Besoins en nutriments

BESOINS ÉNERGÉTIQUES Il n'existe pour le moment aucunes données sur l'impact du VIH/SIDA sur les besoins énergétiques pendant la grossesse et l'allaitement. L'augmentation de l'apport énergétique recommandée pour les adultes séropositifs selon le stade de la maladie doit être ajoutée à l'apport énergétique journalier moyen de la femme enceinte. Pendant la phase asymptomatique, une femme séropositive a besoin de 10 % supplémentaires d'apport énergétique journalier par rapport à une femme non-infectée, et 20 % et 30 % de plus pendant les phases respectivement de début de symptômes et symptomatique (voir Tableau 1).

A titre d'exemple, une femme de 28 ans, non-infectée, moyennement active, qui n'est pas enceinte ou qui n'allaite pas, a besoin de 2.140 kcal/jour. Il lui faut 285 kcal/jour en plus si elle est enceinte et 500 kcal/jour lorsqu'elle allaite (FANTA 2004). Si cette femme est séropositive, ses besoins augmentent en conséquence, de sorte qu'une femme séropositive allaitante, en phase symptomatique, par exemple, doit consommer 1.142 kcal/jour de plus qu'une femme non infectée, enceinte ou allaitante.

TABLEAU 1. *Estimation des variations de l'apport énergétique journalier d'une femme de 28 ans, moyennement active, séropositive et d'une femme non-infectée, par stade et cycle de vie de la maladie*[7]

Non-infection ou stade de la maladie	Apport énergétique journalier recommandé pour les femmes adultes moyennement actives* (kcal)	Apport énergétique journalier supplémentaire requis en cas de VIH** (kcal)	Apport énergétique journalier supplémentaire requis en cas de grossesse (kcal)	Total (kcal) En cas de grossesse	Apport énergétique journalier supplémentaire requis en cas d'allaitement (kcal)	Total (kcal) en cas d'allaitement
Non-infectée	**2140**	—	+ 285	**2425**	+ 500	**2640**
Séropositive asymptomatique	**2140**	+ 214	+ 285	**2639**	+ 500	**2854**
Séropositive avec un début de symptômes	**2140**	+ 428	+ 285	**2853**	+ 500	**3068**
Séropositive symptômatique	**2140**	+ 642	+ 285	**3067**	+ 500	**3282**

** Apport énergétique journalier pour une femme de 28 ans, moyennement active : multiplier le taux de métabolisme de base (TMB) par le facteur d'ajustement du niveau d'activité = 1.305 x 1, 64 = 2.140 kcal*
*** 10 % d'augmentation de l'apport énergétique journalier pendant la phase asymptomatique = 2.140 x .10 = 214 ;*
20 % d'augmentation de l'apport énergétique journalier au début de la phase symptomatique = 2.140 x .20 = 428 ; et
30 % d'augmentation de l'apport énergétique journalier pendant la phase symptomatique = 2.140 x .30 = 642.

7. Tableau 1 : adapté de FANTA 2004. Ce n'est qu'un exemple et les femmes victimes d'infectons symptomatiques peuvent avoir un niveau d'activité plus faible..

hivaids_booklet_ R_CRA indd 15 5/9/08 10 33 54 AM

BESOINS EN PROTÉINES

- Les besoins en protéines pendant la grossesse, sont les mêmes pour les femmes séropositives et les femmes non infectées. Les femmes enceintes ont besoin de 1,1 g/kg par jour contre 0,8g/kg par jour pour celles qui ne le sont pas. (FANTA 2004).

BESOINS EN OLIGO-ÉLÉMENTS

FER

L'anémie est courante chez les femmes enceintes, souvent à cause d'une carence en fer. Elle sévit davantage chez les femmes enceintes séropositives et est souvent plus sévère que chez les femmes non infectées. L'anémie sévère augmente le risque d'accouchement prématuré, l'insuffisance pondérale des nourrissons à la naissance et la mortalité maternelle. Chez les femmes séropositives, l'anémie constitue un indicateur indépendant d'une progression plus rapide du VIH et de mortalité (OMS 2004). Pour combattre l'anémie causée par une carence en fer, la plupart des gouvernements ont adopté un protocole de supplémentation en fer et en acide folique obligatoire pour toutes les femmes enceintes.

- L'OMS recommande actuellement une supplémentation quotidienne en fer et en acide folique (400 µg d'acide folique et 60 mg de fer) pendant au moins six mois de la grossesse afin d'éviter l'anémie, et des compléments biquotidiens en cas d'anémie sévère (hémoglobine < 70 g/l) (OMS 2003a ; OMS 2004).
- Pour améliorer l'apport en fer et son absorption, il convient d'augmenter les aliments riches en fer biologique, tels que la viande, ou d'encourager la consommation d'aliments riches en vitamine C couplés avec des sources de fer autres que la viande.

VITAMINE A

Les femmes enceintes des pays en développement souffrent souvent de carences en vitamine A qui peuvent affecter négativement la qualité du lait maternel, et par conséquent, l'alimentation des nourrissons. Dans la plupart des pays, les gouvernements ont adopté des protocoles de supplémentation en vitamine A destinés aux enfants et aux femmes pendant la période postnatale. Pour les femmes séropositives, des tests de contrôle aléatoires bien conçus ont révélé que ni la supplémentation quotidienne ni la forte dose de vitamine A unique ne permettent de réduire la transmission mère-enfant (TME) du VIH et que, dans certains cas, elles peuvent même augmenter le risque de transmission du VIH. C'est pourquoi, l'apport en vitamine A pendant la grossesse et l'allaitement ne doit pas dépasser la dose journalière recommandée.

> « Des études ont révélé que certains compléments d'oligo-éléments peuvent prévenir les conséquences néfastes de la grossesse… Les femmes enceintes séropositives sont beaucoup plus victimes de carences en oligo-éléments. »
>
> *Déclaration des participants,* Consultations *de l'OMS sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique,* Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril 2005.

- Encourager la consommation d'aliments riches en vitamine A pendant la grossesse

IODE

La carence en iode a été reliée aux fausses couches, morts à la naissance, faible quotient intellectuel et crétinisme chez les enfants des personnes non infectées par le VIH. Pour pallier le problème, les gouvernements ont adopté des protocoles sur la consommation universelle de sel iodé.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 16 5/9/08 10 33 54 AM

- À l'instar de la population en général, les femmes enceintes atteintes par le VIH doivent être encouragées à consommer du sel renforcé en iode (FANTA 2004). Si le sel iodé n'est pas disponible, les femmes enceintes doivent recevoir des compléments lipidiques iodés.

AUTRES OLIGO-ÉLÉMENTS

- Encourager un régime équilibré et varié, comprenant des fruits et légumes locaux, les produits d'origine animale, les aliments de base et des aliments enrichis en fonction de leur disponibilité, faisabilité et accessibilité financière.
- Lorsqu'un régime alimentaire approprié est impossible ou dans des régions où les carences en oligo-éléments sont communes, fournir aux femmes enceintes et allaitantes séropositives un complément alimentaire quotidien qui peut contribuer à améliorer l'état nutritionnel maternel et l'issue de la grossesse (OMS 2004).

FEMMES ENCEINTES SÉROPOSITIVES AYANT DES BESOINS ACCRUS EN NUTRIMENTS Les adolescentes, les femmes en insuffisance pondérale, celles qui ne prennent pas suffisamment de poids pendant la grossesse et celles qui accomplissent des tâches nécessitant des efforts physiques ont besoin de plus de nutriments et d'énergie que les autres pendant la grossesse, en plus des besoins énergiques plus élevés liés au VIH. Les conseils et l'assistance en nutrition doivent prendre en compte ces besoins supplémentaires.

BESOINS EN PROTÉINES, EN OLIGO-ÉLÉMENTS ET ÉNERGÉTIQUES PENDANT L'ALLAITEMENT[8]

- Pendant l'allaitement, les besoins énergétiques et en protéines sont les mêmes chez les femmes séropositives et celles qui ne sont pas. L'allaitement nécessite 500 calories supplémentaires par jour et 1,1 gramme quotidien de protéines par kg du poids de la mère (contre 0,8 g/kg pour les femmes qui n'allaitent pas).
- Les besoins en oligo-éléments pendant l'allaitement des femmes séropositives sont identiques à ceux des femmes bien portantes non infectées. Il leur faut une augmentation en raison du transfert des oligo-éléments vers le lait maternel. Le conseil en matière de nutrition doit encourager la consommation variée de fruits, de légumes et de produits d'origine animale, y compris les produits laitiers.
- Lorsque la carence en vitamine A est endémique, l'OMS recommande une forte dose unique de vitamine A (200.000 UI) pour les femmes aussitôt que possible après l'accouchement et au plus tard, 6 à 8 semaines après celui-ci (OMS 2003a).

B.2. Évaluation nutritionnelle[9]

Afin de collecter des informations sur leur état nutritionnel actuel, leur régime alimentaire et leurs habitudes alimentaires, une évaluation nutritionnelle et alimentaire de base doit être faite lorsqu'une femme se présente pour la première fois en consultation prénatale ou pour un suivi postnatal. En plus de collecter des informations sur l'état et les tendances nutritionnels actuels, ces évaluations visent à identifier les facteurs de risque de développement ultérieur de complications nutritionnelles (voir Section II. A. 2 pour les données à inclure dans une évaluation nutritionnelle). Les points suivants sont des recommandations amendées ou supplémentaires concernant les femmes enceintes et mères allaitantes séropositives.

8. Cette section est basée sur FANTA 2004; OMS 2004.
9. Cette section est basée sur OMS 2004.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 17 5/9/08 10 33 54 AM

- Mesurer la taille et le poids des femmes en période prénatale, postnatale ou d'allaitement, pour calculer leur indice de masse corporelle (IMC) et déterminer leur état nutritionnel. Pour les femmes enceintes, il est recommandé de faire une mesure du périmètre brachial (MUAC). La mesure de la taille permet de déterminer si la femme est de petite taille (< 145 cm) et court ainsi un risque de complications obstétriques (OMS 1995).
- Peser les femmes enceintes à chaque consultation prénatale et enregistrer leur poids sur une fiche de consultation prénatale. Cette information permet de savoir si la femme enceinte prend suffisamment de poids. Une prise de poids insuffisante conduit généralement à une insuffisance pondérale des enfants à la naissance (LBW) et à l'accouchement d'enfants trop petits pour leur âge de gestation.
- Pour les femmes avec un poids normal avant la grossesse, le gain de poids devrait être de 12,5 kg pendant la grossesse tandis que, chez les femmes en insuffisance pondérale avant la grossesse (IMC < 19,8), une prise de poids plus élevée est souhaitable. La prise de poids hebdomadaire recommandée pour les deuxième et troisième trimestres est de 0,3 à 0,5 kg (FANTA 2004). Une prise de poids mensuelle d'un kg ou moins au cours des deux derniers trimestres de la grossesse est une préoccupation majeure et des actions doivent entreprises (voir à Annexe VI, le diagramme présentant la prise de poids totale et hebdomadaire recommandée pendant la grossesse, par IMC avant la grossesse).
- En cas de prise de poids insuffisante ou de perte de poids pendant la grossesse, la femme doit se faire examiner en vue de détecter les maladies qui pourraient en être la cause. Une évaluation diététique et nutritionnelle dont également être effectuée afin d'identifier d'autres causes éventuelles et d'élaborer avec la femme, un plan d'action en vue d'améliorer sa prise de poids. Le concours des membres de la famille ou une autre assistance externe (compléments alimentaires, soutien des ménages ou de la communauté) pourraient être envisagées pour assurer le succès du traitement et du suivi. Un programme de suivi doit être défini et respecté pour s'assurer que le plan d'action est suivi et que la prise de poids s'améliore.
- Normalement, les femmes perdent du poids après la naissance. Une mère allaitante atteinte par le VIH doit prendre des dispositions pour minimiser cette perte de poids. Si elle perd trop de poids, des conseils doivent lui être donnés pour l'aider à maintenir/prendre du poids et un examen médical doit détecter les maladies éventuelles. Un plan d'action similaire à celui susmentionné doit être élaboré, maintenu et suivi avec attention.

B.3. Recommandations alimentaires et pratiques en matière de soins[10]

- Les recommandations alimentaires pour les femmes enceintes séropositives doivent être basées sur les informations fournies à la Section II. A. 3 et dans les Annexe II et IV.
- Pour satisfaire les besoins nutritionnels supplémentaires pendant la grossesse, il faut mettre l'accent sur les aliments d'origine animale, tels que la viande, le poisson, les œufs, les produits laitiers, les aliments locaux riches en fer et en calcium et les aliments enrichis, autant que possible et culturellement approprié.
- Adapter toutes les recommandations aux changements de circonstances des individus, à mesure que les informations sont collectées pendant les visites d'évaluation et de suivi.

Les informations sur le traitement des symptômes liés au VIH/SIDA peuvent s'avérer particulièrement utiles pour les femmes enceintes séropositives dans la mesure où elles peuvent aider à réduire les effets des symptômes de la grossesse et de toute maladie connexe.

10. Cette section est basée sur Ouganda 2003; Zambie 2004.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 18 5/9/08 10 33 54 AM

B.4. ART et autres médicaments[11]

Les femmes enceintes séropositives peuvent prendre des antirétroviraux pour prévenir la transmission mère-enfant (prophylaxie ARV) ou traiter leur infection au VIH. Les directives de l'OMS définissent quand commencer le traitement ARV, en particulier chez les femmes enceintes et allaitantes. La durée et le dosage des ARV influenceront leur impact sur l'interaction entre les aliments et les médicaments (voir Section II. A. 4).

B.5. Prise en charge de la cachexie ou de la malnutrition grave

Il n'existe pas de directives spécifiques sur la prise en charge de la cachexie ou de la malnutrition grave chez les femmes enceintes ou allaitantes séropositives. La Section II. A. 5 présente des recommandations pour la prise en charge de la cachexie chez les femmes séropositives.

« Les avis, conseils, soins et soutien nutritionnels destinés aux femmes séropositives sont particulièrement importants au regard de la double pression que le VIH et la reproduction (grossesse et allaitement) exercent sur la vulnérabilité nutritionnelle. »

Conseils, soins et soutien nutritionnels aux femmes séropositives : Directives sur les soins, le traitement et le soutien relatifs au VIH pour les femmes séropositives et leurs enfants dans les milieux où les ressources sont limitées, OMS, 2004.

B.6. Distributions de compléments alimentaires

Compte tenu de l'augmentation des besoins énergétiques et en nutriments pendant la grossesse ainsi que des besoins énergétiques supplémentaires liés au VIH, la distribution de compléments alimentaires aux femmes confrontées à l'insécurité alimentaire peut être une intervention importante pour l'amélioration de l'état nutritionnel de la mère et de la prise de poids pendant la grossesse, ce qui, à leur tour, contribuent à réduire la progression de la maladie, à prévenir la transmission du VIH et à améliorer l'issue de la grossesse. La distribution de compléments alimentaires aux femmes enceintes et allaitantes séropositives qui en ont besoin peut également améliorer l'utilisation et la fréquentation des services de PTME (OMS 2004). Dans la prise en charge des femmes séropositives, il est particulièrement important que les aliments distribués comblent les déficits en nutriments et énergétiques d'une manière culturellement acceptable, et qu'ils atteignent les bonnes cibles et soient donc consommés par les bénéficiaires voulus. Ces programmes donnent souvent les meilleurs résultats lorsque les aliments sont distribués à travers des centres de santé maternelle et infantile, des cliniques prénatales ou des centres de soin et de traitement cliniques du VIH/SIDA, ce qui permet de minimiser les discriminations éventuelles liées au statut sérologique.

B.7. Recommandations pour le conseil pendant la grossesse et l'allaitement [12]

Les sections II. A.7, II. A.8 et l'annexe V passent en revue les thèmes à intégrer au conseil. Ci-dessous, sont repris les modifications et ajouts à apporter à ces recommandations pour les femmes enceintes et allaitantes séropositives.

11. Cette section se base sur FANTA 2004 ; OMS 2004.
12. Cette section est basée sur Ouganda 2003; Zambie 2004

hivaids_booklet_ R_CRA indd 19 5/9/08 10 33 54 AM

- En prodiguant des conseils nutritionnels, prendre en compte les aliments culturels, les thérapies traditionnelles, les tabous alimentaires, et les pratiques qui sont bénéfiques ou nuisibles pendant la grossesse et l'allaitement.
- Donner des conseils sur la gestion alimentaire et le traitement approprié des diarrhées, nausées, vomissements, mauvaise absorption, perte d'appétit et la candidose buccale qui peuvent empêcher la prise de poids et affecter négativement l'état nutritionnel.
- Fournir des conseils et un soutien de routine aux femmes pendant et après la grossesse sur l'alimentation des nouveau-nés (voir Section II. C).
- Donner des informations sur la sécurité et l'hygiène des aliments et de l'eau afin de prévenir les maladies d'origine alimentaire.
- Discuter des conséquences des travaux qui nécessitent un effort physique intense.

B.8. Éducation à la santé et traitement des femmes enceintes et allaitantes séropositives[13]

En plus d'un soutien en matière de nutrition et d'alimentation infantile, les soins prénataux, incluant l'éducation à la santé, doivent fournir des informations sur les thèmes suivants et offrir les traitements spécifiés (voir aussi Sections II. A. 7 et II. A8) :

- Encourager les femmes enceintes/allaitantes à recourir à un traitement immédiat contre toutes les infections, telles la fièvre et la diarrhée, ou en cas d'éventuelle perte de poids.
- Les diriger vers des soins et traitements ARV si nécessaire.
- Encourager un traitement rapide du paludisme et de la tuberculose, y compris des actions préventives comme l'utilisation de moustiquaires imprégnées, le vaccin contre la tuberculose ou un traitement sous surveillance directe, de courte durée (DOTS).
- Donner des conseils sur les infections aux ankylostomes et la vermifugation.
- Encourager les femmes enceintes séropositives à fréquenter régulièrement la consultation prénatale pour maintenir leur état de santé et nutritionnel pendant la grossesse et gérer les complications éventuelles.
- Encourager les femmes séropositives enceintes à accoucher avec l'aide d'une sage-femme qualifiée dans un centre de santé afin de garantir des pratiques d'accouchement sans risque et une bonne manipulation du sang et des autres produits.
- Promouvoir le planning familial post-partum et la double protection (utilisation de préservatifs) afin d'avoir des nouveau-nés et des enfants en bonne santé et prévenir les infections ou réinfections.

13. Cette section est basée sur Ouganda 2003; Zambie 2004.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 20 5/9/08 10 33 54 AM

C. SOUTIEN NUTRITIONNEL AUX NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS (0 À 24 MOIS) NÉS DE FEMMES SÉROPOSITIVES

BUT : Prévenir la malnutrition, améliorer l'état nutritionnel des nourrissons et des jeunes enfants pour réduire la transmission mère-enfant du VIH après l'accouchement et accroître la survie des nouveau-nés non infectés.

Les femmes doivent connaître leur statut sérologique afin de pouvoir recevoir des conseils appropriés qui les aideront à prendre et à mettre en pratique, en connaissance de cause, des décisions sur l'alimentation de leurs nourrissons. Le conseil et le dépistage des couples doivent être encouragés à travers un accès accru aux services de tests et conseils volontaires (TCV) au sein de la population en général et chez les femmes enceintes et allaitantes en particulier.

C.1. Recommandations sur l'alimentation des nourrissons

En général, lorsque le VIH ne constitue pas une préoccupation, l'OMS fait les recommandations suivantes pour l'alimentation des nourrissons (OMS et al. 2003b):

- Les nourrissons doivent être nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois afin d'atteindre une croissance, un développement et une santé optimaux.
- Par la suite, les nourrissons doivent recevoir des aliments nutritifs appropriés et des compléments alimentaires sans risque pendant que l'allaitement maternel continue jusqu'à 24 mois ou au delà. Ces aliments comprennent le lait maternel et animal ainsi que les compléments alimentaires énergétiques et riches en oligo-éléments adéquats.

ALIMENTATION DES NOURRISSONS ET VIH Dans les régions où le VIH est un problème de santé publique, toutes les femmes et leurs partenaires doivent être encouragés à connaître leur statut sérologique.

L'OMS fait les recommandations suivantes concernant l'alimentation des nourrissons des femmes séropositives (OMS 2006c)[14] :

- Pour une mère séropositive, l'option la plus appropriée pour l'alimentation de son nourrisson dépend de sa situation personnelle incluant son état de santé, sa situation locale, les services de santé et la disponibilité de conseils et d'assistance.
- L'allaitement exclusif au sein est recommandé pour les femmes séropositives pendant les six premiers mois de la vie de l'enfant à moins qu'une alimentation de remplacement ne soit acceptable, faisable, abordable financièrement, soutenable et sûre (AFASS) pour elles et leurs enfants avant cette période (voir Encadré 1 pour une brève définition de AFASS ; voir Annexe VII pour plus de détails).
- Si l'alimentation de remplacement est AFASS, il est recommandé aux femmes séropositives d'éviter l'allaitement au sein.

Il est particulièrement important de mettre l'accent sur les dangers de l'allaitement mixte (c'est-à-dire allaitement maternel et lait pour bébés) pour les femmes séropositives qui optent pour une alimentation de remplacement. La raison en est que l'allaitement occasionnel ou partiel au sein

14. Des recommandations supplémentaires de l'OMS/UNICEF sur le VIH et l'allaitement des nourrissons sont disponibles dans la documentation de la *Baby-Friendly Hospital Initiative* (BFHI). La version révisée des documents de la BFHI (2006) comprennent des modules sur le VIH et l'allaitement des nourrissons et les soins apportés par les mères. La BFHI représente un effort mondial pour mettre en œuvre des pratiques qui protègent, encouragent, et soutiennent l'allaitement maternel. Voir http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/index.html.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 21 5/9/08 10 33 54 AM

(c'est à dire une petite quantité de lait maternel chez les nourrissons nourris essentiellement au lait pour bébés) comporte un risque particulièrement élevé de transmission du VIH par rapport à un allaitement essentiellement ou presque exclusivement au sein (FANTA 2004).[15]

- A six mois, si l'alimentation de remplacement n'est toujours pas AFASS, il est recommandé de continuer l'allaitement au sein avec des compléments alimentaires supplémentaires, pendant que la mère et le bébé continuent d'être régulièrement suivis. Tout allaitement au sein doit être arrêté une fois qu'une alimentation adéquate et sans risque peut être fournie sans lait maternel.
- Quelle que soit l'option d'allaitement retenue, les services de santé doivent suivre tous les nourrissons exposés au VIH et continuer d'apporter des conseils et de l'assistance en matière d'allaitement, en particulier aux moments importants lorsque les décisions d'alimentation peuvent être revues, comme par exemple lors du diagnostic initial et à l'âge de six mois.
- Les gouvernements et d'autres acteurs doivent renforcer la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel au niveau de l'ensemble de la population. Ils doivent également soutenir activement les mères séropositives qui choisissent d'allaiter leurs enfants exclusivement au sein, et prendre des mesures pour rendre l'alimentation de remplacement plus sûr pour les femmes séropositives qui choisissent cette option.
- Les programmes nationaux doivent fournir aux nourrissons exposés au VIH et à leurs mères un ensemble d'interventions pour la survie de l'enfant et de santé de la reproduction (OMS 2005b et OMS 2006b) ayant des liens efficaces avec les services de prévention, de traitement et de soins du VIH. En outre, les services de santé doivent déployer des efforts particuliers pour soutenir la prévention primaire chez les femmes reconnues séronégatives avant et pendant l'accouchement.
- Les gouvernements et les agences spécialisées des Nations unies doivent s'assurer que l'ensemble des interventions mentionné ci-dessus, ainsi que les conditions décrites dans le présent guide , sont disponibles avant que toute distribution gratuite de lait pour bébés ne soit envisagée.
- Les gouvernements et les bailleurs de fonds doivent sérieusement renforcer leur engagement et les ressources en faveur de la mise en œuvre de la *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding* (Stratégie mondiale pour l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants) de l'OMS/UNICEF (2003), et du *HIV and Infant Feeding Framework for Priority Action* (Cadre d'action prioritaire pour le VIH et l'allaitement du nourrisson) de l'OMS (2003b), afin de prévenir efficacement les infections postnatales au VIH, améliorer la survie des enfants non infectés par le VIH, et atteindre les objectifs concernés de l'UNGASS.

