

grandir



Guide de prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant

Manuel pour les personnels
impliqués dans la prise en charge
pédiatrique du VIH



Édition 2010



Rédaction :

Ce guide a été écrit par Laurent Hiffler et David Masson, pédiatres, tous deux successivement médecins référents du programme Grandir.

Secrétariat de rédaction :

Caroline Tran, Initiative Développement ; Réjane Zio, Sidaction.

Relecture :

Eric Fleutelot, Julie Langlois, Florence Thune, Sidaction.

Pr Stéphane Blanche, Pédiatre, Hôpital Necker, France.

Pr Albert Faye, Pédiatre, Hôpital Robert Debré pour la mère et l'enfant, France.

Dr Catherine Dollfus, pédiatre, et Mme Nadine Trocmé, Psychologue Clinicienne, Hôpital Armand Trousseau, France.

Conception Graphique : Virginie Hélaine.

Chargée de Communication : Bérénice Pierson.

Un grand merci à toutes ces personnes pour leur implication sur ce projet.

Pour plus d'informations sur le programme Grandir :
www.grandir.sidaction.org ; grandir@sidaction.org

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement les associations africaines partenaires du programme Grandir qui ont osé se lancer dans la prise en charge pédiatrique à un moment où peu d'acteurs se préoccupaient des enfants infectés par le VIH. Leurs expériences et les compétences qu'elles ont acquises au cours des années passées avec le concours de Grandir sont ici valorisées comme un juste retour de leur engagement essentiel dans la lutte contre le sida chez l'enfant.

- AIDES MEDICALES ET CHARITE (AMC), Lomé, Togo
- ARCAD-SIDA, Bamako, Mali
- AVENIR POSITIF, Pointe Noire, Congo
- ASSOCIATION DJENANDOUM NAASSON (ADN), Moundou, Tchad
- CENTRE SOLIDARITE ACTION SOCIALE (CSAS), Bouaké, Côte d'Ivoire
- CENTRE DE REFLEXION ET D'INITIATIVE POUR LA PROMOTION DE LA SANTE (CRIPS), Lomé, Togo
- ESPOIR VIE-TOGO (EVT), Lomé, Togo
- KENEDOUGOU SOLIDARITE, Sikasso, Mali
- KIDAIDS, Yaoundé, Cameroun
- RACINES, Cotonou, Bénin
- RESPONSABILITE-ESPOIR-VIE-SOLIDARITE (REVS+), Bobo-Dioulasso, Burkina Faso
- SERMENT UNIVERSEL, Brazzaville, Congo
- SOCIETY FOR WOMEN FIGHTING AGAINST AIDS LITTORAL (SWAA-LITTORAL), Douala, Cameroun
- SOS SIDA, Bukavu, République Démocratique du Congo

Remerciements particuliers aux membres du Comité Technique Grandir qui ont généreusement accordé leur temps et leur compétence au profit du programme et des projets terrain : Dr Emma Acina, Pédiatre, Djibouti ; Dr Hubert Banguissa, Pédiatre, Hôpital Tié-Tié, Pointe Noire, Congo ; Pr Stéphane Blanche, Pédiatre, Hôpital Necker, France ; Mme Rose Dossou, Présidente, Chigata, Côte d'Ivoire ; Dr Joseph Essombo, Médecin, Fondation Elisabeth Glaser, Côte d'Ivoire ; Pr Albert Faye, Pédiatre, Hôpital Robert Debré pour la mère et l'enfant, France ; Dr Alice Gougounon, Médecin, Racines, Bénin ; Mme Christine Kafando, Présidente, Association Espoir pour Demain et Maison des Associations de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso ; Dr Pierre-Claver Kariyo, Pédiatre, ANSS, Burundi ; Dr Valériane Leroy, Médecin, ISPED, France ; Mme Espérance Nkinabacura, Psychologue, Apecos, Burundi.

Nous tenons également à remercier M. Julien Potet, pour son implication sur le programme et à M. Alain Canone pour son soutien.

PRÉFACE

Sans traitement adapté, la moitié des enfants infectés par le VIH meurent avant l'âge de deux ans. Cette terrible donnée nous rappelle qu'en matière de VIH pédiatrique, tout retard est impossible à rattraper. Au cours de la dernière décennie, environ 2,7 millions d'enfants sont morts du sida. Et si d'immenses progrès ont été réalisés au cours des dernières années, 73 % des enfants ayant besoin d'un traitement n'y avaient pas accès au début de l'année 2010.

Pour accélérer l'accès aux soins et aux traitements des enfants, Sidaction et Initiative Développement se sont engagés en créant et mettant en place depuis 2006 le programme Grandir, avec le soutien du Ministère des Affaires étrangères puis de l'Agence Française du Développement.

Grandir apporte dans neuf pays d'Afrique un appui financier et une assistance technique complète à des organisations communautaires investies dans l'accès aux soins et aux traitements. Près de 3 500 enfants bénéficient de ce soutien de qualité, une initiative quasi-unique en Afrique de l'Ouest et centrale. La force de Grandir est de favoriser une prise en charge familiale où l'enfant a toute sa place, par des associations africaines. Aujourd'hui, ces équipes de professionnels et toutes les familles impliquées ont démontré qu'elles étaient capables d'obtenir, en matière d'observance aux traitements, d'efficacité des traitements, de prévention de la transmission verticale ou encore de soutien psychologique, des résultats tout à fait similaires à ce que nous connaissons dans les pays les plus riches.

C'est à partir de ces succès que l'équipe de Grandir a décidé de rédiger ce guide. Il devrait encourager toutes celles et ceux qui pensent, comme nous, que lutter contre le sida n'a de sens que si personne, enfant ou adulte vivant avec le VIH, n'est laissé sur le bord de la route.

Bonne lecture !

Eric Fleutelot

Directeur Général Adjoint
International de Sidaction

Caroline Vignon

Directrice d'Initiative
Développement

SOMMAIRE

I. Le suivi de l'enfant né de mère infectée par le VIH 9

II. Les aspects nutritionnels 43

III. L'accompagnement psychologique 79

Fiches de consultation 117

Fiches Pratiques 193

Classification clinique du VIH/sida pédiatrique de l'OMS 295

LISTE DES ABRÉVIATIONS

3TC : Lamivudine	PAM : Programme Alimentaire Mondial
AFADS : Acceptable, faisable, abordable, durable, sûr	PEV : Programme Elargi de Vaccination
ARV : Antirétroviraux	PC : Périmètre Crânien
ATPE : Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi (RUTF en anglais)	PCIME : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
AZT : Zidovudine	PCR : Polymerase Chain Reaction (Réaction de Polymérisation en chaîne)
ATCD : Antécédents	PIL (LIP) : Pneumonie Interstitielle Lymphoïde
BCG : Bacille de Calmette et Guérin	P/T : Poids/Taille
CD4 : Cluster de Différentiation 4 (lymphocytes T4)	PTME : Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
CREN : Centre de Récupération et d'Education Nutritionnelle	RTV : Ritonavir
CRP : C-Réactive Protéine	SLM : Substituts du Lait Maternel
CTX : Cotrimoxazole	SMI : Santé Maternelle et Infantile
CV : Charge virale	SRO : Sels de Réhydratation Orale
DS : Déviation standard	T/A : Taille/Age
D4T : Stavudine	TARV : Traitement par les Antirétroviraux
EFV : Efavirenz	TB : Tuberculose
FAO : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture	UI : Unités Internationales
Hb : Hémoglobine	UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
IMC : Indice de Masse Corporelle	VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
INH : Isoniazide	VAD : Visite à domicile
INTI : Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse	
INNTI : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse	
IO : Infection opportuniste	
IP : Inhibiteur de Protéase	
LPV : Lopinavir	
LPV/r : Lopinavir boosté par du Ritonavir	
NFS : Numération de la Formule Sanguine	
NVP : Névirapine	
OMS : Organisation Mondiale de la Santé	
P/A : Poids/Age	

INTRODUCTION

L'objectif de ce guide est de favoriser le développement de la prise en charge d'enfants exposés au VIH et d'enfants infectés par le VIH par des équipes non spécialisées en pédiatrie.

Ce guide constitue l'aboutissement du programme Grandir, qui a développé depuis quatre ans des activités pour répondre aux besoins en information et en formation des acteurs de terrain impliqués dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH et de leurs enfants.

Différents outils ont ainsi été développés : Grandir Info, lettre bimestrielle d'informations sur le VIH pédiatrique ; des brochures sur l'observance et l'annonce du diagnostic ; des Fiches Pratiques et des modules de formations spécialisées en nutrition ou en accompagnement psychologique de l'enfant.

Les thématiques abordées dans les Fiches Pratiques ont couvert divers aspects - médical, psychologique, nutritionnel - spécifiques à la prise en charge de l'enfant exposé au VIH ou infecté par le VIH. Les sujets ont été choisis en fonction des demandes des acteurs de terrain ; mais aussi à partir des besoins observés lors de nombreuses missions d'échanges d'expériences dans les associations africaines partenaires du programme.

Le contenu des outils élaborés par Grandir cherche à s'adapter aux réalités des pratiques quotidiennes en Afrique, tout en traduisant avec rigueur l'actualisation des recommandations internationales et des connaissances scientifiques de la prise en charge pédiatrique. Chaque publication est ainsi relue et validée par un Comité Technique constitué de référents spécialisés du Nord et du Sud, reconnus pour leur compétence dans le domaine.

A l'issue de ces quatre ans, il a été décidé de capitaliser cette expérience en synthétisant les connaissances et pratiques nécessaires pour assurer une prise en charge de qualité des enfants exposés ou infectés par le VIH.

L'équipe du programme Grandir a choisi de présenter, en trois chapitres, les aspects médicaux, nutritionnels et psychologiques de la prise en charge, d'un point de vue pratique. La partie suivante regroupe un ensemble de fiches de consultation. Ces fiches décrivent des aspects pédiatriques, et ceux liés au VIH, qui doivent être pris en compte, et qui évoluent selon l'âge de l'enfant. La dernière partie reproduit l'ensemble des fiches pratiques publiées par le programme Grandir.

N.B. : le terme "parent" utilisé dans le guide est à prendre au sens large, comme "la personne responsable de l'enfant" : père, mère, oncle, tante, grand-mère, tuteur, gardien...

LE SUIVI DE L'ENFANT NÉ DE MÈRE INFECTÉE PAR LE VIH

1. L'équipe pédiatrique	11
2. La consultation pédiatrique	13
La première rencontre	13
Schéma d'une consultation pédiatrique type	15
3. Le diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant	21
Confirmer l'infection par le VIH	21
Exclure l'infection par le VIH	22
4. La mesure des cellules CD4	24
5. La PCR	26
6. Le traitement ARV de l'infection VIH	28
Quand traiter ?	28
Avec quoi traiter ?	29
Principes du passage de première en deuxième ligne	32
L'observance du traitement ARV	33
7. La tuberculose	34
Le traitement préventif de la tuberculose	34
Le diagnostic de la tuberculose	35
Le traitement ARV dans le contexte de tuberculose	36
8. Les courbes de croissance	38
Tout enfant doit avoir sa courbe de croissance tracée	38
Les courbes	40
Pourquoi est-ce utile ?	41

Ce chapitre s'adresse à tous les soignants de nourrissons exposés au VIH (nés de mère séropositive, infectés ou non) et d'enfants infectés par le VIH.

Mettre en place une consultation de prise en charge pédiatrique pour le VIH, et plus généralement la prise en charge globale des enfants, fait souvent "peur" car on ne se sent pas formé et on pense ne pas "avoir les moyens"... Le plus souvent, cette prise en charge se révèle plus simple que prévue une fois que l'on a commencé.

Cette partie du manuel a pour objectif d'aider les équipes qui suivent des adultes infectés par le VIH et celles qui suivent des enfants hors du cadre du VIH à franchir le pas, pour leur permettre d'offrir une prise en charge aux enfants exposés et aux enfants infectés par le VIH.

1. L'équipe pédiatrique

Quels sont les pré-requis ?

1. Avoir la volonté de débiter une consultation de prise en charge de l'enfant.
2. Etre convaincu que tout médecin, en particulier s'il a une expérience dans la prise en charge des adultes infectés par le VIH, peut (et doit) accepter de prendre en charge les enfants.
3. Mettre en place une petite équipe motivée et disposée à se lancer dans le suivi.
Attention : il n'est pas nécessaire de réunir une équipe complète avant de commencer ! Elle peut se construire progressivement. Par ailleurs, des adjoints doivent être repérés pour garantir la continuité des soins : il n'est pas concevable en l'absence du médecin "réfèrent" des enfants qu'aucun autre soignant n'accepte de consulter un enfant.
En pratique, il faut chercher à établir des liens en interne (dans l'association ou le service), par exemple un(e) **infirmier(e)** (pour assurer les consultations de suivi en l'absence du médecin et aider à la prise des constantes), un **conseiller** (pour le lien avec le domicile et les activités éducatives) ou un **assistant social** ; et mettre en place un réseau de correspondants, à adapter selon les ressources humaines locales, comportant idéalement un **pédiatre** (pour lui référer les cas complexes ou prendre son avis), un réfèrent dans le service de maternité (pour assurer le lien entre le suivi prénatal et post-natal), un **psychologue** et un **nutritionniste** s'il en existe.
Il peut être utile de rencontrer le gestionnaire de pharmacie (pour garantir l'accès aux ARV et médicaments essentiels pédiatriques) et le responsable du laboratoire de l'hôpital pour connaître la disponibilité de certains examens (résultat du taux des CD4 rendu en pourcentage, par exemple).
Enfin, il faut savoir utiliser les services de l'Etat : le programme élargi de vaccination (PEV), ou les centres de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN) selon les besoins.
Encore une fois une petite équipe motivée peut débiter la prise en charge, avec souvent de bons résultats, sans avoir besoin d'être entourée de la totalité de ces professionnels et de ces services.
4. Obtenir quelques outils spécifiques : une toise (couchée pour les nourrissons et verticale pour ceux qui tiennent debout), une balance (balance de type Salter, et adulte), un mètre mesureur (périmètre crânien), des dossiers médicaux adaptés (papiers ou informatisés), si possible un otoscope.
5. Il peut être utile de désigner "un réfèrent" : il ne fait pas tout mais "coordonne" la prise en charge et centralise l'ensemble des données qui vont permettre d'avoir une vision globale de la situation de l'enfant en faisant intervenir le réseau que l'on construit au fur et à mesure (il ne s'agit pas pour lui, par exemple, de résoudre personnellement des problèmes sociaux qui entraînent une mauvaise observance, mais de s'assurer qu'une personne ou un service les prend en charge). Il assure la coordination technique et il est garant du suivi de l'enfant et des bonnes pratiques. Ce réfèrent est souvent un médecin ou un infirmier, mais il peut être aussi psychologue ou assistant social. Idéalement, il est salarié permanent de l'association.

Témoignage d'un soignant associatif...

"... Le programme Grandir est arrivé au bon moment. Ce fût un "catalyseur"... Nous devons nous organiser davantage concernant la prise en charge des enfants. En effet, jusqu'à il y a trois ans tous les enfants étaient pris en charge à l'hôpital. Devant la liste grandissante des enfants, l'hôpital nous a référé très rapidement beaucoup d'entre eux dès que nous sommes devenus officiellement un centre pour les ARV pédiatriques. Il fallait s'adapter aux besoins médicaux, à la problématique de l'annonce et du conseil aux familles et aux enfants eux-mêmes, et à la PTME. Nous avons donc commencé la prise en charge mais de manière "désordonnée". La directrice était très impliquée et désireuse de faire avancer rapidement l'association dans ce domaine. Elle a été une force motrice. Elle y a toujours cru et nous a convaincu. Il ne s'agissait pas seulement de besoins de financement mais surtout de besoins d'organisation, de systématisation, de formation. Le programme Grandir est arrivé au moment de cet état des lieux. Il a été déterminant dans l'évolution et l'adaptation de l'association à la prise en charge des enfants nés de mères infectées par le VIH. Après trois années, ou presque, nous avons un coordinateur du programme, une consultation pédiatrique deux fois par semaine avec un médecin formé, des groupes de paroles pour les adolescents 2 fois par mois. Nous avons participé à des formations. Nous avons aussi nous-mêmes organisé des formations pour encourager la décentralisation de cette prise en charge. Un domaine reste toutefois négligé dans notre association et qui est pourtant très important, c'est celui de la nutrition en particulier pour les enfants en cours de diversification alimentaire et de sevrage. Nous devons encore faire beaucoup d'efforts dans ce domaine..."

2. La consultation pédiatrique

La consultation pédiatrique comporte des spécificités par rapport à la consultation adulte. Il existe en pédiatrie une relation triangulaire entre l'enfant, le soignant et l'adulte référent (parent ou tuteur). Dans une consultation, il existe des temps d'échanges entre le soignant et l'enfant, entre le soignant et l'adulte référent, et entre l'enfant et l'adulte référent (échanges non verbaux chez le nourrisson qu'il faut savoir observer, échanges verbaux chez l'enfant et l'adolescent qu'il est essentiel de considérer).

Il faut toujours garder en mémoire en pédiatrie que l'enfant est dépendant de l'adulte référent (pour son accès à l'alimentation, son respect des rendez-vous, son observance au traitement), mais qu'il reste une personne à part entière qui peut influencer positivement ou négativement la qualité de son suivi. Ainsi, un enfant bien informé sur sa maladie, ayant de bonnes relations familiales dans un contexte social correct suivra en général mieux son traitement qu'un enfant à qui on ne parle pas, ou vivant dans un contexte psychologique ou social dégradé.

Le contenu d'une consultation pédiatrique est très différent selon l'âge de l'enfant : on n'aborde pas de la même façon la consultation d'un nourrisson, d'un enfant ou d'un adolescent. Les spécificités liées aux différents âges sont détaillées dans les Fiches de Consultation dans le chapitre IV de ce manuel. Il existe cependant des principes et des généralités à connaître et à prendre en compte dans tous les cas.

Objectifs de la consultation pédiatrique :

- Optimiser la prise en charge globale de l'enfant afin qu'il conserve le maximum de son potentiel santé.
- Développer une relation de confiance avec l'enfant et sa famille, indispensable dans le cadre de la prise en charge d'une maladie chronique.

Quatre grandes étapes lors de la consultation :

Noter l'histoire – Examiner – Évaluer – Prescrire et planifier

La première rencontre

La première consultation est un moment particulier pendant lequel il faut faire connaissance avec l'enfant mais aussi avec l'adulte qui l'accompagne, celui-ci ayant une responsabilité dans la qualité des soins à venir de l'enfant.

Il faut savoir prendre du temps pour retracer l'histoire de l'enfant et le contexte dans lequel il vit, en particulier dans le domaine de l'infection par le VIH.

Les antécédents (ATCD) de l'enfant sont variables selon son âge mais souvent peu nombreux par rapport à ceux d'un adulte. Ils présentent cependant certaines spécificités.

Schématiquement, on cherchera à connaître :

Les ATCD familiaux :

- Composition de la famille (avec l'âge de la fratrie), âge et profession des parents.
- Maladie dans la famille : VIH bien sûr mais aussi drépanocytose ou autre maladie génétique, asthme ou allergie, tuberculose ou autre maladie contagieuse.
- État de santé des parents et de la fratrie, cause des décès éventuels.
- Dépistage des fratries (réalisé ? résultats ?), partage du statut dans le couple, dans la famille ?

Les ATCD obstétricaux de la mère :

- Nombre de grossesses et d'accouchements.
- Place de l'enfant dans la fratrie (un premier enfant chez une mère jeune isolée socialement ne se prend pas forcément en charge de la même façon que le benjamin d'une mère "expérimentée").

Les ATCD personnels de l'enfant, en commençant dès la grossesse, et en étant d'autant plus précis que l'enfant est jeune :

- Histoire de la grossesse et de la naissance : programmation et déroulement de la grossesse, prise d'antirétroviraux (ARV) par la mère à titre thérapeutique (pour elle-même) ou prophylactique (quel régime ? monothérapie AZT, ou bi ou trithérapie ARV ?), mode et déroulement de l'accouchement (simple ou compliqué avec souffrance fœtale ? au domicile ou à l'hôpital ?), terme et poids de naissance, prophylaxie de l'enfant à la naissance, mode d'alimentation choisi, complications néonatales ?
- Histoire développementale (psychomoteur et cognitif) : à quel âge s'est-il assis seul ? a-t-il marché ? la compréhension du langage, l'expression, la coordination, etc.
- Histoire médicale : hospitalisations, pneumonies, diarrhées, otites, fièvres ? L'enfant a-t-il déjà eu des examens (PCR, sérologie, CD4, autre biologie, radiographies... → demander à voir les résultats) ? Traitement en cours ou passés, prophylaxies, vitamine A, vaccinations (consulter le carnet de santé ou de vaccination s'il existe), observer l'évolution pondérale et les courbes de croissance si elles sont tracées.

Les ATCD psychologiques :

L'enfant a-t-il été confronté à des deuils (perte d'un parent, de fratrie) et quand ? Que connaît-il de sa maladie, depuis quand ?

Et le contexte social :

Qui vit avec l'enfant ? Qui est le responsable légal ? Où l'enfant vit-il ? Quel est le niveau social de la famille (accès à l'eau, à la nourriture, aux substituts du lait maternel) ? L'enfant est-il scolarisé ?

L'ensemble de ces renseignements est souvent difficile à recueillir dès la première consultation, mais il est important de chercher à les collecter car la plupart sont à prendre en compte pour organiser le suivi.

Schéma d'une consultation pédiatrique type

GÉNÉRALITÉS

Les particularités spécifiques à l'âge seront abordées dans les Fiches de Consultations de ce guide mais certains points sont à souligner parmi les choses à réaliser :

- Se présenter. S'adresser au(x) parent(s), mais aussi à l'enfant. Montrer qu'on est heureux de le voir.
- Prendre le temps d'observer : l'enfant est-il anxieux ? Apeuré ? Ou au contraire joue-t-il ?
- Commencer l'interrogatoire par des questions simples et générales (l'école, la famille...)
- Commencer l'examen clinique par des mesures ludiques (ne pas commencer par regarder le fond de la gorge !) et de mise en confiance.
- Expliquer par des mots simples et clairs ce que vous avez l'intention de faire avant de le faire (ceci concerne l'examen clinique et les examens biologiques, ainsi que le plan d'action pour la suite du suivi que vous allez établir en impliquant le "parent" et l'enfant).
- Toujours noter (lisiblement !) dans le dossier les observations de la consultation, savoir référer et prendre des avis.

