

grandir



N°27 avril-mai 2010



zoom

Evaluation de la malnutrition dans une cohorte d'enfants exposés au VIH sous Substituts du Lait Maternel (SLM) en Afrique de l'Ouest

Afin d'évaluer l'impact d'une activité d'appui nutritionnel financée par le programme Grandir, nous avons analysé l'évolution du poids des enfants bénéficiant de cette intervention. Ce travail a cherché à déterminer la prévalence de la malnutrition dans une cohorte de 88 nourrissons de moins d'un an exposés au VIH, alimentés par des Substituts du Lait Maternel (SLM) entre 0 et 12 mois et ayant bénéficié de farines lactées entre 7 et 12 mois (SLM et farines délivrés gratuitement par le biais du programme Grandir). Ces enfants étaient suivis dans un centre de prise en charge communautaire du VIH et l'étude s'est faite en « conditions réelles », à partir des données de suivi recueillies par les soignants entre le 1^{er} mars 2007 et le 5 décembre 2008 (il ne s'agissait donc pas d'une recherche-action ou d'une étude programmée avec un protocole préalablement défini).

L'analyse a été effectuée à partir de l'indice Poids/Âge (P/A). L'évolution longitudinale de l'indice P/A de trois sous-groupes d'enfants - les enfants inclus dans le programme dans leurs premières semaines de vie, ceux inclus au moment du sevrage, et ceux souffrant d'une malnutrition à l'inclusion - a également été observée. Un total de 473 mesures du P/A, correspondant à 520 distributions d'aliments a été analysé. Chaque mesure a été comparée aux normes OMS 2006. Une cohorte a été créée dans le logiciel Anthro de l'OMS et l'analyse a été complétée avec Excel.

Les principaux résultats de cette étude sont les suivants :

Situation des enfants lors de l'inclusion selon la tranche d'âge :

Enfants de 0-3 mois

23 enfants ont été inclus dans leur premier trimestre de vie, 21 ont bénéficié d'une pesée avant tout support alimentaire : 7 (33%) avaient un P/A <-3 DS ce qui correspondait soit à une malnutrition aigue sévère (MAS), soit à un retard de croissance intra utérin (RCIU) ou une prématurité; 3 (14%) avaient un P/A compris entre -3 et -2 DS, soit **47% qui présentaient un rapport P/A pathologique.**

Enfants de 3-6 mois

29 enfants ont été inclus dans leur 2^{ème} trimestre de vie, 27 ont bénéficié d'une pesée avant tout support alimentaire : 2 (7%) avaient un P/A <-3 DS (et même <-4 DS); 6 (22%) avaient un P/A compris entre -3 et -2 DS, soit **30% qui présentaient un P/A pathologique.** Cependant, la malnutrition sévère était nettement moins prévalente.

Enfants de 6 à 9 mois

32 enfants ont été inclus dans leur 3^{ème} trimestre de vie, 31 ont bénéficié d'une pesée avant tout support alimentaire : 5 (16%) avaient un P/A <-3 DS; 5 (16%) avaient un P/A <-2 DS, soit **32% qui présentaient un P/A pathologique.**

Enfant de plus de 9 mois

4 nourrissons ont été inclus entre 9 mois et 10 mois ½. 3 présentaient un indice P/A pathologique.

zoom

Evaluation de la malnutrition dans une cohorte d'enfants exposés au VIH sous Substituts du Lait Maternel (SLM) en Afrique de l'Ouest

actu 1

5^{ème} Conférence francophone VIH/sida : retour sur les sessions « pédiatrie »

actu 2

Santé maternelle et lutte contre le VIH : même combat !

rubric A brac

Résultat du concours de bulles et de slogan



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

Ont participé à ce numéro :

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

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

Réjane Zio :
r.zio@sidaction.org

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

Évolution du P/A moyen pour les enfants les plus dénutris :

14 enfants présentaient un rapport P/A < -3 DS lors de l'inclusion. L'indice P/A moyen de ce groupe a évolué favorablement, passant de -4,0 DS à l'inclusion à -2,6 DS après 4 mois de suivi. Néanmoins, 3 enfants de ce sous-groupe (plus de 20%) ont continué à se dégrader malgré le support nutritionnel.

Évolution du P/A pour les enfants inclus avant 2 mois de vie révolus :

On observe une amélioration du P/A moyen pendant les 2 premiers mois, puis une stagnation. L'indice P/A moyen de ce sous-groupe se situe ½ DS en dessous de l'indice moyen de l'ensemble de la cohorte. Il existe par ailleurs de grandes variations interindividuelles, plus de 40% des enfants aggravant leur P/A après 2 mois de suivi.