« L'allaitement exclusif au sein est recommandé pour les femmes séropositives pendant les 6 premiers mois de la vie de l'enfant à moins qu'une alimentation de remplacement ne soit, avant cette période, acceptable, faisable, abordable financièrement, soutenable et sûre [AFASS] pour elles et leurs enfants. »

Déclaration de consensus. Consultation technique de l'OMS sur le VIH et l'alimentation des nourrissons, tenue au nom de l'Equipe de projet inter agence (IATT) sur la prévention des infections par le VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs enfants). Genève, 25-27 Octobre, 2006.

Les critères permettant de déterminer si l'allaitement de remplacement exclusif est AFASS ne sont pas encore strictement définis mais l'OMS (2001) fournit un guide utile. L'Annexe VII donne plus de détails.

15. Il faut noter qu'allaiter au sein et donner des aliments semi-solides et/ou solides comportent également un risque élevé de transmission du VIH par rapport à un allaitement entièrement ou presque exclusivement au sein.
16. Voir http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 22 5/9/08 10 33 54 AM

ENCADRÉ 1. *Brève définition de AFASS : Acceptable, Faisable, Abordable financièrement, Soutenable et Sûr*

ACCEPTABLE	La mère/responsable des soins ne voit aucun obstacle culturel ou social au choix de l'allaitement de remplacement et ne craint ni la stigmatisation ni la discrimination.
FAISABLE	La mère/responsable des soins a le temps, les connaissances, les compétences, les ressources et le soutien nécessaires pour bien préparer les substituts du lait maternel et allaiter l'enfant 8 à 12 fois par 24 heures.
ABORDABLE FINANCIÈREMENT	La mère/responsable des soins peut, avec le soutien disponible, payer les frais liés à l'achat, à la préparation, au stockage et à l'utilisation des aliments de remplacement, sans compromettre la santé et la nutrition de la famille. Ces frais incluent le coût des aliments de remplacement, de combustible, d'eau, le stockage, etc.
SOUTENABLE	Un approvisionnement continu et ininterrompu ainsi qu'un système de distribution fiable de tous les ingrédients et produits nécessaires pour pratiquer en toute sécurité l'allaitement de remplacement pendant au moins un an sont disponibles.
SÛR	Les aliments de remplacement sont, de manière correcte et hygiénique, conservés préparés et donnés à l'enfant avec des mains, des plats ou autres ustensiles propres. Le nourrisson a accès à des soins de santé de bonne qualité afin de minimiser les risques d'augmentation de la morbidité, de la malnutrition, et de la mortalité survenant chez les enfants qui ne sont pas nourris au sein.
	Voir Annexe VII pour une définition plus complète

C.2. Conseil aux femmes séropositives pour la prise et l'application de décisions en matière d'alimentation du nourrisson

Toutes les femmes séropositives devraient bénéficier d'un suivi et d'un soutien périodique et de routine dans le but de s'assurer qu'elles sont capables de prendre des décisions appropriées et sans danger au sujet de l'alimentation de leur bébé, et à les appliquer efficacement. Les résultats programmatiques et de la recherche montrent que les femmes ont besoin de contacts au minimum mensuels et d'un soutien plus fréquent immédiatement après l'accouchement et lorsque des changements (comme l'arrêt de l'allaitement ou l'introduction d'une alimentaire complémentaire) sont attendus ce conseil et ce soutien devraient se poursuivre durant au moins 18 mois après l'accouchement, idéalement durant 24 mois.

La plupart des programmes de lutte contre le vih/sida ne s'occupent que de pratiques et recommandations relatives à l'alimentation des nourrissons, c'est-à-dire celle pratiquée pendant les six premiers mois de la vie. Comme le sevrage ou la période d'alimentaire complémentaire (de 6 à 24 mois) intéressent de plus en plus les chercheurs et les gestionnaires de programmes, les deux périodes sont abordées séparément ci-dessous.

Ainsi qu'il a été indiqué, l'allaitement exclusif est recommandé pour les bébés de femmes séropositives, depuis la naissance jusqu'à l'âge de six mois, sauf si les critères afass de L'alimentation de remplacement sont remplis. les pratiques recommandées pour chacune de ces options sont les suivantes.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 23 5/9/08 10 33 54 AM

« Des études soutiennent que l'allaitement exclusif est associé à moins de transmission du VIH qu'un allaitement mixte. »

Déclaration des participants, Consultations de l'OMS sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique, Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril 2005.

« Les mères séropositives qui allaitent doivent bénéficier de conseils et d'un soutien spécifique lorsqu'elles arrêtent l'allaitement afin de prévenir toute conséquence nutritionnelle et psychologique néfaste et de préserver la santé des seins. »

VIH et alimentation du nourrisson : Un guide pour les gestionnaires et superviseurs des soins de santé, OMS, 2003.

ALLAITEMENT EXCLUSIF

Si l'allaitement est la solution considérée comme la plus appropriée pour l'alimentation du nourrisson (LINKAGES 2005; FANTA 2004) :

- Les mères devront allaiter exclusivement pendant les six premiers mois de la vie des nourrissons, c'est-à-dire ne leur procurer que du lait maternel et les médicaments prescrits, et proscrire l'eau, les autres liquides et la nourriture. Il est capital d'insister sur l'importance d'éviter toute alimentation mixte (consistant à nourrir l'enfant avec du lait maternel, mais aussi avec d'autres fluides ou des aliments semi-solides ou solides), car elle est associée à un risque plus élevé de transmission du VIH que l'allaitement exclusif (OMS 2005c).
- Pendant l'allaitement exclusif, les mères doivent bénéficier de conseils sur la manière de résoudre les difficultés courantes, comme les mamelons douloureux, le sentiment de « lait insuffisant », l'engorgement, l'expression manuelle et le stockage du lait maternel.
- Pour réduire le risque de TME, les mères doivent se soumettre à un traitement immédiat en cas de mastite, de crevasses des seins, de lésions de la bouche du bébé ou de candidose.
- Les mères n'arrêteront pas l'allaitement exclusif avant qu'une autre option satisfaisant les critères AFASS soit trouvée – avec des conseils et après une évaluation. Le meilleur moment pour l'arrêt précoce de l'allaitement chez la femme séropositive n'a pas été déterminé. Si les critères AFASS sont satisfaits pour l'arrêt de l'allaitement exclusif au cours des six mois suivant la naissance, les mères doivent être assistées pendant la transition vers une alimentation de remplacement exclusive, ou toute autre solution appropriée d'alimentation au lait maternel.
- Les mères doivent être conseillées et assistées pour s'assurer qu'une alimentaire complémentaire appropriée est ajoutée au régime alimentaire des enfants à partir de six mois (voir Sections II. C. 3 et II. C.4).

ALIMENTATION DE REMPLACEMENT

Les mères optant pour une alimentation de remplacement doivent l'utiliser exclusivement.

Pour être considérée comme satisfaisant les critères AFASS, l'utilisation d'un lait pour bébés commercial comme solution de remplacement implique un certain nombre de conditions, comme la présence d'eau propre, de combustible et d'ustensiles de cuisine, de même que de compétences et du temps nécessaire pour le préparer de façon correcte et hygiénique.

Certaines solutions sont inacceptables en tant qu'alimentation de remplacement, notamment :

- le lait concentré sucré
- le lait écrémé ou le lait écrémé en poudre reconstitué
- la crème à café
- le lait de soja
- les jus de fruits
- l'eau sucrée
- le thé
- le porridge dilué

hivaids_booklet_ R_CRA indd 24 5/9/08 10 33 55 AM

Le lait pour bébés est l'option préférée pour l'alimentation de remplacement au cours des six premiers mois, mais lorsque ces laits commerciaux sont trop chers ou indisponibles, le lait animal peut être modifié à la maison et utilisé comme alimentation de remplacement. Cela nécessite l'accès à un demi-litre de lait ou de produit laitier animal, à de l'eau propre et à du sucre, ainsi qu'à des instructions correctes sur la manière de modifier le lait, avec la capacité de les appliquer (LINKAGES 2005).17 Le lait et les produits laitiers animaux manquant d'oligo-éléments et d'acides gras essentiels, des compléments en oligo-éléments et l'huile de cuisine (par exemple, l'huile de soja) sont recommandés dans le cadre d'une préparation domestique.

« Lorsque des mères infectées par le VIH décident de ne pas allaiter dès la naissance ou arrêtent ensuite l'allaitement, elles doivent bénéficier de conseils et d'un soutien spécifiques pendant au moins les deux premières années de la vie de l'enfant afin d'assurer une alimentation de remplacement appropriée. »

« Les programmes doivent s'efforcer d'améliorer les conditions qui rendront l'alimentation de remplacement plus sûre pour les mères séropositives. »

VIH et alimentation du nourrisson : Un guide pour les gestionnaires et superviseurs des soins de santé, OMS, 2003.

Les mères/responsables des soins choisissant une alimentation de remplacement exclusive doivent se faire expliquer comment préparer l'alimentation de remplacement conformément aux instructions. Les informations et soutien suivants doivent aussi être fournis (FANTA 2004) :

- Observer la façon dont la mère/responsable des soins prépare l'alimentation de remplacement. Corriger les problèmes et renforcer les compétences et le savoir requis.
- Evaluer et résoudre tout problème que la mère/responsable des soins pourrait avoir avec l'alimentation de remplacement exclusive.
- Conseiller les mères et les familles en matière d'hygiène alimentaire.
- Insister sur les risques de l'alimentation mixte.
- Fournir des informations sur l'introduction appropriée d'une alimentaire complémentaire lorsque le nourrisson atteint l'âge de six mois (voir Section II C.3).
- Encourager la mère/responsable des soins à chercher des soins lorsque l'enfant est malade et à se rendre à des pesées régulières de l'enfant et à des consultations de puériculture.
- Vérifier que la mère/responsable des soins dispose des compléments en oligo-éléments appropriés et que ceux-ci sont régulièrement administrés.

C.3. Alimentation du nourrisson (de 6 à 24 mois) né d'une mère séropositive

Si les pratiques recommandées sont appliquées, les nourrissons exposés au VIH seront exclusivement nourris soit par allaitement, soit par une alimentation de remplacement pendant leurs six premiers mois. Chez tous les enfants exposés au VIH, comme chez ceux qui ne sont pas exposés, une alimentation complémentaire doit être introduite à l'âge de 6 mois, en plus de la poursuite soit de l'allaitement, soit de l'alimentation de remplacement (PAHO ; OMS 2002a ; OMS 2005d).

BON MOMENT POUR ARRÊTER L'ALLAITEMENT

Les nourrissons allaités nés de mères séropositives doivent continuer à être allaités jusqu'à ce que les critères AFASS d'une alimentation de remplacement soient satisfaits, dans le cadre d'un suivi et d'une évaluation appropriés. Dans le cas de mères séronégatives ou de statut inconnu, la poursuite de l'allaitement est recommandée jusqu'à l'âge de 24 mois au moins. Bien que de nombreux pays

17. Pour les directives de préparation et des recettes pour faire du lait pour bébés à la maison, voir LINKAGES 2005 (http://www.linkagesproject.org/media/publications/Technical%20Reports/Infant_Feeding_Options.pdf).

hivaids_booklet_ R_CRA indd 25 5/9/08 10 33 55 AM

suivent une politique encourageant un arrêt brutal de l'allaitement (aussi appelée sevrage abrupt) par les mères séropositives six mois après la naissance, cette pratique n'est plus recommandée, et le meilleur moment pour un arrêt précoce de l'allaitement (c'est-à-dire avant 24 mois) chez la femme séropositive reste à déterminer. Chez la plupart des nourrissons de mères séropositives, il sera situé entre 6 et 24 mois, et dépendra de la vitesse à laquelle aussi bien la mère que l'enfant pourront supporter la transition, en termes de santé physique et émotionnelle. Des éléments probants récents en matière de morbidité et de mortalité suggèrent que le meilleur moment pour arrêter l'allaitement pour beaucoup d'enfants de mères séropositives se situe probablement bien au-delà de l'âge de six mois (OMS 2006c).

NOUVEAUX ÉLÉMENTS PROBANTS EN MATIÈRE DE MORBIDITÉ ET DE MORTALITÉ

- Dans les endroits où une prophylaxie antirétrovirale et un lait pour bébés gratuit étaient disponibles, le risque combiné d'infection par le VIH et de mort avant l'âge de 18 mois était semblable chez les nourrissons recevant une alimentation de remplacement depuis la naissance et ceux allaités pendant 3 à 6 mois (Botswana et Côte d'Ivoire).
- L'arrêt précoce de l'allaitement (avant 6 mois) est associé à un risque accru de morbidité du nourrisson (particulièrement la diarrhée) et de mortalité chez les enfants exposés au VIH, d'après des études achevées (Malawi) et en cours (Kenya, Ouganda et Zambie).
- L'arrêt précoce de l'allaitement, à 4 mois, est associé à une transmission réduite du VIH, mais aussi à une mortalité infantile accrue entre 4 et 24 mois, d'après les données préliminaires issues d'un test aléatoire en Zambie.
- L'allaitement de nourrissons séropositifs au-delà de l'âge de 6 mois est associé à une survie améliorée, par rapport à l'arrêt de l'allaitement, d'après des données préliminaires présentées au Botswana et en Zambie.

ALIMENTAIRE COMPLÉMENTAIRE

Les principes de l'alimentation complémentaire chez les jeunes enfants non allaités sont les mêmes que pour les enfants allaités, lorsque des quantités suffisantes provenant d'une source de lait alternative sont disponibles. Lorsque ce n'est pas le cas, offrir un régime alimentaire adéquat est difficile, si bien que les problèmes de croissance sont fréquents chez le petit enfant non allaité. Les régimes sans sources d'aliments animaux (viande, volaille, poissons ou œufs, plus les produits laitiers) ne peuvent satisfaire tous les besoins en nutriments des nourrissons ou jeunes enfants, sauf si des aliments enrichis et/ou des compléments en nutriments sont utilisés (OMS 2005d).

- QUANTITÉ DE NOURRITURE NÉCESSAIRE : s'assurer que les besoins énergétiques sont satisfaits.
  De 6 à 8 mois : environ 600 kcal par jour ;
  De 9 à 11 mois : environ 700 kcal par jour ;
  De 12 à 23 mois : environ 900 kcal par jour.

- CONSISTANCE DES ALIMENTS : augmenter peu à peu la consistance des aliments et leur variété à mesure que l'enfant grandit, en les adaptant à ses besoins et à ses capacités.
  6 mois : purées, bouillies et aliments semi-solides
  8 mois : des aliments que les enfants peuvent manger seuls, avec les doigts, peuvent être ajoutés
  12 mois : la plupart des enfants peuvent manger la même nourriture que les autres membres de la famille

« Il faut dès maintenant évaluer les meilleurs moyens de satisfaire les besoins nutritionnels des nourrissons et des jeunes enfants qui ne sont plus allaités. »

Déclaration des participants, Consultations de l'OMS sur la Nutrition et le VIH/SIDA en Afrique, Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril 2005.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 26 5/9/08 10 33 55 AM

- FRÉQUENCE DES REPAS ET TENEUR ÉNERGÉTIQUE : les repas doivent idéalement être servis 4 à 5 fois par jour, et des aliments supplémentaires être offerts 1 à 2 fois par jour, si nécessaire.

- TENEUR DES ALIMENTS NUTRIMENTS : diversifier les aliments offerts afin de vous assurer que les besoins en nutriments sont couverts.

- UTILISATION DE COMPLÉMENTS EN VITAMINES ET MINÉRAUX OU D'ALIMENTS ENRICHIS : en cas de besoin, utiliser des aliments enrichis ou des compléments en vitamines et minéraux contenant du fer. Si le régime alimentaire manque de nourriture d'origine animale, les aliments enrichis ou les compléments doivent contenir d'autres oligo-éléments comme le zinc, le calcium et la vitamine B12. Un complément de vitamine A est aussi recommandé pour les enfants entre 6 et 59 mois lorsque la carence en vitamine A est habituelle, ou que la mortalité en-dessous de cinq ans est élevée (> 50/1000).

- BESOINS EN LIQUIDES : les nourrissons non allaités et les jeunes enfants ont besoin d'au moins 400 à 600 ml/jour de liquides supplémentaires en climat tempéré, et de 800 à 1.200 ml/jour en climat chaud. De l'eau saine et propre doit être offerte plusieurs fois par jour.

- PRÉPARATION SAINE ET STOCKAGE DES ALIMENTS : une bonne hygiène et une manipulation correcte des aliments doivent être appliquées. Etre attentif aux habitudes d'hygiène pendant la préparation de la nourriture et les repas est capital dans la prévention des diarrhées.

- ALIMENTATION RESPONSABLE : il faut pratiquer une alimentation responsable, en appliquant les principes des soins psychosociaux. L'alimentation optimale du nourrisson ne dépend pas seulement de la nourriture donnée mais aussi de comment, quand, où et par qui elle est donnée. Il faut accorder un temps suffisant aux repas des petits enfants pour être sûr qu'ils consomment la bonne quantité de nourriture.

- ALIMENTATION PENDANT ET APRÈS UNE MALADIE : un apport supplémentaire de liquides est nécessaire en cas de maladie, et il faut encourager l'enfant à manger une variété d'aliments mous appétissants ou qu'il préfère. Après la maladie, on doit donner davantage de nourriture (y compris par l'allaitement ou l'alimentation de remplacement), plus fréquemment que d'habitude, et encourager l'enfant à manger plus

C.4. Fourniture de suppléments d'alimentation[18]

En raison des besoins énergétiques et en nutriments élevés de la petite enfance et des femmes en période de lactation, ajoutés aux besoins énergétiques accrus liés au VIH, plusieurs catégories de bénéficiaires d'un soutien alimentaire doivent être envisagées.

- De la nourriture doit être fournie aux femmes allaitant qui participent aux programmes de PTME. La ration de nourriture peut être conçue pour satisfaire les besoins accrus en énergie et nutriments suscités par la lactation, ou pour permettre la reconstitution des nutriments après la grossesse, ainsi que pour aider les populations souffrant d'insécurité alimentaire à participer au programme lui-même.

18. Cette section est basée sur FANTA 2004 ; Greenaway et al. 2004 ; PAM 2004.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 27 5/9/08 10 33 55 AM

- En même temps, la nourriture ne doit jamais être utilisée pour influencer le choix d'alimentation des femmes séropositives. Par exemple, si des aliments de remplacement sont fournis pour des nourrissons non allaités, des denrées alimentaires équivalentes doivent être fournies aux femmes allaitant et à leurs familles.
- Les femmes séropositives choisissant de nourrir leur bébé avec du lait pour bébés peuvent se voir fournir ce lait pendant une période donnée, dans les cas où les critères d'hygiène relatifs à la fourniture d'une alimentation de remplacement sont remplis (voir Section II. C.1.).
- Pour les bébés de plus de 6 mois, un colis alimentaire contenant des compléments enrichis peut être fourni pour soutenir une croissance satisfaisante. Des travaux sont en cours afin d'identifier les aliments enrichis satisfaisant le mieux les besoins nutritionnels des bébés non allaités.
- S'assurer que les aliments fournis sont culturellement appropriés, traitent les déficits énergétiques et en nutriments, sont convenablement ciblés et consommés par les bénéficiaires voulus, est capital pour l'assistance aux femmes vivant avec le VIH après leur grossesse et qui allaitent, ainsi qu'à leurs enfants.

C.5. Conseil en matière d'alimentation du nourrisson[19]

Le conseil en matière d'alimentation du nourrisson, qui implique d'établir un rapport avec la cliente et de l'engager dans un dialogue ouvert et honnête, s'est avéré plus efficace que le simple apport de conseils sur l'alimentation du nourrisson.

Des conseils compétents peuvent aussi aider les femmes séropositives à faire des choix d'alimentation du nourrisson plus sains, et à les respecter, et peuvent aussi contribuer à diminuer les problèmes de santé du sein.

Le nombre actuellement limité de personnes formées au conseil en matière d'alimentation du nourrisson, et le niveau de compréhension du sujet de la population générale dans un contexte de TME sont des obstacles qu'il faut surmonter pour prodiguer un conseil efficace aux femmes (OMS 2001). Le conseil doit aussi être attentif à la stigmatisation et à la discrimination attachée au VIH dans la communauté.

« Des éléments probants montrent qu'on peut obtenir une alimentation du nourrisson plus sûre par un soutien adéquat, mais les systèmes de santé et les communautés n'offrent pas ce soutien. »

Déclaration des participants, Consultations de l'OMS sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique, Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril 2005.

Les bénéfices du conseil peuvent être importants. Par exemple, le fait de délivrer des messages cohérents et un conseil fréquent et de haute qualité à des femmes séropositives et séronégatives en Afrique du Sud, Zambie et Zimbabwe a permis d'obtenir de leur part une plus grande adhésion et un allongement de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois.

Les trois objectifs du conseil en matière d'alimentation du nourrisson sont (OMS et al. 2005) :

- Fournir aux femmes des informations sur les risques et les avantages des différentes méthodes d'alimentation ;
- Guider les femmes dans le choix de la méthode la plus appropriée dans leur situation ; et
- Apporter un soutien aux femmes par rapport à la méthode choisie, en les aidant à la mettre en œuvre de façon efficace et sans danger.

19. Infant and Young Child Feeding Counselling: An Integrated Course (OMS/UNICEF, en préparation) fournira des informations complémentaires et comprendra des informations sur l'allaitement, la supplémentation alimentaire et le soutien à la lutte contre le VIH, dans une mallette pédagogique.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 28 5/9/08 10 33 55 AM

Ci-dessous, quelques recommandations pour la mise en œuvre d'un conseil et appui en matière d'alimentation du nourrisson (OMS 2001) :

- Les mères séropositives doivent bénéficier d'un conseil incluant des informations sur les risques et avantages des différentes possibilités d'alimentation saine du nourrisson, et d'avis, excluant toute coercition ou distorsion, pendant la détermination et l'application du choix le plus adapté pour elles et leurs bébés. Cela constitue le fondement d'un choix informé.
- Quelle que soit l'option choisie par une femme parmi celles qui sont jugées saines et efficaces, cette femme doit être soutenue pour pouvoir suivre et appliquer exclusivement cette option. Toutes les femmes doivent bénéficier d'un conseil et soutien régulier et périodique pendant au moins les 18 premiers mois et, idéalement, pendant 24 mois après leur accouchement.
- Des évaluations locales doivent être réalisées dans le but d'identifier la gamme des options d'alimentation du nourrisson satisfaisant les critères AFASS à l'intérieur des zones du programme.
- Il est essentiel d'accroître le nombre de personnes capables de fournir un conseil en matière d'alimentation du nourrisson à des femmes séropositives ; il faut former ces personnes, les répartir sur le terrain et les superviser. Un soutien suivi est nécessaire pour que leur formation soit mise à jour lorsque les informations et les recommandations changent.