DÉROULEMENT STANDARD

Noter l'histoire :

Fondamental : au-delà de la consignation de tous les ATCD (lors de la première ou des premières consultations), il faut systématiquement, lors des consultations suivantes, noter ce qui s'est passé dans l'intervalle entre les consultations. En effet, les symptômes peuvent avoir une signification différente pour le soignant ou les parents : une diarrhée chronique modérée ne sera pas forcément signalée par les parents si elle n'est pas importante le jour de la consultation. Surtout si le soignant se contente de demander : quelle est la plainte aujourd'hui ?

Examiner :

- Il faut approcher l'enfant (et encore plus le nourrisson) de façon progressive et rassurante en expliquant ce qui se passe et ce que l'on fait. Commencer par les choses les moins "stressantes" : évaluation du développement psychomoteur par exemple en observant l'enfant (il s'assoit ? Il se redresse ? Il marche ? Il monte et descend seul de la table d'examen ? Il parle...?) puis en le faisant participer (il marche sur une ligne ? Il fait les marionnettes ? Il dessine ? Il écrit ?).
- Observer les signes tout en recueillant les éléments de l'histoire.
- Adapter la façon d'examiner en fonction de l'âge : le nourrisson est examiné sur les genoux du parent qui l'accompagne afin de le rassurer. Un bébé calme peut être examiné sur la table d'examen et on l'ausculte rapidement (cœur, poumon) et sans geste brusque car il peut pleurer à tout moment ("profiter du moment calme"). Un nourrisson sera examiné nu, ce qui permet de dépister des signes non notés par les parents. L'enfant plus grand et l'adolescent pourront être examinés à moitié habillés mais on soulève discrètement la chemise pour rechercher les signes en expliquant son geste.

- Dans tous les cas, procéder à un examen clinique complet (même s'il est rapide, incluant un examen physique et développemental, une élaboration des courbes de poids, taille et périmètre crânien) : un enfant peut venir avec un problème de diarrhée aiguë mais on peut lui découvrir une hépatomégalie et une candidose orale à l'examen.

(Se référer aux Fiches de Consultation pour les principaux acquis psychomoteurs à contrôler selon l'âge de l'enfant).

Efia a 8 ans et consulte avec sa tante pour une diarrhée aiguë aqueuse évoluant depuis 4 jours. Efia est sous prophylaxie au cotrimoxazole depuis 3 ans, date à laquelle l'infection VIH a été diagnostiquée.

Vous notez une perte de poids et une sécheresse modérée des muqueuses qui vous font immédiatement instaurer un traitement par Sels de Réhydratation Orale (SRO) pendant la consultation afin d'évaluer la prise et la tolérance de celui-ci. Vous constatez également qu'elle a une cicatrice de zona intercostal sur le thorax gauche. Elle présente de plus une parotidite bilatérale (angles des mâchoires inférieures comblés et empatement, ici indolore, de la région pré-auriculaire bilatérale), et une hépato-splénomégalie. Enfin, les ongles ont un aspect "bombés" en baguette de tambour (évocateurs d'un hippocratisme digital). Votre interrogatoire révèle alors la présence d'une toux chronique (plus d'une année) et des épisodes de gêne respiratoire récurrents. Vous évoquez une Pneumonie Interstitielle Lymphoïde (PIL).

Ainsi votre examen clinique complet a permis d'évaluer le retentissement de la diarrhée aiguë, mais aussi de diagnostiquer la probable PIL (toux chronique et hippocratisme digital souvent associé à une hypertrophie du système lymphoïde: hépato-splénomégalie et à une parotidite). Enfin il vous permet de noter l'antécédent de zona intercostal. En dehors du traitement de la diarrhée aiguë, vous pouvez déduire le stade de l'infection VIH (PIL symptomatique = stade III) et poser l'indication de TARV. Se limiter à examiner l'enfant pour sa diarrhée seulement n'aurait pas permis de poser cette indication et l'enfant n'aurait sans doute pas eu une prise en charge adaptée.

Évaluer :

A ce stade il est important d'évaluer le suivi général de l'enfant, la situation médicale et psychosociale.

• Évaluation du suivi général :

Statut vaccinal, doses de vitamine A reçues, mode alimentaire actuel, prophylaxie au cotrimoxazole, fréquence du suivi et qualité des informations notées sur le dossier...

• Évaluation médicale :

Statut VIH (diagnostic sérologique/virologique confirmé et documenté), stade OMS, immunité (CD4).

Diagnostic clinique de problèmes actuels. Risque de tuberculose (signes cliniques, contagé) ?

Évaluation du développement psychomoteur.

Évaluation de la douleur.

• Évaluation nutritionnelle :

Évaluation de la croissance et de l'état nutritionnel : poids, taille, périmètre crânien, indices anthropométriques (Poids/Âge (P/A), Taille/Âge (T/A), Poids/Taille (P/T), Indice de Masse Corporelle (IMC) chez l'adolescent.

Il faut reporter à chaque consultation ces mesures sur des courbes de croissance, au minimum tracer la courbe de poids par rapport à l'âge. Idéalement, il faut tracer la courbe de taille par rapport à l'âge et, chez le nourrisson, la courbe de périmètre crânien par rapport à l'âge.

• Évaluation psychosociale :

Connaissance de son statut sérologique par l'enfant, état d'avancement du processus de l'annonce.

La douleur chez l'enfant infecté par le VIH

La douleur chez l'enfant infecté par le VIH est une expérience fréquente et ressentie à tous les âges et tous les stades de l'infection. Elle nécessite d'être évaluée et prise en compte afin de la prendre en charge de manière adaptée et d'éviter ses conséquences au long terme (prostration, renfermement...).

Elle s'évalue au cours de l'examen clinique de l'enfant avec des outils adaptés à l'âge (échelles). Les moyens thérapeutiques englobent les antalgiques à proprement parlé de palier I à III OMS (du plus faible au plus fort), les médicaments traitant la cause de la douleur (traitement antituberculeux dans une pleurésie tuberculeuse à l'origine d'une douleur thoracique), les médicaments psychotropes (par exemple, utilisation des antidépresseurs tricycliques dans les douleurs d'origine neurologiques à type de "coup de poignard") et les autres moyens non médicamenteux de type relaxation, distraction (chanter une chanson, raconter une histoire, faire un massage...).

(Se référer à la fiche pratique n°19 "La douleur de l'enfant : mieux la comprendre pour mieux la soulager").

Prescrire et planifier :

• Le suivi général et les mesures prophylactiques :

Les enfants exposés au VIH ou infectés par le VIH doivent bénéficier des mesures prévues pour tous les enfants dans les programmes nationaux de Santé Maternelle et Infantile (SMI) :

→ **Vaccination** (Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°11 "Les vaccinations dans le contexte du VIH") :

Le nourrisson exposé au VIH doit bénéficier des vaccinations prévues dans le PEV, avec quelques indications particulières concernant les vaccins vivants :

– Le BCG : dans les pays de forte endémicité tuberculeuse, dans lesquels le BCG est fait à la naissance, l'OMS ne contre-indique pas ce vaccin pour les nourrissons nés de mère séropositive.

Cependant, si le BCG n'est pas administré à la naissance, il est préférable d'attendre la confirmation de la non-contamination du nourrisson pour lui administrer ce vaccin. En cas d'infection confirmée, le BCG est contre-indiqué.

- Le vaccin contre la polio oral (vivant) est parfois donné à la naissance. Il est préférable de l'éviter.
- Le vaccin contre la rougeole est aussi un vaccin vivant. Il est néanmoins conseillé de le réaliser, mais plus tôt que dans le PEV, c'est-à-dire à 6 mois (1ère dose) et 9 mois (rappel). En cas de déficit immunitaire très profond ou de stade clinique avancé, il reste cependant contre-indiqué.

Les autres vaccins sont tués ou inactivés et doivent être réalisés selon le schéma vaccinal standard du pays. Ces vaccins sont regroupés et s'administrent en trois fois 1 injection. Ils sont à réaliser entre l'âge de 2 mois et l'âge de 6 mois. Ils apportent une protection contre la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hémophilus influenzae et l'hépatite B (le vaccin contre l'hépatite B n'est pas systématique dans tous les PEV, ou est parfois administré à part).

Un vaccin anti-pneumocoque peut être réalisé en même temps. Il est conseillé de le faire s'il est disponible dans le pays.

→ **Administration de Vitamine A en dose unique** : Il a été montré, dans les populations pédiatriques non infectés par le VIH que la supplémentation régulière en vitamine A entraîne une réduction de la mortalité, une diminution des épisodes de diarrhées et de certaines infections respiratoires. L'apport régulier de vitamine A semble aussi améliorer la croissance (poids et taille).

La vitamine A s'administre tous les 4 à 6 mois, en dose unique. Il n'existe pas de spécificité pour les nourrissons exposés au VIH.

Les posologies sont de 50 000 Unités internationales (UI) avant l'âge de 6 mois, 100 000 UI entre 6 mois et un an (observer un délai minimal de 4 mois après la dose de 50 000 UI) puis 200 000 UI tous les 6 mois à partir de l'âge d'un an (Se référer au Grandir Info n°5 : Zoom sur la Vitamine A).

→ **Prévention et traitement des infections parasitaires** : Après un an, administration d'un vermifuge / 6 mois (dose unique de mebendazole 500 mg ou d'albendazole 400 mg) et chez les plus grands (dès qu'ils "ont les pieds dans l'eau") une dose unique de 40 mg/kg de praziquantel une fois par an dans les zones concernées par la bilharziose – shistosomiase.

Enfin on vérifiera que l'enfant dort sous moustiquaire imprégnée [prévention du paludisme et autres maladies transmises par les moustiques ou arthropodes à moindre degré : dengue, leishmaniose, trypanosomiase dans certaines zones rurales affectées...].

Il faut par ailleurs mettre en place d'autres mesures prophylactiques :

→ **Prophylaxie par le cotrimoxazole (CTX)** : Le CTX diminue fortement le risque d'infections bactériennes, parasitaires (toxoplasmose et paludisme) et fongique (Pneumocystis jiroveci, anciennement connue sous le nom Pneumocystis carinii). La pneumopathie à Pneumocystis survient essentiellement dans la première année de vie, avec un pic de fréquence entre 3 et 8 mois.

La prophylaxie doit être débutée à 6 semaines et poursuivie quotidiennement jusqu'à l'âge de 5 ans. Au-delà, elle peut être arrêtée si les CD4 sont >350/mm³ lors de 2 dosages à 6 mois d'intervalle.

Il faut à chaque consultation évaluer l'observance et les effets secondaires éventuels.

Les posologies sont les suivantes :

Dose unique journalière	Suspension buvable 5ml = 200 mg / 40mg	Cp adulte simple 400mg / 80 mg
> 5 semaines < 6 mois (ou < 5 kg) 100 mg / 20 mg	2.5 ml = 1/2 c à café	ou 1/4 de Cp écrasé (à éviter)
6 mois à 5 ans (ou 5 – 15 kg) 200 mg / 40 mg	5 ml	ou 1/2 Cp écrasé (à éviter)
6 – 14 ans (ou 15 – 30 kg) 400 mg / 80 mg	10 ml	1 Cp
> 14 ans (ou > 30 kg) 800 mg / 160 mg		2 Cp

(Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°3 "La prophylaxie au cotrimoxazole").

→ **Prophylaxie de la tuberculose par l'isoniazide** : De nouvelles recommandations portent sur la prévention de la tuberculose (INH) (Se référer au paragraphe 7 de ce chapitre).

• **Le suivi nutritionnel** (Se référer au chapitre II) :

Organiser le suivi systématique et régulier des paramètres anthropométriques (avec augmentation de la fréquence du suivi lors de la survenue d'une malnutrition).

Apporter l'appui conseil nutritionnel adéquat, adapté et nécessaire à tout âge.

En cas de malnutrition, prescrire un traitement nutritionnel (compléments nutritionnels tels que les farines enrichies, ou Aliments Thérapeutiques Prêts à l'Emploi de type "plumpy nut", à déterminer selon le protocole national de prise en charge de la malnutrition et les possibilités locales). En l'absence de possibilité en interne (personnel non formé, absence d'accès à ces produits) ou si la malnutrition est sévère ou compliquée, orienter vers un service spécialisé de l'Etat (CREN).

• **Le suivi médical** :

→ **Traiter les problèmes aigus identifiés**

Dans la plupart des cas, les infections dont souffrent les enfants infectés par le VIH sont identiques à celles des enfants non infectés. Leur traitement en première intention est identique et se base sur les programmes de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

Ces infections sont cependant souvent plus fréquentes et plus sévères et peuvent nécessiter des antibiotiques plus puissants ou en association.

En cas d'échec thérapeutique, en particulier s'il existe un déficit immunitaire, des traitements dirigés vers des germes opportunistes (pneumocystis, cryptocoque, candida...) seront prescrits en fonction du diagnostic présomptif et/ou bactériologique. Une trithérapie ARV sera alors rapidement débutée.

→ Mettre en place un TARV :

Le TARV doit être débuté :

- systématiquement avant l'âge de 2 ans dès que l'infection est suspectée ou confirmée;
- ou selon des critères cliniques ou immunologiques après l'âge de 2 ans.

[Se référer au paragraphe 6 de ce chapitre].

Contrairement à l'adulte, le traitement ARV du nourrisson et de l'enfant change selon plusieurs modalités :

– Les posologies : Elles évoluent avec le poids : depuis 2008, l'OMS a proposé des schémas simplifiés pour la plupart des ARV pédiatriques de première ligne : pour AZT, 3TC, ABC, D4T et NVP, les posologies changent lorsque l'enfant atteint 6 kg, puis 10 kg, 14 kg, 20 kg et 25 kg. Les augmentations de doses changent pour tous ces médicaments en même temps (pour le même seuil de poids).

Il existe des tableaux constituant une aide à la prescription (voir tableaux en annexe).

– La galénique : Les présentations sont plus variées que chez les adultes : sirops pour les nourrissons, puis comprimés pédiatriques (éventuellement oro-dispersibles) puis comprimés adulte pour les grands enfants et les adolescents. Il faut adapter la galénique aux possibilités de l'enfant mais aussi à ses goûts et aux difficultés éventuelles des parents à administrer le traitement. On peut ainsi être amené à prescrire des comprimés à écraser parce que les parents estiment que les comprimés sont plus faciles à faire avaler à l'enfant. Il arrive également que l'on soit contraint à utiliser cette méthode en raison de rupture des présentations en sirop.

A chaque consultation, il faut donc renouveler la prescription mais aussi, régulièrement, l'adapter.

→ Prescrire un bilan biologique :

Le suivi biologique est superposable à celui de l'adulte. Il est guidé par la nature des molécules prescrites et les signes cliniques.

• Le suivi psychologique et social [Se référer au chapitre III] :

Planifier/préparer le processus d'annonce avec les parents (ou tuteurs) et le reste de l'équipe si l'annonce n'a pas encore été réalisée.

Renforcer les messages de promotion générale de la santé et d'observance des traitements (proposer un club thérapeutique).

Référer à une équipe de suivi à domicile et/ou une association (si le suivi pédiatrique est organisé dans un centre de santé de l'État, la coordination avec une association est souhaitable pour garantir la qualité de la prise en charge au domicile), ou proposer de participer aux activités de l'association (club thérapeutique, groupe de parole pour adolescents, ateliers culinaires pour les parents...).

Ne pas oublier de prendre en compte, pour lui-même, le parent/tuteur qui accompagne l'enfant : la santé l'enfant dépend aussi de la bonne santé physique et psychique de son parent. S'assurer que sa prise en charge médicale et psychologique (entretiens individuels ou groupes de parole) est organisée, de même que l'appui social ou nutritionnel éventuellement nécessaire.

Toujours planifier la prochaine visite.

3. Le diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant

Confirmer l'infection par le VIH

Après l'âge de 18 mois :

Utiliser l'algorithme national de la même façon que pour les adultes. Deux sérologies (Elisa + Western Blot, ou deux tests rapides utilisant des techniques différentes) suffisent à confirmer le diagnostic d'infection par le VIH.

Avant l'âge de 18 mois :

La confirmation du diagnostic avant 18 mois est souvent difficile en pratique, soit par absence d'accès à la PCR, soit parce que les résultats reviennent après un délai très long. La surveillance clinique des nourrissons nés de mère séropositive reste donc essentielle, afin de repérer précocement, parmi l'ensemble des enfants exposés, le petit pourcentage de nourrissons réellement infectés.

On distingue deux situations :

• Avec accès à la PCR et résultats rendus dans le mois

Deux résultats PCR positifs suffisent à affirmer le diagnostic. Il est recommandé de débiter le TARV dès le retour du premier résultat positif, tout en procédant au second test pour confirmer l'infection.

[Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°9a "Diagnostic biologique de l'infection par le VIH avant 18 mois" et aux recommandations OMS sur le diagnostic 2010].

• En l'absence d'accès à la PCR ou lorsque le rendu des résultats peut tarder plusieurs semaines ou mois

Le diagnostic est présomptif et basé sur la survenue, chez un enfant dont la sérologie est positive :

Soit d'une affection classante pour le stade 4 (voir liste exhaustive en annexe), en particulier :

- Amaigrissement sévère ou malnutrition sévère inexplicée (score -3DS) ne répondant pas une prise en charge nutritionnelle standard
- Pneumonie à pneumocystis jirovecii
- Tuberculose extrapulmonaire
- Candidose oesophagienne
- Toute infection bactérienne sévère récidivante (méningite, ostéite, pyomyosite...).

Soit de signes ou infections moins spécifiques mais dont l'association doit faire suspecter le diagnostic :

- Malnutrition modérée inexpliquée et ne répondant pas à une prise en charge nutritionnelle standard
- Pneumopathie bactérienne récidivante (au moins 2 épisodes en 6 mois)
- Fièvre prolongée (> 1 mois) ou récurrente
- Diarrhée persistante (> 14 jours)
- Candidose orale persistante ou récidivante (au-delà de 6-8 semaines de vie)
- Adénopathies généralisées (notamment axillaires)
- Hépatosplénomégalie (en particulier hors des zones d'endémie palustre)
- Dermatose généralisée persistante, ne répondant pas au traitement
- Troubles neurologiques (retard ou perte des acquis psychomoteurs)

Si le dosage du taux de CD4 est possible, un pourcentage < 25 % (ou un chiffre absolu de CD4 < 1500/mm³ avant 12 mois ou < 750/mm³ entre 12 et 18 mois, voir tableau au paragraphe I – 4) sera un argument supplémentaire (mais non indispensable) pour poser le diagnostic d'infection.

Dans tous les cas, la suspicion clinique doit faire discuter la mise en route d'une trithérapie ARV, (le diagnostic étant confirmé ou infirmé plus tard). On parle de diagnostic présomptif (Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°9b "Diagnostic clinique de l'infection par le VIH avant 18 mois").

Exclure l'infection par le VIH

Après l'âge de 18 mois :

Un test négatif (Rapide ou Elisa) suffit pour exclure l'infection par le VIH.

Avant l'âge de 18 mois :

• Avec accès à la PCR

En l'absence d'allaitement maternel : deux résultats négatifs à 2 mois d'intervalle (la première PCR étant réalisée dès l'âge de 6 semaines si possible) permettent d'exclure l'infection à VIH. On pourra rassurer la famille et stopper la prophylaxie au cotrimoxazole, mais il est recommandé de continuer à suivre tous les enfants au moins jusqu'à l'âge d'un an.

En cas d'allaitement maternel : deux résultats négatifs, le second au moins 6 semaines après le sevrage du sein (dernière tétée), permettent d'exclure l'infection à VIH.

(Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°9a "Diagnostic biologique de l'infection par le VIH avant 18 mois" et aux recommandations OMS sur le diagnostic 2010).

• En l'absence d'accès à la PCR

La sérologie chez le nourrisson exposé au VIH peut être positive car l'enfant garde les anticorps maternels transmis pendant la grossesse, ou parce qu'il est lui-même infecté.

Vers l'âge de 9 mois, près de 70 % des enfants ont déjà perdu les anticorps maternels, et à 12 mois, environ 90 %. Par conséquent, les enfants non infectés, qui étaient jusqu'alors simplement "porteurs des anticorps de leur mère", auront un test négatif et l'absence d'infection par le VIH pourra être affirmée, sous réserve qu'ils ne soient plus allaités au sein depuis au moins 6 semaines (en cas d'allaitement maternel, la négativité de la sérologie signifie que l'enfant n'était pas infecté 6 semaines avant le test ; une contamination a pu se produire depuis, mais elle n'est pas encore détectée par le test).

A 18 mois, 99 % des nourrissons ont perdu les anticorps de leur mère. C'est pourquoi devant une sérologie positive à 18 mois, on conclut à l'infection de l'enfant.

Pour exclure l'infection, il est recommandé d'effectuer un test rapide ou Elisa vers l'âge de 12-13 mois.

- Si le test est négatif, un second test sera réalisé au moins 6 semaines après le sevrage, pour confirmer l'absence d'infection.
- Si le test est positif, l'enfant doit être suivi mensuellement jusqu'à 15 à 18 mois et un autre test sera réalisé. Dans certains cas, la négativation de la sérologie survient tardivement, mais la probabilité de l'infection augmente si la sérologie reste positive dans le temps (Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°9b "Diagnostic clinique de l'infection par le VIH avant 18 mois").

Si la sérologie est négative et le sevrage effectué, en présence de signes cliniques évocateurs de VIH, un autre diagnostic doit être envisagé (tuberculose, malnutrition).

4. La mesure des cellules CD4

Les cellules CD4 sont les lymphocytes (globules blancs) qui jouent un rôle clé dans la réponse immunitaire. Ces cellules sont la cible privilégiée du VIH et diminuent dans le temps avec l'évolution de l'infection. En dessous d'un certain taux on parle alors d'immunodépression et les infections dites opportunistes apparaissent.

Comme chez l'adulte infecté, la détermination du taux de CD4 est donc une aide importante pour l'évaluation de l'évolution de l'infection par le VIH, la décision de mise sous traitement ARV (après 24 mois), ainsi que son suivi.

Spécificités pédiatriques :

Les taux de CD4 doivent être interprétés en fonction de l'âge (Se référer à la Fiche pratique Grandir n°5 "Les cellules CD4 de l'enfant : leur nombre varie avec l'âge").

Les valeurs des lymphocytes totaux et donc aussi des lymphocytes CD4 sont beaucoup plus élevées chez le jeune enfant que chez l'adulte et celles-ci diminuent normalement régulièrement au cours des premières années de vie pour atteindre les valeurs dites "adultes" vers l'âge de 5 ans. C'est pourquoi il est préférable de se fier au "%" de CD4 qui reste stable avec l'âge et qui est plus informatif chez le jeune enfant. On se basera sur la "Valeur absolue" après 5 ans comme chez l'adulte.