Évolution du P/A autour de la période du sevrage :

Les enfants inclus dans le programme entre 5 et 7 mois, avaient globalement un indice P/A meilleur que les enfants inclus dans les premières semaines de vie. Les variations sont multiples en raison des faibles effectifs. Lorsque les résultats sont regroupés, il apparaît une amélioration stable après 8 mois de vie révolus.

Évolution du rapport P/A moyen :

Sur l'ensemble de la cohorte, pour les 83 enfants ayant bénéficié d'une pesée initiale, l'indice moyen P/A est environ à -1,5 DS à l'inclusion. Après une amélioration de l'état nutritionnel global de la cohorte pendant les deux premiers mois, il semble exister une stagnation entre -1,2 et -1,3 DS.

Bien que ces résultats soient à interpréter avec beaucoup de prudence, **une prévalence de 30% d'enfants ayant un rapport P/A < -2DS à l'inclusion traduit l'importance du suivi nutritionnel** dans la prise en charge des enfants exposés au VIH.

Il est probable que les nouveaux-nés et très jeunes nourrissons avec un retard pondéral (malnutritions les plus sévères et les plus fréquemment observées dans cette cohorte), quelle que soit la cause, gagneraient à être suivis de façon plus rapprochée afin d'adapter la quantité et la qualité de leur alimentation à leur croissance pondérale.

Le retard pondéral modéré (16%) ou sévère (16%) chez les enfants inclus au moment du sevrage de l'allaitement maternel semble confirmer qu'**une proportion non négligeable d'enfants allaités au sein développe un retard de croissance pondérale dans les 6 premiers mois de vie, en l'absence de suivi nutritionnel spécifique.**

Après l'inclusion dans ce programme, on observe sur l'ensemble de la cohorte une amélioration pendant 2 mois, puis on constate une stagnation entre -1,2 et -1,3 DS, comme si les apports nutritionnels étaient suboptimaux. En fait, il existe une dispersion très importante dans la répartition des indices et il semble que l'âge, l'état nutritionnel à l'entrée et d'autres facteurs tels que l'état immunitaire influencent l'évolution pondérale. En particulier, **les malnutritions sévères survenant chez des nouveaux-nés ou très jeunes nourrissons persistent pendant plusieurs mois** avant une éventuelle récupération.

Cette courte analyse qui met en évidence l'importance de la malnutrition chez les enfants exposés au VIH, permet de dégager certaines tendances et questions qui mériteraient d'être explorées.

Les supports nutritionnels dispensés dans ce programme proposent des quantités suffisantes sur un plan théorique de besoins caloriques. Ces produits améliorent globalement l'état nutritionnel de la cohorte des enfants inclus dans le programme. Par contre, les résultats individuels, lorsqu'il existe une malnutrition avérée à l'inclusion, sont médiocres et une prise en charge thérapeutique conjointe - médicale et nutritionnelle - semble indiquée dans ces cas. Ceci sous-entend que les enfants doivent être pesés, mais aussi que leur croissance pondérale doit être analysée avant la distribution des produits, afin d'**orienter ceux qui présentent un retard ou une cassure de leur courbe vers un suivi nutritionnel spécialisé (CREN ou consultation pédiatrique).**

D'autres études sont nécessaires pour déterminer de façon plus rigoureuse la **prévalence de la malnutrition aiguë (rapport Poids/Taille) et les retards de croissance (Taille/Âge)** chez les enfants exposés au VIH. Les stratégies nutritionnelles optimales restent à préciser, en particulier lorsqu'une malnutrition survient avant l'âge de l'introduction de l'alimentation complémentaire chez un enfant allaité au sein. Enfin, **des recommandations sur la prise en charge conjointe médicale et nutritionnelle** doivent être définies et diffusées.

Pour en savoir plus

Les tableaux de résultats et le texte complet seront bientôt disponibles sur le site de GRANDIR www.grandir.sidaaction.org



Actu 1 5^{ème} Conférence francophone VIH/sida : retour sur les sessions « pédiatrie »

La 5^{ème} conférence francophone VIH/sida qui s'est tenue à Casablanca du 28 au 31 mars 2010 a consacré plusieurs sessions à des enjeux cruciaux de la prise en charge du VIH pédiatrique.