Les mères séropositives doivent bénéficier des conseils sur les options d'alimentation du nourrisson dans les moments suivants (OMS et al. 2003a; OMS et al. 2005) :

- Après un test VIH positif, mais avant l'accouchement, dans le but d'assister la mère dans la détermination de la meilleure méthode d'alimentation pour son bébé.
- Peu après la naissance, pour apprendre à la mère comment mettre en œuvre la méthode d'alimentation sélectionnée pour le bébé.
- Au cours de la première semaine après l'accouchement, pour évaluer la réussite de la mère dans la mise en œuvre de son choix d'alimentation du bébé, et pour l'assister si nécessaire.
- Au moins une fois par mois pendant les 18 à 24 premiers mois, et plus fréquemment à des moments spécifiques, comme indiqué ci-dessous. Ces visites de soutien périodiques peuvent être associées, lorsque c'est possible, avec les visites post-accouchement de routine, les consultations de puériculture, les visites enfants malades, les visites d'immunisation, les consultations dans le cadre du traitement du VIH, ou toute autre visite de routine localement faisable et touchant la paire « bébé-mère » après l'accouchement. Le point important est d'établir et maintenir un conseil et un soutien réguliers et périodiques en matière d'alimentation du nourrisson pendant toute la période cruciale des deux premières années de la vie.
- Après le diagnostic VIH du nourrisson, et à l'âge de 6 mois lorsque la fourniture des suppléments d'alimentation doit commencer.
- Lorsqu'une mère a l'intention ou prévoit un changement dans ses pratiques d'alimentation actuelles. A ce moment, le conseil et le soutien peuvent soit l'aider à décider de maintenir ses pratiques actuelles si elles sont appropriées et sans danger, soit l'aider à réaliser les changements adéquats, si nécessaire.
- Des sessions supplémentaires peuvent être nécessaires aux périodes à haut risque (par exemple, si des problèmes de sein surviennent).

hivaids_booklet_ R_CRA indd 29 5/9/08 10 33 55 AM

D. SOUTIEN NUTRITIONNEL AUX NOURRISSONS ET JEUNES ENFANTS SÉROPOSITIFS (0 À 24 MOIS)

BUT : améliorer les résultats cliniques et nutritionnels chez les nourrissons et les jeunes enfants grâce à l'évaluation, le conseil et le soutien nutritionnels.

Le test des anticorps du VIH n'est pas fiable chez les enfants âgés de moins de 15 à 18 mois, car de nombreux bébés non infectés nés de mères séropositives sont testés positifs à cause des anticorps maternels passivement transférés dans leur corps, qui réagissent au test. De nombreux pays sont en train d'introduire des tests RCP capables de détecter l'infection de manière fiable dès l'âge de 6 semaines, mais ces tests sont relativement chers, technologiquement plus exigeants, et ne seront pas disponibles en quantité dans les zones à faibles ressources avant un certain temps (FANTA 2004). En pratique, la plupart des enfants de moins de 18 mois sont diagnostiqués au moyen d'algorithmes cliniques pour le VIH présumé ou grave (par exemple, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, incluant les problèmes de croissance). 80 % à 85 % des nourrissons exposés au VIH sont testés négatifs à 6 semaines. Le taux monte jusqu'à plus de 90 % de bébés non infectés en cas de combinaison d'une prophylaxie antirétrovirale mère-enfant et d'un traitement pour les femmes éligibles à un traitement antirétroviral hautement actif (OMS et al. 2003b; OMS 2006b).

D.1. Besoins nutritionnels et soins des enfants séropositifs

Quand un enfant est diagnostiqué séropositif, des changements alimentaires doivent être apportés pour refléter les recommandations suivantes. Chez les nourrissons et jeunes enfants diagnostiqués séropositifs, la poursuite de l'allaitement et de la supplémentation est conseillée, d'après les recommandations destinées à la population générale (FANTA 2004; OMS 2005c; OMS 2005e). Le tableau 2 dresse la liste des besoins énergétiques et en protéines des enfants séropositifs.

TABLEAU 2. *Besoins énergétiques des enfants séropositifs*

BESOINS ÉNERGÉTIQUES	Chez l'enfant asymptomatique, les besoins énergétiques sont supérieurs de 10 % à ceux d'un enfant en bonne santé du même âge (FANTA 2004 ; OMS 2003a). Si l'enfant est symptomatique, mais ne perd pas de poids, ses besoins énergétiques sont de 20 % à 30 % supérieurs à ceux d'un enfant en bonne santé du même âge (FANTA 2004). Si l'enfant est symptomatique et perd du poids, ses besoins énergétiques sont de 50 % à 100 % supérieurs à ceux d'un enfant en bonne santé du même âge (FANTA 5004; OMS 2003a).
BESOINS EN PROTÉINES ET OLIGO-ÉLÉMENTS	Les besoins en protéines et oligo-éléments sont les mêmes pour les enfants séropositifs et ceux en bonne santé (FANTA 2004). Les enfants séropositifs âgés de 6 à 59 mois vivant dans un contexte où les ressources sont limitées doivent recevoir des compléments de vitamine A (100.000 unités pour les bébés de 6 à 12 mois et 200.000 unités pour les enfants de plus de 12 mois) tous les 4 à 6 mois (OMS 2003a; OMS et al. 1997). Cette recommandation est la même que celle de l'OMS pour la prévention de la carence en vitamine A chez les enfants. Les enfants présentant des carences préexistantes en oligo-éléments ou un apport insuffisant en protéines peuvent avoir besoin d'une supplémentation en oligo-éléments ou d'un apport accru de protéines. Comme tous les ménages, les familles avec enfants séropositifs doivent utiliser du sel iodé (FANTA 2004).

hivaids_booklet_ R_CRA indd 30 5/9/08 10 33 55 AM

D.2. Evaluation nutritionnelle, suivi de la croissance et conseil pour l'enfant séropositif[20]

- L'enfant séropositif doit être pesé et mesuré régulièrement, et sa croissance suivie dans le but de détecter au plus tôt les problèmes de croissance.
- Tout problème d'alimentation ou signes de malnutrition doit être détecté.
- L'historique alimentaire et un inventaire des pratiques alimentaires doivent être maintenus, et une évaluation de la sécurité alimentaire de la famille doit être faite.
- Le conseil et l'éducation à l'alimentation doivent être basés sur la consommation d'une nourriture financièrement abordable et localement disponible en quantité et qualité suffisantes. Ils doivent aussi mettre l'accent sur l'accroissement des besoins énergétiques et en nutriments nécessaire au soutien de la croissance et à la reprise du poids perdu après une maladie.
- Si des problèmes sont détectés, la mère/responsable des soins et le conseiller doivent mettre au point un plan d'action. Une orientation vers des spécialistes et des visites de suivi doivent être prévues.
- Les enfants séropositifs identifiés comme souffrant de malnutrition doivent être orientés vers un traitement adéquat (voir Section II. D.5).
- Les ménages avec enfants séropositifs et en situation d'insécurité alimentaire doivent être orientés vers une assistance alimentaire et un soutien socioéconomique.

L'OMS (2007) fournit des conseils supplémentaires à propos des soins nutritionnels à apporter aux enfants séropositifs âgés de 6 mois à 14 ans dans les établissements de santé primaires et les sites de traitement :

- **EVALUER, CLASSER ET ÉLABORER UN PLAN**

  Evaluer et classer la croissance de l'enfant, et élaborer un plan de soins nutritionnels.
  Une évaluation régulière et minutieuse de la croissance de l'enfant permet d'identifier au plus tôt les complications et offre l'opportunité d'intervenir.

  Evaluer les besoins nutritionnels de l'enfant.
  Les besoins nutritionnels des enfants séropositifs dépendent du stade de la maladie et de l'historique des complications récentes, comme une diarrhée ou des infections opportunistes.

  Élaborer un plan de soins nutritionnels.
  Les besoins nutritionnels sont le mieux satisfaits par une alimentation équilibrée et variée. Si les aliments ne sont pas disponibles, ou que la demande est élevée, un soutien supplémentaire peut être nécessaire.

- **METTRE EN ŒUVRE LE PLAN DE SOINS NUTRITIONNELS.**

  Que mange et boit l'enfant ?
  L'élaboration d'un plan de soins nutritionnels débute par l'identification de ce que l'enfant mange et boit actuellement. Le type de nourriture donnée et la façon dont elle est préparée peuvent être aussi importants que la quantité et la fréquence de la nourriture absorbée.

20. Cette section est basée sur Ouganda 2003 ; Zambie 2004.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 31 5/9/08 10 33 55 AM

Qui donne la nourriture à l'enfant et comment mange-t-il ?
Les enfants doivent être nourris avec soin et patience. Avant d'apporter des informations et des suggestions, identifier d'abord qui est le principal responsable des soins de l'enfant, et quelles sont les autres personnes impliquées dans son alimentation et ses soins. Cette recherche aide à évaluer la qualité et la cohérence des pratiques de soins.

Y a-t-il de la nourriture et des revenus à la maison ?
Tous les enfants ont besoin d'une nourriture régulière, suffisante et adaptée pour pouvoir grandir, se développer et préserver un fonctionnement optimal de leur corps. La nutrition est déterminée non seulement par la nourriture elle-même, mais aussi par tout le processus d'accès à la nourriture, y compris sa quantité, sa qualité et la façon dont elle est donnée à l'enfant, ainsi que par la façon dont le corps l'utilise.

Discuter des exercices physiques et éviter les facteurs de risque de malnutrition.
L'activité physique et le jeu aident les enfants à développer et à entretenir leurs muscles et à améliorer leur sensation de bien-être.

Décider si l'enfant doit être orienté vers un spécialiste, et quand il doit être examiné.
Les enfants séropositifs doivent être orientés vers d'autres établissements de soin/de santé lorsque des besoins spécifiques sont identifiés, que des travailleurs sanitaires possédant d'autres compétences sont nécessaires, ou que d'autres ressources peuvent aider.

■ **ENFANTS REQUÉRANT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE**

L'enfant séropositif manquant d'appétit, présentant des plaies à la bouche, ou atteint de diarrhée peut souvent être pris en charge à la maison, si une assistance correcte est offerte de façon précoce. Les enfants séropositifs recevant une ART ont besoin d'une nutrition adaptée et suffisante pour tirer pleinement profit de cette thérapie.

D.3. Gestion alimentaire des symptômes liés au SIDA, médications et interactions nourriture-médicaments chez les enfants

Voir la Section II. A. 3 et l'annexe II pour des informations sur la gestion des symptômes liés au VIH et au SIDA, car celle-ci est la même pour les enfants que pour les adultes. Une attention particulière doit être accordée, comme ailleurs, à la prévention de la stigmatisation de l'enfant.

D.4. Fourniture de suppléments d'alimentation[21]

Compte tenu des besoins énergétiques élevés des nourrissons et jeunes enfants séropositifs, ajoutés aux besoins énergétiques et en nutriments liés à leur croissance, l'octroi ciblé d'un supplément d'alimentation doit être envisagé. En outre, les ménages avec des enfants séropositifs, identifiés en situation d'insécurité alimentaire peuvent bénéficier d'une ration familiale. La durée de l'assistance alimentaire aux familles et aux personnes pouvant être une préoccupation, lier les suppléments d'alimentation à l'éducation à la nutrition et aux programmes de subsistance peut être une stratégie importante.

21. Cette section est basée sur Greenaway et al. 2004 et PAM 2004.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 32 5/9/08 10 33 55 AM

- Il est aussi conseillé de cibler les enfants séropositifs souffrant de malnutrition modérée dans le cadre d'une assistance alimentaire mise en œuvre conformément aux protocoles nationaux. Il est important de s'assurer que les aliments fournis sont culturellement appropriés, traitent les déficits énergétiques et en nutriments et sont bien ciblés.

D.5. Traitement des enfants séropositifs souffrant de malnutrition grave

Étant donné l'accroissement de leurs besoins énergétiques, les infections opportunistes et les autres maladies et symptômes qui leur rendent l'absorption de la nourriture plus difficile, les enfants séropositifs présentent des risques plus élevés de malnutrition que les enfants non infectés. La malnutrition grave chez les enfants séropositifs peut être traitée avec succès par une alimentation thérapeutique à l'hôpital ou à la maison ; mais leur temps de récupération est plus long que celui des enfants non infectés (Piwoz 2004a; OMS 2005e). Le traitement initial des enfants séropositifs souffrant de malnutrition grave est le même que celui des enfants non infectés par le VIH (OMS 2005e).

- Les enfants séropositifs souffrant de malnutrition grave, définie par un rapport poids-taille inférieur à 70 % de la médiane NCHS (ou –3 SD), la présence d'œdèmes aux deux pieds ou des signes cliniques de malnutrition, doivent être immédiatement orientés vers une récupération nutritionnelle (OMS 1999).
- En l'absence d'orientations internationales en matière de traitement de la malnutrition grave chez les enfants séropositifs, les enfants séropositifs souffrant de malnutrition doivent être gérés en accord avec les protocoles gouvernementaux ou les principes directeurs de l'OMS en matière de traitement de la malnutrition grave (OMS 2003a).

D.6. Interventions de santé pour les enfants séropositifs[22]

- Toutes les infections doivent être traitées rapidement. Les mères doivent être encouragées à rechercher des soins médicaux dès que leur enfant séropositif tombe malade. Après un épisode de maladie, un repas supplémentaire quotidien est conseillé pour aider à rattraper la croissance (OMS 2005c).
- Les enfants séropositifs doivent bénéficier de services de puériculture, selon les protocoles gouvernementaux.
- Les enfants présumés infectés par le VIH, selon les algorithmes cliniques ou les directives, doivent être orientés vers une autre évaluation, un traitement et des soins ARV, si ceux-ci sont disponibles.
- Les enfants porteurs du VIH ou présumés infectés par le VIH mais non symptomatiques doivent recevoir tous les vaccins appropriés, selon les protocoles nationaux (OMS 2005e).
- À partir de l'âge de 12 mois, une vermifugation préventive doit être réalisée (OMS 2005c).
- Les ménages avec enfants séropositifs doivent avoir un système d'eau saine ou utiliser de l'eau bouillie.
- Une éducation sanitaire et à l'hygiène, traitant en particulier des liens entre bonne hygiène et prévention des infections, doit être offerte et renforcée.

22. Pour des informations supplémentaires sur le jeune enfant dans une perspective opérationnelle, voir « Operational Guidelines for Supporting Early Child Development (ECD) in Multi-Sectoral HIV/AIDS Programs in Africa », un document conjoint de la Banque mondiale, de l'UNICEF et d'ONUSIDA. Voir http://siteresources.worldbank.org/INTECD/Resources/OperGuideBookFinalEnglish.pdf

hivaids_booklet_ R_CRA indd 33 5/9/08 10 33 55 AM

E. SOUTIEN NUTRITIONNEL AUX PV-VIH SUIVANT UNE ART

BUT : améliorer les résultats cliniques et nutritionnels à travers une augmentation de l'effet de l'ART par une évaluation, des conseils et un soutien nutritionnels.

E.1. Traitement ARV et nutrition[23]

Chez la plupart des patients fidèles au traitement, les ARV inhibent la réplication virale, ralentissent la progression de la maladie et améliorent l'état nutritionnel. Les personnes entamant un traitement ARV peuvent ressentir un plus grand appétit, et ont donc besoin de conseils diététiques sur la manière de satisfaire leurs besoins de nutriments avec la nourriture disponible. Pour les personnes en situation d'insécurité alimentaire, un soutien alimentaire peut être nécessaire pour agir sur la base des recommandations du conseil diététique.

Tout en sauvant des vies, les ARV peuvent provoquer des effets secondaires indésirables. Ils peuvent interagir négativement avec la nourriture, affectant les résultats nutritionnels et thérapeutiques. De plus, les ARV peuvent provoquer une lipodystrophie, ou redistribution des graisses, et les changements métaboliques ou l'anémie qui y sont associés peuvent apparaître. Des risques à long terme élevés de diabète, de maladie cardiovasculaire et d'ostéoporose sont également associés parfois au VIH et aux ARV, et réclament une gestion nutritionnelle.

E.2. Interactions entre ART, nourriture et nutrition[24]

Gérer les interactions entre ART, nourriture et nutrition est capital si l'on veut améliorer l'efficacité des ARV tout en minimisant leur impact nutritionnel négatif et en augmentant l'adhésion au régime médicamenteux. L'évaluation, le conseil et le soutien nutritionnels, tels que décrits dans les sections II. E. 3 et II. E. 4, peuvent aider à identifier et atténuer les effets négatifs des interactions entre ART, nourriture et nutrition, comme résumé ci-dessous.

- Certains médicaments ARV doivent être pris avec de la nourriture, d'autres à jeun, et d'autres encore avec ou sans nourriture spécifique.
- Certains médicaments ARV affectent l'absorption des nutriments, le métabolisme, la distribution et l'excrétion.
- Ces médicaments peuvent aussi provoquer des effets secondaires, comme des nausées, des changements de goût et une perte d'appétit, qui peuvent réduire la consommation de nourriture. D'autres effets secondaires comme la diarrhée et les vomissements, peuvent augmenter les pertes de nutriments. Des changements alimentaires peuvent aider les PV-VIH à gérer ces effets secondaires et à réduire leur impact sur l'état nutritionnel.
- Certains ARV peuvent provoquer des réactions défavorables lorsqu'ils sont associés à certains aliments. Des précautions doivent être prises pour aider les patients suivant une ART à éviter tous les aliments contre-indiqués.

« Les résultats obtenus par les ARV en termes de vies sauvées sont clairement reconnus. Pour les atteindre au mieux, un régime alimentaire approprié est essentiel. »

Déclaration des participants, Consultations de l'OMS sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique, Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril 2005.

23. Cette section est basée sur FANTA 2004.
24. Cette section est basée sur FANTA 2004.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 34 5/9/08 10 33 56 AM

- Aux différents médicaments correspondent différentes interactions alimentaires ; par conséquent, lorsque des PV-VIH prennent plus d'un médicament à la fois (plus d'un ARV et/ou autres médicaments pour traiter des infections ou une maladie), les interactions et exigences de chaque médicament doivent être considérées, de même que les interactions médicament-médicament. En outre, toute thérapie traditionnelle également utilisée doit être prise en compte. Les horaires des repas et de la prise des médicaments peuvent être planifiés pour satisfaire les exigences spécifiques.

E.3. Evaluation nutritionnelle

Un contrôle et une évaluation nutritionnels périodiques, tels que décrits dans la section II. A. 2, sont recommandés pour les patients engagés dans une ART. En plus de ce qu'indique la section II. A. 2, l'hémoglobine, les triglycérides, le cholestérol et la glycémie doivent être périodiquement évalués (Ouganda 2003).

E.4. Conseil alimentaire, nutritionnel et sur l'éducation à la santé

La gestion des symptômes liés au SIDA est encore plus compliquée chez les patients suivant une ART ; le conseil est donc une composante à part entière du traitement, des soins et des programmes de soutien des PV-VIH. En s'appuyant sur les sections II. A. 7 et II. A. 8, le conseil et le soutien nutritionnel des PV-VIH sous ART doivent aussi être attentifs à (FANTA 2004) :

« L'évaluation alimentaire et nutritionnelle est un élément essentiel de soins VIH complets, avant et pendant le traitement aux ARV. »

Déclaration des participants, Consultations de l'OMS sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique, Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril 2005.

« Les autorités nationales de la santé doivent préparer l'accès aux ART en formant le personnel concerné au conseil et à la gestion des aspects nutritionnels à long terme des ART. »

Besoins en nutriments des personnes vivants avec le VIH/SIDA: Rapport d'une consultation technique. OMS, Genève, Suisse, 13-15 mai 2003.

- Fournir des informations récentes sur les effets des médicaments sur l'absorption de nutriments et le métabolisme.
- Déterminer l'ordre approprié pour la prise de nourriture et des médicaments
- Définir une gestion alimentaire qui minimise les effets négatifs des médicaments (voir A II, III et IV).
- Fournir des informations et des conseils sur les aliments et les pratiques alimentaires appropriées en cas d'augmentation de l'appétit.
- Mettre en évidence l'importance du respect des horaires des repas et des prises de médicaments, et procéder à des évaluations et ajustements pour aborder toutes les difficultés.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 35 5/9/08 10 33 56 AM

Le tableau 3 présente un résumé des interventions de nutrition de la Section II, et indique les populations cibles concernées et les résultats attendus.

TABLEAU 3. *Résumé : populations cibles, interventions de nutrition et résultats attendus*

POPULATION CIBLE	INTERVENTION DE NUTRITION	RÉSULTATS ATTENDUS
Adultes vivant avec le VIH (PV-VIH)	Evaluation nutritionnelle	• Identification et correction des mauvais comportements alimentaires et améliorations diététiques • Fourniture des éléments de base pour un conseil approprié, et décisions sur le besoin d'interventions
	Conseil et soutien nutritionnels	• Gestion des symptômes liés au SIDA et amélioration du régime alimentaire • Renforcement des protocoles de traitement
	Fourniture de suppléments d'alimentation, incluant une alimentation thérapeutique	• Compensation des déficits alimentaires résultant de l'insécurité alimentaire • Stabilisation des patients avant et pendant l'ART
	Conseil sur le style de vie, incluant un soutien psychologique	• Prévention des infections et de la transmission du virus • Amélioration de la qualité de vie, notamment réduction de la dépression, de la stigmatisation et du stress
Femmes séropositives enceintes et allaitantes	Evaluation nutritionnelle	• Identification des facteurs de risque relatifs au développement de futures complications nutritionnelles
	Soutien nutritionnel, incluant des compléments en fer, en acide folique, et en vitamine A, ainsi que du sel iodé	• Préservation de l'état nutritionnel maternel et amélioration de l'issue de la grossesse
	Fourniture de suppléments d'alimentation	• Amélioration de l'état nutritionnel maternel et de la prise de poids durant la grossesse • Amélioration de l'issue de la grossesse et du poids à la naissance • Réduction de la progression de la maladie et prévention de la transmission du VIH • Hausse de l'adhésion aux services, notamment aux services de PTME
	Conseil en nutrition	• Gestion des symptômes liés au SIDA et amélioration du régime alimentaire des femmes séropositives enceintes et allaitantes
	Soins prénataux et éducation à la santé	• Amélioration de la santé et de l'état nutritionnel maternels et de l'issue de la grossesse • Amélioration de l'acceptation des traitements (par exemple, du paludisme, de la tuberculose et de l'ankylostome) • Augmentation des soins qualifiés à l'accouchement et du planning familial après l'accouchement

hivaids_booklet_ R_CRA indd 36 5/9/08 10 33 56 AM

POPULATION CIBLE	INTERVENTION DE NUTRITION	RÉSULTATS ATTENDUS
Nourrissons et jeunes enfants (0 à 24 mois) nés d'une mère séropositive	Conseil alimentaire des femmes séropositives enceintes (au minimum mensuel et pendant 18 à 24 mois)	• Prise de décision appropriées et sans danger en matière d'alimentation du nourrisson (à propos de l'allaitement exclusif, l'alimentation de remplacement, la supplémentation, etc.) • Amélioration de l'adhésion à l'allaitement exclusif et à une durée plus longue, et réduction du risque de TME
	Fourniture de suppléments d'alimentation aux femmes allaitantes et après l'accouchement	• Amélioration de l'adhésion aux programmes de PTME. • Amélioration et reconstitution de la consommation énergétique et de nutriments chez les mères et les nourrissons
	Si approprié, fourniture de lait pour bébés AFASS et de colis alimentaires contenant des aliments complémentaires enrichis	• Croissance satisfaisante du nourrisson • Réduction du risque de TME
Nourrissons et jeunes enfants (0 à 24 mois) séropositifs	Evaluation nutritionnelle et plan de soins nutritionnels	• Evaluation et classement de la croissance de l'enfant et de ses besoins nutritionnels • Élaboration et mise en œuvre d'un plan de soins nutritionnels • Hausse de l'efficacité de l'ART
	Fourniture de suppléments d'alimentation AFASS apportant des compléments alimentaires aux nourrissons de plus de six mois	• Amélioration de l'apport énergétique et de nutriments • Amélioration des résultats cliniques et nutritionnels
	Interventions en santé	• Gestion et traitement des infections • Gestion de la malnutrition grave • Augmentation de l'acceptation des ARV
PV-VIH suivant une ART (à ajouter aux recommandations générales relatives aux PV-VIH)	Traitement aux ARV	• Inhibition de la réplication virale et ralentissement de la progression de la maladie • Amélioration de l'état nutritionnel
	Evaluation nutritionnelle (notamment hémoglobine, triglycérides, cholestérol et glycémie)	• Identification et atténuation des effets négatifs de l'ART et des interactions avec la nourriture/nutrition
	Conseil alimentaire, nutritionnel et sur l'éducation à la santé	• Atténuation des effets négatifs de l'ART et des interactions avec la nourriture/nutrition • Augmentation du respect du régime de l'ART prescrit
	Fourniture de suppléments d'alimentation, incluant une alimentation thérapeutique	• Stabilisation des patients avant et pendant l'ART et efficacité accrue du régime de l'ART

25. AFASS signifie « acceptable, faisable, abordable financièrement, soutenable et sûr). Voir Annexe VII pour une définition complète.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 37 5/9/08 10 33 56 AM

III. ASSISTANCE ALIMENTAIRE EN TANT QUE SOUTIEN AU TRAITEMENT DU VIH ET SIDA

Plusieurs études ont montré que la malnutrition est un problème courant chez les personnes entreprenant un traitement en milieu défavorisé, et que la cachexie est l'un des plus importants prédicteurs de risque de mortalité (Paton et al. 2006 ; Zachariah et al. 2006). Même si la cachexie chez les PV-VIH n'est pas uniquement causée par le manque de nourriture, les études qualitatives et quantitatives des besoins des personnes traitées en milieu défavorisé considèrent souvent la nourriture comme l'un de leurs plus grands besoins (Au et al. 2006 ; Mshana et al. 2006). Le défi consiste à trouver des moyens d'intégrer la nourriture dans des dispositifs de soutien au traitement, d'une façon équitable, raisonnable et réaliste eu égard aux contraintes de capacité.