Déficit immunitaire	CD4 % [/mm ³]			
	< 11 mois	12 – 24 mois	25 – 59 mois	> 5 ans
Non significatif	> 35 %	> 35 %	> 35 %	(> 500)
Moyen	30 – 35 %	25 – 30 %	25 – 30 %	(350 – 499)
Important	25 – 30 %	20 – 25 %	20 – 25 %* (350 – 750)	(200 – 349)*
Sévère	< 25 % (< 1500)	< 25 % (750)	< 20 % (350)*	< 15 % (200)*

* Indication du TARV

Le comptage des CD4 est d'accès de plus en plus facile. Cependant, les résultats restent souvent donnés en valeur absolue. Ceci est lié soit à l'impossibilité de certaines machines à calculer le pourcentage, soit aux réactifs utilisés. Dans ce deuxième cas, il faut demander aux biologistes de se procurer les réactifs spécifiques, afin qu'ils puissent rendre les résultats en pourcentage.

L'alternative consiste à demander un comptage des CD4 en chiffre absolu et une mesure du taux des lymphocytes totaux en même temps. Et de calculer le rapport CD4/lymphocytes totaux. Cette méthode est moins fiable car elle nécessite que les deux machines donnent des résultats homogènes.



- Lors des 24 premiers mois de vie (recommandation OMS 2010), la simple confirmation de l'infection VIH (ou un diagnostic présomptif) est une indication de TARV quel que soit le taux de CD4. Leur mesure ne conditionne pas la mise sous ARV jusqu'à cet âge.
- Après l'âge de deux ans, le taux des CD4 est un outil important pour la décision de mise sous traitement.
- Idéalement on prévoit au moins une mesure des CD4 tous les 6 mois.
- Une chute régulière des CD4 ("%" avant 5 ans et valeur absolue après 5 ans) sous traitement doit suggérer un échec thérapeutique : mauvaise posologie ? Problème d'observance ? Résistance virale ?
- Par contre, une baisse régulière de la valeur absolue des CD4 avant l'âge de 5 ans tout en conservant un % stable, correspond à une évolution normale (baisse physiologique) – se référer au tableau des CD4 -

Un enfant de 3 ans avec des CD4 à 680 en valeur absolue (< 25 %) nécessite un TARV, alors qu'un enfant de 5 ans qui a la même valeur absolue ne présente pas d'immunodépression biologique et n'a pas encore besoin de TARV.

5. La PCR

Qu'est-ce que la PCR ?

C'est l'abréviation anglaise de Polymerase Chain Reaction (ou Réaction de Polymérisation en Chaîne). La PCR détecte le virus lui-même dans le sang (ou dans les cellules sanguines) alors que la sérologie détecte les anticorps dirigés contre le virus. Une PCR positive signifie que le virus a été mis en évidence dans le sang testé.

Le test nécessite un laboratoire spécialisé et du personnel formé. L'accès au prélèvement sur papier buvard simplifie le transport entre le laboratoire et les sites de prélèvement. La formation à l'utilisation du papier buvard pour les équipes de prélèvement et de laboratoire est indispensable.

Il existe deux grands types de PCR : la PCR détectant l'ARN viral libre et la PCR détectant l'ADN viral incorporé dans les cellules infectées. Les deux peuvent être employées mais le plus disponible est la PCR ARN.

Avec les PCR ADN, les résultats sont qualitatifs et la réponse est alors "oui" ou "positive" si de l'ADN de VIH a été détecté ou "non" ou "négative" dans le cas contraire. Avec les tests ARN les résultats sont quantitatifs (on parle aussi de "charge virale") et le résultat est donné en nombre de copies de virus détectées dans le sang.



Spécificités pédiatriques :

Les charges virales chez les enfants infectés en période périnatale diffèrent de celles des adultes (souvent beaucoup plus élevées chez les enfants).

Chez les nouveau-nés infectés, et en dehors de tout traitement, les niveaux de charges virales sont bas à la naissance ; entre 2 et 12 mois la charge virale augmente rapidement et reste à des niveaux très élevés (> 100.000 copies/ml) ; puis elle décline lentement en quelques années, mais reste cependant élevée tant qu'un traitement n'est pas instauré.

Un outil diagnostique et de suivi :

Une PCR positive signifie "infection" et représente un des seuls outils permettant d'affirmer l'infection avant l'âge de 18 mois. Un premier résultat positif doit faire démarrer un TARV mais doit aussi être confirmé (on n'attend pas la confirmation du second test pour débiter le traitement).

La PCR quantitative ou charge virale permet également de mesurer la réponse au traitement : on attend une baisse régulière, puis une charge virale indétectable. Son suivi permet aussi de détecter un problème d'observance au traitement, un échec thérapeutique ou de suspecter une résistance virale, lorsque la charge virale remonte. En l'absence d'accès à une PCR quantitative, pour établir un diagnostic chez un nourrisson de moins de 18 mois, on peut avoir recours à une charge virale : si elle est détectable, elle est signe de diagnostic positif.

On parle de charge virale indétectable quand le test a atteint ses limites de détection : par exemple si la limite de détection d'un test est de 50 copies / ml, alors toute charge virale inférieure à 50 ne peut être détectée par ce test et on dit que la charge virale est "indétectable". C'est l'objectif que l'on cherche à atteindre avec le traitement ARV.

On parle d'échec virologique quand la charge virale persiste au-dessus de 5 000 copies/ml après 24 semaines de TARV chez un enfant "observant".

6. Le traitement ARV de l'infection VIH

Ce paragraphe trace les grands principes du traitement ARV chez l'enfant, en lien avec les recommandations OMS de juin 2010. Il n'est pas exhaustif. Pour davantage d'informations et/ou dans les situations plus complexes, il est nécessaire de se référer aux recommandations nationales ou de l'OMS et/ou de référer l'enfant.

Quand traiter ?

Avant l'âge de deux ans (24 mois) :

Diagnostic confirmé (PCR ou sérologie positive après 18 mois)

ou

Diagnostic présomptif d'infection VIH

(Signes cliniques évocateurs et sérologie positive avant 18 mois en l'absence de PCR)

→ TARV

Après l'âge de deux ans (24 mois) :

Un stade clinique OMS pédiatrique 3 et 4 (voir fiche "Stades OMS pédiatriques", en fin d'ouvrage) justifie un TARV, quel que soit le taux des CD4).

Et, quel que soit le stade clinique, il y a indication formelle de TARV quand :

Age	24 – 59 mois (2 – 5 ans)	5 ans et plus (valeur adulte)
% CD4	< 25 %	
Valeur absolue	< 750 /mm ³	< 350 /mm ³

[Tenir compte de la valeur la plus basse – valeur absolue ou %]

Avec quoi traiter ?

Situation clinique	Schéma thérapeutique de 1ère intention	En deuxième intention	
Nourrisson (< 24 mois) naïf de tout TARV (ou exposition inconnue)	AZT + 3TC + NVP		Si contre-indication à l'AZT, prescrire ABC Si contre-indication à ABC (ou rupture), prescrire D4T
Nourrisson avec exposition antérieure à la NVP	AZT + 3TC + Lop/r	Si Lop/r indisponible, débiter avec NVP	
Enfant entre 2 et 3 ans	AZT + 3TC + NVP		
Enfant > 3 ans	AZT + 3TC + (NVP ou EFV)		

Conditions particulières :

Situation clinique	Schéma thérapeutique de 1ère intention	En deuxième intention
Enfant < 3 ans avec co-infection tuberculeuse	AZT + 3TC + NVP ou AZT + 3TC + ABC	
Enfant > 3 ans avec co-infection tuberculeuse	AZT + 3TC + Lop/r	Si contre-indication à l'AZT, prescrire ABC
Adolescent > 12 ans avec co-infection hépatite B	AZT + 3TC + NVP	Si contre-indication à ABC (ou rupture), prescrire D4T
Adolescent > 12 ans avec co-infection hépatite C	AZT + 3TC + (NVP ou EFV)	

Remarques :

- Pour les posologies, se référer aux "Tables de posologies des ARV pédiatriques" téléchargeables depuis le site internet Grandir.
- Dans tous les cas : **se référer aux recommandations OMS ou au manuel de prise en charge du VIH pédiatrique du pays.**
- Rechercher une tuberculose avant de débiter un TARV si possible.
- Respecter les contre-indications et certaines associations à éviter (pour la plupart identiques à celles des adultes) : voir [tableau page suivante](#).

ARV	Contre-indications ou précautions	Associations à éviter	Effets secondaires principaux	Surveillance
AZT	Hb < 7,5 g/dL GB (PNN) < 750 / mm ³	Ne jamais associer au d4T.	Anémie, neutropénie.	Mesure de Hb avant et entre 8 et 12 semaines après le début du traitement (ou selon clinique).
NVP	Insuffisance hépatique sévère préexistante ou ALAT de départ de grade 3-4. Éviter chez les adolescentes ayant des CD4 > 250 (risque accru d'hépatotoxicité).	Éviter association avec la rifampicine. Diminution d'efficacité des contraceptifs oraux.	Rash cutané. Syndrome d'hypersensibilité (rash, fièvre, douleurs musculaires et articulaires). Hépatite.	Clinique : surveiller signes de rash cutané. Surveiller la fonction hépatique (ASAT, ALAT).
EFV	Enfants < 3 ans (données insuffisantes) Enfants avec antécédents de maladie psychiatrique. Grossesse (1er trimestre). Insuffisance hépatique sévère préexistante ou ALAT de départ de grade 3-4. A éviter si antécédent d'intolérance cutanée à la NVP (risque accru de rash).	Diminution d'efficacité des contraceptifs oraux.	Troubles neurologiques (en début de traitement surtout) : cauchemars, vertiges, céphalées, insomnies. Augmentation des enzymes hépatiques.	Faire un test de grossesse chez les adolescentes pubères avant de prescrire l'EFV et fournir une information sur le risque tératogène pendant le premier trimestre de grossesse.
d4T	Neuropathie périphérique sévère (à détecter cliniquement).	Ne jamais associer à l'AZT.	Effets retardés : Neuropathie périphérique. Plus tardivement : Lipodystrophie et troubles métaboliques.	Clinique : surveiller signes de neuropathie périphérique.
Inhibiteurs de la Protéase (IP)	Insuffisance hépatique sévère. Administrer avec prudence chez les hémophiles (risque accru de saignements). Solution buvable contre indiquée en cas d'insuffisance rénale.	Diminution d'efficacité des contraceptifs oraux. Éviter : - rifampicine, - benzodiazépines (valium) : risque de surdosage. Ne pas administrer avec du jus de pamplemousse (risque de surdosage en lopinavir).	Troubles digestifs (diarrhée, douleurs). Rash cutané possible. Élévation du cholestérol, des triglycérides, des ASAT/ALAT et de la glycémie.	Clinique. Lipides plasmatiques et glycémie si nécessaire.

- Le choix de l'Inhibiteur Nucléosidique de la Transcriptase Inverse (INTI) reste délicat car, même si les INTI sont en général bien tolérés chez l'enfant, leur disponibilité dans les sites n'est pas toujours en adéquation avec les dernières recommandations de l'OMS qui conseillent d'utiliser l'INTI suivant, par ordre de préférence : AZT en priorité, ou ABC (si contre indications à l'AZT), ou D4T (si contre indications à l'AZT et à l'ABC).

En pratique, il vaut mieux débiter une trithérapie contenant du D4T et remplacer cette molécule par un autre INTI dès que possible, plutôt que d'attendre de disposer du schéma idéal.

- La Lamivudine (3TC) est en général très bien tolérée chez l'enfant.
- Comme chez l'adulte, l'initiation d'un traitement avec NVP démarre avec une prise par jour pendant les 15 premiers jours, puis on passe à deux prises par jour si la tolérance cutanée et hépatique est bonne.
- Le syndrome de reconstitution immunitaire (ou IRIS) peut faire penser à un échec, en mimant un tableau d'infection opportuniste (IO). Il s'agit en fait d'une réaction à une remontée brutale de l'immunité, qui est plus fréquente quand les CD4 de démarrage sont bas. Se référer aux manuels OMS ou aux manuels du pays pour sa prise en charge.

Quand suspecter un échec thérapeutique ?

Indications de changement de ligne thérapeutique ("switch")

TROIS CAS DE FIGURE :

- Échec clinique** : apparition ou réapparition d'un stade 3 ou 4 après 24 semaines de TARV chez un enfant adhérent au traitement.
- Échec immunologique** : retour ou apparition des critères immunologiques suivants (après 24 semaines de TARV chez un enfant adhérent au traitement) :
CD4 < 200 / mm³ ou < 10 % entre 2 et 5 ans
CD4 < 100 / mm³ au-delà de 5 ans
- Échec virologique** : persistance d'une charge virale > 5000 copies / ml (ARN) (après 24 semaines de TARV chez un enfant adhérent au traitement).



Principes du passage de première en deuxième ligne

A chaque fois que c'est possible, le génotypage doit être effectué pour s'assurer que l'on propose une combinaison dont les trois molécules sont actives. Mais l'accès à cet examen reste rare.

Après l'échec d'un traitement comportant AZT (ou D4T) + 3TC, utiliser :

- en premier choix de seconde ligne : ABC + 3TC
- en alternative : ABC + ddl

Après l'échec d'un traitement comportant ABC + 3TC, utiliser :

- en premier choix de seconde ligne : AZT + 3TC
- en alternative : AZT + ddl

Si le traitement de première ligne comportait un Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse (NVP ou EFV), il est conseillé de le remplacer par un inhibiteur de la protéase (IP) boosté. Le LPV/r est le meilleur choix.

Si le traitement de première ligne comportait un IP (LPV/r) à cause d'une exposition à la NVP à la naissance, par exemple, le switch est plus délicat. En effet, l'accès à un IP qui ne présenterait pas de résistance croisée avec le LPV/r ou à des molécules issues des nouvelles classes thérapeutiques (différentes de INTI, INNTI et IP) reste très limité dans les pays en développement. Il est malgré tout souhaitable d'explorer les possibilités d'accès aux IP n'ayant pas de résistance croisée au LPV/r ou aux molécules des nouvelles classes ; et si aucun n'est accessible, d'opter pour une combinaison de 2 INTI + 1 INNTI (NVP ou EFV).

Rappels : ABC : abacavir ; ddl : didanosine ; AZT : zidovudine ; D4T : stavudine ; 3TC : lamivudine ; LPV/r : Lopinavir/ritonavir ; NVP : Névirapine ; EFV : Efavirenz.

L'observance du traitement ARV

Une très bonne observance du traitement, fondamentale pour une bonne réponse, dépend de plusieurs facteurs. Les principaux sont les suivants :

• L'enfant et/ou l'adulte référent sont-ils bien préparés et bien au courant du traitement ?

En d'autres termes, sont-ils suffisamment informés et quel est leur niveau de compréhension ? Un enfant bien informé et qui participe à son traitement a une meilleure observance et un meilleur pronostic à long terme. On constate en général une amélioration de l'observance des enfants lorsqu'on leur a annoncé qu'ils étaient atteints d'une maladie chronique ou qu'on leur a annoncé leur infection par le VIH. Mais l'enfant dépend aussi de l'adhésion de l'adulte au projet thérapeutique : si l'adulte ne comprend pas l'importance d'un traitement régulier et quotidien, ne croit pas à l'efficacité du traitement, ou n'a pas le temps ou les moyens matériels d'honorer les rendez-vous, l'observance de l'enfant risque d'être mauvaise. Si on observe une défaillance du responsable de l'enfant, il convient de mieux soutenir cet adulte ou parfois de chercher un autre adulte référent. Cette thématique est abordée dans le chapitre "Accompagnement psychologique de l'enfant" de ce guide. Se référer également à la brochure "Bien prendre son traitement" élaborée par le programme Grandir.

• La présentation des médicaments est-elle adaptée à l'enfant ?

Les sirops sont adaptés chez le nourrisson et le jeune enfant, ou pour tout enfant rencontrant des difficultés pour avaler les comprimés. Lorsque l'enfant grandit il est souvent plus simple de passer aux formes "comprimés", car le nombre de flacons à fournir chaque mois devient important et il est difficile de les rapporter discrètement à la maison. D'autre part, les doses varient d'un sirop à l'autre et changent avec le temps, ce qui est compliqué pour certains parents, et peut induire des erreurs de posologie.

Les gélules et les comprimés sont adaptés à l'enfant plus grand, dès qu'il peut les avaler (réduisant ainsi le volume de médicament à prendre avec l'âge). Certains jeunes enfants réclament très tôt des comprimés et sont capables de les avaler. A l'inverse, des enfants plus grands ont encore du mal avec les comprimés et cela justifie dans ce cas, la prescription prolongée de sirop.

Certains comprimés pédiatriques sont oro-dispersibles, c'est-à-dire qu'ils peuvent être bus après avoir été dissous dans de l'eau, leur goût est généralement adapté pour plaire aux enfants.

Des combinaisons à dose fixe (CDF) adaptées aux enfants apparaissent. Elles réduisent le nombre de comprimés à prendre quotidiennement et sont appréciées, en particulier par les adolescents. Un accès élargi à ces CDF et leur adaptation aux recommandations OMS et nationales sont attendus.

Il convient de vérifier régulièrement que l'enfant continue à accepter la forme galénique proposée car les parents peuvent avoir du mal à avouer que l'enfant prend mal tel sirop ou tel comprimé. Le remplacement d'une présentation par une autre, ou l'écrasement des comprimés trop difficiles à avaler doit être proposé si des difficultés apparaissent.

• Le suivi régulier avec le prescripteur à la recherche d'effets secondaires :

Les effets secondaires peuvent influencer sur la prise des médicaments. Par exemple, des cauchemars et insomnies survenus lors de la prise d'Efavirenz sont mieux acceptés lorsque le prescripteur a expliqué au patient et au parent que ces effets peuvent être passagers.

7. La tuberculose

En Afrique subsaharienne, les enfants infectés par le VIH ont 10 fois plus de risque de développer une tuberculose que les enfants non infectés. On estime qu'en l'absence d'intervention, près de 20 % des enfants infectés par le VIH développeront une tuberculose dans les 4 premières années de vie.

Le diagnostic n'est pas simple car les présentations cliniques sont atypiques et l'obtention de crachats est difficile chez l'enfant. Par ailleurs, d'autres conditions cliniques peuvent simuler une tuberculose comme la pneumonie interstitielle lymphoïde (PIL).

Le plus souvent la réponse au traitement anti-tuberculeux reste la même que chez les enfants non infectés par le VIH.

La mortalité dans le cadre de la co-infection tuberculose-VIH est élevée mais est souvent liée à la survenue d'autres maladies opportunistes en rapport avec la progression de l'infection VIH et l'absence de traitement concomitant.

Le traitement préventif de la tuberculose

Pour qui ? Indications :

- Tous les nourrissons et enfants infectés par le VIH avec un contage connu (exposés à la tuberculose à travers un sujet contact - dormant sous le même toit ou contact prolongé) et qui ne présentent aucun signe de tuberculose active, doivent recevoir un traitement préventif par isoniazide (INH) en monothérapie.
- Tous les enfants de plus de 12 mois, infectés par le VIH (y compris ceux qui ont déjà été traités dans le passé pour une tuberculose), qui ne présentent pas de signe clinique de tuberculose, et qui n'ont pas de contage connu à la tuberculose (pas de contact connu), doivent recevoir un traitement préventif par l'INH dans le cadre général de leur prise en charge*.
- Les nourrissons de moins de 12 mois qui n'ont pas de signes cliniques de tuberculose et qui n'ont pas de contage tuberculeux connu, eux, ne reçoivent pas le traitement préventif par l'INH.

A quelle dose et combien de temps ?

- Isoniazide INH : 10 mg/kg/jour (maximum 300 mg/jour).
- Pendant 6 mois.

*Cette nouvelle recommandation de l'OMS n'est souvent pas encore appliquée sur le terrain. Il conviendra aux acteurs de vérifier quelle est la politique nationale du programme de lutte contre le sida et/ou du programme de lutte contre la tuberculose de leur pays.

Le diagnostic de la tuberculose

Le diagnostic est difficile car les signes sont souvent atypiques.

En effet les signes cliniques d'une tuberculose sont communs avec ceux du VIH : altération de l'état général, amaigrissement, fièvre, hépatomégalie, adénomégalies, etc.

La pneumonie interstitielle lymphoïde (PIL) peut aussi simuler une tuberculose : toux chronique, hippocratisme digital, hépatomégalie et splénomégalie, aspects radiologiques. La notion de contage (contact avec une personne ayant une tuberculose) est très importante.

Présentations cliniques variables :

- Survenue le plus souvent dans les 4 premières années de vie.
- Amaigrissement, anorexie, retard staturo-pondéral (courbe) : penser à la tuberculose quand il n'y a aucun autre signe et aucune autre explication !
- Toux persistante (> 2 semaines) en cas de tuberculose pulmonaire.
- Episodes infectieux respiratoires à répétition ne répondant pas aux antibiotiques.
- Sibilants ne répondant pas aux bronchodilatateurs (évoquant une compression bronchique par des ganglions intra-thoraciques).
- Tableau de pleurésie (douleur thoracique, fièvre, grande matité à la percussion, diminution des vibrations vocales perçues avec les mains posées sur le thorax du côté de la pleurésie).
- Hépatomégalie, splénomégalie, ascite.
- Diarrhée persistante.
- Tableau arthritique (gonflement articulaire) ou ostéomyélique (os long ou vertèbre).
- Péricardite (épanchement dans l'enveloppe du cœur).
- Atteinte neurologique : méningite avec implication des nerfs crâniens notamment.
- Fièvre isolée persistante et ne répondant pas aux antibiotiques et aux anti-malariens.

Devant des manifestations cliniques chroniques ou ne répondant pas aux traitements usuels, tout soignant doit systématiquement se poser la question : **et si c'était une tuberculose ?**

Examens complémentaires :

• Le test à la tuberculine (test de Mantoux) :

Ce test est rarement disponible. Un test positif (> 5 mm d'induration entre 48 et 72h) est évocateur de tuberculose. Cependant, ce test est souvent négatif en raison de l'immuno-dépression (anergie). Par conséquent, le test à la tuberculine ne présente pas d'intérêt dans le diagnostic de tuberculose chez l'enfant dont la maladie VIH est avancée. Par ailleurs, il est d'interprétation difficile si l'enfant a été vacciné par le BCG.