Allaitement protégé par les ARV

L'efficacité de l'allaitement maternel protégé par les ARV comme stratégie de prévention de la transmission mère enfant du VIH a une fois de plus été soulignée : cette stratégie recommandée par l'OMS se positionne comme la plus adaptée pour les pays à ressources limitées au regard des difficultés pratiques de mise en œuvre d'une alimentation de remplacement. Toutefois, cette stratégie nécessitera de la part des acteurs, un regain d'attention dans l'accompagnement du couple mère enfant. Pour autant, les efforts pour faciliter l'accès au lait artificiel ne doivent pas complètement s'estomper et une bonne réactivité des équipes face aux difficultés pratiques dans la mise en œuvre de l'allaitement maternel protégé doit être cultivée.

Traitement précoce des nourrissons infectés par le VIH : la stratégie de l'OMS difficile à mettre en œuvre

L'OMS recommande la mise sous traitement ARV précoce de tout nourrisson de moins de 12 mois dès que le diagnostic d'infection par le VIH a été posé, indépendamment du stade clinique et immunologique. En l'absence de diagnostic précoce par PCR, il est recommandé que les enfants de moins de 12 mois présentant des symptômes d'infection à VIH soient mis sous TARV. Mais la faisabilité est difficile, notamment parce que les formes pédiatriques des ARV sont inadaptées ; une étude révèle déjà des difficultés dans la mise en œuvre de cette stratégie. Ainsi, les premiers résultats de l'essai PEDIACAM, actuellement menée au Cameroun, auprès des nourrissons de moins de 7 mois, révèlent une proportion relativement élevée de décès précoces malgré la prise en charge. Des résultats préliminaires à suivre avec attention !

Le passage en service adulte des adolescents infectés par le VIH

Les services de prise en charge pédiatrique du VIH au Sud, comptent dans leur file active de plus en plus d'adolescents, voire de jeunes adultes, et ce grâce à une prise en charge qui s'améliore (meilleure accessibilité aux traitements ARV, meilleur suivi médical et biologique...). Ces adolescents ont établi au fil des ans des liens de confiance avec les équipes soignantes ; le passage en service adulte de maladies infectieuses est donc quelques fois pour eux source d'angoisses...Ce passage entraîne des conséquences psychologiques et médicales : angoisse d'abandon, agressivité, dépression, non respect des rendez-vous pouvant aller jusqu'à une mauvaise observance ou un arrêt du traitement. Le retard de croissance observé chez certains adolescents dans les pays du Sud provoque parfois des complexes physiques ne facilitant pas le passage dans un service adulte de jeunes adultes au « corps d'enfants ». Les résistances au passage ont aussi été observées chez les parents et les équipes soignantes, en raison des liens établis qui facilitent un meilleur suivi.

Une solution, la consultation de transition : pour faciliter le passage, le CHU Saint-Pierre de Bruxelles a expérimenté avec succès une consultation de transition, créée au sein d'un service adulte. Prenant en compte les besoins spécifiques des jeunes, elle implique un personnel référent, des horaires adaptés et une plus grande disponibilité.



Actu 2 Santé maternelle et lutte contre le VIH : même combat !

Une étude parue en avril dans The Lancet fait le point sur la mortalité maternelle dans 181 pays. Tous les ans dans le monde, plus de 340 000 femmes meurent pendant leur grossesse, pendant l'accouchement ou dans les jours qui suivent. Ce chiffre est cependant en recul à l'échelle planétaire. Les taux de mortalité maternelle sont en baisse dans de nombreux pays du Sud. Malheureusement, les progrès réalisés ces dix dernières années sont très faibles voire nuls dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne.

L'infection à VIH, notent les auteurs de l'étude, est l'une des explications du maintien de taux de mortalité maternelle importants, notamment en Afrique australe. En l'absence du VIH, pas moins de 60 000 décès maternels seraient évités tous les ans. La lutte contre le sida et l'accès à des soins prénatals, obstétricaux et postnatals de qualité sont donc deux combats à mener de concert pour la santé des femmes !

Pour en savoir plus

L'étude de The Lancet sur la mortalité maternelle :
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60518-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60518-1/fulltext)

« Non-assistance à mère en danger » :
<http://www.santepourtoutes.org/>

C'est dans cette optique que Sidaction et ID soutiennent la campagne « Non-assistance à mère en danger » lancée par Oxfam France, Médecins du Monde, Action for Global Health et Avocats pour la santé dans le monde. Illustrée par la thématique de la santé maternelle, cette initiative de mobilisation citoyenne demande une augmentation de l'aide au développement en matière de santé, des efforts particuliers pour le renforcement des personnels de santé au Sud et un soutien aux politiques d'accès gratuit aux soins pour les plus vulnérables, en particulier les femmes et les enfants. Nous vous invitons à signer la pétition de la campagne sur le site santepourtoutes.org !