L'assistance alimentaire peut avoir de multiples objectifs de soutien au traitement des PV-VIH. Elle peut aider les ménages en situation d'insécurité alimentaire à participer aux programmes de traitement, augmenter l'adhésion au traitement et prévenir ou traiter la malnutrition (Grant 2006 ; Greenaway et al. 2004 ; PAM 2004).

Bien que plusieurs études soient actuellement en cours, il en existe peu sur l'impact en Afrique subsaharienne de l'assistance alimentaire sur l'issue du traitement chez les PV-VIH (Egge and Strasser 2005). Il existe par conséquent peu de directives internationales en matière d'assistance alimentaire et VIH/SIDA en général, et sur les liens entre assistance alimentaire et soutien au traitement en particulier. Les recommandations qui suivent sont extraites des quelques documents disponibles et des bonnes pratiques connues en matière d'assistance alimentaire ciblée.

Le tableau 4 offre une vue d'ensemble des divers objectifs et types d'interventions en matière d'assistance alimentaire. On notera que d'utiles distinctions peuvent être faites par types d'assistance, selon les objectifs des programmes. L'alimentation thérapeutique et complémentaire est fondée sur une évaluation anthropométrique, par exemple, alors que la supplémentation (fourniture de compléments riches en nutriments) ne l'est pas. L'alimentation thérapeutique est la fourniture d'aliments spécialisés visant à traiter la malnutrition aiguë grave dans des services communautaires de consultation externe, ou dans des établissements de santé avec service d'hospitalisation, ou dans des hôpitaux. L'alimentation complémentaire vise à prévenir ou atténuer les carences nutritionnelles spécifiques et la dénutrition, notamment la malnutrition légère à aiguë modérée. La supplémentation offre quant à elle un complément alimentaire sur la base de la reconnaissance d'une augmentation des besoins en nutriments et d'une vulnérabilité nutritionnelle, mais pas nécessairement d'une évaluation anthropométrique spécifique. Elle devra, par exemple, être fournie à tous les participants d'un programme de PTME ou à tous les membres d'un groupe vulnérable spécifique, comme les mères en PTME/ANC, nourrissons et jeunes enfants, ou orphelins.

Les bénéficiaires ciblés et le contenu de l'assistance alimentaire doivent être basés sur les objectifs du programme et sur une compréhension de la qualité du régime alimentaire du client, ainsi que de ses habitudes alimentaires et de ses modèles de consommation. En général, les aliments doivent être enrichis en oligo-éléments ou plus riches en nutriments, par exemple. Il est particulièrement important de connaître l'acceptabilité des aliments potentiels, en particulier en raison des difficultés à manger et digérer associées au VIH. La conception du programme doit aussi prendre en compte la taille et la composition des rations.

26. Incorporating nutrition and food assistance into HIV care and treatment programmes (PAM/OMS/Albion Street Center, imminent) s'ajoutera à cette documentation..
27. Le PEPFAR et l'USAID, par exemple, appliquent ces distinctions pour savoir comment programmer le soutien alimentaire dans le contexte du VIH. Pour d'autres informations, voir : http://www.usaid.gov/our_work/humanitarian_assistance/ffp/FFP_pepfar_conceptual.pdf

hivaids_booklet_ R_CRA indd 38 5/9/08 10 33 56 AM

Comme dans tout programme d'assistance alimentaire en général, si la nourriture fournie vise à permettre aux personnes de participer au programme, les concepteurs de programme doivent prendre en considération la valeur monétaire de la ration alimentaire pour les bénéficiaires ciblés, en plus de son contenu nutritionnel.

Une intégration étroite de l'assistance alimentaire dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA peut être particulièrement importante lorsque son objectif est de soutenir les résultats du traitement. Associée aux soins de santé et à d'autres services, la fourniture de nourriture peut améliorer le ciblage, aider à diffuser l'information et avoir des effets thérapeutiques sur la santé et la nutrition. Lier la participation aux programmes d'assistance alimentaire avec l'éducation à la nutrition et la formation de compétences peut favoriser l'autonomie (Kayira et al. 2004). L'annexe VIII fournit des exemples de programmes intégrant l'assistance alimentaire avec les programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

En ce qui concerne le traitement et la prévention de la malnutrition, le programme doit chercher à savoir si la ration sera reçue et utilisée par le bénéficiaire ciblé. Le programme doit donc comporter des critères spécifiques d'éligibilité des bénéficiaires (comme le niveau d'insécurité alimentaire du ménage) et refléter clairement une compréhension de la dynamiques à l'œuvre à au sein du ménage. Des évaluations sont souvent faites avant le lancement d'un programme pour aider à prendre des décisions au sujet de la taille des rations et déterminer si une ration familiale est nécessaire pour résoudre les problèmes du partage ou de la vulnérabilité du ménage. Greenaway et al. (2004) relèvent que la soutenabilité du programme peut dépendre de la mise au point de critères spécifiques permettant la graduation des bénéficiaires et d'une stratégie de sortie du programme.

TABLEAU 4. *Interventions alimentaires et traitement du VIH et du SIDA*

OBJECTIF	INTERVENTION ALIMENTAIRE
Permettre	
• l'adhésion/efficacité des ART • la participation au programme	• Supplémentation individuelle, souvent avec un soutien alimentaire du ménage
Prévention de la malnutrition chez	
• Les mères allaitant exclusivement (avant 6 mois) ou allaitant (6-24 mois) • Les nourrissons non allaités • Les nourrissons et les enfants de plus de 6 mois • Les hommes et les femmes non enceintes • Les femmes enceintes	• Aliments pour les mères allaitant exclusivement • Alimentation de remplacement pour les nourrissons non allaités, ou l'équivalent en nourriture pour les mères séropositives qui continuent à allaiter jusqu'à ce que les critères AFASS pour arrêter soient réunis • Suppléments d'alimentation pour les nourrissons de plus de 6 mois • Supplémentation des enfants et adultes
Prévention de la malnutrition chez	
• Les nourrissons, les enfants, les adultes	• Supplementary feeding for the treatment of mild-to-moderate acute malnutrition in infants, children, or adults • Therapeutic feeding for the treatment of severe acute malnutrition in infants, children, or adults

Source: réalisé à partir de Grant (2006).

hivaids_booklet_ R_CRA indd 39 5/9/08 10 33 56 AM

IV. NOURRITURE, SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET VIH/SIDA

L'insécurité alimentaire est à la fois un résultat et un facteur de la pandémie de VIH/SIDA. Les familles dont l'un des membres vit avec le VIH sont plus susceptibles d'être pauvres et en situation d'insécurité alimentaire. L'infection par le VIH limite la productivité, ce qui conduit à une perte de revenus, tout en augmentant le coût des soins de santé. Par ailleurs, les personnes en situation d'insécurité alimentaire ont une probabilité plus élevée de s'engager dans la prostitution ou d'être plus mobiles, des activités qui sont associées à un risque plus élevé de contamination par le VIH. Augmenter la sécurité alimentaire dans les communautés pauvres et parmi les ménages en situation d'insécurité alimentaire peut aider à diminuer les comportements à risques et à prévenir l'infection.

Les PV-VIH considèrent souvent la nourriture comme leur plus haute priorité, et le VIH affecte les trois composantes de la sécurité alimentaire : la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation. Par exemple, des revenus amoindris ou des baisses dans la production de nourriture d'une famille ou d'un individu affecte l'accessibilité et la capacité des PV-VIH à suivre les recommandations alimentaires. Comme indiqué précédemment, le VIH peut aussi affecter la capacité d'un individu à manger et l'utilisation biologique de la nourriture consommée.

Des stratégies efficaces d'augmentation de la sécurité alimentaire et d'amélioration des moyens de subsistance peuvent donc représenter une part importante de la prévention, de l'atténuation et du traitement de la maladie. En plus d'interventions spécifiques ou d'actions plus larges d'amélioration des moyens de subsistance, les filets de protection sociale ou les programmes d'assistance sociale peuvent aborder la question des besoins des PV-VIH et d'autres personnes affectées par le VIH/SIDA, comme les orphelins et enfants vulnérables.

A. SOUTIEN BASÉ SUR LA NOURRITURE

Le soutien aux ménages et communautés affectés par le VIH constitue un point d'entrée pour la programmation communautaire de la sécurité alimentaire des ménages. Pour utiliser efficacement la nourriture afin d'améliorer la sécurité alimentaire ou en tant que composante des soins et du soutien aux PV-VIH, les programmes de prévention et de traitement devront prendre en compte le contexte local, notamment les dimensions culturelles et anthropologiques de l'environnement du programme. Une stratégie appropriée inclura probablement la connaissance des types de nourriture disponibles, le plus souvent locale, ainsi que des pratiques et des croyances alimentaires locales.

La plupart des directives aujourd'hui disponibles s'appuient sur une approche communautaire traditionnelle de la sécurité alimentaire (par exemple, une aide alimentaire aux communautés rurales en situation d'insécurité alimentaire). Pourtant, le contexte est important, et les programmes ciblent de plus en plus les ménages individuels, souvent en zones urbaines ou périurbaines, sur la base d'évaluations de la sécurité alimentaire relatives à des PV-VIH engagées dans des programmes de soins et de traitement. Le FANTA et le PAM (2007) traitent ces complexes questions de ciblage plus en profondeur.

Dans les situations où une approche communautaire du soutien alimentaire est appropriée, FANTA (2004) recommande un processus en quatre étapes :

hivaids_booklet_ R_CRA indd 40 5/9/08 10 33 56 AM

- Faciliter une évaluation, conduite par la communauté, des sources locales de nourriture, afin de déterminer les usages les plus efficaces de la nourriture disponible. Les annexes VIII et IX décrivent les façons possibles d'utiliser la nourriture dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, et cela essentiellement (comme indiqué auparavant) pour :
  - Le soutien et les soins nutritionnels ;
  - Des incitations à la participation à des activités liées au VIH/SIDA ; et
  - Le transfert de revenus aux personnes infectées ou affectées par le VIH.
- Avec les acteurs communautaires, élaborer et mettre en œuvre une stratégie qui incorpore les résultats de l'évaluation et tient compte du but de la fourniture de nourriture, de la capacité à la livrer et stocker correctement, et de sa livraison et utilisation par les groupes bénéficiaires ciblés. La stratégie doit aussi comprendre une étape de sortie ou de transition qui supprime progressivement la dépendance vis-à-vis de l'assistance alimentaire.
- Sélectionner les aliments appropriés et déterminer la composition et la taille de la ration qui sera remise aux participants, ainsi que la fréquence de la distribution.
  - Les aliments doivent être sélectionnés sur la base de leur contenu nutritionnel, de l'acceptabilité culturelle, de la possibilité de les traiter, stocker et préparer correctement, et de leur capacité à compléter, plutôt qu'à remplacer, la production locale de nourriture.
  - Les rations doivent être basées sur la consommation de nourriture et les besoins nutritionnels spécifiques des bénéficiaires ciblés (par exemple, les femmes enceintes participant aux programmes de PTME) ; ou sur l'âge et le sexe des populations ; ou sur les besoins moyens en énergie, protéines et oligo-éléments du ménage, si des rations familiales sont prévues.
- Lier les communautés à d'autres services, notamment à des interventions dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'hygiène, de l'eau, de l'assainissement, de la stimulation de la croissance et de la sécurité alimentaire.
  - Lorsqu'elle est fournie, l'aide alimentaire doit être intégrée dans une stratégie d'ensemble visant à augmenter la capacité des ménages et des communautés affectés par le VIH à devenir indépendants.
  - Lorsque c'est possible, l'aide alimentaire doit être intégrée ou liée à d'autres activités des programmes de lutte contre le VIH et le SIDA.

« En ce qui concerne les actions visant à combattre la connexion de l'insécurité alimentaire avec le VIH/SIDA, la base empirique est encore mince. Lorsque des organisations ont lancé des actions abordant ces interactions, elles ont eu tendance se dérouler de façon isolée, et ont rarement été suivies et évaluées. Les raisons justifiant un engagement plus proactif et collaboratif – dans la recherche et l'action – de la part des organisations intervenant dans les domaines de la santé et de la nutrition, les organisations agricoles en particulier, sont donc claires. »

Gillespie, S (ed) 2006. SIDA, pauvreté et faim : Défis et réponses. Points mis en évidence par la conférence de l'IFPRI sur le VIH/SIDA et la nourriture et la sécurité alimentaire, Durban, 14-16 avril 2005.

Les concepteurs et exécutants des évaluations aux niveaux des communautés et des ménages devront déterminer dans leur propre contexte, les problèmes les plus importants et les plus pertinents. Une connaissance approfondie de la relation nourriture-nutrition-VIH peut permettre d'affiner la focalisation du programme et d'améliorer son efficacité. Certaines informations peuvent être collectées par les travailleurs de santé de la communauté ; d'autres peuvent être rassemblées à travers des sources secondaires ou bien devoir être réunies grâce à des recherches séparées.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 41 5/9/08 10 33 56 AM

Des informations à jour aux niveaux de la communauté, des ménages et des individus peuvent être utiles dans le cadre de l'évaluation de la sécurité alimentaire et de stratégies efficaces et durables visant à améliorer la sécurité alimentaire des personnes infectées ou affectées par le VIH (Ouganda 2003; Zambie 2004). La détermination de l'état nutritionnel et de la sécurité alimentaire peut faire partie de l'évaluation, les ménages ou individus affectés devant être, si nécessaire, orientés vers des services d'assistance alimentaire ou de nutrition (la Section II. A.2 fournit une liste des informations à collecter dans le cadre de l'évaluation nutritionnelle d'une PV-VIH).

A chaque niveau, l'évaluation de la sécurité alimentaire réunira des informations sur les points suivants :

AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

- Charge que le VIH/SIDA représente pour la communauté.
- Disponibilité et accessibilité de la nourriture (par exemple, disponibilité commerciale, prix, variation saisonnière)
- Stigmatisation et son impact au sein de la communauté et sur les PV-VIH.

AU NIVEAU DES MÉNAGES ET DES INDIVIDUS

- Niveau de sécurité alimentaire dans le ménage.
- Méthodes de traitement, préservation, stockage et commercialisation de la nourriture.
- Capacité des PV-VIH à manger et digérer les aliments, et possibilités d'une modification appropriée de ces aliments.
- Disponibilité et accessibilité de services de santé, sociaux et financiers pour les ménages et les individus (notamment les groupes non infectés mais affectés par le VIH comme les orphelins et enfants vulnérables), y compris les services fournis par le gouvernement, les ONG et les organisations religieuses.
- Schémas d'emploi et répartition du travail dans le ménage.
- Mécanismes formels et informels permettant de faire face à l'insécurité alimentaire (par exemple, changements dans la qualité ou la quantité de la nourriture, distribution de la nourriture au sein du ménage ; programmes d'assistance alimentaire et de « travail contre nourriture » ; migration).
- Schémas de consommation de la nourriture (par exemple, types, quantités, variation saisonnière, nombre de repas, contrôle et distribution au sein du ménage, facteurs socioculturels).

hivaids_booklet_ R_CRA indd 42 5/9/08 10 33 56 AM

V. VIH, SIDA, NUTRITION ET NOURRITURE EN SITUATION D'URGENCE

Lorsqu'une urgence survient au sein des populations ou dans des zones géographiques à forte prévalence du VIH, une attention scrupuleuse doit être accordée aux meilleurs moyens d'adapter les besoins particuliers en nourriture et nutrition des personnes infectées par le VIH. Lorsque l'urgence passe de la phase aiguë à une phase plus stable, la situation offre la possibilité de fournir des services liés au VIH dans le cadre de, et en coordination avec, les programmes alimentaires et de nutrition.

Les urgences se produisent souvent dans des zones à forte prévalence du VIH. Voir l'Encadré 2 pour des exemples de moyens d'intégrer la nutrition dans des programmes de prévention du VIH et de traitement du VIH et du SIDA en faveur des réfugiés.

ENCADRÉ 2. *Intégration d'activités liées au VIH, à la nourriture et à la nutrition, en faveur des réfugiés*

Inclure la prévention du VIH dans les programmes alimentaires et de nutrition

- Intégrer des activités visant à promouvoir l'action et l'engagement des communautés autour de la prévention du VIH dans la distribution générale de nourriture
- Inclure des activités de sensibilisation et de prévention du VIH et du SIDA dans les programmes d'alimentation complémentaire et les programmes d'alimentation thérapeutique.
- Inclure des activités visant à promouvoir la connaissance et l'engagement autour du VIH chez les jeunes dans un programme d'alimentation scolaire

Inclure les soins et le soutien aux personnes affectées par le VIH et aux groupes vulnérables dans les programmes alimentaires et de nutrition

- Modifier un programme général de distribution de nourriture pour mieux satisfaire les besoins des PV-VIH
- Modifier un programme d'alimentation complémentaire pour mieux satisfaire les besoins des sous-groupes de population affectés par le VIH
- Soutenir les familles et les enfants affectés par le VIH à travers un programme d'alimentation scolaire ou une ration supplémentaire pour favoriser les familles et les orphelinats.
- Soutenir les PV-VIH et leurs familles par :
  - l'établissement de potagers et de parcelles agricoles domestiques
  - des activités rémunératrices, le microcrédit et les banques communautaires, la formation et autres activités de renforcement des capacités
  - des projets de « travail contre nourriture »
- Permettre et encourager la participation de personnes séropositives dans des groupes communautaires constitués de personnes vivant avec le VIH

Inclure le soutien alimentaire et nutritionnel dans les services de soins et de traitement aux PV-VIH

- Monter un programme d'alimentation destiné aux cliniques/hôpitaux avec service d'hospitalisation, et comprenant une éducation à la nutrition
- Créer un jardin de démonstration dans une clinique ou un hôpital, pour soutenir une éducation à la nutrition
- Intégrer une ration complémentaire et l'éducation à la nutrition dans un programme de soins à domicile ou un programme de thérapie antirétrovirale

Inclure les ressources alimentaires et nutritionnelles dans des activités de formation et de renforcement des capacités destinées aux prestataires de soins VIH/SIDA communautaires ou cliniques, ou dans des activités communautaires liées au VIH

- Soutenir la formation et les autres activités de renforcement des capacités destinées aux prestataires de soins de santé formels et traditionnels, et aux personnes ressources de la communauté pouvant jouer un rôle vital dans les efforts de prévention du VIH
- Soutenir les volontaires de santé de la communauté engagés dans la prévention du VIH ou s'occupant de personnes vivant avec le VIH et de leurs familles
- Soutenir la sensibilisation de la communauté et les activités de mobilisation des personnes vivant avec le VIH

Source: ONUSIDA, HCR et PAM (2006).

hivaids_booklet_ R_CRA indd 43 5/9/08 10 33 56 AM

A. ALIMENTATION DU NOURRISSON[28]

Les directives du HCR (2006) et de l'OMS (2006c) sur le VIH et l'alimentation du nourrisson doivent être appliquées. Comme décrit dans la section II. C.2, les recommandations sont :

- Si le dépistage du VIH n'est pas possible, ou si le statut VIH de la mère est inconnu, ou si on sait qu'elle n'est pas infectée par le VIH, l'allaitement exclusif est recommandé pour les 6 premiers mois de la vie, suivi par une poursuite de l'allaitement pendant au moins 2 ans.
- Si le dépistage du VIH est possible, les femmes identifiées comme séropositives ont besoin de conseils en matière d'alimentation du nourrisson. Étant donné les risques associés à l'alimentation de remplacement en situation d'urgence, l'allaitement peut être une solution plus sûre pour les femmes séropositives. Mais de toute façon, les mères doivent être soutenues dans leurs choix et l'application de ceux-ci, en consultation avec des conseillers qualifiés.

B. VIH ET DISTRIBUTION DE NOURRITURE

Les recommandations spécifiques suivantes concernent l'usage de la nourriture dans les situations d'urgence, dans les populations à forte prévalence du VIH :

- Cibler l'aide alimentaire sur les ménages et communautés affectés et à risque (IASC 2004).
  - Les données nationales et des agences de l'ONU peuvent être utilisées pour identifier les zones les plus gravement affectées par le VIH. D'autres approximations, comme les taux de mortalité, les indicateurs démographiques, et les données des centres de santé peuvent aussi être utilisées.
  - Cibler toutes les personnes en situation d'insécurité alimentaire, que leur statut par rapport au VIH soit connu ou non.

« Lorsque le dépistage du VIH n'est pas possible, toutes les mères doivent *exclusivement* allaiter. Les alternatives au lait maternel sont trop risquées en situation d'urgence si une mère ne connaît pas son statut VIH. »

Alimentation du nourrisson en cas d'urgence, Module 2 destiné aux travailleurs de la santé et de la nutrition en situation d'urgence, ENN, décembre 2004.

- Planifier les besoins nutritionnels et alimentaires des populations à risque (FANTA 2004).
  - Calculer les besoins énergétiques de la population.
  - Consulter un nutritionniste pour adapter la planification à la composition de la population, car les besoins énergétiques diffèrent selon les sous-groupes, notamment ceux qui sont à différents stades d'infection.