• L'analyse des crachats :

L'obtention des crachats à la recherche de bacilles acido-alcoolo-résistants est difficile chez le jeune enfant. Elle peut être facilitée par une kinésithérapie respiratoire (les laborantins devraient être encouragés à apprendre ces techniques).

Il peut s'avérer nécessaire de faire une aspiration gastrique le matin à jeun.

Souvent les recherches sont négatives en raison du peu d'excrétion de bacille et/ou de la faible qualité du prélèvement chez l'enfant.

• La vitesse de sédimentation :

Elle ne présente pas ou peu d'intérêt ici car dans le contexte de l'infection à VIH, elle est souvent élevée pour de multiples raisons. Cependant, elle est rarement très basse en cas de tuberculose.

• La radiologie pulmonaire :

Dans la mesure du possible elle est recommandée avant la mise sous traitement comme élément comparatif de base.

Aucune image n'est caractéristique de tuberculose chez l'enfant infecté par le VIH.

On peut trouver :

- un élargissement du médiastin (ganglions)
- une image d'atélectasie (le poumon se rétracte en raison d'une compression d'une bronche par un ganglion par exemple)
- une infiltration diffuse bilatérale
- un aspect de condensation lobaire (comme dans une pneumonie typique)
- une pleurésie
- des atteintes des lobes moyens et inférieurs
- la présence de cavité ou de caverne est rare dans le cadre du VIH.

Ces mêmes images peuvent être retrouvées en cas d'infections bactériennes ou virales, de pneumonie à *Pneumocystis jirovecii*, de pneumonie interstitielle lymphoïde (PIL), de lymphome, ou de sarcome de Kaposi...

Toute image radiologique anormale peut être en rapport avec une tuberculose.

Le traitement ARV dans le contexte de tuberculose

Enfant dont la co-infection vient d'être diagnostiquée :

- Tout enfant ayant une tuberculose active doit débuter un traitement anti-tuberculeux suivi d'un TARV dès que possible (en fonction de la tolérance) dans les 8 premières semaines du traitement anti-tuberculeux, quel que soit son stade clinique ou immunologique (CD4).
- Le TARV de première ligne recommandé chez un enfant sous traitement anti-tuberculeux contenant de la Rifampicine* est :
 - enfant de moins de 3 ans : 2 INTI + NVP ou bien 3 INTI
 - enfant de plus de 3 ans : 2 INTI + EFV

- Le TARV de première ligne, recommandé chez un enfant de moins de 24 mois, qui a été exposé à la NVP, sous traitement anti-tuberculeux contenant de la Rifampicine, est composé de 3 INTI.

Enfant infecté par le VIH développant une tuberculose sous TARV :

- Tous les enfants infectés par le VIH doivent recevoir un traitement anti-tuberculeux dès que le diagnostic de tuberculose est posé. Le TARV ne doit pas être interrompu.
- Ajustements du TARV afin de réduire les interactions médicamenteuses et la toxicité :
 - Si le TARV contient 2 INTI + NVP : changer la NVP pour l'EFV si enfant > 3 ans
 - Si le TARV contient 2 INTI + NVP et que le changement pour l'EFV n'est pas possible : augmenter la dose de NVP à son maximum
 - Si le TARV contient un IP, Lopinavir (LPV/r) : envisager d'augmenter la dose de Ritonavir (RTV) sur la base d'un ratio LPV/RTV de 1:1 afin d'obtenir la dose thérapeutique optimale de RTV.

*NB : L'EFV est préféré à la NVP car il interagit moins avec la Rifampicine (la Rifampicine diminue la concentration de NVP dans le sang, et présente une hépatotoxicité qui s'ajoute à celle de la NVP). Mais l'EFV reste contre-indiqué chez les moins de 3 ans.

NB2 : la durée du traitement anti-tuberculeux reste standard. Se référer aux protocoles nationaux.



8. Les courbes de croissance

La croissance est influencée par des facteurs comme l'âge gestationnel, le poids de naissance, le type d'alimentation (lait maternel ou lait artificiel), la stature des parents, l'environnement, la nutrition, la maladie chronique ou les besoins de santé spéciaux. Au moment d'évaluer une croissance qui ne respecte pas le profil normal, chacun de ces facteurs devrait être envisagé.

Des cours pour apprendre à mesurer, peser, interpréter et conseiller sont disponibles en français sur le site de l'OMS <http://www.who.int/childgrowth/training/fr/index.html>. Ceux-ci ne s'adressent pas spécifiquement aux enfants infectés par le VIH.

Tout enfant doit avoir sa courbe de croissance tracée

Le suivi de la croissance est capital. La croissance reflète l'état de santé. Un enfant qui grandissait bien et arrête de grandir est suspect... Il en est de même pour le poids. La croissance doit être clairement enregistrée et faire l'objet d'un contrôle à chaque visite. Un poids et une taille ne doivent être notés que si la mesure est bien faite sous peine de points aberrants sur la courbe. Une variation importante doit faire contrôler la mesure avant de prendre une décision. La mesure notée fera partie de courbes qui seront interprétées durant toute la période de croissance.

Périmètre crânien (PC) :

De la naissance jusqu'à la fermeture des fontanelles (la fontanelle antérieure se ferme vers l'âge de 12 à 18 mois), on mesure régulièrement le tour de crâne ou périmètre crânien afin de s'assurer d'une croissance normale de la boîte crânienne et donc indirectement du cerveau.

• Mesure du périmètre crânien

La mesure s'effectue à l'aide d'un ruban mètre en plaçant le mètre à l'avant, juste au dessus des sourcils, et à l'endroit le plus bombé du crâne à l'arrière.

Sa mesure régulière est essentielle au cours des 2 premières années de la vie.

Valeurs moyennes chez l'enfant à terme			
Naissance	6 mois	1 an	2 ans
35 cm	44 cm	47 cm	50 cm

Le périmètre crânien n'augmente ensuite que de 5 à 6 cm jusqu'à l'âge adulte.

Il existe des courbes de référence avec moyenne et déviations standards (DS) en fonction du sexe (comme pour la taille et le poids). On parle de microcrânie (ou microcéphalie, comme dans l'encéphalopathie à VIH) lorsque le PC est en-dessous de 2 DS pour l'âge et de macrocrânie (ou macrocéphalie, comme dans l'hydrocéphalie) lorsqu'il est au-dessus de 2 DS. Un ralentissement ou un arrêt de la croissance du périmètre crânien doit faire craindre une encéphalopathie (en particulier l'encéphalite à VIH qui est une indication formelle et urgente de TARV).

Peser un nourrisson, un enfant :

Pour les petits nourrissons, on s'assure que la pesée se fait nu et sans accessoire (dans les cheveux ou autour de la taille par exemple).

Pour un enfant qui ne marche pas (ne tient pas debout), on peut utiliser trois méthodes :

- Utilisation d'une balance à suspension (type Salter) : l'enfant dévêtu, assis dans le harnais et ainsi suspendu. Cette méthode n'est pas fiable si l'enfant est agité.
- On peut aussi utiliser un pèse bébé à fléau qui a été étalonné. Là aussi il est difficile d'être précis au-delà de quelques mois de vie, car le bébé bouge trop sur la balance.
- Utilisation d'une balance à colonne "à 100 g près" en demandant au parent de monter sur la balance avec et sans l'enfant : la soustraction des deux poids permet de déduire le poids de l'enfant. Ceci n'est pas très fiable pour des petits poids et doit être évité si on dispose d'une balance pédiatrique.

Attention, cette méthode n'a aucune valeur avec des pèse-personnes pour adultes type "salle de bain" qui ont une précision à 1 kilo près.

Dès que l'enfant tient debout et / ou marche :

- Utilisation d'une balance à colonne classique pour adultes.

Mesurer la taille d'un nourrisson, d'un enfant :

Utiliser une toise pédiatrique calibrée munie d'un appui-tête fixe et d'un appui-pied mobile, perpendiculaires à la surface de la table.

- L'idéal est de le faire faire par deux personnes formées pour obtenir une mesure précise. Sinon l'accompagnateur de l'enfant peut s'en charger.
- Mesurer le nourrisson sans ses chaussures, vêtu de sous-vêtements légers.
- Le nourrisson doit être couché sur le dos au centre de la planche, bien à plat sur la surface. Ses yeux doivent regarder le plafond. Ses deux jambes doivent être entièrement étendues, ses orteils doivent pointer vers le haut et ses pieds doivent reposer à plat sur l'appui-pied mobile.
- Mesurer la longueur au 0,1 cm près. Renouveler la mesure 3 fois et faire la moyenne (par exemple : T1-62,1 cm; T2-62,3 cm; T3-62,2 cm; on note T = 62,2 cm).

Dès que l'enfant marche, la mesure s'effectue debout sur une toise classique.



Les courbes

La courbe inscrite représente des déviations standards sélectionnées dans la population de référence et peut être utilisée pour repérer le rang de l'enfant par rapport aux enfants du même sexe et du même âge.

Chez la plupart des enfants, des mesures sérielles de taille et de poids respectent harmonieusement un "corridor" dans ou entre les mêmes déviations standards.

Il peut arriver que des enfants de petit poids de naissance ou prématurés croisent des courbes vers le haut avant de se stabiliser.

Il existe différentes courbes (filles et garçons) : les plus utilisées sont les courbes Poids / Age, Taille / Age et la courbe de Périmètre Crânien.

Des modèles de standards internationaux sont disponibles sur le site de l'OMS :

<http://www.who.int/childgrowth/standards/fr/>

Pourquoi est-ce utile ?

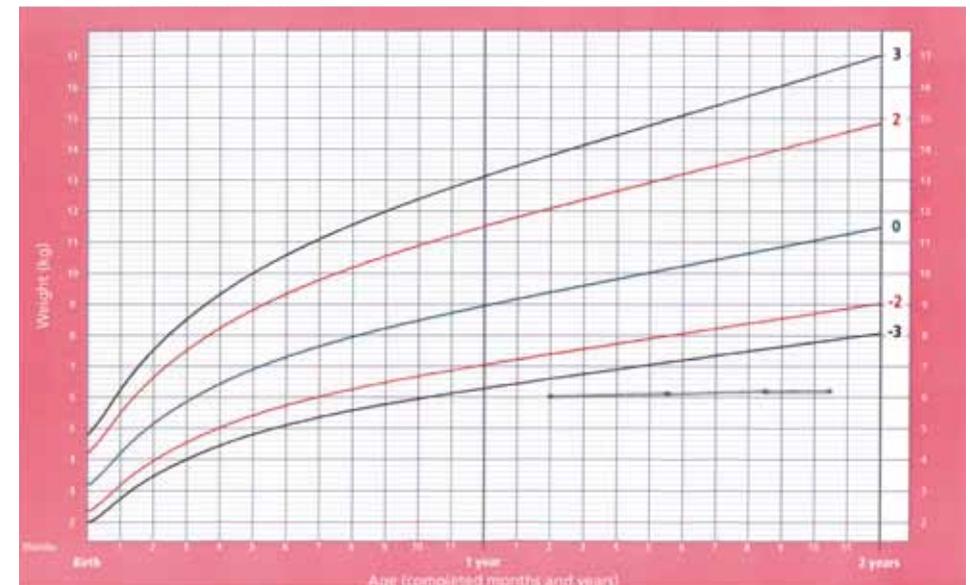
C'est un instrument de suivi précis quand les mesures sont bien prises.

Paul, 8 ans, est sous TARV depuis 2 ans. Ses courbes de taille et poids sont régulières entre - 1,5 et - 2 DS depuis 1 an et demi. Il y a 6 mois ses CD4 étaient de 400. S'il n'est pas possible de réaliser la mesure des CD4 pour des raisons techniques de laboratoire, les courbes nous rassurent dans un contexte asymptomatique quant à l'efficacité du traitement. Au contraire si la courbe de poids de Paul n'était pas régulière et traversait les courbes inférieures (- 2,5 ou - 3 DS), la mesure des CD4 serait ici importante dans le bilan d'explication de cette "cassure" ou ralentissement de courbe et le suivi de Paul devrait être rapproché. L'absence de reprise pondérale sous supplémentation nutritionnelle, par exemple, devrait faire suspecter une évolution de l'infection par le VIH.

Elle oriente :

Un "décrochage" avec une courbe de poids qui croise une DS vers le bas au lieu de suivre son corridor" n'est pas normal et doit faire suspecter :

- La survenue d'une IO – par exemple TB.
- Un problème nutritionnel (sevrage et diversification difficile par exemple).
- Une maladie VIH sous TARV non contrôlée (résistance ? Mauvaise observance au traitement...?) ou une infection VIH avec indication formelle de TARV.



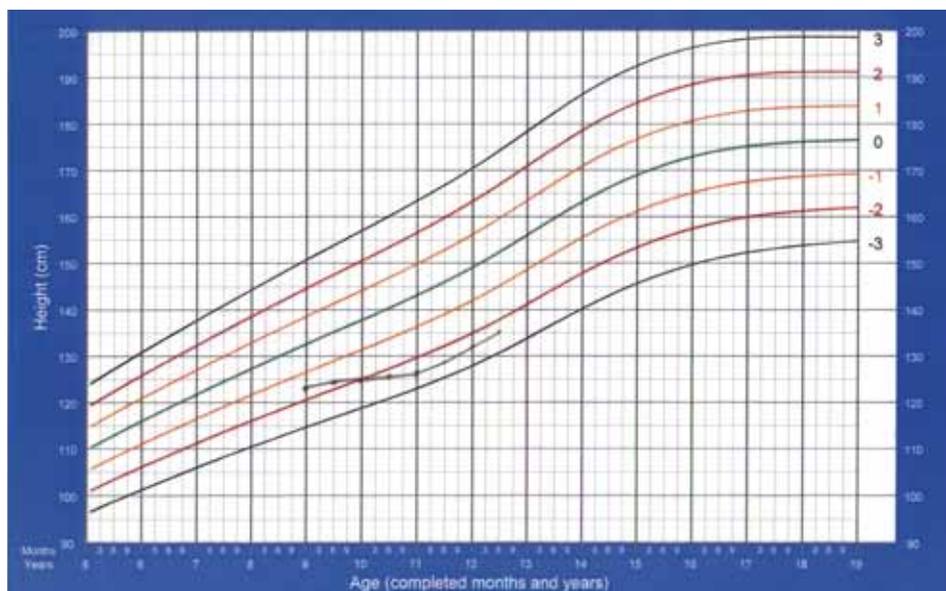
Courbe de poids d'Aminata, 16 mois, croisant les déviations standards.

A l'inverse, si la croissance en poids et en taille reste en permanence dans le même corridor (entre -1 et -2 DS, par exemple), il est probable, si l'enfant est asymptomatique, qu'il n'y ait pas de problème de santé évolutif.

C'est pourquoi il est plus important d'interpréter la courbe (c'est à dire la tendance) plutôt qu'un point isolé.

La cassure de croissance est un excellent indicateur d'une pathologie en cours, d'autant plus sensible que l'enfant est plus jeune.

C'est un instrument pédagogique visuel pour les parents et les grands enfants (une aide à l'adhésion au traitement) : on montre les événements sur la courbe.



Courbe de Madiba ayant débuté le TARV à l'âge de 11 ans.

Par exemple, l'accélération de la croissance staturale visualisée sur la courbe après le démarrage d'un TARV illustre plus concrètement son effet que le taux de CD4 pour un parent ou son enfant de 12 ans.

LES ASPECTS NUTRITIONNELS

1. L'alimentation du nourrisson exposé au VIH : recommandations OMS 2010 et aspects pratiques	45
2. L'alimentation jusqu'à 6 mois	50
L'allaitement maternel	50
L'alimentation avec les substituts du lait maternel (SLM)	53
3. L'alimentation à partir de 6 mois	55
La mise en place de l'alimentation complémentaire	55
Remarques sur certains nutriments	61
Le sevrage	67
4. La malnutrition	68
Les facteurs favorisant	68
Les différents types de malnutrition	68
Savoir reconnaître et dépister la malnutrition	69
Prendre en charge la malnutrition	71
Prévenir la malnutrition	75

1. L'alimentation du nourrisson exposé au VIH recommandations OMS 2010 et aspects pratiques

L'alimentation du nourrisson dans le contexte de l'infection à VIH représente une problématique fondamentale et complexe. Un allaitement non protégé (par les ARV) peut transmettre le VIH à l'enfant, alors qu'une alimentation par les substituts du lait maternel (SLM) peut être à l'origine de maladies (diarrhées, malnutrition), voire d'une mortalité précoce. Les résultats des recherches cliniques sont à l'origine d'adaptations régulières des recommandations internationales dans ce domaine.

L'infection à VIH est souvent associée à une malnutrition qu'il faut savoir dépister tôt et traiter.

Ce chapitre décrit, après un rappel des recommandations OMS 2010 sur l'alimentation du nourrisson exposé au VIH, les aspects pratiques de la conduite de l'allaitement maternel exclusif, de l'alimentation par les SLM, de l'introduction de l'alimentation complémentaire et du sevrage. Des données nutritionnelles sur les sources alimentaires de protéines, vitamines et minéraux et un focus sur le calcium, le fer et le zinc sont exposées dans le paragraphe sur l'alimentation complémentaire. Enfin, la dernière partie du chapitre concerne la malnutrition, sa détection, sa prise en charge et sa prévention.

Rappels sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant :

La transmission globale du VIH est d'environ 35 % sans PTME alors qu'elle est inférieure à 5 % avec toutes les mesures de PTME associées à un allaitement "protégé" par ARV chez la mère ou chez l'enfant.

La part de la transmission spécifiquement liée à l'allaitement sous ARV est faible, les meilleurs résultats étant obtenus chez des femmes qui ont des CD4 > 200/mm³.

Le risque de transmission par le biais du lait maternel, sans TARV ou prophylaxie maternelle ou de l'enfant pendant l'allaitement, est estimé à environ 1 % par mois d'allaitement. Il est majoré en cas d'allaitement mixte.

Les SLM permettent d'éviter le risque de transmission du VIH lié à l'allaitement.

Ces constatations étaient à l'origine des anciennes recommandations de l'OMS (2006), qui préconisaient :

- Soit un allaitement maternel exclusif pendant 5 à 6 mois et un sevrage rapide.
- Soit un allaitement par les SLM si les conditions "AFADS" (Acceptable, Faisable, Abordable, Durable et Sûr) étaient remplies, ce qui était rare en pratique.

Mais il a été observé que :

- Le risque de morbidité (maladies, diarrhées, malnutrition) et de mortalité était plus grand avec un allaitement court et un sevrage rapide.
- Les conditions AFADS étaient difficiles à remplir.

Sur la base de ces constatations et sur l'analyse de nouvelles recherches cliniques, de nouvelles recommandations sur le traitement préventif par les ARV et sur les modes d'alimentation du nourrisson ont été élaborées par l'OMS en 2010.

Nouvelles recommandations sur le traitement préventif par les ARV

Des traitements renforcés pour la femme enceinte et le nourrisson : au minimum, la femme devra recevoir de l'AZT pendant la grossesse, à partir de la 14^{ème} semaine d'aménorrhée, au mieux, une trithérapie. Le nouveau-né recevra au minimum une prophylaxie pendant 6 semaines après la naissance (AZT ou NVP).

Un allaitement systématiquement protégé : si la mère a bénéficié d'une trithérapie prophylactique, celle-ci est poursuivie après la naissance jusqu'à une semaine après la fin de l'allaitement. Si la trithérapie n'est pas accessible, c'est le nourrisson qui reçoit une prophylaxie par la NVP jusqu'à une semaine après la fin de toute exposition au lait maternel.

Schéma thérapeutique des recommandations OMS 2010 :

Mère	Nourrisson
Option A : AZT monothérapie De la 14 ^{ème} semaine de grossesse jusqu'à l'accouchement (sans poursuite post-natale)	Nourrisson allaité au sein : Administration quotidienne de NVP à partir de la naissance et jusqu'à une semaine après l'arrêt de toute exposition au lait maternel (jusqu'à un an parfois) Nourrisson alimenté avec substituts du lait maternel : AZT ou NVP pendant 6 semaines (42 jours)
Option B (préférable) : Trithérapie ARV Association de trois ARV dès la 14 ^{ème} semaine de grossesse et jusqu'à une semaine après la fin de l'exposition au lait maternel	Nourrisson allaité au sein : Administration quotidienne de NVP à partir de la naissance jusqu'à 6 semaines (42 jours) Nourrisson alimenté avec substituts du lait maternel : AZT ou NVP pendant 6 semaines (42 jours)

Aspects pratiques : comment conseiller la mère et le couple ?

Le conseil aux mères est donc globalement simplifié. Le choix de l'allaitement "protégé" est une option socialement acceptable et globalement sûre, même si des études complémentaires doivent être menées pour quantifier précisément le risque de transmission par l'allaitement protégé entre 6 et 12 mois.

Tenir compte du contexte national et local :

Il se peut que les nouvelles recommandations n'aient pas encore été intégrées dans les recommandations nationales de certains pays et qu'une prescription de TARV, sans indication maternelle, pour protéger l'allaitement ne soit pas encore acceptée au niveau des pharmacies centrales qui ne délivreront pas les ARV.

Dans d'autres cas, la politique nationale a adopté ces nouvelles recommandations, mais le service de santé qui suit la mère n'est pas un centre de dispensation et la mère ne peut se rendre dans un autre centre. L'OMS recommande aux programmes nationaux de tout mettre en œuvre pour favoriser l'accès à l'allaitement protégé par les ARV pour toutes les femmes infectées par le VIH.

Dans tous les cas, en l'absence d'ARV chez la mère ou l'enfant pendant l'allaitement, si les conditions d'une alimentation par les SLM ne sont pas réunies, l'OMS recommande de procéder à un allaitement exclusif pendant 6 mois avec sevrage pendant 1 mois et non plus brutal. Il est aussi recommandé de suivre de façon très rapprochée l'enfant pendant la période de sevrage.

Cas particulier : si le nourrisson reçoit un allaitement maternel protégé par les ARV, mais que l'accès au traitement est ponctuellement impossible (rupture d'approvisionnement au niveau du centre, par exemple), il faut recommander à la mère de tirer son lait et le faire chauffer, jusqu'à ce qu'elle puisse à nouveau prendre le TARV.

A tout moment : l'allaitement peut être stoppé pour des raisons de complications d'allaitement ou de choix maternel/parental. Les équipes doivent être capables de conseiller la mère pour la mise en place de l'alimentation par SLM ou l'orienter vers un service compétent.