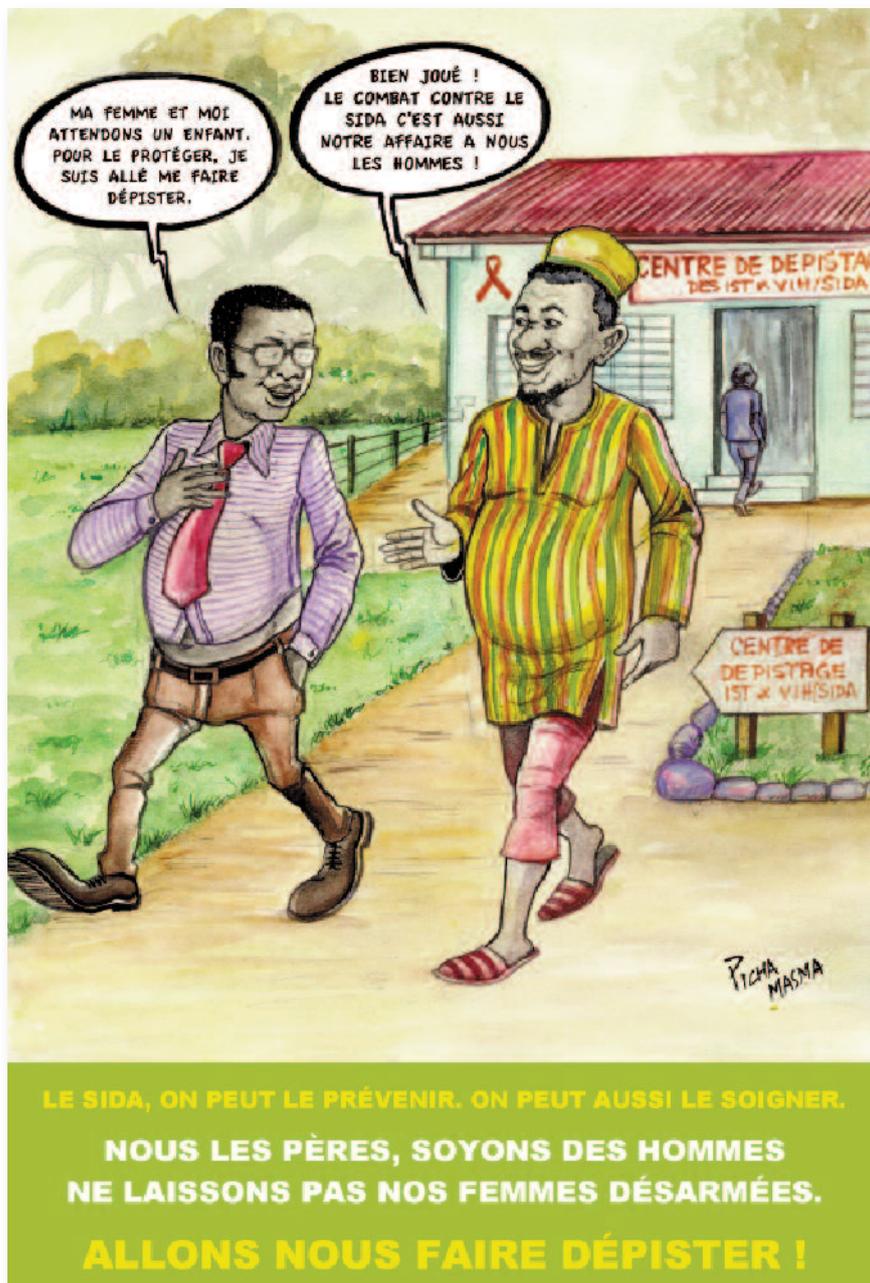


rubri A brac **Résultat du concours de bulles et de slogan**

Dans le cadre de la **campagne de dépistage** des pères que nous souhaitons soutenir auprès de nos partenaires en Afrique, nous avons lancé un concours de bulles et de slogans auprès de nos lecteurs. Merci pour votre participation ! Toutefois, aucune proposition ne répondant pleinement à l'esprit de l'affiche qui est de sensibiliser les hommes sur l'importance de leur dépistage en général, et au cours de la grossesse de leur compagne en particulier, nous avons construit des messages sur la base de vos contributions (affiche ci après).

Pour en savoir plus

Vous pouvez télécharger l'affiche sur le site internet de Grandir http://www.grandir.sidaction.org/ressources/outils_pratiques/affiche_depistage_homme_s.doc



Cette affiche sera distribuée dans les associations partenaires du programme Grandir.