- Faire la promotion des soins et pratiques alimentaires adaptés aux PV-VIH, comme indiqué dans la Section IV. Choisissez des aliments qui satisfont les besoins énergétiques, en protéines, en lipides et en oligo-éléments de la population. L'ajout de mélanges d'aliments enrichis en oligo-éléments ou de céréales moulues enrichies est recommandé pour augmenter l'absorption des oligo-éléments.
- Accorder une attention particulière aux mécanismes de prestation des services, car les systèmes de soins habituels (par exemple, les organisations communautaires et les réseaux de volontaires) sont souvent perturbés. La réhabilitation ou le renforcement des systèmes de soins peut s'avérer nécessaire. Un recours plus fréquent aux soins à domicile peut s'avérer approprié.

28. Cette section est basée sur IFE Core Group 2004.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 44 5/9/08 10 33 56 AM

C. NOURRITURE ET SÉCURITÉ DES MOYENS DE SUBSISTANCE DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

- Soutenir et protéger la sécurité alimentaire des ménages et communautés affectés par le VIH et à risque.
  - Passer en revue les évaluations alimentaires et agricoles pour identifier les groupes de population en situation de plus grande insécurité alimentaire, en accordant une attention particulière aux différences entre les genres.
  - Développer votre connaissance des contraintes et stratégies spécifiques aux ménages et communautés affectés par le VIH.
  - Envisager des programmes d'alimentation scolaire d'urgence, en identifiant avec les partenaires locaux des sites scolaires sentinelles pour la collecte de données. Envisager aussi des programmes alimentaires pour les orphelins et autres enfants vulnérables.
  - Tenir compte de la distance entre le site de distribution et les ménages à desservir, en particulier ceux avec enfants ou dirigés par des personnes âgées.
  - Mettre en œuvre des programmes d'alimentation scolaire d'urgence. Etablir des sites scolaires sentinelles pour la collecte de données avec l'UNICEF et les partenaires locaux.
  - Mettre en œuvre des programmes d'alimentation complémentaire et thérapeutique (HCR et PAM 2004).
  - S'assurer que l'aide alimentaire, lorsqu'elle est fournie à des PV-VIH et à des familles affectées par le VIH, n'augmente pas la stigmatisation ou ne provoque pas de sentiment d'exclusion dans les familles vulnérables non affectées.

L'analyse des liens entre sécurité alimentaire et VIH montre que les relations fonctionnent dans les deux directions et sont systémiques, affectant tous les aspects des moyens de subsistance (Haddad et Gillespie 2001). Une compréhension effective des moyens de subsistance est donc nécessaire pour agir sur les causes et conséquences du VIH.

- Utiliser la nourriture ou les ressources connexes dans les programmes intégrant nourriture, nutrition et lutte contre le VIH pour renforcer la sécurité alimentaire à long terme des ménages affectés, par exemple les graines, les outils, le microcrédit et les activités rémunératrices, (HCR et PAM 2004).
- Fournir une formation et une assistance technique aux institutions locales pour promouvoir et protéger la sécurité alimentaire des ménages au moyen d'une formation et éducation à l'agriculture et à la production alimentaire, et s'assurer de la participation des populations à risque, comme les jeunes, notamment les filles et les orphelins (IASC 2004).

La sécurité alimentaire et nutritionnelle a une importance fondamentale dans la prévention, les soins, le traitement et l'atténuation du VIH et du SIDA. L'insécurité alimentaire et la malnutrition augmentent les risques d'exposition et d 'infection au VIH. Un programme de soins sans composante nutritionnelle est semblable à un panier troué ; l'efficacité du traitement par médicaments antirétroviraux peut être compromise par la malnutrition, et toute stratégie d'atténuation doit prendre en compte le fait que ce dont les personnes affectées ont le plus besoin est en général la nourriture, à un moment où leur capacité à en obtenir peut être diminuée (Gillespie et Kadiyala 2005).

hivaids_booklet_ R_CRA indd 45 5/9/08 10 33 57 AM

VI. CONCLUSION

Ce document vise à rassembler une série d'informations pour pouvoir servir de référence initiale simple sur la manière d'intégrer la nutrition dans le traitement et les programmes de lutte contre le VIH et le SIDA. Il donne une ébauche des actuelles recommandations clés pour la mise en œuvre d'un traitement, de soins et d'un soutien, pertinents sur le plan nutritionnel, en faveur des personnes infectées et affectées par le VIH.

En même temps, nous sommes conscients que ces informations vont changer. Ce document n'apporte pas et n'apportera jamais de réponses immuables ou définitives pour tous les pays et toutes les situations. Les « bonnes pratiques » fondées sur la « meilleure information disponible » changent tout le temps. Et cela est d'autant plus vrai que cette maladie et les conditions très difficiles dans lesquelles se déroulent le traitement, les soins et le soutien des personnes constituent un véritable défi. Presque chaque jour, apparaissent de nouveaux éléments de bonne pratique. C'est pourquoi les conseils prodigués dans cette synthèse vont sans aucun doute évoluer, à mesure qu'émergent de nouvelles études ou des approches nouvellement testées. Nous n'en espérons pas moins que ce document a atteint son but fondamental : poser les bases sur lesquelles s'appuiera le travail futur.

Ce document est un document vivant. Il doit être utilisé, adapté et amélioré. Nous accueillons tout commentaire des lecteurs, et particulièrement ceux des praticiens, pouvant suggérer comment améliorer son utilité, ainsi que ceux nous permettant de nous assurer que l'information qu'il contient est aussi à jour que possible. Les commentaires peuvent être transmis directement aux organisations partenaires ou à la Banque mondiale, à nutrition@worldbank.org.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 46 5/9/08 10 33 57 AM

ANNEXE I: DIRECTIVES PUBLIÉES SUR LE VIH/SIDA, LA NUTRITION ET LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

I. DIRECTIVES MONDIALES

FAO (Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture) et OMS (Organisation mondiale de la santé). 2002. *Living Well with HIV/AIDS: A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS*. Rome, Italie: Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture.

IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2004. *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*. Genève, Suisse: Inter-Agency Standing Committee.

PAM (Programme alimentaire mondial). 2004. *Getting Started: WFP Support to the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Related Programmes*. Rome, Italie: Programme alimentaire mondial.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2003. *Nutrient Requirements for People Living With HIV/AIDS: Report of a Technical Consultation*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2004. *Nutrition Counselling, Care and Support for HIV-Infected Women: Guidelines on HIV-related Care, Treatment and Support for HIV-Infected Women and their Children in Resource-Constrained Settings*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2005. *Guiding Principles for Feeding Non-Breastfed Children 6–24 months of Age*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2005. *Technical Updates of the Guidelines on Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): Evidence and Recommendations for Further Adaptations*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé), UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance), FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population), et ONUSIDA (Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA). 2003. *HIV and Infant Feeding: A Guide for Health-Care Manager and Supervisors*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé), UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance), FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population), et ONUSIDA (Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA). 2003. *HIV and Infant Feeding: Guidelines for Decision Makers*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 47 5/9/08 10 33 57 AM

II. DIRECTIVES RÉGIONALES

Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI). 2002. *Healthy Eating for Better Living: A Caribbean Handbook*. Kingston, Jamaïque: Caribbean Food and Nutrition Institute.

Tindyebwa, D., J. Kayita, P. Musoke, B. Eley, R. Nduati, H. Coovadia, R. Bobart, D. Mbori-Ngacha, et M. Pat Kieffer, eds. 2004. *Handbook on Pediatric AIDS in Africa*. Kampala, Ouganda: African Network for the Care of Children Affected by AIDS (ANECCA).

III. DIRECTIVES NATIONALES

Kenya, République du. Ministère de la Santé. 2004. *Infant and Young Child Feeding Guidelines in the Context of HIV/AIDS: Guidelines for Health Workers*. Nairobi, Kenya: Ministère de la Santé.

Rwanda, République du. Ministère de la Santé. 2006. *Guide National pour le soutien et la prise en charge alimentaires et nutritionnels pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA au Rwanda*. Kigali, Rwanda: Ministère de la Santé.

Tanzanie, République unie de. Ministère de la Santé. 2003. *National Guide on Nutrition Care and Support for People Living with HIV/AIDS*. Tanzania Food and Nutrition Centre. Dar Es Salaam, Tanzanie: Ministère de la Santé.

Ouganda, République de. Ministère de la Santé. [2003]. *Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS in Uganda: Guidelines for Service Providers*. Kampala, Ouganda: Ministère de la Santé.

Zambie. Ministère de la Santé. 2004. *Nutrition Guidelines for Care and Support of People Living with HIV/AIDS*. Lusaka, Zambie: Ministère de la Santé, National Food and Nutrition Commission.

Zimbabwe. Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfance. 2004. *Guidelines on Dietary Management for People Living with HIV and AIDS*. Harare, Zimbabwe: Ministère de la Santé et du Bien-être de l'enfance.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 48 5/9/08 10 33 57 AM

ANNEXE II: TRAITEMENT DES SYMPTÔMES ET MALADIES ASSOCIÉS AU VIH CHEZ LES ADULTES

Maladie	Régime alimentaire	Pratiques de soin
ANOREXIE (PERTE D'APPÉTIT)	• Essayer de stimuler l'appétit en consommant les aliments que l'on préfère. • Manger plus fréquemment de petites quantités de nourriture. • Choisir des aliments plus énergétiques. • Eviter les aliments qui sentent fort.	• En cas de perte d'appétit liée à la maladie, consulter son médecin.
DIARRHÉE	• Boire beaucoup de liquide pour éviter la déshydratation (exemples : soupes, jus de fruits d lués, eau bouillie, tisanes). • Boire des jus de fruits comme les fruits de la passion; éviter les agrumes (orange, citron...) qui peuvent irriter l'estomac. • Consommer des aliments riches en fibres solubles afin de favoriser la rétention des fluides (exemples : millet, banane, petits pois et lentilles). • Consommer des aliments riches en amidon comme le riz, le maïs, le sorgho, le pain, les pommes de terre, le manioc et des mélanges comme les mélanges maïs-soja (CSB – corn-soy blend). • Pour les protéines, consommer des œufs, de la viande, du poulet ou du poisson. • Faire cuire les aliments à l'eau ou à la vapeur. • Consommer des aliments fermentés, tels que porridges et yaourts. • Consommer fréquemment de petites quantités de nourriture et continuer à manger après la maladie afin de compenser la perte de poids et de nutriments. • Consommer des fruits et légumes mous tels que bananes, courges, bananes plantains, purée de pommes de terre douces, et purée de carottes. *Aliments à éviter ou à réduire :* • Certains produits laitiers comme le lait en cas d'intolérance au lactose. • La caféine (exemples : café, thé) et l'alcool. • Les aliments gras, y compris les fritures et l'huile, le lard ou le beurre. • Les aliments favorisant la formation de gaz comme le chou, les oignons, les boissons gazeuses (exemples : sodas).	*Prévention* • Boire beaucoup d'eau propre et bouillie • Se laver les mains avec du savon et de l'eau avant de manipuler, préparer, servir ou ranger la nourriture. • Se laver les mains avec du savon et de l'eau en sortant des toilettes ou après avoir nettoyé un enfant venant de déféquer. *Traitement* • Boire davantage de liquide pour éviter la déshydratation. Préparer des solutions réhydratantes à base de sels de réhydratation en sachets ou de préparations maison composées d'un litre d'eau bouillie, quatre cuillères à thé de sucre et une demi-cuillère à thé de sel iodé. • Se rendre dans un centre de santé si certains symptômes, tels qu'une déshydratation sévère, persistent (exemples : excrétion urinaire faible ou inexistante, malaises, vertiges, difficultés à respirer, sang dans les selles, fièvre, vomissements, douleurs abdominales ou diarrhée).
FIÈVRE	• Consommer des soupes riches en produits énergétiques et nutritifs comme le maïs, les pommes de terre et les carottes. • Boire beaucoup de liquide, plus que d'habitude et au-delà de la sensation de soif.	• Prendre des bains tièdes. • Prendre du repos. • Continuer à prendre des repas légers et fréquents, s'ils sont bien tolérés. • Se rendre dans un centre de santé si la fièvre dure plusieurs jours et n'est pas soulagée par la prise d'aspirine ; en cas de perte de conscience, de douleurs dans tout le corps, de jaunissement des yeux, de diarrhée importante, de perte de connaissance.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 49 5/9/08 10 33 57 AM

Maladie	Régime alimentaire	Pratiques de soin
NAUSÉE ET VOMISSEMENTS	• Prendre des repas légers et fréquents. • Consommer des aliments comme de la soupe, du porridge non sucré et des fruits comme les bananes • Manger faiblement salé et des aliments secs comme des crackers, pour soulager l'estomac. • Boire du liquide, comme de l'eau propre et bouillie. • Eviter les aliments épicés et gras. • Eviter la caféine (exemples : thé et café) et l'alcool. • Eviter les aliments trop sucrés.	• Eviter de s'allonger immédiatement après les repas; attendre au moins 20 minutes pour éviter les vomissements. • Se reposer entre les repas. • Eviter d'avoir l'estomac vide, la nausée est pire lorsqu'il n'y a rien dans l'estomac.
CANDIDOSE BUCCALE OU MUGUET	• Consommer des aliments écrasés, comme de la purée de carottes, des œufs brouillés, de la purée de pommes de terre, des bananes, de la soupe, du porridge. • Si possible, utiliser une cuillère ou une tasse pour consommer de petites quantités de nourriture. • Manger froid ou à température ambiante. • Boire beaucoup de liquide. • Eviter les aliments épicés, salés, ou collants, qui peuvent irriter les zones infectées de la bouche. • Eviter les aliments sucrés, qui favorisent la propagation de levure (candidose). • Eviter les agrumes et jus de fruits qui peuvent irriter les zones infectées. • Eviter l'alcool.	• Consulter son médecin pour un traitement approprié. • Se rincer la bouche avec de l'eau bouillie, tiède et salée après avoir mangé pour réduire l'irritation et garder les zones infectées propres et éviter la prolifération de la mycose. • Pencher légèrement la tête en arrière en mangeant pour favoriser la déglutition.
ANÉMIE	• Consommer davantage d'aliments riches en fer et en acide folique comme les produits animaux (exemples : œufs, poisson, viande, foie), légumes à feuilles vertes (exemples : chou vert, épinards), légumineuses (exemples haricots, lentilles, arachides), et céréales enrichies. • Consommer des aliments riches en vitamine C (exemples : agrumes, légumes à feuilles vertes) pendant les repas pour favoriser l'absorption du fer. • Ne pas boire de thé, de café, de lait ou de cacao au moment des repas, ils peuvent empêcher l'absorption du fer. • Prendre des compléments à base de fer, comme recommandé par un travailleur de la santé.	• Rechercher un traitement antipaludique ou antiparasitaire contre l'ankylostome.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 50 5/9/08 10 33 57 AM

Maladie	Régime alimentaire	Pratiques de soin
ATROPHIE MUSCULAIRE	• Augmenter la prise de nourriture en augmentant la quantité ingérée et la fréquence de consommation. • Augmenter la dose de protéines en consommant des produits d'origine animale, des céréales, des légumineuses. • Améliorer la qualité et augmenter la quantité de l'alimentation en variant les produits. • Prendre des repas fréquents et légers. • Consommer de la nourriture liquide ou molle si la bouche est douloureuse. • Introduire progressivement des lipides dans le régime. • Augmenter la part des féculents avec des céréales et autres produits de base. • Consommer des produits enrichis en éléments nutritifs.	• Continuer à faire de l'exercice régulièrement. C'est la seule façon de construire du muscle.
CONSTIPATION	• Boire de l'eau, des jus et des nectars tous les jours. • Consommer davantage d'aliments riches en fibres, comme le maïs, le pain complet, les légumes verts et les fruits lavés avec leur peau. • Boire beaucoup de liquide, y compris de l'eau bouillie. • Eviter les aliments industriels ou raffinés.	• Continuer à faire de l'exercice régulièrement.
BALLON-NEMENTS/ BRÛLURES D'ESTOMAC	• Prendre des repas fréquents et légers. • Eviter les aliments favorisant la formation de gaz (exemples : chou et sodas) et la nourriture épicée. • Boire entre les repas.	• Manger assez longtemps avant de se coucher afin que la nourriture soit correctement digérée. • Eviter de vous allonger juste après avoir mangé.
TUBERCULOSE	• Consommer des aliments énergétiques riches en protéines, fer et vitamines.	• Consulter un professionnel de la santé pour déterminer quels aliments sont compatibles avec votre traitement. • Dans le cas d'un traitement à l'isoniazide, prendre un complément de vitamine B6 afin d'éviter les carences.
PERTE ET/OU TROUBLES DU GOÛT	• Utiliser des exhausteurs de goût (exemples : le sel, les épices, les herbes, le citron)	• Bien mâcher la nourriture et la faire circuler dans la bouche afin de stimuler les récepteurs.

Source: FANTA 2004

hivaids_booklet_ R_CRA indd 51 5/9/08 10 33 57 AM

ANNEXE III : LES TRAITEMENTS MODERNES ET LEURS EFFETS SECONDAIRES

Traitement	Objectif	Recommandations nutritionnelles	Aliments/ boissons/ herbes à éviter	Effets secondaires possibles*
Sulfonamides : Sulfamethoxazole Cotrimoxazole (Bactrim ®, Septra ®)	Antibiotiques pour le traitement de la pneumonie et de la toxoplasmose.	A prendre au cours des repas.		Nausée, vomissements, douleurs abdominales.
Rifampine	Traitement de la tuberculose	A jeun, une heure avant ou deux heures après les repas.	Alcool	Nausée, vomissements, diarrhée, perte d'appétit.
Isoniazide	Traitement de la tuberculose	Une heure avant ou deux heures après les repas. Prendre en complément 10 mg de vitamine B6 par jour.	Alcool	Anorexie, diarrhée ; peut provoquer des réactions avec certains aliments tels que les bananes, la bière, les avocats, le foie, le poisson fumé ou mariné, la levure, ou les yaourts ; peut interférer avec le métabolisme de la vitamine B6, et devra donc être accompagné d'un complément en vitamine B6 pour prévenir la neuropathie périphérique et l'anémie.
Quinine	Traitement du paludisme	Au cours du repas.		Douleurs abdominales ou stomacales, diarrhée, nausée, vomissements, hypoglycémie.
Sulfadoxine et pyriméthamine (Fansidar ®)	Traitement du paludisme. La pyrimethamine est également utilisée pour traiter la toxoplasmose.	Au cours des repas et avec beaucoup d'eau. Prendre un complément quotidien d'acide folinique (leucovorine), la forme active du folate (5-10 mg/jour)		Nausée, vomissements, perte de goût et diarrhée ; non recommandée en cas de carence en folates ; non recommandée en cas d'allaitement.
Chloroquine	Traitement du paludisme.	Au cours du repas.		Douleurs d'estomac, perte d'appétit, nausée, vomissements ; non recommandée en cas d'allaitement.
Fluconazole	Traitement de la mycose buccale	Au cours du repas.		Nausée, vomissements, diarrhée ; peut être utilisée en cas d'allaitement.
Nystatin®	Traitement de la mycose buccale	Au cours du repas.		Peut non fréquemment provoquer diarrhée, vomissements, nausée.
Médicaments antirétroviraux				
Didanosine (ddI) NNRTI	Antirétroviral	A prendre une heure avant ou deux heures après les repas, avec de l'eau uniquement.	Alcool, jus	Anorexie, diarrhée, nausée, vomissements, douleurs, maux de tête, cachexie, insomnie, éruptions cutanées, bouche sèche, perte de goût, constipation, stomatite, anémie, fièvre, vertiges, pancréatite ; à ne pas prendre avec des antiacides contenant de l'aluminium ou du magnésium.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 52 5/9/08 10 33 57 AM

Lamivudine (3TC) NNRTI	Antirétroviral	Peut être pris en dehors des repas.	Alcool	Nausée, vomissements, maux de tête, vertiges, diarrhée, douleurs abdominales, symptômes nasaux, toux, fatigue, pancréatite, anémie, insomnie, douleurs musculaires, et éruptions cutanées.
Stavudine (d4T) NNRTI	Antirétroviral	Peut être pris en dehors des repas.	Limiter l'absorption d'alcool.	Nausée, vomissements, diarrhée, neuropathie périphérique, frissons et fièvre, anorexie, stomatite, diarrhée, anémie, maux de tête, éruptions cutanées, lésions de la moelle osseuse, et pancréatite.
Tenefovir (TDF) NNRTI	Antirétroviral	Au cours des repas.	Alcool	Douleurs abdominales, maux de tête, fatigue et vertiges.
Zidovudine (AZT) NNRTI	Antirétroviral	Peut être pris aux repas, mais non au cours de repas très gras.	Alcool	Anorexie, anémie, nausée, vomissements, lésions de la moelle osseuse, maux de tête, fatigue, constipation, fièvre, vertiges, difficultés à respirer, insomnie, douleurs musculaires, éruptions cutanées.
Efavirenz NRTI	Antirétroviral	Peut être pris aux repas, mais pas avec un repas très gras	Alcool	Elévation du taux de cholestérol, élévation du taux de triglycérides, éruptions cutanées, vertiges, anorexie, nausée, vomissements, diarrhée, dyspepsie, douleurs abdominales, flatulences.
Nevirapine (NVP) NRTI	Antirétroviral	Peut être pris en dehors des repas.	Millepertuis	Nausée, vomissements, éruptions cutanées, fièvre, maux de tête, réactions cutanées, fatigue, stomatite, douleurs abdominales, somnolence, paresthésie ; hépatotoxicité élevée.
Indinavir (IDV) PI	Antirétroviral	À une heure avant ou deux heures après les repas ; boire au moins 1,5 litre de liquide par jour.	Millepertuis	Nausée, douleurs abdominales, maux de tête, calculs rénaux, modifications du goût, vomissements, diarrhée, insomnie, ascites, cachexie, vertiges ; peut augmenter le risque de lipodystrophie ; ne pas consommer de pamplemousse, ce dernier étant susceptible de faire baisser le taux de médicament dans le sang.
Nelfinavir PI	Antiretroviral	À prendre au cours du repas ou avec un en-cas léger.	Millepertuis	Diarrhée, flatulences, nausée, douleurs abdominales, éruptions cutanées ; susceptible d'augmenter le risque de lipodystrophie.
Ritonavir PI	Antiretroviral	Prendre au cours du repas si possible.	Millepertuis	Nausée, vomissements, diarrhée, hépatite, ictère, cachexie, anorexie, douleurs abdominales, fièvre, diabète, maux de tête, vertiges ; susceptible d'augmenter le risque de lipodystrophie.
Saquinavir PI	Antiretroviral	A prendre au cours du repas ou avec un en-cas léger ; à prendre dans les deux heures suivant un repas gras ou riche en calcium.	Complément en ail, millepertuis	Ulcérations de la bouche, modifications du goût, nausée, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée, constipation, flatulences, cachexie, éruptions cutanées, maux de tête ; susceptible d'augmenter le risque de lipodystrophie.