Évaluer chaque cas individuellement :

Dans ses recommandations, l'OMS rappelle que les options alternatives à l'allaitement protégé doivent être présentées aux mères/aux couples (droit à l'information). La décision du type d'alimentation reste celui de la mère (et du couple).

On ne doit commencer une alimentation par les SLM que si l'ensemble des critères cités (voir encadré ci-dessous) sont remplis, sinon il faut préférer l'allaitement maternel. Il existe des outils d'aide à la décision.

Nouveaux critères remplaçant les critères AFADS

Les mères infectées par le VIH ne devraient donner des SLM à leur enfant non infecté ou de statut inconnu uniquement si les conditions suivantes sont remplies :

- L'accès à l'eau potable est assuré.
- La mère peut fournir suffisamment de SLM pour permettre une croissance normale au nourrisson.
- La mère peut préparer de façon hygiénique les SLM de façon à limiter le risque de diarrhée et de malnutrition.
- La mère peut donner des SLM de façon exclusive pendant les 6 premiers mois de vie.
- La famille appuie cette pratique.
- La mère a accès à un service de santé qui peut la conseiller sur l'allaitement par les SLM.

GRILLE D'ÉVALUATION "ALIMENTATION DU NOURRISSON" PROJET KESHO BORA, BURKINA FASO

Avertissement :

Ce tableau doit être seulement considéré comme un outil d'aide à la décision parmi d'autres (visite à domicile, discussion approfondie avec la mère ou le couple...) et en aucun cas comme un outil diagnostique, même si tout le monde souhaiterait en avoir un. On doit garder à l'esprit que le counselling sur le choix d'alimentation de l'enfant est à mener au cas par cas.

Il est fourni en complément de la fiche pratique Grandir n°7 : "Le choix du mode d'alimentation du nourrisson – Le rôle des conseillers en nutrition".

	MÉTHODE LA PLUS ADAPTÉE		
	Allaitement maternel exclusif	Cas à approfondir	Alimentation de remplacement
D'où provient votre eau de boisson ?	Rivière, puits, mare, réservoir	Source captée publique, eau en bidon achetée	Robinet dans la concession, eau en bouteille achetée
Quel type de toilettes avez-vous ?	Aucun, trou	Latrine améliorée, ventilée	Avec chasse d'eau, moderne
Combien d'argent pouvez-vous consacrer à l'alimentation de remplacement chaque mois ?	Moins que ce que coûte l'alimentation de remplacement	Un peu moins ou à peu près ce que coûte l'alimentation de remplacement	A peu près ou un peu plus que ce que coûte l'alimentation de remplacement
Les revenus de votre foyer sont	Très irréguliers	Irréguliers	Réguliers
Pouvez-vous préparer chaque repas avec de l'eau bouillie et des ustensiles lavés au savon ?	Non	Oui avec efforts	Oui
Comment feriez-vous pour les repas de nuit ?	Préparation difficile	Préparation possible avec efforts	Préparation possible
Votre partenaire sait-il que vous êtes infectée par le VIH ?	Non	Oui, mais mon partenaire ne me soutient pas	Oui et mon partenaire me soutient
Vivez-vous avec la famille élargie ?	Oui, belle famille	Oui, propre famille	Non, seule, ou en couple
Savez-vous lire ?	Non	Non, mais d'autres personnes dans la famille savent lire	Oui

Dans le cadre de ce conseil, on doit aussi prendre en compte :

- Une maladie maternelle très avancée, des CD4 bas (< 200/mm³), une charge virale élevée, car ces facteurs augmentent le risque individuel de transmission pendant l'allaitement.
- Une faiblesse extrême d'une mère malnutrie qui a une production de lait insuffisante ou un nourrisson qui développe une malnutrition sous allaitement maternel apparemment bien conduit.
- Les complications de l'allaitement avec mastites, crevasses et saignements fréquents qui augmentent le risque de transmission.

Dans ces cas, il peut être justifié de conseiller un arrêt de l'allaitement maternel, tout en accompagnant la mère/le couple pour les aider à réunir les critères d'une alimentation sans risque par les SLM.

Remarques :

Il existe des outils ("cartes") élaborés à partir des anciennes recommandations de l'OMS et qui n'ont pas encore été actualisés. Cependant, ils restent intéressants à utiliser (<http://www.grandir.sidaction.org/3-14-20/autres-ressources/documents-de-reference.htm>) en tenant compte de certains points qui ont changé, notamment :

- La carte n°1 est à nuancer : aujourd'hui la possibilité de prendre des ARV pendant l'allaitement réduit davantage encore le risque de transmission tout en gardant les bénéfices du lait maternel pour l'enfant.
- On ne préconise plus un allaitement de 6 mois, mais d'une année. Les 6 premiers mois conservent cependant toujours le caractère "exclusif" de l'allaitement.
- Retirer la carte 17 du lot car elle porte à confusion avec les nouveaux messages : le sevrage ne doit plus être "rapide" mais sur un mois environ, afin d'éviter les "accidents de malnutrition" notamment.
- Retirer les cartes 6 et 12, en tous les cas pour les 6 premiers mois de vie : on ne recommande plus l'utilisation des laits animaux modifiés comme alternative au SLM dans les 6 premiers mois de vie. Seuls les SLM "premier âge" sont adaptés.

2. L'alimentation jusqu'à 6 mois

L'allaitement maternel

L'allaitement maternel a de nombreux bénéfices :

- Pour la santé de l'enfant : il favorise le développement et la croissance, protège des maladies diarrhéiques, des infections des voies respiratoires supérieures.
- Pour la mère : il favorise l'espacement des naissances, il est gratuit.

Il est parfois difficile pour les mères, dans certains contextes socioculturels, d'allaiter l'enfant de façon exclusive et de renoncer à l'ajout de tisanes ou d'aliments traditionnellement donnés aux nourrissons. Un accompagnement des mères durant la période d'allaitement maternel est donc essentiel. Malgré tous les obstacles connus à l'allaitement exclusif, il est prouvé qu'un counselling adapté et étroit permet d'obtenir de très bons résultats.

Trop souvent les mères sont livrées à elles-mêmes pour apprendre à allaiter leur enfant sur le postulat erroné que "l'allaitement est naturel et donc ne s'apprend pas". Cette attitude peut être dangereuse car les allaitements mal conduits sont sources de complications qui peuvent augmenter le risque de transmission du VIH. Des conseils simples permettent d'éviter les principales difficultés associées à l'allaitement maternel. La technique et les conseils au sujet de l'allaitement maternel sont détaillés dans la Fiche Pratique Grandir n°8 "L'allaitement maternel, cela ne va pas de soi".

La composition du lait maternel change au cours de la tétée. Au début, il est plus aqueux (liquide) et à la fin, les matières grasses sont plus importantes. C'est pourquoi, il est important de laisser l'enfant "vider le sein" afin qu'il en retire tous les bénéfices nutritionnels. Le laisser 3 minutes au sein dès qu'il pleure expose la mère à des complications locales (crevasses, engorgement, etc.) et l'enfant à une mauvaise nutrition.



Règles de base à expliquer aux mamans :

- Mettre le nouveau-né au sein dès que possible (dans la première heure de vie).
- Éviter de lui donner d'autres aliments ou liquides. Le lait maternel étanche la soif du bébé et suffit à le rassasier jusqu'à l'âge de 6 mois.
- S'installer confortablement et garder un contact visuel avec le bébé pendant la durée de la tétée. "C'est le bébé que l'on met au sein et non pas le sein que l'on porte au bébé".
- Allaiter le bébé aussi souvent qu'il le demande, jour et nuit, au moins 8 fois par 24h. Cependant, ne pas le réveiller pour lui donner le sein sauf si cela fait plus de 5 heures qu'il n'a pas réclamé.
- Allaiter le bébé lorsqu'il montre qu'il a faim : lorsqu'il commence à s'agiter (et que la distraction ne le calme pas), à sucer ses doigts ou à remuer les lèvres.
- A chaque tétée, encourager le bébé à vider le premier sein avant de lui présenter l'autre.
- Respecter une hygiène la plus stricte possible : se laver les mains avant d'allaiter. Déposer quelques gouttes de lait maternel sur le sein en fin de tétée pour éviter les crevasses.

Doit-on prodiguer des soins particuliers à l'enfant ?

Supplémentation en vitamine A : durant les premiers 6 mois de vie donner 50 000 UI à 6 semaines. Cela diminue les risques d'infections graves notamment de diarrhées. Si la Vitamine A n'a pas été donnée à 6 semaines, on peut la donner plus tard, mais sans dépasser 1 dose de 50 000 UI dans les 6 premiers mois.

Vitamine K : le lait maternel est "pauvre" en vitamine K, qui est indispensable à la fabrication des protéines de la coagulation, expliquant la fréquence de la maladie hémorragique du nouveau-né.

Il semble que le volume de lait ingéré dans les premiers jours soit un des facteurs les plus importants. Et comme le colostrum est très riche en vitamine K, l'Organisation Mondiale de la Santé suggère que la principale raison pour laquelle les bébés allaités ne reçoivent pas une quantité suffisante de vitamine K est directement reliée aux façons de les nourrir. Étant donné que le colostrum et le lait de fin de tétée ont de hautes concentrations de vitamine K, les bébés devraient pouvoir téter sur chaque sein aussi souvent et aussi longtemps qu'ils le désirent. La vitamine K se trouve surtout dans la partie grasse du lait, et la quantité de gras absorbé par le bébé dépend du temps d'allaitement.

On peut aussi recommander de donner une dose intra musculaire (IM) de 1 mg dans les 6 premières heures de la naissance (réduit les risques hémorragiques tardifs également).

Examen systématique de la cavité buccale à chaque visite et traitement d'une candidose orale (qui peut, par le biais de l'inflammation de la muqueuse augmenter le risque de transmission). Dans ce cas, il faut rincer la bouche du bébé avec une compresse imbibée d'eau bicarbonatée à la fin des tétées, en association au traitement médicamenteux de la candidose.

Pour le reste, il s'agit du suivi du nourrisson tel qu'il a été envisagé dans la première partie du manuel. Surveillance hebdomadaire si possible le premier mois (notamment vérification de la reprise du poids de naissance entre 7 et 15 jours de vie), puis surveillance mensuelle.

La mère doit-elle recevoir des soins pour elle-même ?

Il est important de s'assurer que l'allaitement se déroule bien à chaque visite. Par un interrogatoire et un examen clinique, on vérifie qu'il n'existe pas de complications locales (type crevasses avec saignements, mastite).

L'allaitement demande en moyenne un apport calorique de 500 Kcal supplémentaires par jour pour la maman. Si nécessaire, il faut aider la mère et l'inscrire dans un programme de soutien nutritionnel.

Si possible, il est recommandé de donner aux femmes qui allaitent des multivitamines et minéraux (BCE-sélénium). Mais il faut éviter la vitamine A chez la mère car cette supplémentation aurait tendance à favoriser la transmission du VIH à l'enfant pendant l'allaitement (Se référer à Grandir Info n°5 : "Zoom sur la Vitamine A"). Cependant, pour les mères qui souffrent d'un réel déficit en vitamine A - héméralopie (diminution de la vision quand la luminosité baisse au crépuscule) ou autres signes plus avancés - un traitement par la vitamine A reste décisif et nécessaire pour leur santé.

Un apport hydrique abondant est recommandé et la consommation d'alcool proscrite.

Vérification et conseils de "bonnes pratiques" pour l'allaitement (nourrisson de moins de 6 mois) à chaque visite :

- Vérifier que le nourrisson grandit bien (poids et taille sur courbes de croissance) : insister sur ce point.
- Vérifier la position du bébé pendant la tétée et s'il tète de manière efficace.
- Vérifier que le rythme de tétées est optimal : allaitement à la demande, nuit et jour. Laisser le nourrisson se détacher du sein lui-même. Terminer de vider un sein avant de proposer l'autre.
- Féliciter la mère sur ses bonnes pratiques et l'encourager à continuer ainsi.
- Reprendre les explications sur l'allaitement exclusif et rappeler que le nourrisson n'a pas besoin d'autre chose que le lait maternel avant 6 mois de vie.
- Expliquer qu'avec cette méthode le nourrisson l'aide à produire suffisamment de lait.
- A partir du 5ème mois, commencer à préparer la mère aux principes de la diversification alimentaire (alimentation complémentaire).
- Introduire les aliments complémentaires après 6 mois.

L'alimentation avec les substituts du lait maternel (SLM)

Il n'y a pas de transmission du VIH par les SLM mais ils sont associés à une morbidité et une mortalité importantes si un certain nombre de conditions ne sont pas remplies (voir recommandations OMS plus haut). Le risque d'infections digestives reste plus grand avec les SLM dans tous les cas (en raison d'effets immuno-protecteurs du lait maternel que les SLM ne possèdent pas).



Accompagner dans le choix :

Quand la décision est prise, il faut faire en sorte d'accompagner la mère/le couple dans son choix afin que l'alimentation se passe le mieux possible. Il faut éviter les attitudes de jugement et simplement vérifier que toutes les informations ont bien été comprises en posant notamment des questions ouvertes (de type : "que pensez-vous des risques liés à l'eau pour le biberon ?").

Par la suite :

- Conseiller sur la reconstitution du lait en poudre, la conservation du lait reconstitué... et réévaluer les critères de sécurité à chaque consultation afin de reprendre le conseil et de trouver d'éventuelles solutions avec les parents. Il apparaît également que le partage du statut sérologique avec le partenaire est important pour la réussite de l'alimentation du nourrisson.

- Accompagner et conseiller dans le choix du type de récipient pour le lait reconstitué :
 - **le biberon** : il s'agit de la pratique la plus répandue et la plus "facile". Il ne faut cependant pas négliger les risques infectieux liés à une mauvaise hygiène (il est difficile de bien laver l'intérieur de la bouteille et de la tétine ; les dépôts de lait restants représentent un milieu de culture pour les bactéries).
 - **la tasse** : pratique, la plus hygiénique, car une tasse est plus facile à laver qu'une bouteille et sa tétine, elle demande cependant un peu d'entraînement. Le nouveau-né ne boit pas, il lape. Aussi il faut placer délicatement le bord de la tasse à la lèvre et incliner doucement de manière à ce que le bébé sorte sa langue pour aller chercher le lait. Éviter de verser le lait dans la bouche ce qui peut provoquer des fausses routes avec accès de toux et surtout beaucoup de pertes de lait... La technique de la tasse demande de la patience car les repas durent plus longtemps.
- Évaluer la prise effective de lait : pour cela, on se base sur le nombre de biberons (ou de tasses) journaliers annoncés par la mère et/ou sur le nombre de boîtes de SLM consommées dans le mois qui vient de passer.
- Évaluer les besoins de lait pour le nourrisson :

Besoins approximatifs de lait (en ml) / jour = {Poids (en g)/10} + 250 ml +/- 100 ml
 Ex. pour un poids de 3,7 kg (3 700 g) : $(3\ 700/10) + 250 = 620$ ml env. (520-720 ml/j)

- Évaluer les quantités approximatives de boîtes de SLM nécessaires pour chaque mois.

Age (mois)	Quantité d'eau par biberon en ml	Nbre de mesurette de 4,63 g par biberon	Nbre approx. de biberons par 24h	Nbre approx. de boîtes de 450 g	Nbre approx. de boîtes de 500 g
0 à 1	90	3	6 à 7	5	4
1 à 2	120	4	6	6	6
2 à 3	150	5	5	8	7
3 à 4	180	6	5	8	7
4 à 5	210	7	4 à 5	8	8
5 à 6	240	8	4	9	8

- Enfin, il faut mettre en relation les quantités prises ou annoncées et les besoins théoriques pour estimer la couverture des besoins et ainsi adapter le conseil à chaque situation.

3. L'alimentation à partir de 6 mois

Jusqu'à 6 mois révolus, le lait maternel ou les SLM suffisent à couvrir tous les besoins du nourrisson. Après 6 mois, les besoins énergétiques du nourrisson imposent l'introduction d'aliments complémentaires.

C'est le moment de la diversification. Peu à peu les aliments dits complémentaires vont être introduits alors que l'apport lacté va progressivement diminuer. Lorsque l'alimentation diversifiée est bien établie, l'OMS recommande un apport lacté d'environ 250 à 500 ml par jour.

Cette période de changement alimentaire requiert une attention particulière des agents de santé. En effet, il s'agit d'une période de fragilité pour le nourrisson. Un suivi étroit des données anthropométriques et un conseil nutritionnel renforcé sont nécessaires à chaque consultation mensuelle. Le premier mois de la diversification, il est recommandé de voir l'enfant au moins 2 fois à 15 jours d'intervalle.

La mise en place de l'alimentation complémentaire

Comment s'y prendre ? Conseils pratiques pour les mères :

(D'après l'OMS : cartes conseils <http://www.grandir.sidaction.org/3-14-20/autres-res-sources/documents-de-referance.htm>)

- Le nourrisson a toujours besoin de lait. Continuer l'allaitement jusqu'à un an ou, s'il reçoit des substituts du lait maternel, continuer avec un substitut dit "lait deuxième âge" ou du lait animal en apportant 1-2 gobelet(s) de 250 ml par jour. La quantité recommandée jusqu'à un an est de 500 ml environ (SLM ou lait de vache) mais peut être réduite à 250 ml si l'enfant mange par ailleurs régulièrement des protéines animales.
(Se référer aux recommandations 2010 de l'OMS sur l'alimentation du nourrisson exposé au VIH).
- A chaque repas, donner au bébé un aliment de chaque groupe : aliment de base (céréale ou tubercule), enrichi d'une légumineuse (pois) et/ou d'un produit animal (viande, poisson, œuf), et de légumes/fruits + huile (ou oléagineux : arachides, sésame par exemple). Le sésame a l'avantage d'être très énergétique pour sa forte teneur en huile et une excellente source en calcium – voir plus bas).
- Proposer les nouveaux aliments un par un. Attendre quelques jours pour être certain que l'enfant tolère un nouvel aliment avant de lui en proposer un autre.
- Si l'enfant refuse certains aliments, être patient, essayer des combinaisons différentes et réessayer plus tard.
- Il est important de diversifier l'alimentation : plus elle est diversifiée, moins il y a de risque de carence.
- A partir de 8 mois, le nourrisson a également besoin de collation entre les repas.

- Il ne faut pas donner de soda (boissons gazeuses) au nourrisson, ni d'autres boissons sucrées, ni de bonbons/sucreries. Il en est de même pour le thé ou le café.
- Limiter les quantités de jus de fruits à moins d'un gobelet par jour, car cela peut diminuer l'appétit et provoquer une diarrhée.
- Pour savoir si l'enfant a soif, lui offrir un peu d'eau bouillie refroidie après le repas.
- Donner à manger à l'enfant dans sa propre assiette ou son propre bol.
- L'aider patiemment à manger. Lui parler affectueusement. Le regarder dans les yeux et l'encourager à manger activement. Si l'enfant est distrait en mangeant, essayer de supprimer la source de distraction.
- Pratiquer une bonne hygiène pour éviter à l'enfant de tomber malade (revoir Carte conseil 9 OMS).
- Éviter les aliments avec lesquels l'enfant pourrait s'étouffer (arachide non pilée, carotte non cuite par exemple).
- Commencer par donner à l'enfant 1 à 2 cuillères à soupe du nouvel aliment au début sous forme de bouillie, deux fois par jour. De façon progressive, diversifier et augmenter la quantité des aliments de la manière suivante :

Age	Consistance	Fréquence	Quantité (volume) d'aliments qu'un enfant mangera généralement à chaque repas
6 à 8 mois	Commencer par une bouillie épaisse à base de farine enrichie (voir plus bas), préparée au lait ou à défaut à l'eau (NB : si l'enfant est alimenté par SLM, la farine peut initialement être ajoutée aux repas lactés pour faire des bouillies liquides). Puis après quelques jours ou semaines, rajouter dans la bouillie des aliments bien écrasés (banane, courge, carotte...).	A- 2 à 3 bouillies par jour selon l'appétit de l'enfant. + B- Si l'enfant est allaité, ces quantités s'ajoutent aux tétées fréquentes. Si l'enfant n'est pas allaité, en donner plus : 1-2 gobelets de 250 ml de lait par jour ou 1 de bouillie de farine enrichie et de l'eau propre à volonté entre les repas. + C- On peut offrir une ou deux collations entre les repas : une portion de fruit écrasé par exemple.	Commencer par 2 ou 3 cuillères à soupe à chaque repas en plus du lait. Augmenter graduellement la bouillie jusqu'à une ½ tasse de 250 ml 2 à 3 fois par jour et diminuer parallèlement les quantités de lait seul pour ne donner que 1 à 2 gobelets de 250 ml par jour (chez les enfants sous SLM).
9 à 11 mois	Donner une bouillie enrichie épaisse le matin puis des aliments coupés finement ou écrasés et des aliments que l'enfant peut prendre avec ses doigts.	A- 3 fois par jour selon l'appétit de l'enfant. + B + C	½ à ¾ de tasse de 250 ml.
12 à 23 mois	Aliments du repas familial coupés et écrasés si nécessaire. Maintenir une bouillie enrichie pendant la période du sevrage.	A- 3 fois par jour selon l'appétit de l'enfant. + B + C	Environ ¾ tasse de 250 ml.

Précisions sur les quantités de lait pour les enfants sous SLM : à 6 mois, les quantités moyennes bues par l'enfant sont de l'ordre de 4 fois 200 à 250ml. Lors de l'introduction de l'alimentation complémentaire, les quantités de lait proposées doivent être diminuées progressivement, jusqu'à 250 à 500 ml après l'âge de 9 à 10 mois.

Quels aliments ?

Les bons aliments durant la période de diversification doivent être :

- riches en énergie et nutriments ;
- propres et sains ;
- tendres et faciles à mâcher ;
- faciles à se procurer (par exemple, aliments du jardin potager) ;
- faciles à préparer ;
- abordables.

Il faut **diversifier** l'alimentation pour ne pas être carencé. Il est recommandé de varier les recettes afin d'éviter les carences et d'éduquer au goût (variétés des aliments de base et des aliments qui les enrichissent).

On peut ainsi équilibrer les apports entre les glucides (sucres/féculents), les protéines et les lipides (huile). La composition recommandée de l'apport calorique est de 50-55 % de glucides, 12-15 % de protéines et 30-35 % de lipides. Les glucides doivent être majoritairement des glucides lents (qui sont contenus dans les céréales), et les lipides d'origine végétale sont préférables aux graisses animales. Sur un plan théorique (composition en acides aminés) les protéines d'origines animales sont mieux équilibrées que les protéines d'origine végétale. Mais du fait de leur coût, elles sont peu accessibles pour les familles. Il est possible d'améliorer l'équilibre en acides aminés des protéines végétales en associant céréales et légumineuses (voir plus bas).