**NB: Cette liste n'est pas exhaustive. Pour la gestion nutritionnelle des effets secondaires, voir l'Annexe II.*
Source: FANTA 2004

hivaids_booklet_ R_CRA indd 53 5/9/08 10 33 57 AM

ANNEXE IV : MOYENS TRADITIONNELS DE SOIGNER DES MALADIES ET SYMPTÔMES HABITUELS DU SIDA

Maladie/ Symptômes	Moyens traditionnels de soigner la maladie ou les symptômes	Quand demander l'assistance de services de santé modernes
DIARRHÉE	• Manger des fruits tels que des bananes mûres. • Boire l'eau de cuisson de riz blanc bouilli et des porridges légers de maïs et de manioc. • Préparer du potage au riz. Faire bouillir 1 tasse de riz dans 5 à 6 tasses d'eau avec un peu de sel pendant 1 heure. Boire le potage pendant qu'il est chaud. • Boire du lait fermenté 3 à 4 fois par jour. Le lait fermenté ne contient pas de lactose, un sucre qui peut causer des douleurs abdominales pendant la diarrhée. • Boire de l'infusion d'ail. Hacher 3 ou 4 gousses d'ail et les ajouter à 1 tasse d'eau bouillante. Faire frémir pendant 10 minutes et laisser tiédir avant de boire. Consommer 3 ou 4 fois par jour.	• S'il y a du sang dans les selles • Si la diarrhée est accompagnée d'une fièvre qui ne peut être soulagée par de l'aspirine ou un traitement maison • Si le patient est trop faible pour manger ou très déshydraté et que les efforts pour le réhydrater n'ont pas d'effet • Si la diarrhée ne disparaît pas après 2 ou 3 jours
FIÈVRE	• Boire du jus d'agrumes (par ex. citron, orange) plusieurs fois dans la journée. • Râper des zestes de citron ou d'orange dans un peu d'eau. En frictionner le dos du patient ou ajouter le mélange dans l'eau du bain. • Piler des feuilles de gommier/eucalyptus dans un mortier avec un peu d'huile culinaire. En frictionner la poitrine du patient. Ou encore mettre un bon nombre de feuilles d'eucalyptus dans un récipient d'eau bouillante. Laisser le récipient dans la chambre du patient, pour que les vapeurs puissent être inhalées. • Couper une brindille de margousier (*Azadirachta indica*). Détacher les feuilles et faire mâcher l'écorce au patient; ou faire bouillir de l'eau avec l'écorce et faire boire l'infusion au patient.	• Si la fièvre persiste au-delà de 3 jours • Si le patient a beaucoup de fièvre ou s'il délire • Si la fièvre est accompagnée d'autres signes de maladie grave
TOUX	• Écraser des feuilles fraîches d'eucalyptus et les mettre dans de l'eau bouillante. Lorsque l'eau bout, retirer le récipient du feu. Recouvrir la tête du patient d'un tissu et lui faire respirer les vapeurs en le faisant se pencher au-dessus du récipient. • Mettre 3 ou 4 feuilles séchées d'eucalyptus dans une tasse d'eau chaude et faire bouillir 10 minutes. Laisser tiédir avant de boire. A consommer 2 ou 3 fois par jour. • L'infusion peut être également faite avec du citron ou des feuilles de goyavier.	• Si la personne crache du sang ou des expectorations épaisses, malodorantes ou glaireuses • Si la toux dure plus de 2 semaines
MAUX DE TÊTE	• Écraser des feuilles de lavande dans un peu d'huile culinaire jusqu'à former une pâte. La frotter sur les tempes et le front. Ecraser également des feuilles de lavande séchées entre vos mains et les respirer fréquemment pendant que vous vous reposez. • Faire une infusion d'ail et d'oignon. Hacher 2 ou 3 gousses d'ail et un demi-oignon. Mettre dans une tasse d'eau chaude. Faire frémir pendant 10 minutes. Laisser tiédir avant de boire.	• Si la nuque du patient est raide • Si le patient a également une forte fièvre • Si les maux de tête ne disparaissent pas après 2 ou 3 jours

hivaids_booklet_ R_CRA indd 54 5/9/08 10 33 57 AM

Maladie/ Symptômes	Moyens traditionnels de soigner la maladie ou les symptômes	Quand demander l'assistance de services de santé modernes
MAUX DE GORGE	• Mélanger le jus d'un citron avec du miel. En prendre une grande cuillerée autant que nécessaire. • Préparer une solution d'eau chaude riche en sel. Se gargariser avec cette solution plusieurs fois par jour. • Manger de l'ail cru ou faire une infusion d'ail. Hacher 3 ou 4 gousses d'ail. Les mettre dans une tasse d'eau bouillante. Laisser frémir pendant 10 minutes. Laisser refroidir avant de boire. Ajouter du miel ou du sucre pour adoucir, si vous en avez.	• Si le patient ne peut déglutir ou respirer normalement • Si la fièvre ne peut être soulagée par de l'aspirine ou un traitement maison • Si le patient développe des rougeurs • Si les maux de gorge durent plus de 2 semaines
CANDIDOSE BUCCALE (MUGUET)	• Manger 1 ou 2 gousses d'ail crues, toutes les 3 ou 4 heures si possible. Si l'ail cru est trop fort, écraser les gousses et les mélanger dans un peu d'eau propre bouillie. Se rincer la bouche avec cette préparation et boire le reste ensuite. Répéter toutes les 3 ou 4 heures. • Boire du lait sur ou fermenté. Cela aidera à empêcher la levure de se développer. • Manger de la papaye verte ou de l'asimine en condiment ou en accompagnement. • Se gargariser avec de l'eau chaude propre légèrement salée. • Éviter les boissons et aliments sucrés (ex. les sodas), qui augmentent la douleur et aident la levure à se développer. Éviter le sucre et le miel.	• Lorsqu'il y a de la fièvre et qu'elle ne peut être soulagée par de l'aspirine ou un traitement maison • Si aucune amélioration n'intervient après quelques jours • Si la douleur engendre une perte complète d'appétit

Source: FANTA 2004.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 55 5/9/08 10 33 58 AM

ANNEXE V : THÈMES LIÉS À LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE, L'HYGIÈNE ET L'ASSAINISSEMENT POUR UNE FORMATION AU VIH/SIDA

Ci-après, quelques recommandations pour la manipulation de l'eau, des produits d'origine animale, des fruits et légumes et pour le stockage des aliments en général, ainsi que quelques conseils généraux d'hygiène.

L'eau

- S'assurer que l'eau est propre. Les recommandations sur la durée d'ébullition pour la préparation d'eau saine à boire et des aliments vont de quelques secondes à 10 minutes de forte ébullition.
- Conserver l'eau bouillie dans un récipient propre avec couvercle.
- Ne tremper ni les mains ni des tasses dans le récipient. Verser plutôt l'eau du récipient.
- Le meilleur des récipients est celui avec un robinet.
- Toujours se laver les mains avec du savon avant et après avoir touché des aliments et utilisé les toilettes.

Les produits d'origine animale

- Faire cuire longuement tous les produits d'origine animale (c'est à dire viande, volaille, porc, poisson et oeufs) jusqu'à cuisson complète.
- Ne pas manger de viande dont le jus est encore rouge.
- Ne pas manger d'œufs à la coque, crus ou fêlés, ni d'aliments contenant des œufs crus.
- Bien se laver les mains, ainsi que tous les ustensiles et surfaces qui ont été en contact avec des aliments non cuits, les viandes en particulier, avant de manipuler d'autres aliments.
- Recouvrir la viande, la volaille et le poisson d'un couvercle ou d'un linge propre. Garder la viande, la volaille et le poisson séparés des autres aliments, pour éviter toute contamination par des bactéries ou d'autres agents pathogènes.

Les fruits et légumes

- Utiliser de l'eau propre bouillie pour rincer soigneusement tous les fruits et légumes qui doivent être mangés crus.
- S'il n'est pas possible de laver correctement les fruits et légumes, les éplucher pour éviter toute contamination.
- Oter les parties abîmées des fruits et légumes, pour enlever les moisissures et les bactéries qui s'y développent.
- Porter à ébullition complète, sans trop faire cuire les légumes pour ne pas perdre les vitamines qu'ils contiennent.

Conservation et manipulation des aliments en général

- S'assurer que toutes les zones de préparation et de consommation des aliments sont exemptes de mouches et autres insectes.
- Maintenir propres toutes les surfaces de préparation des aliments.
- Utiliser des plats et des ustensiles propres pour entreposer, préparer et consommer les aliments.
- Recouvrir et maintenir les aliments dans des récipients pour éviter toute contamination.
- Maintenir les plats chauds au chaud et les plats froids au froid avant de les consommer.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 56 5/9/08 10 33 58 AM

- Jeter les aliments avariés ou qui ont dépassé la date limite de vente ou de consommation.
- Eviter de garder les restes, à moins de pouvoir les conserver dans un endroit frais ou au réfrigérateur. Toujours les réchauffer à haute température. Faire toujours bouillir les restes pendant au moins 5 minutes avant de les consommer.
- Ne pas stocker d'aliments crus, la viande en particulier, à proximité d'aliments cuits.
- Garder les aliments dans un endroit sec et frais ou au réfrigérateur.
- Être très prudent par rapport aux plats tout préparés achetés sur les marchés.

Hygiène générale

- Toujours se laver les mains à l'eau propre et au savon ou avec de la cendre avant, pendant et après la préparation des repas, avant de manger ou après être allé aux toilettes.
- Couvrir toutes les blessures pour empêcher la contamination des aliments pendant leur préparation et leur manipulation.
- Utiliser des latrines et les maintenir propres et sans mouches.
- Maintenir propres les abords des latrines et des zones de préparation et de consommation des aliments.
- Laver les vêtements, la literie et les surfaces ayant pu être contaminées avec des excréments, à l'eau chaude et au savon.

Source: FANTA 2004.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 57 5/9/08 10 33 58 AM

ANNEXE VI : PRISE DE POIDS RECOMMANDÉE PENDANT LA GROSSESSE

Catégorie d'IMC avant la grossesse	Prise de poids totale recommandée (kg)	Prise de poids hebdomadaire recommandée au cours des deuxième et troisième trimestres
IMC inférieur à 19,8	de 12,5 à 18,0	Un peu plus de 0,5 kg
IMC de 19,8 à 25,9	de 11,5 à 16,0	0,5 kg
IMC de 26,0 à 29,0	de 7,0 à 11,5	0,3 kg
IMC supérieur à 29,0	Moins de 7	0,3 kg

Source: IOM 1990.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 58 5/9/08 10 33 58 AM

ANNEXE VII : DÉFINITION DE AFASS : ACCEPTABLE, FAISABLE, ABORDABLE FINANCIÈREMENT, SOUTENABLE ET SÛR

ACCEPTABLE: La mère ne voit aucun obstacle à l'alimentation de remplacement. Les obstacles peuvent avoir des causes culturelles ou sociales, ou être dus à la crainte de la stigmatisation ou de la discrimination. La mère ne subit pas de pression sociale ou culturelle qui l'empêche d'avoir recours à une alimentation de remplacement. Elle est soutenue par la famille et la communauté dans son choix de l'alimentation de remplacement, ou bien elle est capable de résister à la pression de la famille et des amis en faveur de l'allaitement au sein et pourra gérer la stigmatisation possible liée au fait d'être vue en train d'utiliser une alimentation de remplacement.

FAISABLE : La mère ou la famille disposent du temps, des connaissances, des compétences et autres ressources voulues pour préparer les aliments de remplacement et nourrir le bébé jusqu'à 12 fois par 24 heures. La mère peut comprendre et suivre les instructions de préparation des biberons et, avec l'aide de la famille, peut préparer correctement suffisamment d'aliments de remplacement chaque jour et pendant la nuit, malgré les perturbations engendrées par la préparation des repas pour la famille ou par d'autres travaux.

ABORDABLE FINANCIÈREMENT : La mère et la famille, avec l'appui de la communauté ou du système de santé si nécessaire, peut supporter le coût d'achat/production, de préparation et d'utilisation de l'alimentation de remplacement, y compris de tous les ingrédients, carburant, eau propre, savon et matériel, sans compromettre la santé et la nutrition de la famille. Ce concept comprend également l'accès aux soins médicaux en cas de diarrhée, si nécessaire, ainsi que la capacité à supporter le coût de ces soins.

SOUTENABLE : La disponibilité d'un approvisionnement continu et ininterrompu, ainsi que d'un système fiable de distribution, pour tous les ingrédients et produits nécessaires à une alimentation de remplacement saine, tant que l'enfant en a besoin, jusqu'à l'âge d'un an ou plus. Le risque que les biberons ne soient jamais disponibles ou soient inaccessibles est faible, et une autre personne est disponible pour nourrir l'enfant en absence de la mère et est capable de préparer et donner l'alimentation de remplacement.

SÛR : Les aliments de remplacement sont préparés, stockés et donnés correctement et avec hygiène, en quantités convenables du point de vue nutritionnel, avec des mains et des ustensiles propres, de préférence dans un bol. Ce concept implique que la mère ou le responsable des soins au bébé :

- Ait accès à une source fiable d'eau saine (par exemple une source canalisée ou un puits protégé) ;
- Prépare des aliments de remplacement sains et exempts d'agents pathogènes ;
- Soit capable de se laver soigneusement les mains, ainsi que les ustensiles, avec du savon et de faire régulièrement bouillir les ustensiles pour les stériliser ;
- Puisse faire bouillir de l'eau pour préparer chaque repas du bébé ;
- Puisse stocker des aliments non préparés dans des récipients propres et fermés, et les protéger des rongeurs, des insectes et autres animaux.

Source: Piwoz, E. 2004b.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 59 5/9/08 10 33 58 AM

ANNEXE VIII : EXEMPLES D'ASSISTANCE ALIMENTAIRE INTÉGRÉE AUX PROGRAMMES VIH ET SIDA

Activité	Objectif	Critères d'admission du bénéficiaire	Points d'entrée	Aliments et autres ressources nécessaires
Alimentation thérapeutiques (installation d'hospitalisation ou soutien aux programmes communautaires d'alimentation thérapeutique)	Réhabilitation nutritionnelle d'enfants souffrant de malnutrition grave (y compris les OEV) et d'adultes vivant avec le VIH, en accord avec les normes des protocoles nutritionnels de l'OMS pour le traitement des malnutritions graves	ENFANTS : Poids/taille < 3 SD ou < 70 % de la médiane ADULTES : Perte de poids supérieure à 10 % du poids du corps ; ou Périmètre brachial (MUAC) ≤ 160 mm, quels que soient les signes cliniques ; ou MUAC 161-185 mm plus critères OMS des stades 2 ou 3	Soins à domicile et soins palliatifs PTME, CDV, ART	Formation et évaluation nutritionnelle continue Logistique Assistance technique à la supervision des programmes Alimentation thérapeutique (ex. lait thérapeutiques F100, F75, Plumpynut®)
Alimentation complémentaire (dans les installations sans hospitalisation)	Réhabilitation nutritionnelle d'enfants souffrant de malnutrition modérée (y compris les OEV) et d'adultes vivant avec le VIH, en accord avec les normes des protocoles nutritionnels et médicaux de l'OMS	ENFANTS : Poids/taille < 2 SD ou < 70-80 % de la médiane ADULTES : Perte de poids supérieure à 10 % du poids du corps ; ou MUAC 161-185 mm ; Femmes enceintes ou allaitantes : détérioration nutritionnelle ou absence de gain de poids, malgré l'ART et/ou le traitement des infections dans l'un des groupes ci-dessus	Soins à domicile et soins palliatifs PTME, CDV, ART	Formation et assistance technique nutritionnelle continue pour la supervision du programme Alimentation complémentaire (ex. CSB, huile et autres aliments produits localement)
Alimentation complémentaire (dans les installations avec hospitalisation)	Fournir une incitation aux PV-VIH pas encore qualifiées pour une ART, afin qu'elles acceptent un suivi régulier	Numération des lymphocytes T-CD4 200-500 /mm3	ART	Formation et assistance technique nutritionnelle continue pour la supervision du programme Alimentation complémentaire (ex. CSB, huile et autres aliments produits localement)
Package de soins « préventifs »	Renforcer la participation et la gestion des symptômes	Distribution aux participants de moustiquaires traitées aux insecticides (ITN), systèmes d'eau saine, et triméthoprime-sulfaméthoxazole. Ce ne sont pas des critères de sélection.	Soins à domicile et soins palliatifs	Formation et assistance technique, et produits nutritionnels (ex. CSB, huile et autres aliments produits localement)

Source: FANTA 2004.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 60 5/9/08 10 33 58 AM

ANNEXE IX : EXEMPLES D'UTILISATION DE L'AIDE ALIMENTAIRE POUR LE SOUTIEN DES POPULATIONS AFFECTÉES PAR LE VIH

Groupe Cible	Utilisation des aliments
TRAITEMENT	
Personnes vivant avec le VIH, y compris les enfants	Alimentation pour améliorer l'adhésion à l'ART Alimentation pour améliorer l'efficacité du traitement Alimentation pour aider à gérer les effets secondaires des médicaments
PRÉVENTION	
Personnes vivant avec le VIH et membres du ménage	Alimentation comme transfert de revenus et protection de l'actif Alimentation pour prévenir ou réduire les comportements à haut risque ou la dépendance aux stratégies négatives d'adaptation Alimentation comme incitation au dépistage volontaire et au conseil Alimentation comme incitation à la participation à la PTME et PTME+
Communautés des zones à forte prévalence ou à haut risque	Alimentation comme incitation à participer aux programmes de sensibilisation au VIH et au changement de comportement Alimentation comme transfert de revenus et protection de l'actif et pour prévenir ou réduire les comportements à haut risque et la dépendance aux stratégies négatives d'adaptation
SOINS ET SOUTIEN	
Personnes vivant avec le VIH	Alimentation en complément des besoins nutritionnels journaliers et des besoins alimentaires spéciaux, comme des besoins énergétiques accrus Alimentation pour soutenir la gestion nutritionnelle des symptômes d'infections opportunistes (ex., anorexie, diarrhée, nausées) Alimentation pour hôpitaux et hospices dans le cadre de soins palliatifs Alimentation en tant un filet de sécurité et transfert de revenus Alimentation comme transfert de revenus et protection de l'actif Alimentation pour formation aux compétences de vie, planification de vie et stratégies alternatives de subsistance
Ménages et OEV affectés	Supplémentation des besoins nutritionnels journaliers des OEV et autres membres du ménage affectés Alimentation en tant que filet de sécurité et transfert de revenus pour les ménages et tuteurs affectés Alimentation pour l'éducation en tant que complément alimentaire, transfert de revenus et incitation à la tutelle Alimentation comme transfert de revenus et protection de l'actif Alimentation comme transfert de revenus pour encourager l'assiduité scolaire Alimentation pour formation aux compétences de vie, planification de vie et stratégies alternatives de subsistance Alimentation en tant que passerelle vers des technologies et des pratiques nouvelles ou pour établir de nouvelles stratégies de survie
OEV dans des institutions	Alimentation pour compléter les besoins nutritionnels journaliers Alimentation comme transfert de revenus pour aider à faire face aux coûts des soins de santé, dégager des ressources financières pour d'autres services importants et faciliter l'assiduité à l'école et aux programmes de formation
Enfants des rues	Alimentation pour compléter les besoins nutritionnels journaliers Alimentation pour encourager l'assiduité aux sessions de formation à la vie quotidienne ou au conseil psychologique
Communautés des zones à forte prévalence ou à haut risque	Alimentation comme transfert de revenus ou pour couvrir les coûts d'opportunité du personnel soignant bénévole Alimentation pour la formation du personnel soignant bénévole Alimentation comme passerelle vers l'établissement de filets de sécurité sociale communautaires (ex. les banques alimentaires) et la mise en place de services de soins et de soutien Alimentation comme transfert de revenus et protection de l'actif et pour prévenir ou réduire les comportements à haut risque et la dépendance aux stratégies négatives d'adaptation

Source: FANTA 2004.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 61 5/9/08 10 33 58 AM

ANNEXE X : CONSULTATION ORGANISÉE PAR L'OMS SUR LA NUTRITION ET LE VIH/SIDA EN AFRIQUE

DECLARATION DES PARTICIPANTS
DURBAN, AFRIQUE DU SUD, 10-13 AVRIL 2005

1. En Afrique orientale et australe, le VIH/SIDA touche plus de personnes que les fragiles systèmes de santé des pays atteints n'en peuvent traiter, déstabilise plus d'enfants que nos systèmes éducatifs n'en peuvent inspirer, crée plus d'orphelins que les communautés n'en peuvent prendre en charge, détruit des familles et menace les systèmes alimentaires. De plus en plus, l'épidémie du VIH/SIDA aggrave et est aggravée par des facteurs qui engendrent la malnutrition – en particulier, la pauvreté, les situations d'urgence et les inégalités.

2. Pour faire face de façon urgente à cette situation, nous demandons que la nutrition soit intégrée au package essentiel de soins, de traitement et de soutien destiné aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et aux efforts entrepris pour prévenir l'infection.

3. Nous, les représentants de vingt pays d'Afrique orientale et australe et autres participants venus d'organisation du système des Nations Unies, d'agences bilatérales, de groupes régionaux, d'organisations non gouvernementales, d'universités et autres entités, *reconnaissons que :*

(1) des avancées importantes doivent être réalisée pour inverser les tendances actuelles dans les domaines de la malnutrition, de l'infection au VIH et de l'insécurité alimentaire dans la plupart des pays de la région, pour pouvoir atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement ;
(2) une nutrition adéquate ne peut pas guérir l'infection au VIH mais elle est essentielle pour maintenir le système immunitaire, soutenir un bon niveau d'activité physique et permettre une qualité de vie optimale ;
(3) une nutrition appropriée est également nécessaire pour tirer un profit optimal du traitement aux antirétroviraux, qui est essentiel pour prolonger la vie des personnes infectées par le VIH et prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
(4) il existe sur le marché une prolifération de régimes et de thérapies alimentaires non prouvées, exploitant les craintes, faisant naître de faux espoirs et aggravant encore l'appauvrissement des personnes infectées et affectées par le VIH et le SIDA ;
(5) des mesures exceptionnelles sont nécessaires pour préserver la santé et le bien-être de tous les enfants affectés et rendus vulnérables par le VIH/SIDA, les jeunes filles représentant un groupe particulièrement à risque ;
(6) la connaissance de l'état sérologique est importante pour les choix liés à la santé de la reproduction et d'alimentation des enfants.

Conclusions

4. Après avoir passé en revue les données scientifiques et discuté de l'expérience programmatique acquise en matière de nutrition et VIH/SIDA, nous *sommes arrivé aux conclusions suivantes :*

MACRONUTRIMENTS

- Les adultes et les enfants infectés par le VIH ont des besoins énergétiques plus élevés que les adultes et enfants non infectés. Ces besoins augmentent de 10 % chez les adultes et enfants infectés asymptomatiques, et de 20 % à 30 % chez les adultes à un stade plus avancé de la maladie. Chez les enfants infectés par le VIH souffrant d'une perte de poids, les besoins énergétiques sont accrus de 50 % à 100 %.
- Rien ne prouve que l'apport en protéines doive être augmenté pour les personnes infectées par le VIH au-delà de celui requis par un régime alimentaire équilibré conçu pour satisfaire les besoins énergétiques (12 % à 15 % de l'apport énergétique total).

hivaids_booklet_ R_CRA indd 62 5/9/08 10 33 58 AM

- La perte d'appétit et un apport alimentaire faible sont des causes importantes de la perte de poids associée à l'infection par le VIH. Des moyens efficaces d'améliorer l'apport alimentaire doivent être développés et documentés.