• Les aliments de base

Le premier aliment de sevrage donné au bébé est habituellement préparé à partir d'aliments de base glucidique : ces aliments sont le riz, le maïs, le mil, le sorgho, le manioc, l'igname, le fruit du baobab, le fonio. Mais aussi la patate, le fruit de l'arbre à pain, la banane plantain. Ce sont des sources de glucides lents.

Cependant, une simple bouillie préparée avec de la farine de céréale ou de tubercule (par exemple, le manioc qui est le tubercule le plus pauvre en protéine et le moins équilibré en acides aminés) et de l'eau, n'est pas assez riche en énergie et manque de protéines et de vitamines essentielles, comme les vitamines A et C.

Les aliments de base comme le maïs, le mil, le sorgho, le manioc, l'igname, la patate douce sont riches en amidon et donc volumineux à la cuisson. Or, comme les jeunes enfants ont un petit estomac, ils ne peuvent pas en consommer beaucoup et ainsi, ils risquent de ne pas recevoir assez d'énergie et de nutriments. De plus, la composition de ces aliments ne couvre pas tous les besoins des nourrissons.

Il faut donc **enrichir** les repas, afin d'augmenter les calories et les nutriments sans trop augmenter le volume.

• Les aliments qui enrichissent les plats de base :

Une recette de base pour nourrir doit être enrichie avec un aliment riche en protéines (produit d'origine animale si possible : poulet, viande, œuf, poisson) et avec des lipides (graisses).

Si l'alimentation apporte peu de produits d'origine animale (source de protéines), il faudra apporter des protéines d'origine végétale. Mais la composition des protéines végétales est déséquilibrée par rapport aux besoins : les céréales manquent de certains acides aminés dit "essentiels" qui seront par contre apportés par les légumineuses, et inversement : les céréales et les légumineuses sont donc complémentaires. Leur utilisation conjointe dans le même repas augmente l'utilisation des protéines d'origine végétale de façon importante.

Par exemple on peut utiliser de la farine de légumineuse (niébé - pois à œil noir -, haricot, pois bambara), ajoutée à la farine de céréale ou de tubercule utilisée pour préparer l'aliment.

Les aliments riches, aussi bien en énergie (graisse ou huile) qu'en protéines, peuvent être ajoutés. Il s'agit notamment des arachides, du soja grillé et pilé, des graines de sésame, de melon, de tournesol, grillées/pilées ou d'autres graines oléagineuses disponibles localement. En l'absence d'oléagineux, on utilisera une cuillère à café d'huile végétale non cuite par repas.

Un centre de prise en charge pour les adultes et les enfants infectés par le VIH ne recevant plus d'aide du PAM et que très ponctuellement de l'Unicef a décidé d'envoyer 3 personnes volontaires pour se former à la préparation de farine enrichie (auprès de "Misola") et de confier celle-ci à l'association de PVVIH du quartier. Dès leur retour, ces personnes se sont mises à l'ouvrage. La vente aux membres de l'association et au public à un prix raisonnable (500 FCFA le sac de 1 kg) permet de racheter la matière première et d'entretenir le matériel (séchoir, gaz, tamis, etc.). Ainsi, le centre de prise en charge obtient des farines enrichies locales et à bas prix...

Fatima, la responsable de la préparation de la farine "Kéneya Mugu", nous explique les grands principes de la recette :

"Mil : Prendre le mil non décortiqué et enlever toutes les impuretés. Laisser tremper le mil dans l'eau pendant deux jours et deux nuits, puis laver et sécher au soleil ou au séchoir, griller pendant 15 minutes.

Procéder de même pour le soja. Prendre le soja non décortiqué et enlever toutes les impuretés. Laisser tremper dans l'eau pendant deux jours et deux nuits, puis laver et décortiquer. Sécher au soleil ou au séchoir, pendant 15 minutes.

Arachide : Prendre l'arachide, trier et griller pendant 15 minutes puis enlever les écorces et le bout (qui est souvent indigeste pour les enfants et même les adultes).

Ensuite, faire le mélange mil-soja-arachide-sucre-sel-sucre vanille selon les proportions suivantes : Mil 60 %, Soja 20 %, Arachide 10 %, Sucre 10 % (par exemple Mil 15 kg, Soja 5 kg, Arachide 2,5 kg et sucre 2,5 kg et vanille selon goût). Faire écraser le mélange au moulin et tamiser. Conditionner en sacs étanches.

Pour préparer la bouillie à base de cette farine : 2 volumes d'eau ou de lait pour un volume de farine. Faire cuire doucement en tournant pendant 5-10 minutes."

Valeur nutritionnelle approximative de cette bouillie à l'eau : une tasse de 240 ml apporte environ 285 Kcal et 11 g de protéines.

Teneurs indicatives en protéines de certains aliments :

Rappel : même si les œufs ne contiennent que 13 % de protéines, la composition de celles-ci est excellente par rapport aux besoins. De même, la composition des protéines animales est très adaptée aux besoins. Les protéines d'origine végétale, quant à elles, doivent être associées (céréales ou tubercules avec des légumineuses).

Tremper, griller et fermenter sont autant de procédés locaux traditionnellement utilisés qu'il faut encourager. Ils ont un fondement nutritionnel. La bouillie préparée avec de la farine fermentée est plus riche sur le plan nutritionnel (plus saine et plus dense en nutriments), sans que son volume soit augmenté, et elle est aussi plus facile à digérer.

Les préparations à base de farines fermentées sont fortement recommandées.

Pour de plus amples informations sur les farines, les bouillies enrichies et pour des recettes, consulter les fiches d'information n°5 : Traitement et préparation à domicile des aliments de sevrage - document de la FAO.

Consulter également :

<http://www.moringanews.org/documents/FarinesBB.pdf>

<http://www.moringanews.org/biblio.html>

Sources de protéines

Farine de poissons séchés	40 %
Soja	34 %
Feuille de niebe (pois à œil noir) séchée crue	28 %
Feuille de moringa séchée pilée en farine	26 %
Graine de melon	26 %
Arachide	25 %
Graine de courge	23 %
Lentilles, Niébés (pois œil noir)	23 %
Haricot blanc	20 %
Poisson, viande et volaille	18 % à 20 %
Graine de sésame	17 %
Pois chiche	15 %
Œuf	13 %
Graine de tamarin grillée	13 %
Sorgho	11,1 %
Mil	10,4 %
Maïs	9,3 %
Riz	7 %
Feuille de manioc	7 %
Tamarin séché (pulpe)	5 %
Noix de coco fraîche	3,5 %
Lait de vache	3,5 %
Pomme de terre	2 %
Taro	2 %
Manioc (tubercule)	1,2 %
Plantain	1,2 %

D'après <http://www.fao.org/docrep/005/x3996f/x3996f0r.htm>

Exemple de recettes de farines enrichies :

Ces farines infantiles sont à consommer en plus du lait maternel, chez les enfants de plus de 6 mois, à chaque repas.

Pour la préparation des farines, les graines doivent être torréfiées et moulues. La bouillie se prépare en ajoutant de l'eau bouillante et en faisant cuire sur le feu pendant 10 minutes.

Formule 1

Ingrédients	Quantité (en grammes pour 100 g de farine)
Farine de maïs torréfié	65
Poudre sèche de feuilles de moringa	25
Graines d'arachide grillées et moulues	10
Sel de table iodé et fluoré	0,6

Formule 2

Ingrédients	Quantité (en grammes pour 100 g de farine)
Farine de maïs torréfié	67
Poudre sèche de feuilles de moringa	15
Farine de graines de niébé torréfiées	13
Huile de palme	5
Sel de table iodé et fluoré	0,6

Formule 3

Ingrédients	Quantité (en grammes pour 100 g de farine)
Farine de mil torréfié	60
Poudre sèche de feuilles de moringa	16
Farine de graines de soja torréfiées	24
Sel de table iodé et fluoré	0,6

Formule 4

Ingrédients	Quantité (en grammes pour 100 g de farine)
Farine de sorgho torréfié	30
Farine de mil torréfié	24
Poudre sèche de feuilles de moringa	10
Farine de graines de soja torréfiées	26
Sucre	10
Sel de table iodé et fluoré	0,6



Remarques sur certains nutriments

LE CALCIUM

Le calcium est particulièrement important pour l'enfant qui est en croissance rapide.

Les besoins en calcium sont d'environ 400 à 600 mg / jour entre 6 et 12 mois et de 600 mg à 800 mg entre 1 et 3 ans (Apports recommandés variables selon les pays).

C'est pourquoi il est recommandé d'apporter au moins 250 ml (315 mg de calcium) de lait par jour entre 6 et 12 mois, ce qui correspond à environ 1 kg de lait en poudre par mois, et d'associer des aliments riches en calcium.

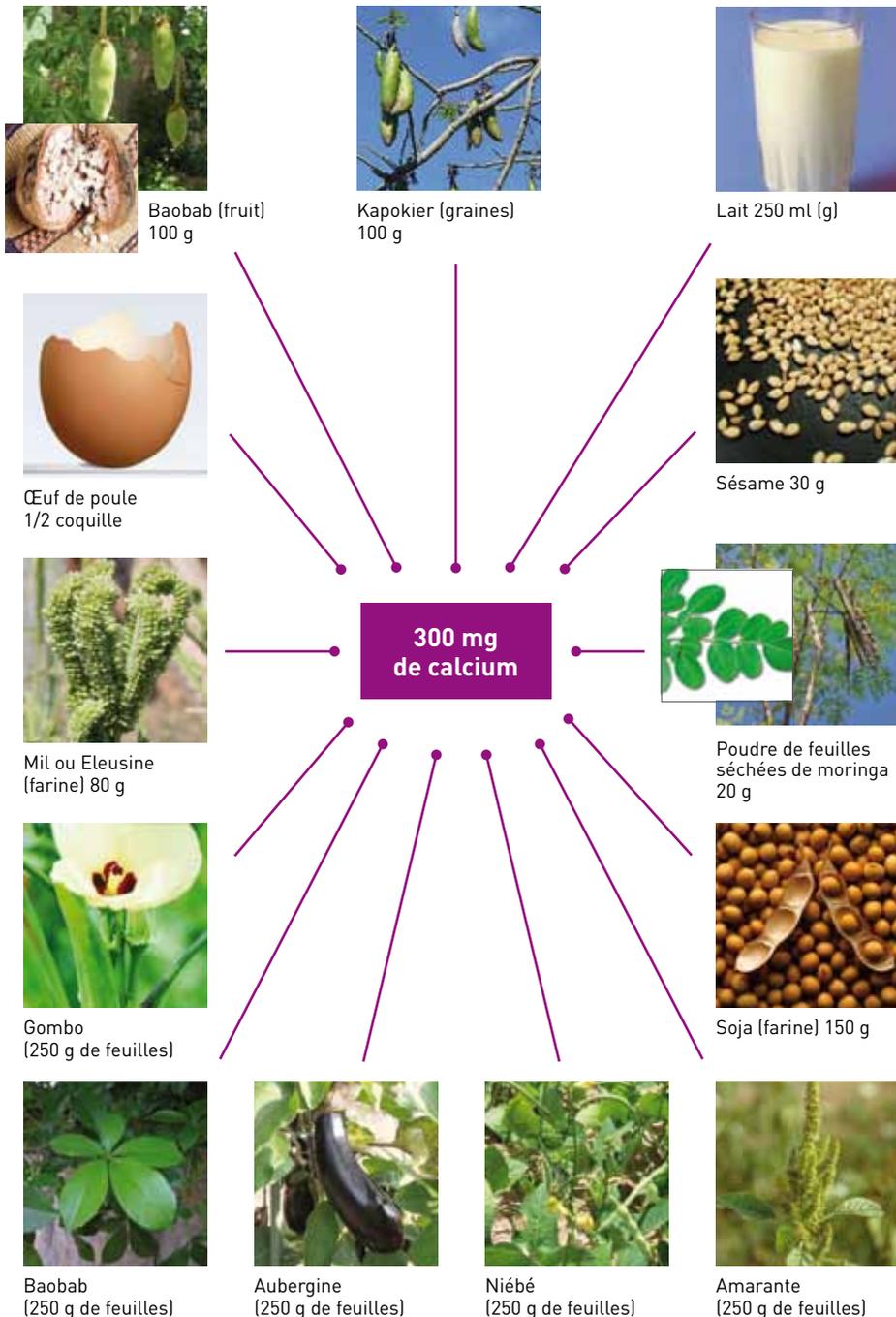
Autres aliments locaux riches en calcium :

En l'absence de lait, une alimentation bien diversifiée, avec des bouillies enrichies associées à quelques aliments riches en calcium, peut couvrir les besoins protéino-calciques (privilégier les préparations fermentées qui favorisent l'absorption des minéraux).

Tableau de composition des aliments utilisés en Afrique :
<http://www.fao.org/docrep/003/X6877E/X6877E00.htm>

Sources naturelles de calcium

Tient compte des biodisponibilités différentes



- Toutes les feuilles : de niébé, okra (gombo), aubergines, amarante, baobab sont très riches en calcium (> 10x plus que le lait) mais leur calcium est mal absorbé (moins de 10 %).

Aussi 250 g de feuilles apportent en moyenne 3 100 mg de calcium dont moins de 10 % seront absorbés, soit 300 mg environ. On peut mélanger quelques feuilles, coupées en petits morceaux et écrasées, dans les bouillies à base de farine enrichie fermentée.

- Parmi les farines :
 - La farine de soja : 150 g apportent 300 mg ;
 - La farine de petit mil ou Eleusine : 80 g apportent 300 mg de calcium.
- Les graines de sésame et graines d'amarante : 10 g apportent environ 100 mg de calcium.
- La cannelle peut donner un goût agréable à la bouillie : 1 g de poudre apporte environ 12 mg de calcium.
- Les graines et la pulpe du fruit du Baobab et graines du Kapokier : 35 g apportent environ 100 mg de calcium.

La coquille d'un œuf de poule (essentiellement constituée de carbonate de calcium) peut être conservée, bien lavée, et bouillie 5 mn, puis séchée et pilée pour faire une poudre fine. Une coquille donne environ 1 cuillère à café de poudre soit 700-750 mg de calcium. Pour extraire le calcium il suffit d'y ajouter le jus d'un demi-citron (l'acidité facilite aussi l'absorption du calcium). Une mousse se forme alors, elle est normale. Laisser reposer entre 6 et 12 heures, la nuit par exemple, à l'abri des contaminations (couvrir). Une demie cuillère à café de ce mélange procure environ 350 mg de calcium et peut être mêlé à la bouillie.

LE FER

La carence en fer est la première cause d'anémie. Il faut donc veiller à ce que l'enfant ait une alimentation suffisamment riche en fer et ne pas hésiter à en prescrire pour corriger une anémie installée avant qu'elle ne s'aggrave.

Le traitement d'une anémie liée à une carence en fer consiste à donner un sel ferreux (idéalement associé à de la vitamine C pour minimiser les effets secondaires digestifs) à la dose de 4 - 6 mg / kg / jour en 2 à 3 prises et pendant au moins 6 semaines. Il ne faut cependant pas donner des doses thérapeutiques prolongées sans surveillance, car trop de fer pourrait aussi nuire (favorise la répllication virale). A côté de ce traitement curatif, il faut proposer à l'enfant un régime alimentaire qui apporte des quantités suffisantes en fer.

NB : L'anémie par carence en fer est un défaut de production des globules rouges, le plus souvent lié à une carence en fer et en acide folique (Vitamine B9). Il est donc recommandé d'associer à la supplémentation en fer, un apport en acide folique par voie orale. Des comprimés associant fer et acide folique existent.

L'anémie peut également être due à une destruction accrue des globules rouges (anémie hémolytique), suite à un paludisme, à certaines infections bactériennes et virales (dont le VIH), ou à la prise de certains médicaments. Dans ce cas, le traitement indiqué est uniquement de l'acide folique par voie orale, et la supplémentation en fer est inutile.

Les apports alimentaires journaliers recommandés en fer sont d'environ 7 mg jusqu'à l'âge de 10 ans, puis de 10 mg jusqu'à 12 ans. Au delà de 12 ans, ils sont de 13 mg chez le garçon et 16 mg chez la fille (les pertes menstruelles augmentent les besoins par rapport aux garçons ; une adolescente enceinte a besoin de 27 mg / jour).

Les sources alimentaires naturellement riches en fer sont d'origine végétale mais l'absorption est en général beaucoup moins bonne que celui d'origine animale (que l'on trouve essentiellement dans le foie et la viande). Cependant, des mesures diététiques peuvent considérablement améliorer l'absorption digestive du fer (vitamine C et fermentation notamment). Par ailleurs, les réserves de fer dans le corps constituent le facteur principal conditionnant l'absorption de celui-ci. En effet, si les réserves sont "pleines" la fraction d'absorption au niveau de l'intestin est régulée au minimum. Inversement, si les réserves sont basses, la fraction d'absorption sera au maximum de ses possibilités.

Contenu en fer de certains aliments - à titre indicatif : l'absorption est améliorée (jusqu'à 10-20 %), par la fermentation et la vitamine C.

Ingrédients	Contenu moyen en fer (en mg) pour 100 g
Graine de sésame ou de citrouille	13
Cacao	11
Foie de volaille / de boeuf	10
Dates séchées	9,4
Jaune d'oeuf	6 - 7
Lentilles cuites	3
Soja cuit	4
Fruit du Baobab (avantage : très riche en Vit. C)	6
Petit mil (ou Eleusine)	4 - 7
Viande agneau/boeuf	3
Oseille	3
Melasse noire (1 c. à soupe)	3,5
Mangue	1,2
Manioc	1

Pour s'assurer que les enfants reçoivent suffisamment de vitamines A et C, ce qui améliore notamment l'absorption de fer, on devrait aussi donner chaque jour quelques uns des aliments suivants (mélangés à la bouillie ou donnés séparément pour les plus grands) :

- Feuilles vert foncé, coupées finement, pilées ou écrasées (feuille de pois niébé par exemple).
- "Légumes" écrasés (mais pas trop cuits) de couleur orangée, tels que citrouille, patate douce "orange", carottes, tomates.
- Fruits écrasés, tels que banane, mangue, goyave, avocat, et chez les enfants plus grands papaye, ananas, fruit de la passion...
- Jus d'orange ou de citron.
- Fruit du baobab, au moins 3 fois plus riche en vitamine C que l'orange.

Pour améliorer l'absorption du fer, il est préférable d'utiliser également des farines fermentées.

Comparaison de deux régimes chez un nourrisson de 7 mois de vie

Menu A

- Une bouillie à base de farine fermentée enrichie de petit mil - soja - arachide prise 3 fois par jour (200 g de poudre de farine approximativement) à laquelle on ajoute quelques feuilles de pois niébé et un jus de citron = 8,7 mg de fer.
- Un gobelet de lait (ou allaitement libre) avec 3 dattes séchées (20 g) ou une cuillère à café de mélasse noire = 1,5 mg de fer.
- Une portion de pulpe du fruit de baobab (35 g) = 2 mg de fer.

→ Ce menu apporte 12,2 mg de fer.

Menu B

- Une bouillie à base de farine de manioc 200 g (foufou) ou une portion d'attiéké avec sauce tomate 50 g, trois fois par jour avec une petite portion d'avocat écrasé (50g) = 3,2 mg de fer.
- Un gobelet de lait (ou allaitement libre) avec quelques tranches de plantain frites (50 g) = 0,5 mg de fer.
- Une petite mangue (80 g de pulpe) = 1 mg de fer.

→ Ce menu apporte 4,7 mg de fer.

On remarquera que **le menu B n'apporte pas assez de fer**. Si l'enfant n'a pas une alimentation plus diversifiée, il développera une carence en fer. La farine de petit mil et de soja contient 4 à 5 fois plus de fer que le manioc.

Par ailleurs :

- l'ajout d'un jus de citron (vitamine C), dans les bouillies A, améliore l'absorption du fer.
- le fruit du baobab est naturellement riche en vitamine C aussi.
- la fermentation des farines (menu A) améliore fortement la biodisponibilité du fer.



LE ZINC

Le zinc est indispensable. Une carence est responsable d'une mauvaise croissance staturo-pondérale, de troubles des phanères (cheveux et ongles cassants), d'une anorexie, et d'un déficit immunitaire. A l'inverse, trop de zinc peut être toxique.

Les besoins journaliers approximatifs sont les suivants :

- Jusqu'à 9 mois : 5 mg de zinc / jour
- Jusqu'à 10 ans : 10 mg de zinc / jour
- Ensuite : 15 mg de zinc / jour

Les sources principales de zinc sont animales : viande, œuf, poisson et fruits de mer sont les plus riches

- Viande de bœuf : 50 g apporte environ 2 mg de zinc.
- Lait apporte 2,8 mg / litre soit environ 0,7 mg de zinc / 250 ml de lait.

En l'absence d'apport suffisant en produits animaux, on doit garder à l'esprit les produits végétaux les plus riches en zinc :

- Sésame : 10 g apportent 0,8 mg de zinc (= apport de 250 ml de lait).
- Gombo/Okra (fruit et graine) : 30 g apportent 2,4 mg de zinc.
- Poudre de feuille du Moringa : 10 g apportent 0,3 mg de zinc.
- Arachide : 20 g apportent 0,6 mg de zinc.
- Citrouille (graines), courge : 10 g apportent 0,6 mg de zinc.
- Amarante : 30 g de graines de cette céréale apportent 1 mg de zinc.
- Avocat : 50 g apportent 0,3 mg de zinc.
- Noix du Brésil (30 g) apportent 1,2 mg de zinc (= l'apport de 500 ml de lait).
- Céréales complètes (non décortiquées) comme Mil, Millet et Sorgho : 100 g apportent 2 à 3, 5 mg de zinc.
- Manioc : 50 g apportent 0,17 mg de zinc.
- Légumineuses (pois, lentilles, niébe...) : 50 g apportent 1 à 2,5 mg de zinc.

En faisant bien attention de varier l'alimentation et de l'enrichir, l'apport en zinc peut être suffisant sans viande (tenir compte du fait que chez le végétarien les apports en zinc doivent être augmentés de 50 %).

Le sevrage

C'est le moment où l'enfant ne prend plus de lait maternel.

Progressivement l'enfant va s'habituer à une alimentation qui, complémentaire au début, va devenir prédominante vers 11 mois.

Plus l'alimentation complémentaire est introduite, diversifiée et prédominante, plus le sevrage du sein est facile. Le but étant de ne plus donner le sein après l'âge d'un an.