OLIGO-ÉLÉMENTS

5. Des carences en oligo-éléments sont fréquentes chez les adultes et les enfants infectés par le VIH.

- Les adultes et enfants infectés par le VIH doivent bénéficier d'apports en oligo-éléments conformes aux niveaux journaliers recommandés, grâce à une alimentation variée, à des aliments enrichis et si nécessaire, des compléments en oligo-éléments.
- Les recommandations de l'OMS sur la vitamine A, le zinc, le fer, l'acide folique et divers autres compléments en oligo-éléments restent valables.
- Les compléments en oligo-éléments ne peuvent remplacer un traitement complet contre le VIH, notamment la thérapie par les antirétroviraux.
- Des études complémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les relations entre la supplémentation en oligo-éléments et ses bienfaits potentiels pour la santé des personnes infectées par le VIH.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

- La grossesse et l'allaitement n'accélèrent pas l'évolution de l'infection par le VIH vers le SIDA.
- Une alimentation optimale des femmes infectées par le VIH pendant la grossesse et l'allaitement augmente la prise de poids et améliore la grossesse et l'issue de celle-ci.
- Les femmes enceintes infectées par le VIH prennent moins de poids et présentent des carences plus fréquentes en oligo-éléments que les femmes enceintes non infectées.

CROISSANCE

- L'infection au VIH ralentit la croissance des enfants en bas âge. On observe souvent un mauvais début de croissance, avant même l'apparition des premiers symptômes d'une infection par le VIH. Une faible croissance est associée à un risque accru de mortalité.
- La charge virale, des diarrhées chroniques et des infections opportunistes ralentissent la croissance chez les enfants infectés par le VIH. La croissance et la survie des enfants infectés sont améliorées par l'utilisation prophylactique du cotrimoxazole, par la thérapie antirétrovirale, ainsi que par la prévention et le traitement précoces des infections opportunistes.
- L'amélioration de l'apport alimentaire est indispensable pour permettre aux enfants de reprendre du poids après une infection opportuniste.

ALIMENTATION DES NOURRISSONS ET DES JEUNES ENFANTS

- Pour les mères non infectées par le VIH et celles qui ignorent leur état sérologique, l'allaitement exclusif au sein pendant six mois est la pratique idéale, en raison de ses avantages en termes d'amélioration de la croissance, de développement et de réduction de l'incidence des infections infantiles. Une alimentation complémentaire saine et adéquate et un allaitement continu pendant 24 mois et plus sont recommandés.
- Le risque de transmission du VIH par le lait maternel est constant pendant toute la période d'allaitement ; il est le plus grand chez les femmes récemment infectées par le VIH ou à un stade déjà avancé de la maladie.
- L'allaitement exclusif au sein est moins associé à la transmission du VIH que l'allaitement mixte.
- L'OMS et l'UNICEF recommandent que les mères infectées par le VIH évitent l'allaitement au sein lorsqu'une alimentation de remplacement est acceptable, faisable, abordable financièrement, soutenable et sûre. Ces conditions ne sont toutefois pas faciles à réunir pour la plupart des mères de la région.
- La sécurité alimentaire du nourrisson peut être améliorée avec un soutien approprié, mais les systèmes de santé et les communautés ne fournissent pas ce soutien.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 63 5/9/08 10 33 58 AM

- L'arrêt précoce de l'allaitement est recommandé pour les mères infectées par le VIH et leurs nourrissons. L'âge auquel il faut arrêter l'allaitement dépend de la situation individuelle des mères et de leurs enfants. Les conséquences de l'arrêt précoce sur la transmission, la mortalité, la croissance et le développement doivent d'urgence être étudiées. Il faut immédiatement rechercher des moyens appropriés de satisfaire les besoins nutritionnels des nourrissons et jeunes enfants qui ne sont plus allaités au sein.

INTERACTIONS ENTRE NUTRITION ET THÉRAPIE AUX ANTIRÉTROVIRAUX

- Les avantages de la thérapie aux antirétroviraux pour la durée de vie sont clairement établis. Pour en profiter pleinement, un apport alimentaire approprié est essentiel.
- L'évaluation alimentaire et nutritionnelle est une partie essentielle du traitement complet du VIH, avant et pendant le traitement aux antirétroviraux.
- L'utilisation prolongée d'agents antirétroviraux peut s'accompagner de complications métaboliques (maladies cardiovasculaires, diabète et problèmes osseux, par exemple). Bien que la valeur de la thérapie aux antirétroviraux l'emporte largement sur les risques, les complications métaboliques doivent être gérées de façon appropriée. Le défi est de savoir comment appliquer au mieux en Afrique l'expérience clinique étendue en matière de gestion de ces troubles du métabolisme, chez les adultes et les enfants infectés par le VIH.
- Les interactions entre les conditions d'alimentation et le traitement aux antirétroviraux, chez les populations atteintes de malnutrition chronique, les enfants atteints de malnutrition sévère et les femmes enceintes ou allaitantes, doivent être étudiées.
- Les effets des remèdes traditionnels et des compléments alimentaires sur la sécurité et l'efficacité des agents antirétroviraux doivent encore être mesurés.

Actions recommandées

6. Sur la base des conclusions scientifiques précitées, nous *demandons urgemment* à toutes les parties concernées de faire de la nutrition une partie intégrante de leur riposte au VIH/SIDA. *Nous faisons les recommandations suivantes* pour une mise en œuvre à tous les niveaux :

(1) RENFORCER L'ENGAGEMENT POLITIQUE ET AMÉLIORER LA PLACE DE LA NUTRITION DANS LES POLITIQUES ET PROGRAMMES NATIONAUX

- Utiliser les outils de promotion existants et en développer de nouveaux, pour sensibiliser les décideurs à l'urgence du problème, aux conséquences qu'aurait sur les cibles de développement, le fait de négliger le rôle de la nutrition, le refus de l'inclure dans les soins d'ensemble et les programmes d'appui, et le rejet d'une opportunité d'améliorer les soins.
- Promouvoir une augmentation des ressources allouées et le soutien à l'amélioration de la nutrition en général, et prendre en charge les besoins nutritionnels des populations touchées et infectées par le VIH.
- Donner la priorité aux besoins des enfants affectés et rendus vulnérables par le VIH/SIDA.
- Clarifier et améliorer la collaboration et la coordination plurisectorielles entre les secteurs de l'agriculture, de la santé, des services sociaux, de l'éducation et de la nutrition.

(2) DÉVELOPPER DES OUTILS PRATIQUES ET DES DIRECTIVES POUR L'ÉVALUATION NUTRITIONNELLE DANS LES PROGRAMMES DESTINÉS AUX MÉNAGES, COMMUNAUTÉS, CENTRES DE SANTÉ ET SITUATIONS D'URGENCE

- Valider des outils simples pour évaluer le régime alimentaire et l'utilisation de compléments, ainsi que les thérapies traditionnelles et les médecines parallèles, l'état nutritionnel et la sécurité alimentaire, de façon que le soutien nutritionnel apporté par les programmes de lutte contre le VIH corresponde aux besoins individuels.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 64 5/9/08 10 33 58 AM

- Elaborer des directives standard et spécifiques pour les soins nutritionnels des personnes et la mise en œuvre de programmes au niveau des installations de santé et des communautés.
- Revoir et mettre à jour les directives existantes pour y inclure des considérations sur la nutrition et le VIH (par exemple, sur la gestion intégrée des maladies des adolescents et des adultes, le traitement aux antirétroviraux et la nutrition en situation d'urgence).

(3) ETENDRE LES INTERVENTIONS EXISTANTES POUR AMÉLIORER LA NUTRITION DANS LE CONTEXTE DU VIH

- Accélérer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation des nourrissons et jeunes enfants.
- Renouveler le soutien à l'initiative *Baby-friendly Hospital* (Hôpitaux amis des bébés).
- Accélérer l'enrichissement des aliments de base en oligo-éléments essentiels.
- Mettre en œuvre les protocoles de l'OMS pour la vitamine A, le fer, l'acide folique et la supplémentation en divers oligo-éléments, ainsi que sur la gestion de la malnutrition grave.
- Intensifier la formation aux directives et outils correspondants et leur utilisation pour le conseil sur l'alimentation des enfants et la nutrition maternelle dans les programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- Etendre l'accès au conseil et au dépistage du VIH, de façon que les personnes puissent prendre des décisions éclairées et recevoir des avis approprié et un appui à la nutrition, y compris dans les situations d'urgence.

(4) MENER DES RECHERCHES OPÉRATIONNELLES ET CLINIQUES SYSTÉMATIQUES POUR SOUTENIR LES PROGRAMMES BASÉS SUR DES RÉSULTATS CLINIQUES

- Développer et réaliser des recherches opérationnelles et cliniques pour identifier des interventions et stratégies efficaces visant à améliorer la nutrition des adultes et enfants infectés et affectés par le VIH.
- Documenter et publier les résultats et garantir à tous les niveaux l'accès aux enseignements tirés.
- Encourager les revues scientifiques à donner davantage d'opportunités à la publication des recherches opérationnelles et des résultats de l'utilisation des bonnes pratiques.

(5) RENFORCER, DÉVELOPPER ET PROTÉGER LES CAPACITÉS ET LES COMPÉTENCES HUMAINES.

- Prévoir un financement pour le développement des capacités nutritionnelles dans les plans étendus de traitement et de soins aux personnes vivant avec le VIH et celles affectées par le VIH/SIDA.
- Intégrer la nutrition dans la formation, notamment la formation préalable des prestataires de soins de santé communautaires et à domicile, incluant le développement de compétences particulières telles que l'évaluation nutritionnelle et le conseil, ainsi que le suivi et évaluation des programmes. Cette formation ne doit pas servir des intérêts commerciaux particuliers.
- Renforcer la capacité des gouvernements et de la société civile à développer et contrôler la règlementation pour empêcher la commercialisation de régimes alimentaires, remèdes et thérapies non testés destinés aux adultes et enfants infectés par le VIH.
- Améliorer les conditions de travail et de couverture sociale des agents de la santé, en particulier les diététiciens et nutritionnistes, pour encourager la prestation des services de nutrition.
- Identifier et utiliser l'expertise locale pour améliorer la réponse aux situations d'urgence.

(6) INTÉGRER LES INDICATEURS DE NUTRITION DANS LES PLANS DE SUIVI ET ÉVALUATION VIH/SIDA

- Inclure les indicateurs appropriés pour mesurer les progrès accomplis en direction de l'intégration de la nutrition dans les programmes de lutte contre le VIH, et l'impact des interventions nutritionnelles, publier les résultats de la surveillance clinique et communautaire et signaler les progrès accomplis au niveau national, régional et international.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 65 5/9/08 10 33 59 AM

GLOSSAIRE

ADHÉSION : Conformité à un schéma de traitement impliquant de prendre des médicaments correctement et en temps voulu. Cela inclut la participation active du patient à ses propres soins de santé, le fait de faire appel à un avis médical, de respecter les rendez-vous, de suivre les conseils d'hygiène de vie ainsi que les recommandations de posologie.

CALIMENT ENRICHI : Aliment auquel des éléments nutritifs ont été ajoutés dans le but d'assurer leur équivalence nutritionnelle en tant que substituts alimentaires.

ANÉMIE : Nombre de globules rouges plus bas que la normale.

ANKYLOSTOME : Ver rond parasite suceur de sang qui s'accroche à la paroi intestinale par des crochets buccaux.

ANOREXIE : Manque ou perte d'appétit entraînant une chute de poids significative.

ANTICORPS : Protéine fabriquée par les lymphocytes (type de globules blancs) pour neutraliser un antigène ou une protéine étrangère. Les bactéries, virus et autres micro-organismes contiennent couramment un grand nombre d'antigènes.

ANTIVIRAL : Substance ou processus qui détruit un virus ou stoppe sa réplication (c.-à-d. sa reproduction).

ART : Traitement antirétroviral.

ARV : Voir médicaments antirétroviraux

ASYMPTOMATIQUE : Sans symptômes. Habituellement utilisé dans la littérature sur le VIH/SIDA pour décrire une personne dont l'organisme réagit de façon positive à différents tests de dépistage des anticorps au VIH mais ne montre aucun signe clinique de la maladie.

BIO-DISPONIBILITE : Degré auquel un médicament oral est absorbé par le système digestif et passe dans la circulation sanguine pour accéder au site où il doit agir.

CANDIDA : Champignon du type levure présent dans la flore normale de la bouche, de la peau, des intestins et du vagin, qui peut devenir cliniquement infectieux chez les personnes immunodéprimées.

CANDIDOSE : Infection due à un champignon du type levure de la famille du Candida, généralement le *Candida albicans*. La candidose de l'œsophage, de la trachée, des bronches, ou des poumons est un indicateur du SIDA. Une candidose orale ou vaginale récurrente est un signe de détérioration du système immunitaire.

CELLULES CD4 (T4) ou CD4+ : Type de cellules T impliquées dans la protection contre les infections virales, fungiques et aux microorganismes. Ces cellules organisent normalement la réponse immunitaire, en incitant les autres cellules du système immunitaire à remplir leur fonction particulière. Connues également sous le nom de lymphocytes T auxiliaires. Les cibles préférées du VIH sont des cellules dotées à leur surface d'une molécule d'amarrage appelée « *cluster of differentiation* (marqueur de différentiation) 4 », plus connue sous l'acronyme CD4. Les cellules présentant cette molécule sont connues sous le nom de cellules CD4 positives (ou CD4+). La destruction des lymphocytes CD4+ est la cause majeure de la déficience immunitaire observée dans le SIDA et la baisse du niveau des lymphocytes CD4+ semble être le meilleur indicateur du développement d'infections opportunistes. Même lorsque le nombre des cellules CD4 chute

hivaids_booklet_ R_CRA indd 66 5/9/08 10 33 59 AM

au cours de la maladie engendrée par le VIH, le total des cellules T demeure relativement stable, du fait de l'augmentation concomitante des cellules de type CD8. Le rapport entre les cellules CD4 et CD8 est donc une mesure importante de la progression de la maladie.

CHARGE VIRALE DU VIH : Voir Test de charge virale.

CHARGE VIRALE : Quantité de VIH présente dans la circulation sanguine. Il est important de contrôler la charge virale d'une personne à cause de la relation de cause à effet entre la quantité de virus dans le sang et la gravité de la maladie : les patients les plus malades ont généralement plus de virus dans le sang que ceux dont la maladie est moins avancée. Un nouveau test, rapide et très sensible – mesurant la teneur de la charge virale pour l'infection par le VIH-1 – peut être utilisé pour suivre la charge virale du VIH. Cette procédure peut aider les cliniciens à décider quand appliquer une thérapie anti-VIH ou changer de médicaments. Cela peut aussi aider les chercheurs à déterminer plus rapidement si les thérapies expérimentales fonctionnent.

COINFECTION : Infection simultanée par le VIH/SIDA et une autre maladie, habituellement une hépatite.

DIABETE SUCRÉ (DM) : Défaillance du métabolisme des hydrates de carbone caractérisée par une concentration élevée du glucose dans le sang (glycémie) et dans les urines, résultant d'une production ou d'une utilisation inadéquate de l'insuline. L'insuline est l'hormone qui permet au glucose de quitter la circulation sanguine pour pénétrer dans les cellules du corps où il est utilisé pour générer de l'énergie ou la stoker en vue d'une utilisation ultérieure. Le diabète sucré peut entraîner des complications à long terme qui incluent le développement de neuropathies (inflammation et destruction des nerfs), de rétinopathie (dommage non inflammatoire de l'œil), de néphropathie (inflammation ou désordre rénaux), un changement général et dégénératif des grands et petits vaisseaux sanguins, ainsi qu'une augmentation significative des infections.

DIARRHEE : Relâchements incontrôlés et fréquents des intestins provoqués par l'alimentation, une infection, un médicament, une irritation ou une inflammation des intestins. Une diarrhée sévère et prolongée peut entraîner une perte de poids et une malnutrition. La perte excessive de fluides qui peut intervenir en cas de diarrhée liée au SIDA peut mettre la vie en danger. Il y a beaucoup de causes possibles de diarrhées chez les personnes atteintes du SIDA. Les bactéries et parasites qui sont la cause des symptômes diarrhéiques chez les personnes en bonne santé peuvent entraîner des conséquences plus graves, plus longues ou des diarrhées récurrentes chez les personnes atteintes du VIH ou du SIDA.

DISPARITION DE LA MOELLE OSSEUSE : Effet secondaire de nombreux médicaments anticancéreux et antiviraux, y compris l'AZT. Entraîne une diminution des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes. Cette diminution des cellules sanguines entraîne à son tout l'anémie, des infections bactériennes et des saignements spontanés et excessifs.

FIÈVRE : Elévation de la température du corps au-dessus de la normale (soit 98° Fahrenheit ou 37° Celsius).

FLUIDES CORPORELS : Tous fluides du corps humain, tels que le sang, l'urine, la salive (bave), les expectorations, les larmes, le sperme, le lait maternel, ou les sécrétions vaginales. Seuls le sang, le sperme, le lait maternel et les sécrétions vaginales ont été directement liés à la transmission du VIH.

HÉPATITE : Inflammation du foie qui peut avoir différentes causes, notamment les virus et les toxines. L'hépatite se caractérise par une jaunisse, une hypertrophie du foie, de la fatigue et des tests mettant en évidence un dysfonctionnement du foie.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 67 5/9/08 10 33 59 AM

IMMUNODÉFIENCE : Panne ou incapacité de fonctionnement de certaines parties du système immunitaire, qui fragilise une personne et la rend susceptible de développer une maladie à laquelle elle ne serait pas sensible normalement.

INDICE DE MASSE CORPORELLE (IMC) : Mesure de la masse graisseuse basée sur la taille et le poids, qui s'applique aussi bien aux hommes qu'aux femmes adultes.

INFECTION OPPORTUNISTE : Maladie provoquée par des divers organismes, dont certains, ne causent habituellement aucune maladie chez les personnes dont le système immunitaire fonctionne normalement. Les personnes atteintes d'une forme avancée d'infection par le VIH souffrent d'infections opportunistes des poumons, du cerveau, des yeux, et d'autres organes. Les infections opportunistes communément diagnostiquées chez les personnes atteintes du SIDA incluent la pneumonie pneumocystis carinii, le sarcome de Kaposi, la cryptosporidiose, l'histoplasmose, d'autres infections dues à des parasites, virus ou champignons, ainsi que certaines formes de cancers.

INFECTION PAR LE VIH : Dans la phase initiale de l'infection par le VIH, quand le virus entre en contact avec la surface d'une muqueuse et trouve des cellules T, le premier endroit où il y a une production massive du virus est le tissu lymphoïde. Celle-ci conduit à une flambée de la virémie avec une large diffusion du virus vers les organes lymphoïdes. La réponse immunitaire visant à supprimer le virus, qui en résulte, n'est que partiellement efficace et quelques virus en réchappent. Finalement, cela a pour conséquence un renouvellement très élevé du virus entraînant la destruction du système immunitaire. L'infection par le VIH est donc caractérisée par une détérioration graduelle des fonctions immunitaires. Pendant le cours de l'infection, les cellules immunitaires cruciales, appelées cellules CD4+T, sont amoindries ou tuées et leur nombre diminue progressivement.

INFECTION SECONDAIRE : Infection qui apparaît durant ou après le traitement d'une infection principale. Elle peut résulter du traitement lui-même ou d'une altération du système immunitaire.

INFECTION : Etat ou condition du corps (ou d'une partie du corps) lorsqu'il est envahi par un agent infectieux (c.-à-d. une bactérie, un champignon ou un virus) qui prolifère et produit un effet nuisible (infection active). En ce qui concerne le VIH : l'infection commence généralement quand le VIH rencontre une cellule CD4+. La protéine gp 120 de la surface du VIH s'encre à la molécule CD4 de la surface de la cellule. Les membranes du virus et de la cellule fusionnent – un processus régi par la gp41, une autre protéine de surface. Le noyau viral, contenant l'ARN du VIH, des protéines et des enzymes, est alors transféré dans la cellule.

INHIBITEUR DE PROTÉASE (IP) : Substance antivirale inhibant la protéase du virus, évitant ainsi la multiplication de celui-ci. Ces médicaments empêchent la protéase de briser les longues fibres de protéine virale pour produire les protéines actives, plus petites, de VIH plus petites qui incluent le virion. Si elles ne sont pas brisées, les grandes protéines du VIH ne peuvent pas se réassembler en nouvelles cellules de VIH fonctionnelles.

INHIBITEUR NON NUCLÉOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (INNTI) : Groupe de composants structurellement diversifiés liés au site catalytique de la transcriptase inverse du VIH-1. Ils sont très spécifiques. Contrairement aux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, les INNTI n'ont aucune efficacité contre le VIH-2. En tant qu'inhibiteurs non compétitifs de la transcriptase inverse, leur activité antivirale s'ajoute ou agit en synergie avec la plupart des autres antiviraux. Cependant, les interactions médicamenteuses peuvent nécessiter un ajustement du dosage avec des inhibiteurs de protéase.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 68 5/9/08 10 33 59 AM

INHIBITEUR NUCLEOSIDIQUE DE LA TRANSCRIPTASE INVERSE (INTI) : Médicament antirétroviral analogue nucléosidique dont la structure chimique constitue une version modifiée d'un nucléoside naturel. Ces composés neutralisent la réplication des rétrovirus en interférant avec l'enzyme de la transcriptase inverse. L'analogue nucléosidique entraîne l'arrêt prématuré de la chaîne ADN du provirus (précurseur viral). Tous les INTI exigent une phosphorylation de la cellule hôte avant leur incorporation à l'ADN viral.

INSUFFISANCE DE POIDS À LA NAISSANCE : Poids à la naissance inférieur à 2,5 kg. Etroitement lié à la santé de la mère et à son alimentation avant et pendant la grossesse. Plus le poids à la naissance est faible, plus le nourrisson est vulnérable aux infections et autres problèmes de santé, et plus grands sont les risques de maladie et de décès.

INTERACTION ENTRE ALIMENTS ET MEDICAMENTS : A lieu lorsque l'alimentation affecte les composants d'un médicament l'empêchant ainsi d'obtenir les effets normalement escomptés. Certains aliments peuvent altérer le métabolisme de certains médicaments en se combinant à leurs ingrédients, réduisant ainsi leur assimilation ou accélérant leur élimination. Prendre des médicaments en même temps que des aliments peut interférer dans leur absorption au niveau de l'estomac ou des intestins.

INTERACTION MEDICAMENTEUSE : Modification des effets d'un médicament lorsque celui-ci est administré avec un autre médicament. L'effet peut être l'augmentation ou la diminution de l'action de l'une ou de l'autre substance, ou peut être un effet contraire qui n'est normalement associé à aucun des deux médicaments.

INTÉRACTION : Voir INTERACTION MEDICAMENTEUSE

LÉSION : Terme général décrivant une zone détériorée d'un tissu (exemple : le siège de l'infection ou l'endroit irrité dans une maladie de la peau). Des lésions des mamelons risquent d'accroître les chances de transmission de l'infection par le VIH, de la mère à l'enfant, au cours de l'allaitement.

LIPIDE : Groupe rassemblant des graisses et composants similaires, y compris les stérols, les acides gras et bien d'autres substances.

LIPODYSTROPHIE : Anomalie du fonctionnement, de l'utilisation et de la distribution des graisses par le corps. Aussi appelée bosse de bison, brioche de protéase or bedaine de Crixivan. Dans l'infection par le VIH, la lipodystrophie se rapporte à un groupe de symptômes qui semblent liés à l'utilisation de l'inhibiteur de la protéase et aux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (INTI). On ignore encore comment ces substances peuvent engendrer ou déclencher une lipodystrophie. Les symptômes de la lipodystrophie incluent une disparition de la fine couche de tissu adipeux sous-cutanée, rendant les veines très apparentes ; une fonte du visage et des membres ; et l'accumulation de graisse sur l'abdomen (sous la peau et dans la cavité abdominale) ou entre les omoplates. Les femmes peuvent également voir leurs hanches rétrécir et leurs seins grossir. L'hyperlipidémie et la résistance à l'insuline sont fréquemment associées à la lipodystrophie. Egalement appelée syndrome de lipodystrophie ou pseudo syndrome de Cushing.