Le sevrage rapide est dangereux si l'alimentation complémentaire n'est pas encore prédominante.

Au cours et dans les semaines qui suivent le sevrage, il faut redoubler de vigilance quant au suivi de la croissance de l'enfant afin de dépister tout fléchissement le plus rapidement possible et de mettre en œuvre les mesures adéquates.

Comment s'y prendre ?

La première étape consiste à arrêter de donner le sein. Il faut réduire progressivement l'allaitement pour arriver en moins d'un mois à un arrêt total. Le fait d'espacer les tétées contribue à diminuer la production maternelle de lait (les seins étant moins souvent et moins longtemps stimulés).

En pratique :

- La première étape peut durer 7 à 10 jours et consiste à faire sauter les tétées pendant les trois repas principaux et à les limiter à 3 environ au total, entre les repas.
- La seconde étape consiste à remplacer le lait maternel par un substitut du lait maternel ou un lait animal.

S'assurer dans tous les cas d'une bonne hydratation en proposant de l'eau propre fréquemment à l'enfant. Le sevrage doit se faire sur une durée maximale de 1 mois.

Il faut aussi conseiller la mère :

A partir du moment où la mère n'allait plus, elle doit pratiquer une restriction hydrique et utiliser des moyens locaux pour éviter les douleurs mammaires : massages, cataplasmes... Des médicaments peuvent être prescrits si l'inconfort est trop grand ou si des complications (lymphangite) surviennent.

(Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°13 sur les principes du sevrage).

4. La malnutrition

En Afrique subsaharienne, une proportion importante des enfants sévèrement malnutris sont infectés par le VIH. La malnutrition concerne presque tous les enfants VIH+ à divers degrés et à différentes étapes de leur existence.

Les facteurs favorisant

Les facteurs favorisant cette malnutrition sont multiples et complexes :

- Le VIH lui-même est responsable de troubles du métabolisme des nutriments, d'une augmentation des besoins, mais aussi d'une anorexie.
- Les infections opportunistes peuvent aggraver une malnutrition : prises alimentaires rendues difficiles par une douleur ou une gêne (ex : candidose orale), besoins énergétiques augmentés (fièvre et efforts musculaires d'une détresse respiratoire), pertes importantes (diarrhées avec malabsorption), tuberculose.
- La pauvreté à laquelle sont souvent confrontées les familles vivant avec le VIH peut rendre l'apport alimentaire global bien insuffisant.
- Enfin, la période de sevrage de l'allaitement maternel est à grand risque de malnutrition, d'autant plus si elle a lieu précocement.

Les différents types de malnutrition

- **La malnutrition protéino-énergétique globale** : Il n'y a "pas assez de calories". Le **marasme** est la présentation la plus fréquente chez le jeune enfant infecté par le VIH. Les signes du marasme sont notamment la fonte musculaire au niveau des membres inférieurs et supérieurs, un visage émacié avec un faciès de vieillard, un abdomen ballonné et une tendance à se sentir triste et à beaucoup pleurer.
- **La malnutrition à prédominance protéinique** : Il n'y a pas assez de protéines. Cette forme de malnutrition s'appelle le **kwashiorkor**. Son apparition répond à des mécanismes compliqués et des facteurs favorisant tels que la carence en vitamine A et en sélénium par exemple. Les jambes, les bras et le visage de l'enfant paraissent gonflés (à cause des œdèmes dans les tissus), le faciès est lunaire (la peau est pâle et fine, et il peut y avoir une desquamation), et les cheveux sont plus clairs et plus raides que normalement. Les enfants atteints de kwashiorkor peuvent aussi être extrêmement tristes ou apathiques (manque d'intérêt pour leur environnement).

- **La malnutrition "qualitative"** : il n'y a pas assez de micronutriments. Les carences les plus fréquemment reconnues sont :
 - Vitamine A : entraîne une héméralopie (cécité crépusculaire), une xérophtalmie (muqueuse de l'œil sèche avec rougeur), et en l'absence de traitement, une cécité. La carence en vitamine A est aussi associée à une mauvaise croissance et à des infections répétées.
 - Fer : entraîne une anémie, responsable de fatigue, avec retentissement intellectuel possible.
 - Iode : entraîne hypothyroïdie, mauvaise croissance, retard mental.
 - Zinc : entraîne mauvaise croissance, dermatose, déficit immunitaire.
 - Sélénium : fréquent chez les enfants infectés par le VIH, le déficit en sélénium est, entre autres, associé à une progression plus rapide de la maladie.

En pratique, les trois types de malnutrition sont le plus souvent co-existants à divers degrés.



Savoir reconnaître et dépister la malnutrition

La base du suivi nutritionnel repose sur la mesure du poids et de la taille qui doit être reportée sur les courbes. L'évolution des courbes doit être analysée en fonction du contexte médical, nutritionnel et immunologique.

- **L'indice Poids/Âge (P/A) est peu précis. Mais il est sensible et prend toute sa valeur quand il est représenté sur une courbe de poids documentée régulièrement.**

Un infléchissement de la courbe (croisement des couloirs ou corridors) doit attirer l'attention sur une situation qui se dégrade.

Il faut rechercher les causes et renforcer le suivi tout en initiant un traitement dont il faudra évaluer l'effet.

- **L'indice Taille/Âge : dépistage de la malnutrition chronique**

On parle :

- de malnutrition chronique modérée si T/A < 90 % de la normale (ou T/A < -2 Déviations Standard (DS))
- de malnutrition chronique sévère si T/A < 80 % de la normale (ou T/A < -3 DS).

* NB : une Déviation Standard est un écart à la moyenne.

• L'indice Poids/Taille : dépistage de la malnutrition aiguë

Si le déséquilibre nutritionnel est récent – de quelques jours à quelques semaines – la taille sera normale et le poids abaissé. Le rapport P/T sera donc abaissé.

On parle :

- de malnutrition modérée si P/T < 80 % de la normale (ou P/T < -2 DS)
- de malnutrition sévère si P/T < 70 % de la normale (ou P/T < -3 DS).

Cet indice prend aussi toute sa valeur lors d'un premier contact ou lorsque l'on ne connaît pas l'âge exact. Mais il ne dépiste pas la malnutrition chronique.

Dans le suivi des enfants infectés par le VIH, la mesure du poids et la mesure de la taille sont donc indispensables, mais doivent être rapportées à l'âge de l'enfant. En effet, l'indice P/T peut être normal (ou sub-normal) alors que l'indice T/A montre une malnutrition chronique modérée à sévère.

Chez un nourrisson atteint de diarrhée, une perte rapide de poids ne correspond pas à une malnutrition aiguë mais à une déshydratation aiguë.

En cas de malnutrition, le poids est une variable d'évolution rapide, alors que la taille est au contraire lente. Aussi, le retentissement sur la taille est plus long à apparaître. Il en est de même pour la récupération (rattrapage des courbes) de la taille lors de la correction de la malnutrition chronique. Celle-ci est beaucoup plus tardive que la récupération du poids.

[Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°14 "La malnutrition chez l'enfant infecté par le VIH : savoir la détecter"].

La fréquence du suivi anthropométrique de l'enfant doit être mensuelle la première année de vie, puis au moins trimestrielle les années suivantes si tout va bien.

• Le périmètre brachial

Entre un et cinq ans, le périmètre brachial d'un enfant varie peu. Cela tient au fait que chez un enfant bien nourri les muscles du bras se développent, alors que la graisse qu'il avait accumulée quand il était bébé diminue. Ainsi, quand un enfant en bonne santé grandit, le périmètre brachial augmente peu. Cependant, si l'enfant grandit trop lentement ou perd du poids, les muscles ne se développent pas beaucoup et le périmètre brachial est inférieur à la normale.

- Le périmètre brachial se mesure à mi-bras.
- Le périmètre brachial d'un enfant bien nourri est supérieur à 13,5 cm.
- Quand le périmètre diminue pour se situer entre 13,5 et 12,5 cm, l'enfant est considéré comme modérément malnutri.
- Si le périmètre brachial est inférieur à 12,5 cm, l'enfant est sévèrement malnutri.

Il s'agit davantage d'un outil de dépistage et il ne remplace pas les indices précédents, ni les tracés de courbes.

• Les œdèmes

Aidant à classer le type et la sévérité de la malnutrition, ils sont un signe de gravité et sont à rechercher sur les pieds, de façon bilatérale.

Prendre en charge la malnutrition

Il faut avoir une démarche diagnostique en recherchant les causes de la malnutrition avec les familles, par un interrogatoire précis, un examen clinique complet et des examens biologiques et immunologiques (CD4) si possible.

L'OMS met à disposition des cours pour comprendre et rechercher les causes de la malnutrition :

http://www.who.int/childgrowth/training/pratique_rechercher.pdf

http://www.who.int/childgrowth/training/d_conseiller.pdf

Ces causes sont souvent multifactorielles et la prise en charge doit être intégrée (médicale et nutritionnelle). Le référent médical doit superviser cette prise en charge et évaluer son efficacité.

Il faut toujours penser aux trois grandes causes suivantes :

- Causes nutritionnelles : pas assez de protéines, de calories, de nutriments.
- Présence d'une infection opportuniste associée (TB par exemple) qu'il faut savoir suspecter à tout moment.
- L'infection à VIH elle-même.

TRAITER LA MALNUTRITION

Chez le nourrisson exposé, en particulier s'il est sous allaitement maternel exclusif non protégé, les protocoles habituels, qui utilisent l'alimentation mixte (maintien de l'allaitement maternel complété par des laits thérapeutiques) peuvent conduire à des situations difficiles : il existe un risque à court terme de décès (si la malnutrition n'est pas prise en charge), et un risque de contamination par le VIH lié à la thérapeutique nutritionnelle (si un allaitement mixte est mis en place pour traiter la malnutrition).

Il faudra choisir la meilleure option, afin de prendre en charge rapidement la malnutrition, tout en minimisant les risques de contaminations par le VIH. [Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°21 "La malnutrition aiguë sévère, savoir la prendre en charge"].

Chez l'enfant infecté, le traitement de la malnutrition sévère aiguë n'est pas fondamentalement différent du traitement des autres enfants. Il faut suivre les mêmes protocoles nationaux et/ou OMS sur la prise en charge de l'enfant malnutri. La réponse au traitement est cependant souvent moins bonne et plus longue à obtenir.

- La prise en charge de la malnutrition aiguë sévère compliquée (œdèmes, troubles de la conscience, fièvre élevée, diarrhée profuse, anorexie) doit se faire en milieu hospitalier ou dans un centre approprié.

Le traitement repose sur une réhydratation par des solutés spécifiques (ReSoMal, par exemple) qui sont moins riches en sodium que les solutés de réhydratation orale (SRO) et sur des laits thérapeutiques (F75 puis F100), une antibiothérapie probabiliste (cotrimoxazole ou amoxicilline en première intention) ou spécifique (si localisation particulière) et une surveillance rapprochée.

Le détail de cette prise en charge est disponible sur le site de l'OMS.

- Le plus souvent la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère non compliquée peut (devrait) se faire en milieu communautaire. Les protocoles ayant recours aux aliments thérapeutiques prêts à l'emploi de type "Plumpy'nut" sont aujourd'hui largement utilisés à cet effet.

Plumpy'nut® est un Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi (ATPE, appelé en anglais Ready-to-Use Therapeutic Food, ou RUTF) spécialement dédié au traitement de la malnutrition sévère à domicile.

Utilisation recommandée : Renutrition rapide ou soutien nutritionnel. Malnutrition sévère : voir tableau page suivante. Malnutrition modérée : 1 sachet/jour/personne. Il peut-être distribué aux familles en dehors des centres de renutrition.

Valeur nutritionnelle : similaire au lait thérapeutique F100 de Nutriset. Sachet individuel de 500 kCal (92 g).

Mode de consommation : Aliment prêt à consommer (RUTF). Ne nécessite ni préparation, ni dilution, ni cuisson. Ouvrir le sachet et consommer directement. Date limite de consommation optimale : 24 mois.

Estimation logistique : Pour le traitement d'un enfant malnutri de 10 kg : 90 sachets.

Productions locales : sous licence au Niger et au Malawi notamment.

Leur composition est proche des laits thérapeutiques (voir Grandir Info n°20). Ces produits sont de plus en plus accessibles et ont démontré une efficacité supérieure aux autres produits.

Cependant, avant de décider de traiter une malnutrition aiguë sévère en ambulatoire, il est primordial de vérifier que l'enfant sera capable de manger suffisamment. Un test de l'appétit doit être réalisé :

TEST DE L'APPÉTIT			
Ceci est le volume minimum qu'un enfant sévèrement malnutri doit prendre pour considérer le test comme positif			
Plumpy'nut		BP100	
Poids corporel (kg)	Sachets	Poids corporel (kg)	Barres
Moins de 4 kg	1/8 à 1/4	Moins de 5 kg	1/4 à 1/2
4 - 7	1/4 à 1/3	5 - 10	1/2 à 3/4
7 - 10	1/3 à 1/2		
10 - 15	1/2 à 3/4	10 - 15	3/4 à 1
15 - 30	3/4 à 1	15 - 29	1 à 1 1/2
Plus de 30 kg	> 1	Plus de 30 kg	> 1 1/2

Ce test permet d'évaluer la capacité de l'enfant à ingérer les RUTF et l'alimentation orale au domicile. S'il est négatif (enfant anorexique), l'hospitalisation s'impose.

S'il est positif, une prise en charge ambulatoire peut être proposée.

Il est à noter que les ATPE (ou RUTF) contiennent du fer, ce qui est intéressant dans le cadre de la prise en charge d'une malnutrition, mais qui n'est pas recommandé dans les tous premiers jours de traitement (car le fer donné en début de prise en charge d'une malnutrition sévère peut favoriser les infections). En cas de doute sur la prise en charge initiale, référer l'enfant.

Même si l'enfant a été hospitalisé initialement, il peut bénéficier des ATPE à sa sortie de l'hôpital. Ces ATPE seront donnés en complément de l'alimentation normale. Une surveillance hebdomadaire du poids sera réalisée, voire plus souvent si l'évolution n'est pas favorable (vomissements, diarrhée, infection intercurrente).

S'il existe des recommandations nationales sur les posologies à prescrire, elles doivent être appliquées. En leur absence, le tableau suivant donne des doses indicatives.

Classes de poids (kg)	PLUMPY'NUT® (500 kCal /sachet)	BP100® (300 kCal / barre)
	Sachets / jour	Barres / jour
3.0 - 3.4	1 1/4	2
3.5 - 4.9	1 1/2	2 1/2
5.0 - 6.9	2	4
7.0 - 9.9	3	5
10.0 - 14.9	4	7
15.0 - 19.9	5	9
20.0 - 29.9	6	10
30.0 - 39.9	7	12
40 - 60	8	14

Ce soutien nutritionnel peut être arrêté lorsque l'indice P/T est > 85 % lors de 2 pesées réalisées à 15 jours d'intervalle.

- Le traitement de la malnutrition modérée fait appel à des suppléments nutritionnels déjà préparés (type "Plumpy nut", à posologie moindre, ou d'autres produits, type "Plumpy Doz") ou à défaut, à des recettes d'enrichissement des aliments de base (vues lors du chapitre "alimentation après 6 mois"). Les conseils et réseaux d'appui aux familles (assistant social, associations communautaires, CREN...) sont ici très importants. Le suivi médical rapproché est fondamental. Il comporte les mesures du poids et de la taille à chaque visite, reportées sur les courbes afin de visualiser les changements et d'agir en fonction de ceux-ci.

TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Des traitements complémentaires sont souvent nécessaires. Si la prise en charge initiale est hospitalière, ces traitements y seront instaurés.

Si l'enfant est pris en charge en ambulatoire, il faut discuter d'emblée :

- Une antibiothérapie : cotrimoxazole (à dose curative, 25 mg/kg/jour en 2 prises) ou de l'amoxicilline (50 à 100 mg/kg/jour en 3 à 4 prises) pendant 5 à 7 jours.
- Un traitement antifongique (nystatine, amphotéricine B ou fluconazole) en cas de mycose orale et/ou pharyngée.
- Une supplémentation en folates : 5 mg le premier jour puis 1 mg/jour.

- Une dose de vitamine A (sauf si une dose a été donnée au cours du mois écoulé). Les doses sont de 50 000 unités internationales (UI) avant 6 mois, 100 000 UI entre 6-12 mois et 200 000 UI après 1 an.
- Dans un deuxième temps (après 1 à 2 semaines), une déparasitation par albendazole 400 mg en prise unique chez les enfants de plus de 2 ans et par mebendazole 100 mg deux fois par jour pendant 3 jours chez les enfants de moins de 2 ans.
- Pour certains auteurs, un traitement par métronidazole (intérêt non prouvé).

Les autres suppléments dépendent de la prise en charge nutritionnelle :

- Le fer doit être donné une fois que la phase initiale de prise en charge thérapeutique nutritionnelle (après 10 à 15 jours) est terminée. La dose standard est de 3 à 5 mg/kg/jour en 2 prises, à poursuivre pendant plusieurs mois (3 à 6 mois). Cependant les APTE contiennent du fer et la supplémentation devra tenir compte de ces apports.
- Les autres vitamines et minéraux sont apportées par les APTE. Si ces produits ne sont pas utilisés, il faut enrichir l'alimentation par des complexes vitaminiques.

TRAITER L'INFECTION VIH

A tout âge, chez l'enfant dont l'infection à VIH est présumée (avant 18 mois) ou confirmée, une malnutrition sévère est une indication de traitement ARV.

Si possible, on privilégiera dans un premier temps la prise en charge de la malnutrition avant de démarrer les ARV.

Par la suite, le traitement ARV ne suffit pas à lui seul et il faut maintenir un appui nutritionnel continu. Des associations ou des organismes internationaux peuvent souvent aider dans ce sens (par exemple le PAM ou l'UNICEF). On peut s'appuyer également sur les documents de conseils techniques sur l'alimentation de la FAO, en apprenant par exemple comment améliorer les ressources familiales au travers du jardin potager domiciliaire.

TRAITER UNE INFECTION ASSOCIÉE

Il faut toujours penser à la possibilité d'infections opportunistes associées. La tuberculose est très fréquente. En cas d'échec du protocole nutritionnel ou si l'on suspecte d'emblée une tuberculose, il faut associer à la prise en charge un traitement anti-tuberculeux. On privilégiera la prise en charge nutritionnelle et le traitement anti-tuberculeux dans un premier temps et on débutera un TARV ultérieurement (dès que possible, dans les 8 premières semaines de traitement anti-tuberculeux).



Prévenir la malnutrition

C'est en maintenant un contact régulier avec les familles et en insistant sur les aspects nutritionnels lors de la consultation (données de suivi anthropométrique, examen, consultation, conseils préventifs alimentaires, prise en charge précoce, etc.) que l'on peut minimiser les risques de malnutrition sévère. C'est en définissant un plan d'action et un objectif pour chaque prochaine consultation que l'on peut réellement évaluer le résultat d'une intervention. En effet, prendre le poids et la taille à chaque visite sans pour autant déterminer où se situe l'enfant sur sa courbe et sans définir un plan d'action risque d'être voué à l'échec, c'est à dire que l'état nutritionnel de l'enfant peut progressivement s'aggraver, jusqu'à une malnutrition sévère, sans qu'une action n'ait été entreprise à temps, alors que les consultations étaient régulières.

La surveillance clinique et pondérale doit être d'autant plus rapprochée que la malnutrition est sévère : hebdomadaire au début, voire plus fréquente selon l'avis médical. Un échec de récupération doit conduire à réévaluer la prise en charge (visites à domicile, hospitalisation...)

Sibo a été vu pour la première fois en consultation à l'âge de 13 mois. Sa mère est infectée par le VIH. Sib0 avait "un aspect malnutri" selon le dossier médical et pesait 6 kg. Une sérologie VIH (test rapide) revenue positive a fait décider la mise d'emblée sous TARV (PCR non disponible). Les CD4 étaient mesurés à 750/mm³ et l'hémoglobine à 9 gr/dl. Une trithérapie 3TC+AZT+Lop/rit a été mise en place rapidement ainsi qu'un traitement par le fer sans autre investigation. L'enfant est revu en consultation tous les 2 mois environ. Dans le dossier médical, les commentaires sont "maigreux" et "ne mange pas bien", parfois "épisodes de fièvre". La taille de l'enfant et son périmètre crânien ne sont pas documentés, pas plus que le développement moteur de l'enfant jusqu'à l'âge de 22 mois, où il est noté qu'il ne marche pas et qu'il ne tient pas assis seul. L'état des vaccinations n'est pas noté. Le contrôle des CD4 prescrit à l'âge de 19 mois n'a pas été fait (la mère ne l'a pas amené au laboratoire). Il s'agit d'une mère seule qui habite loin (2h de trajet). Il n'y a pas de programme d'appui nutritionnel organisé par l'association et il n'y a pas de service de nutrition à l'hôpital. L'option choisie à 22 mois fut de continuer le TARV.

En prenant le dossier a posteriori, la courbe de poids est construite (ci-contre).

(13 mois : 6 kg - 17 mois : 6,3 kg - 20 mois : 6,4 kg - 22 mois : 6,4 kg).

Cette courbe très parlante attire immédiatement l'attention sur plusieurs points :

1- Si celle-ci avait été faite dès la première consultation, le médecin se serait rendu compte du besoin d'informations supplémentaires (documentation de la taille, du périmètre crânien et du développement psychomoteur, observer l'enfant manger ; examens complémentaires supplémentaires – radiographie pulmonaire notamment) et de la nécessité de renforcer la prise en charge (conseils pour la mère dont conseil nutritionnel, appui social, et suivi rapproché, voire hospitalisation d'emblée).

2- Aujourd'hui l'absence de prise de poids doit faire documenter les autres paramètres anthropométriques et évoquer, entre autres, trois grandes possibilités (ne s'excluant pas l'une l'autre : prise en charge concomitante des trois nécessaire) :

- une mauvaise prise alimentaire / malnutrition non prise en charge
- une mauvaise observance au TARV de la mère (l'absence de contrôle biologique alors que l'examen a été prescrit il y a 3 mois doit aussi y faire penser)
- une IO et surtout une tuberculose (en l'absence de moyen diagnostique un traitement doit être débuté), une candidose œsophagienne ou un trouble de type encéphalopathie (trouble du tonus, microcéphalie - petit périmètre crânien-, retard et surtout régression des acquis psychomoteurs).