MALADIE SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE (MST) : Egalement appelée maladie vénérienne (MV) (ancien terme de la santé publique) ou infection sexuellement transmise (IST). Infections qui résultent du transfert d'organismes d'une personne à une autre au cours d'un contact sexuel. En plus des MST « traditionnelles » (syphilis et gonorrhée), le spectre des MST inclut l'infection par le VIH qui cause le SIDA ; l'infection par le *Chlamydia trachomatis* ; l'infection par le papillomavirus humain (PVH) ; l'herpès génital ; le chancre ; le mycoplasme génital ; l'hépatite B ; la trichomonase ; l'infection entérique ; les maladies ectoparasitaires (c.-à-d. les maladies causées par des organismes vivant à l'extérieur du corps de l'hôte).

hivaids_booklet_ R_CRA indd 69 5/9/08 10 33 59 AM

La complexité et l'étendue des MST ont considérablement augmenté depuis les années 1980 ; plus de 20 micro-organismes et syndromes ont été identifiés comme appartenant à cette catégorie.

MALARIA : Maladie infectieuse provoquée par des parasites sporozoaires transmis par la piqure des moustiques Anophèles. Caractérisée par des frissons et accès de fièvre violents.

MASTITE ou MAMMITE : Infection des tissus mammaires. Elle n'affecte habituellement que les femmes qui allaitent. Les mamelons inaccoutumés à la succion vigoureuse du nourrisson peuvent être endoloris et présenter des crevasses. Ces fines coupures offrent de petites ouvertures par lesquelles les bactéries peuvent pénétrer. Le lait, qui contient beaucoup de sucre, constitue pour celles-ci une excellente source de nutrition. Dans ces conditions favorables, les bactéries se multiplient facilement jusqu'à ce qu'elles soient suffisamment fortes pour provoquer une infection dans les seins. La mammite survient habituellement plus de deux à quatre semaines post-partum. La mastite au cours de l'allaitement peut augmenter les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX (ARV) : Substances utilisées pour tuer ou empêcher la multiplication de rétrovirus tels que le VIH.

MELANGE MAIS-SOJA (CSB – *CORN-SOY BLEND*) : Nourriture naturelle et équilibrée composée d'un mélange de 69,5 % de farine de maïs, 21 % de farine de soja, 3 % de minéraux et vitamines antioxydants et 5,5 % d'huile de soja. Ce mélange très nourrissant est précuit pour en faciliter l'utilisation.

MÉTABOLISME : Ensemble des réactions chimiques des cellules vivantes, qui permettent la production d'énergie pour les processus vitaux et les activités de l'organisme, ainsi que l'assimilation de nouveau matériel.

MOELLE OSSEUSE : Tissu mou situé dans les cavités osseuses et où se forment les cellules sanguines telles que les érythrocytes, les leucocytes, et les plaquettes.

MORBIDITE : Etat de maladie ; également, incidence d'une maladie ou sa gravité.

MYCOSE : Voir Candidose.

NAUSÉE : Mal-être et inconfort de l'estomac avec dégoût de la nourriture, précédent un besoin urgent de vomir.

OSTÉOPOROSE : Diminution de la densité osseuse entraînant une fragilité excessive du squelette et la friabilité des os. Des infections, blessures et synovites (inflammation de la membrane synoviale qui entoure les articulations), de même qu'une exposition prolongée à la microgravité peuvent provoquer l'ostéoporose.

PALLIATIF : Traitement qui procure un soulagement symptomatique de la maladie mais qui ne la soigne pas.

PNEUMONIE (*PNEUMONIE À PNEUMOCYSTIS CARINII*) : Infection des poumons causée par le *Pneumocystis carinii*, qui est, croit-on, un protozoaire mais pourrait est plus proche d'un champignon. Le *Pneumocystis carinii* se développe rapidement dans les poumons des personnes ayant développé le SIDA et est une cause fréquente de mort liée au SIDA. L'infection par le *Pneumocystis carinii* peut survenir à d'autres endroits du corps (peau, yeux, rate, foie, ou cœur).

hivaids_booklet_ R_CRA indd 70 5/9/08 10 33 59 AM

PROTÉASE : Enzyme qui décompose les protéines en leurs composants peptidiques. Celui du VIH réduit les longues fibres de la protéine virale en protéines séparées constituant le noyau viral. L'enzyme agit alors que de nouvelles particules du virus font bourgeonner la membrane cellulaire. La protéase est la première protéine du VIH dont la structure tridimensionnelle a été identifiée.

RÉPLICATION VIRALE : Comporte généralement six étapes : l'absorption (l'amarrage à la cellule hôte), la pénétration, le désenrobage, la réplication du génome (synthèse virale), la maturation et la libération.

RESISTANCE : Réduction de la sensibilité d'un organisme pathogène à une substance particulière. On pense que la résistance résulte habituellement d'une mutation génétique. Dans le cas du VIH, de telles mutations peuvent changer la structure des enzymes et des protéines virales, rendant alors moins efficace la substance antivirale. La « résistance génotypique » est une stratégie thérapeutique permettant de découvrir et contourner les mutations génétiques rendant un médicament inefficace. La « résistance phénotypique » est la capacité du virus à continuer à se multiplier dans des cellules malgré l'addition de l'antiviral au milieu de culture.

RÉTROVIRUS : Type de virus qui, lorsqu'il n'infecte pas une cellule, conserve ses informations génétiques dans un brin d'ARN monocaténaire au lieu d'un brin d'ARN normal constitué de deux brins. Le VIH est un exemple de rétrovirus. Lorsqu'un rétrovirus pénètre une cellule, il construit une nouvelle version ADN de ses gènes en utilisant un enzyme spécial appelé « transcriptase inverse ». Cet ADN devient alors partie intégrante du matériel génétique de la cellule.

SECURITE ALIMENTAIRE : Quand tout le monde peut, à tout moment, accéder physiquement et de façon économique à suffisamment de nourriture pour subvenir à ses besoins alimentaires en vue d'une vie saine et productive. Pour que la sécurité alimentaire des ménages et des individus soit assurée, ceux-ci doivent disposer de nourriture, d'un accès à la nourriture et de la capacité d'en tirer profit une fois qu'elle est consommée.

SÉROCONVERSION : Apparition d'anticorps spécifiques à un antigène donné. Lorsqu'une personne développe des anticorps du VIH, elle passe de séronégative à séropositive. L'apparition des anticorps peut prendre entre une semaine et plusieurs mois ou plus après la contamination par le VIH. Quand les anticorps du VIH apparaissent dans le sang, le test de dépistage devrait être positif.

SIDA : Voir Syndrome d'immunodéficience acquise.

SOINS PALLIATIFS : Approche des maladies chroniques qui mettent la vie en danger, plus spécifiquement en fin de vie. Les soins palliatifs combinent des thérapies actives et d'autres qui contribuent au confort et au soutien des patients et de leurs familles qui sont confrontés à une maladie en fin de vie. Les soins palliatifs s'attachent à satisfaire les besoins physiques en soulageant la douleur et en maintenant une qualité de vie tout en mettant l'accent sur les droits du patient et de sa famille à participer à des discussions d'information et à faire des choix. Cette approche centrée sur le parient et sa famille utilise les compétences pluridisciplinaires des membres d'une équipe pour fournir un large continuum de soins incluant les besoins émotionnels et spirituels.

SUBTITUT DE LAIT MATERNEL : Nourriture vendue ou présentée en remplacement total ou partiel du lait maternel, qu'elle soit appropriée ou non à cet usage.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 71 5/9/08 10 33 59 AM

SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE (SIDA) : Manifestation la plus grave de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC) énumère de nombreuses infections opportunistes et cancers qui, en présence d'une infection par le VIH, constituent un diagnostic de SIDA. En 1993, le CDC a élargi les critères de diagnostic du SIDA pour les adultes et les adolescents, pour y inclure un nombre de cellules CD4+T inférieur ou égal à 200 cellules par microlitre en présence d'une infection par le VIH. Chez les personnes (de 5 ans et au-delà) dont le système immunitaire fonctionne normalement, le nombre de cellules CD4+T est habituellement compris entre 500 et 1 500 cellules par microlitre. Les personnes atteintes du SIDA présentent souvent des infections des poumons, du cerveau, des yeux et d'autres organes, et souffrent fréquemment d'une perte de poids invalidante, de diarrhée ainsi que d'un type de cancer appelé Sarcome de Kaposi.

SYNDROME DE CACHEXIE : Voir à SIDA Syndrome de cachexie

SYNDROME DE MALABSORPTION : Absorption intestinale réduite causant une perte d'appétit, des douleurs musculaires et une perte de poids. Voir Syndrome de fonte liée au SIDA.

TEST DE CHARGE VIRALE : Dans le cadre du VIH : Test qui mesure la quantité d'ARN du VIH dans le sang. Les résultats sont exprimés en nombre de copies par millilitre de plasma sanguin. Les recherches effectuées indiquent que la charge virale est un moyen plus sûr de déterminer la progression de la maladie que le nombre de cellules CD4. Plus la charge virale est basse, plus le diagnostic du SIDA sera repoussé et plus longue sera la période de survie d'un individu. Le test de charge virale dans les infections par le VIH est utilisé pour définir et/ou modifier la thérapie.

THERAPIE COMBINEE : Administration simultanée de deux médicaments ou plus pour obtenir un résultat optimal contre une infection par le VIH et/ou le SIDA. Il a été prouvé que cette combinaison thérapeutique est plus efficace pour lutter contre un virus qu'une monothérapie (utilisation d'un seul médicament). Une thérapie combinée peut par exemple utiliser deux analogues nucléosidiques avec soit un inhibiteur de la protéase, soit un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI).

TRANSMISSION : Dans le contexte d'une infection par le VIH : le VIH est le plus généralement transmis par le biais d'un contact sexuel avec un partenaire infecté. Le virus peut pénétrer dans le corps par la muqueuse du vagin, de la vulve, du pénis, du rectum ou, rarement, de la bouche, au cours de l'acte sexuel. La probabilité de transmission est accrue par l'existence de lésions de ces muqueuses, spécialement dans le cas d'autres maladies sexuellement transmissibles qui provoquent des inflammations ou des ulcérations. Le VIH est également transmissible par le contact avec du sang infecté, le plus souvent par le partage de seringues et d'aiguilles contenant d'infimes quantités de sang contaminé. Les enfants peuvent contracter le VIH parle le biais de leur mère au cours de la grossesse, au moment de l'accouchement, ou après la naissance, à travers l'allaitement maternel. Dans les pays développés, le VIH est rarement transmis par une transfusion de sanguine ou de sérum sanguin en raison des mesures de contrôle qui sont appliquées.

TRITHÉRAPIE : Combinaison de trois substances : éfavirenz, lamiduvine et zidovudine (AZT).

hivaids_booklet_ R_CRA indd 72 5/9/08 10 33 59 AM

TUBERCULOSE (TB) : Infection bactérienne causée par la *Mycobacterium Tuberculosis*. La bactérie de la TB est transmise par les postillons et microgouttelettes expulsées par les poumons quand une personne atteinte tousse, éternue ou parle. L'exposition à ces projections peut entraîner une infection des alvéoles pulmonaires. Les défenses immunitaires naturelles d'une personne en bonne santé empêchent habituellement la contamination des poumons au-delà d'une très petite partie. Si le système immunitaire est affaibli par une infection par le VIH, par l'âge, par la malnutrition ou par d'autres facteurs, alors la bactérie de la tuberculose peut se développer plus largement dans les poumons ou d'autres tissus. La tuberculose est de plus en plus fréquente chez les personnes séropositives. La plupart des cas de tuberculose concernent les poumons (tuberculose pulmonaire) mais la maladie peut aussi atteindre le larynx, les ganglions lymphatiques, le cerveau, les reins, ou les os (tuberculose extra pulmonaire). Les cas de tuberculose extra pulmonaire sont plus fréquents chez les personnes ayant contracté le VIH.

VIRUS DE L'IMMUNODÉFIENCE HUMAINE (VIH) : Rétrovirus isolé et reconnu comme étant l'agent étiologique (c.-à-d. qui cause ou contribue à la cause de la maladie) du SIDA. Le VIH est classé parmi les lentivirus dans un sous-groupe de rétrovirus. Le matériel génétique d'un rétrovirus tel que le VIH est l'ARN lui-même. Le VIH insère son propre ARN dans l'ADN de la cellule hôte, empêchant celle-ci d'accomplir ses fonctions naturelles et la transformant en usine de VIH.

Source: FANTA 2004.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 73 5/9/08 10 33 59 AM

RÉFÉRENCES

Au J.T., K. Kayitenkore, E. Shutes, E. Karita, P.J. Peters, A. Tichacek, S.A. Allen. 2006. *Access to adequate nutrition is a major potential obstacle to antiretroviral adherence among HIV-infected individuals in Rwanda.* AIDS 20 (16): 2116–2118.

Castleman, T., E. Seumo-Fosso et B. Cogill. 2004. *Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings*. FANTA Technical Note No. 7. Washington D.C.: Academy for Educational Development.

Dowling, S., F. Mulcahy, et M.J. Gibney. 1990. *Nutrition in the Management of HIV Antibody Positive Patients: A longitudinal study on dietetic out-patient advice.* Eur J Clin Nutr. 44 (11): 823–829.

Egge, K. et S. Strasser. 2005. *Measuring the Impact of Targeted Food Assistance on HIV/AIDS-Related Beneficiary Groups: Monitoring and Evaluation Indicators*. Gauteng, South Africa: Consortium for Southern Africa Food Security Emergency (C-SAFE).

Projet FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance — Assistance technique pour l'alimentation et la nutrition) et Programme alimentaire mondial (PAM) 2007. *Food Assistance Programming in the Context of HIV.* Washington, D.C.: Academy for Educational Development.

Projet FANTA (Food and Nutrition Technical Assistance — Assistance technique pour l'alimentation et la nutrition). 2004. *HIV/AIDS: A Guide for Nutritional Care and Support.* 2ème édition. Washington D.C.: Academy for Educational Development.

FAO (Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture) et OMS (Organisation mondiale de la santé). 2002. *Living Well with HIV/AIDS: A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS*. Rome, Italie: Organisation des Nations unies pour unies pour l'alimentation et l'agriculture.

Fields-Gardner, C. et P. Fergusson. 2004. *Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: Nutrition intervention in the care of persons with human immunodeficiency virus infection.* J Am Diet Assoc. 104 (9): 1425–1441.

Gillespie, S. et S. Kadiyala. 2005. *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action.* Food Policy Review 7. Washington D.C.: International Food Policy Research Institute.

Gillespie, S. (ed) 2006. *AIDS, Poverty and Hunger: Challenges and Responses. Highlights of the International Conference on HIV/AIDS and Food and Nutrition Security, Durban, South Africa, 14–16 April 2005*. Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.

Grant, F. 2006. *Nutrition Interventions for PLWHAs and the Use of Ready-to-Use Therapeutic Foods.* Présentation au projet FANTA, Academy for Educational Development, Washington, D.C.

Greenaway, K., K. Greenblott, et C. Hagens. 2004. *Targeted Food Assistance in the Context of HIV/AIDS.* Gauteng, Afrique du Sud: Consortium for Southern Africa Food Security Emergency (C-SAFE) Learning Center.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 74 5/9/08 10 33 59 AM

Haddad, L et S. Gillespie. 2001. *Effective Food and Nutrition Policy Responses to HIV/AIDS: What We Know and What We Need to Know.* J. Int. Dev. 13 (4): 487–511.

IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2004. *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings.* Genève, Suisse: Inter-Agency Standing Committee.

IFPRI (International Food Policy Research Institute). 2005. *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action. An International Conference, Durban, South Africa, April 14–16, 2005.* Washington, D.C.: International Food Policy Research Institute.

IFE (Infant and Young Child Feeding in Emergencies) Core Group. 2004. *Infant Feeding in Emergencies Module 2 Version 1.0 for health and nutrition workers in emergency situations.* Oxford, Angleterre: Emergency Nutrition Network (ENN).

IOM (Institute of Medicine) of the National Academies. 1990. *Nutrition During Pregnancy: Part I: Weight Gain, Part II: Nutrient Supplements.* Committee on Nutritional Status During Pregnancy and Lactation. Washington, D.C.: National Academy Press.

Jamison, D., R. Feachem, M. Makgoba, E. Bos, F. Baingana, K. Hofman, et K Rogo, eds. 2006. *Disease and Mortality in Sub-Saharan Africa.* 2ème édition. Washington D.C.: Banque mondiale.

Kayira, K., K. Greenaway, et K. Greenblott. 2004. *Food for Assets: Adapting Programming to an HIV/AIDS Context.* Gauteng, Afrique du Sud: Consortium for Southern Africa Food Security Emergency (C-SAFE) Learning Center.

LINKAGES. 2005. *Infant Feeding Options in the Context of HIV.* Washington, D.C.: Academy for Educational Development.

McKinley, M.J., J. Goodman-Block, M.L. Lesser, et A.D. Salbe. 1994. *Improved body weight as a result of nutrition intervention in adult HIV-positive outpatients.* J Am Diet Assoc. 94 (9): 1014–1017.

Megazzini, K., S. Washington, M. Sinkala, S. Lawson-Marriott, E. Stringer, D. Krebs, J. Levy, B. Chi, R. Cantrell, I. Zulu, L. Mulenga, J. Stringer. 2006. *A pilot randomized trial of nutritional supplementation in food insecure patients receiving antiretroviral therapy (ART) in Zambia.* XVIème Conférence internationale sur le SIDA, Toronto, Canada, Août 13-18-2006. Abstract MoAb0401.

Mshana G.H., J. Wamoyi, J. Busza, B. Zaba, J. Changalucha, S. Kaluvya, et M. Urassa. 2006. *Barriers to accessing antiretroviral therapy in Kisesa, Tanzania: a qualitative study of early rural referrals to the national program.* AIDS Patient Care STDS 20 (9): 649–657.

Pan American Health Organization (PAHO — Organisation panaméricaine de la santé) et OMS (Organisation mondiale de la santé). 2002. *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child.* Washington D.C.: Pan American Health Organization.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 75 5/9/08 10 34 00 AM

Paton, N.I., S. Sangeetha, A. Earnest, R. Bellamy. 2006. *The impact of malnutrition on survival and the CD4 count response in HIV-infected patients starting antiretroviral therapy.* HIV Medicine *7* (5): 323–330.

Piwoz, E. 2004. *Nutrition and HIV/AIDS: Evidence, Gaps and Priority Actions.* Washington D.C.: Academy for Educational Development.

Piwoz, E. 2004. *What are the Options? Using Formative Research to Adapt Global Recommendations on HIV and Infant Feeding to the Local Context.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

Rabeneck, L., A. Palmer, J.B. Knowles, R.J. Seidehamel, C.L. Harris, K.L. Merkel, J.M. Risser, et S.S. Akrabawi. 1998. *A Randomized Controlled Trial Evaluating Nutrition Counseling With or Without Oral Supplementation in Malnourished HIV-Infected Patients.* J Am Diet Assoc. 98 (4): 434–438.

Ouganda, République de. Ministère de la Santé. [2003]. *Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS in Uganda: Guidelines for Service Providers.* Kampala, Ouganda: Ministère de la Santé.

ONUSIDA (Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA), HCR (Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés), et PAM (Programme alimentaire mondial). 2006. *UNAIDS Best Practice Collection. The development of programme strategies for integration of HIV, food and nutrition activities in refugee settings.* Genève, Suisse: Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA.

HCR (Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés). 2006. *UNHCR Policy Related to the Acceptance, Distribution and Use of Milk Products in Refugee Settings.* Genève, Suisse: Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés.

HCR (Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés) et PAM (Programme alimentaire mondial). 2004. *Integration of HIV/AIDS Activities with Food and Nutrition Support in Refugee Settings: Specific Program Strategies.* . Genève, Suisse: Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés.

PAM (Programme alimentaire mondial). 2004. Getting Started: *WFP Support to the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Related Programmes.* Rome, Italie: Programme alimentaire mondial.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 1995. *Maternal Anthropometry and Pregnancy Outcomes: A WHO Collaborative Study. Bulletin de l'OMS* 73 (Suppl.): 1–98.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 1999. *Management of severe malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 76 5/9/08 10 34 00 AM

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2001. *New Data on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and their Policy Implications: Conclusions and Recommendations.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2003a. *Nutrient Requirements for People Living With HIV/AIDS: Report of a Technical Consultation.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2003b. *HIV and Infant Feeding: Framework for Priority Action.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2004. *Nutrition Counseling, Care and Support for HIV-Infected Women: Guidelines on HIV-related Care, Treatment and Support for HIV-Infected Women and their Children in Resource-Constrained Settings.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2005a. *Participants' Statement, WHO Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa: Evidence, Lessons, and Recommendations for Action. Durban, South Africa, April 10–13, 2005.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2005b. *The World Health Report: Make Every Mother and Child Count.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2005c. *Technical Updates of the Guidelines on Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): Evidence and Recommendations for Further Adaptations.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2005d. *Guiding Principles for Feeding Non-Breastfed Children 6–24 Months of Age.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2005e. *Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Illnesses with Limited Resources.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2006a. *Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents: Recommendations for a Public Health Approach.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2006b. *Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants: Towards Universal Access.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2006c. *Consensus Statement, WHO HIV and Infant Feeding Technical Consultation held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants.* Genève, octobre 25–27, 2006. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 77 5/9/08 10 34 00 AM

OMS (Organisation mondiale de la santé). 2007. *Guidelines for an Integrated Approach to the Nutritional Care of HIV-infected Children (6 months–14 years)*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé) and UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance). 2003. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé), UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance), et IVACG (International Vitamin A Consultative Group) Task Force. 1997. *Vitamin A supplements: a guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and xerophthalmia.* 2ème édition. Prepared by a WHO/UNICEF/IVACG Task Force. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé), UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance), UNFPA (United Nations Population Fund), and ONUSIDA (Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA). 2003a. *HIV and Infant Feeding: A Guide for Health-Care Manager and Supervisors.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé), UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance), UNFPA (United Nations Population Fund), and ONUSIDA (Programme commun des Nations unies sur le VIH/SIDA). 2003b. *HIV and Infant Feeding: Guidelines for Decision Makers.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

OMS (Organisation mondiale de la santé), UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance), and USAID (United States Agency for International Development – Agence des États-Unis pour le développement international). 2005. *HIV and Infant Feeding Counselling Tools: Reference Guide.* Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé.

World Bank. 2006. *Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large-Scale Action*. Washington D.C.: Banque mondiale.

Zambie. Ministère de la Santé. 2004. *Nutrition Guidelines for Care and Support of People Living with HIV/AIDS*. Lusaka, Zambie: Ministère de la Santé, Commission nationale sur l'alimentation et la nutrition.

Zachariah R., M. Fitzgerald, M. Massaquoi, O. Pasulani, L. Arnould, S. Makombe, et A.D. Harries. 2006. *Risk factors for high early mortality in patients on antiretroviral treatment in a rural district of Malawi.* AIDS 20 (18): 2355–2360.

hivaids_booklet_ R_CRA indd 78 5/9/08 10 34 00 AM

NOTES:

hivaids_booklet_ R_CRA indd 81 5/9/08 10 34 00 AM

THE WORLD BANK

1818 H Street NW
Washington DC 20433
USA

Telephone: 202-473-1000
Internet: www.worldbank.org
E-mail: feedback@worldbank.org

hivaids_booklet_FR_CRA.indd 82 5/9/08 10:34:00 AM