La malnutrition peut être évitée / limitée si les enfants reçoivent une quantité adéquate d'aliments diversifiés, pas trop volumineux, suffisamment énergétiques, et riches en vitamines et sels minéraux essentiels. Des suppléments en vitamines et minéraux peuvent être indiqués :

- La vitamine A doit être donnée tous les 4 à 6 mois (ou bien sous forme de multivitamines quotidiennes).
- Le sélénium est important chez l'enfant infecté par le VIH : les enfants qui ont un déficit de sélénium ont une infection à VIH qui évolue plus vite et un moins bon pronostic. Une carence en sélénium serait un facteur de risque de Kwashiorkor.

Les doses approximatives recommandées sont :

- 25 à 50 microgrammes pour un poids < 10 kg ;
- 50 à 100 microgrammes entre 10 et 20 kg ;
- 100 à 200 microgrammes entre 20 et 40 kg ;
- 200 à 400 microgrammes (max) au delà de 40 kg.

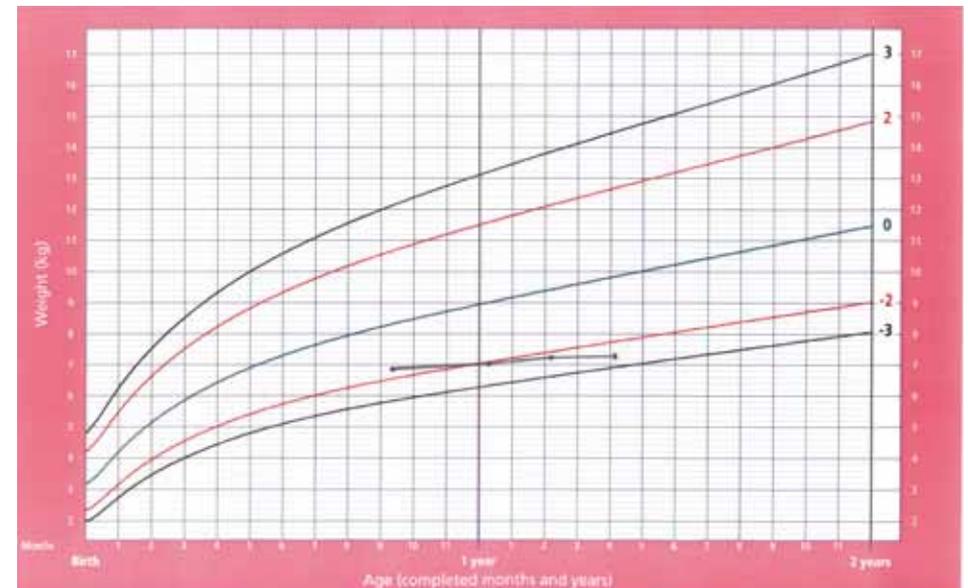
- Des comprimés de fer + acide folique en cas d'anémie doivent être prescrits.

Le déparasitage après l'âge d'un an doit être au moins annuel.

Les infections sévères, comme le paludisme, peuvent être prévenues en utilisant des moustiquaires imprégnées. L'espacement des accès palustres contribue à diminuer les risques de malnutrition.

Tout épisode infectieux peut dégrader l'état nutritionnel de l'enfant et des épisodes successifs sans prise en charge adéquate peuvent faire basculer l'enfant dans une malnutrition. Il est important de traiter tout épisode infectieux, de surveiller la réponse au traitement et de contrôler le poids avec pour objectif la récupération pondérale dans le couloir de croissance antérieur à l'épisode infectieux.

Traiter la diarrhée aiguë avec les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et le zinc. Si l'enfant est déjà sévèrement malnutri et atteint de diarrhée, l'administration de SRO spécifiques pour enfants sévèrement malnutris (ReSoMal) est préférée aux SRO classiques.



Courbe de Sib0.

Les suppléments en zinc réduisent la sévérité et la durée de la diarrhée

Les études indiquent que les apports en zinc pendant et jusqu'à la fin de la diarrhée (avec un sirop contenant 20 mg de zinc élément pour 5 ml, ou des comprimés de 20 mg de zinc, tels que zinc sulfate, gluconate ou acétate) ont des conséquences positives sur l'évolution de la diarrhée aiguë, réduisant sa durée et sa gravité.

Les suppléments en zinc préviennent des épisodes ultérieurs de diarrhée

Les études indiquent par ailleurs que l'absorption de 10 à 20 mg de zinc par jour durant 10 à 14 jours réduit le nombre d'épisodes de diarrhée dans les 2 à 3 mois qui suivent l'apport de suppléments.

L'OMS et l'UNICEF recommandent par conséquent :

20 mg/jour de supplément en zinc pendant 10 à 14 jours chez les nourrissons de plus de 6 mois et les enfants

10 mg/jour de supplément en zinc pendant 10 à 14 jours chez les nourrissons de moins de 6 mois.

L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

1. Étapes principales du développement cognitif	81
Jusqu'à deux ans : l'intelligence sensori-motrice	82
Entre 2 et 5-6 ans : la pensée pré-opératoire ou intuitive	83
Entre 6-7 et 11 ans : la pensée opératoire concrète (non intuitive)	85
Le pré ado et l'adolescent (11 ans et plus) : le stade opératoire formel	87
2. L'annonce du diagnostic	89
Pourquoi dire à l'enfant qu'il vit avec le VIH ?	89
Les principes du processus d'annonce	90
Comment annoncer ? Aspects pratiques	96
La surveillance de l'enfant après l'annonce	98
3. La participation de l'enfant à sa prise en charge	99
Les groupes de parole	101
Le soutien à l'adhésion au traitement : quelques outils	106
4. Les particularités liées aux adolescents	108
Rappels sur les caractéristiques de l'adolescence	108
Les particularités de l'annonce à l'adolescence	109
La sexualité	110
Le soutien à l'adhésion au traitement à l'adolescence	112
Le passage en service de suivi adulte...	113
5. Le processus de deuil	114
Les différents deuils croisés par l'enfant	114
Les grandes étapes du processus de deuil	115
Deuil pathologique	116

Le soutien psychologique, la révélation du diagnostic et l'appui à l'observance de l'enfant sont souvent des questions insuffisamment prises en considération.

Un des principaux obstacles à l'accompagnement psychologique de l'enfant infecté par le VIH, dans un contexte où les psychologues sont rares, est qu'il existe peu de formations spécifiques et qu'il n'y a pas de recommandations internationales à ce sujet.

Par ailleurs, il existe, en particulier en Afrique, une stigmatisation parfois extrême des personnes vivant avec le VIH. Le secret d'une sérologie positive est rarement dévoilé au grand jour, y compris entre les membres d'une même famille, voire entre conjoints. Dans ce contexte, l'infection de l'enfant, et l'annonce de sa séropositivité sont source d'angoisses par rapport au risque du dévoilement de la séropositivité de ses parents. Il s'ensuit de fréquentes attitudes de non-dits, de mensonges et d'annonces tardives à l'enfant, qui reste longtemps exclu du projet thérapeutique.

L'accompagnement psychologique est un processus balisé et cohérent incluant une équipe multidisciplinaire impliquant un responsable (ou référent) et l'enfant avec ses parents/tuteurs.

Il peut (devrait) revêtir plusieurs aspects dont des entretiens individuels et des activités de groupe (groupe de parole par exemple).

On abordera d'abord dans ce chapitre les bases du développement cognitif de l'enfant qui sont utiles à connaître en pratique quotidienne.

Les grandes lignes du processus d'annonce de son infection à l'enfant, qui permet son implication dans le projet thérapeutique et renforce son observance, seront ensuite détaillées.

Les besoins spécifiques des adolescents, qu'il est important de connaître car de plus en plus d'adolescents sont suivis en consultation, seront présentés.

Enfin, si la meilleure accessibilité aux ARV a permis indéniablement de prolonger la vie, il n'en reste pas moins que l'enfant infecté par le VIH est souvent confronté à la perte d'êtres chers. Il est donc nécessaire de connaître les principales étapes du processus de deuil afin d'optimiser sa prise en charge.

1. Étapes principales du développement cognitif

Le succès de la prise en charge de l'enfant est déterminé par la relation de confiance entre le soignant, les parents et l'enfant lui-même. Il s'agit d'une relation triangulaire au sein de laquelle interagissent le soignant, l'enfant et les parents. L'approche pour mettre en place cette relation et y faire exister l'enfant est de lui montrer que l'on s'intéresse à lui en le regardant et en lui adressant directement la parole lors de chaque consultation. Ceci peut se faire à tout âge en adaptant son langage et son discours au degré de maturité de l'enfant.

Un des pièges classiques dans le domaine de l'infection VIH est de se baser sur l'aspect physique de l'enfant et non pas sur son âge ou son développement cognitif et psychologique : en effet, un enfant de 12 ans infecté par le VIH peut avoir l'aspect physique d'un enfant de 8 ans. S'adresser à lui comme à un enfant de 8 ans serait une erreur qui pourrait avoir des conséquences négatives sur la relation de confiance que l'on souhaite établir.

L'autre piège est de mésestimer les capacités de compréhension de l'enfant. Cette mauvaise appréciation se voit dans les deux sens. Certains considèrent que l'enfant est incapable de comprendre quoi que ce soit, donc ne s'adressent pas à lui et transmettent des informations le concernant sans prendre en compte sa présence ou lui donnent des informations erronées sur son diagnostic car ils considèrent que l'enfant ne sait pas garder un secret. À l'inverse, d'autres s'adressent à l'enfant comme à un "adulte en miniature", oubliant que l'enfant ne peut comprendre les mêmes concepts qu'un adulte.

Les messages doivent donc être adaptés à chaque étape du développement cognitif et psychologique de l'enfant.

Il est donc important de connaître les grandes étapes simplifiées de ce développement cognitif. Ce chapitre a pour objectif de donner des repères – inspirés par les stades du développement décrits par Piaget – pour aider les acteurs du terrain à dialoguer avec l'enfant.

Chaque enfant ayant son propre rythme de développement cognitif, mais aussi psychologique et neurologique, les âges indiqués peuvent varier d'un enfant à l'autre ; cependant, chaque enfant passe par les différents stades de façon chronologique.

Jusqu'à deux ans : l'intelligence sensori-motrice

- **Développement cognitif :**

On parle chez le nourrisson d'intelligence sensori-motrice. Le nourrisson comprend le monde à travers ses sens et la manipulation physique d'objets. Il existe plusieurs sous-stades entre la naissance et l'âge de 2 ans.

- **Conception de la santé :**

Le nourrisson ne comprend pas la notion de maladie, mais il "sent" la douleur, et ce, dès la naissance. C'est pourquoi il est important de la prendre en compte, en particulier la douleur liée aux soins, afin de prévenir le développement d'une hypersensibilité à la douleur et/ou une phobie des soins.

- **Développement psychosocial :**

Le bébé doit développer la confiance fondamentale, qui passe par l'établissement du lien avec sa mère (ou son substitut). A partir de 18 mois environ, le tout-petit commence à développer son autonomie. Il aime jouer en solitaire.

- **Conception de la mort :**

Le nourrisson ne comprend pas la notion de mort mais souffre de l'absence.

Ce que l'on peut dire et faire :

Même si l'enfant ne comprend pas, il ressent beaucoup à travers le langage verbal et non verbal. S'il sent que ses parents sont à l'aise et font confiance aux médecins, cela le rassure.

Il est important à cet âge de créer une relation de confiance avec l'enfant et les parents*.

Il est important que les parents parlent aux enfants, qu'ils communiquent sur le présent : par exemple, "c'est l'heure de prendre ensemble ton médicament", "on va chez le médecin, il va t'examiner, il va donner un sirop pour ton ventre, etc.". De même, le soignant ou le médecin explique son geste à l'enfant avant de le faire : par exemple, "je vais écouter ton cœur". Il examine l'enfant en le touchant doucement et lui souriant sans élever la voix.

– Jusqu'à 9 - 12 mois, le nourrisson est dans l'instant, il anticipe peu. Il est possible de l'examiner dans de bonnes conditions si l'environnement est paisible et rassurant. Le petit nourrisson aura tendance à pleurer si un geste ou un examen douloureux est pratiqué.

– Au delà d'un an, le nourrisson reconnaît l'environnement (et se souvient), repère la blouse blanche et peut se mettre à pleurer dès que l'on cherche à l'examiner, surtout s'il a déjà subi des examens douloureux dans les consultations précédentes. Il se calme cependant rapidement dès que le soignant s'éloigne de lui car il reste encore dans l'instant.

La patience et la réassurance, la présence reconfortante des parents peuvent faciliter la relation et l'examen d'un grand nourrisson.

*Rappel : On entendra par "parent", l'adulte responsable de l'enfant (père, mère, tuteur, etc.).



Entre 2 et 5-6 ans : la pensée pré-opératoire ou intuitive

- **Développement cognitif :** Pensée pré-opératoire (ou pré-conceptuelle)

L'enfant, à ce stade, a une façon égocentrique de penser, tout tourne autour de lui, il est incapable de comprendre le point de vue de l'autre.

Sa pensée est basée sur des pensées magiques :

- Animisme : tous les objets et les choses sont doués de personnalité, de sentiments.
- Finalisme : il pense que tout a une raison d'être : "les montagnes sont faites pour se promener, les petites montagnes ont été faites pour les enfants".
- Artificialisme : tout a été fabriqué, par l'homme (ou par Dieu) : "pour fabriquer des montagnes, on a planté des cailloux".
- Réalisme : il considère ses images mentales comme la réalité. Ses rêves sont personnalisés, ils sortent la nuit de sa tête et se mettent à côté de lui, c'est pour cela qu'il peut les voir quand il dort. S'il a une mauvaise pensée et que l'évènement arrive, il sera persuadé de sa responsabilité dans la survenue de l'évènement.

A ce stade, il n'existe pas de notion de cause à effet, ni d'opération (ou de chemin) logique pour passer d'une étape à une autre. L'enfant voit une situation A, voit une situation B, mais ne fait pas attention à ce qui se passe entre les deux. La notion d'ordre croissant et décroissant n'existe pas encore non plus. Enfin, la notion de persistance, de permanence lui est encore étrangère.

Par exemple, si on prend deux boules de pâte identiques (situation A), l'enfant dira qu'il y a autant de pâte dans les 2 boules. Si on transforme une boule en serpent (situation B), il dira qu'il y a plus de pâte dans le serpent (car plus long). Et si on retransforme le serpent en boule, il dira qu'il y a autant dans les 2. Dire une chose, puis son contraire, ne le gêne pas.

L'imagination et la créativité de l'enfant peuvent être très riches. Le langage est émergent et sert à exprimer ce que veut l'enfant.

- **Conception de la santé :**

L'image corporelle est très floue. Il n'a pas conscience de ses organes internes : il connaît ses membres, sa tête, ses yeux... mais pas ses poumons ou son estomac. Vers 5-6 ans, il croit que sa peau maintient ses organes internes.

Il a du mal à localiser précisément sa douleur, ne peut pas en évaluer l'intensité.

- **Conception de la maladie :**

Entre 2 et 4 ans, il pense que la maladie se transmet par association : "j'ai vu tonton et je suis tombé malade", ou "la maladie, ça vient par magie, je crois".

Du coup, il peut être angoissé de transmettre sa maladie à son entourage, sans le faire exprès.

L'enfant peut se sentir coupable d'être malade : il a fait une bêtise, il est tombé malade, c'est sa punition.

A l'inverse, il peut considérer le soignant comme responsable : "j'ai mal parce que tu es méchant".

- **Conception de la mort :**

A ce stade, la pensée magique est très présente et donc la mort est temporaire, réversible.

- **Développement psychosocial :**

Principale préoccupation d'ordre émotionnel : attachement à la personne qui prend soin de lui. L'autonomie motrice augmente et l'enfant veut maîtriser le monde qui l'entoure. Il prend des initiatives et développe ses capacités personnelles. Il interagit avec les autres par le jeu. "Pourquoi ?" devient sa question favorite.

Ce que l'on peut dire et faire :

Dire aux parents d'expliquer à l'enfant le motif de la visite à l'hôpital, et ce que le médecin ou l'infirmier va faire, afin de l'impliquer dans les consultations. L'enfant a peur des blouses blanches, des aiguilles, et craint d'être abandonné par son parent. Il faut le rassurer en lui expliquant ce qui se passe et ce qui va se passer. Ne pas lui mentir. Éviter les menaces fréquentes du type "si tu n'es pas sage, le docteur va te piquer avec une aiguille".

Il faut avoir conscience qu'à ce stade, l'enfant peut avoir des difficultés pour imaginer ce qu'il n'a pas vécu : s'il a mal, il ne comprend pas le rapport entre le sirop et sa douleur avant de l'avoir expérimenté. Par contre, par la suite, on peut lui dire qu'on va utiliser le sirop pour la tête, la pommade magique pour les boutons "tu te souviens ? Comme la dernière fois...".

Dans le soin, il faut le prendre en compte, en particulier s'il a mal : "je sais que c'est difficile", "tu as le droit de pleurer", "on va essayer de calmer ce qui fait mal". Lors des soins douloureux, ne pas lui dire "je vais te piquer, ça ne fait pas mal", mais dire avant le soin "tu vas peut être sentir quelque chose" et pendant le soin, demander à la maman de raconter une histoire, chanter une chanson et jouer avec l'enfant (technique de distraction qui diminue le ressenti douloureux).

Il est souvent utile d'utiliser son imagination pour communiquer avec lui, en partant de ses représentations. On peut s'aider en se servant d'images, en utilisant le dessin, les activités ludiques pour "faire comprendre". De même, il est souvent instructif de le faire dessiner ou jouer avec des figurines pour observer sa réalité ou l'aider à exprimer ce qu'il a compris.

Entre 6-7 et 11 ans : la pensée opératoire concrète (non intuitive)

- **Développement cognitif :** 3 acquis fondamentaux à ce stade.

- Réversibilité : si on reprend les boules de pâte (situations A et B antérieures), l'enfant comprend que si on a pu transformer la boule en serpent, on peut retransformer le serpent en boule.

- Conservation : il acquiert progressivement la notion de conservation de la matière : des solides, puis des poids, puis des liquides.

- Ordre : il est capable de classification de plus en plus complexes (les arbres, les baobabs, les baobabs avec des fruits) et peut ordonner (plus grand que, plus petit que).

- **Conception de la santé :**

Il connaît mieux l'intérieur de son corps, même si les fonctions de ses organes restent floues. Il peut indiquer sur un schéma où il a mal.

- **Conception de la maladie :**

Il comprend la notion de contagion, en différenciant la cause de la maladie des symptômes (7-8 ans) : Comment attrape-t-on un rhume ? Exemple de réponse pour l'âge : "Tu sors sans bonnet quand il fait froid. Le froid touche ta tête, après il se met partout sur ton corps et tu commences à éternuer".

Plus tard, apparaît la notion d'internalisation (8-10 ans) : la maladie rentre dans le corps. Comment attrape-t-on un rhume ? Exemple de réponse pour l'âge : "C'est l'hiver quand tu respire de l'air froid. La bactérie rentre quand tu respire, tes poumons deviennent tout mous et ça va dans ton nez. Tu éternues, ta voix est bizarre et ton nez est bouché. Pour guérir, il faut respirer de l'air chaud pour faire sortir l'air froid".

De par ses acquisitions cognitives (réversibilité, conservation, ordre), l'enfant peut comprendre de nombreux concepts qui le concernent lui et sa maladie :

Réversibilité : maladie-guérison ; douleur-soulagement

Conservation : maladie chronique, traitement à vie

Ordre : virus sensible, virus résistant (plus méchant, plus agressif).

Il garde des représentations concrètes, il imagine le virus comme un être vivant, personnalisé ("si un jour on le tue, est-ce qu'il aura mal ?"), qu'il faut endormir, qui peut se réveiller.

Il peut décrire plus précisément ses symptômes, quantifier ses douleurs, ce qui permet d'utiliser les échelles visuelles de douleurs à partir de cet âge. [Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°19 "La douleur de l'enfant, mieux la comprendre pour mieux la soulager"].

- **Conception de la mort :**

A ce stade, il acquiert le concept de la mort, y compris de sa propre mort, mais les notions temporo spatiales (comme les concepts de "toujours" ou "jamais") restent floues. Et puis tout dépend du vécu de la mort chez l'enfant (ex : l'enfant orphelin a souvent une maturité psychique plus importante concernant cette question qu'un autre).

- **Développement psychosocial :**

Tout tourne encore autour du Moi. Il a le sens de l'initiative. Son imagination peut entraîner des craintes. Le quartier et l'école commencent à prendre de l'importance. Il se joint à des groupes de pairs pour jouer avec eux. Il présente un vif intérêt pour les rites et les règles.

Ce que l'on peut dire et faire :

Il faut s'adresser à l'enfant comme à un interlocuteur, et non pas seulement à l'adulte pendant la consultation. Il est souvent utile d'observer l'enfant lorsque l'on parle avec son parent, d'être attentif à ses réactions lorsque certains mots sont prononcés. Puis de prendre un moment pour lui poser directement des questions : "Tu as compris ce que l'on a dit ? Explique-moi ce que tu as compris" ou "Tu sais pourquoi tu prends les médicaments ?". Il faut laisser parler l'enfant et l'écouter pour connaître les représentations qu'il a de sa maladie. On pourra alors repartir de ses mots pour expliquer, compléter, préciser les choses.

C'est une bonne période pour préparer l'annonce du diagnostic. D'abord en parlant de maladie ou d'infection chronique, de microbe, de virus, puis en nommant le VIH (voir chapitre sur l'annonce). D'autant que les questions sur la maladie et le traitement émergent souvent à cet âge ; cela correspond aussi à l'âge de la socialisation de l'enfant : très vite il prend conscience que tous les enfants ne prennent pas les mêmes médicaments que lui, et il demande souvent alors "Pourquoi est-ce que je prends des médicaments ?" faisant la relation entre médicament et maladie. Cette question en réalité cache donc une autre question "Est-ce que je suis malade et/ou est-ce que c'est grave ?". Si l'enfant a eu un parent décédé, il se demande "Est-ce que je peux mourir si je ne prends pas mon médicament ?". Les questions peuvent aussi concerner les parents "pourquoi est ce que ma maman prend des médicaments ?" : l'enfant peut alors être très inquiet en se demandant si sa maman est malade ou si elle va mourir, mais il ne posera pas la question de façon aussi directe. Car en même temps, la question de "ce qu'il ne doit pas savoir", c'est-à-dire la question du secret familial, émerge chez lui.

Il est important d'écouter l'enfant, de le rassurer, de cadrer le contexte afin d'éviter trop de pensées imaginaires ou angoissantes ; éviter les représentations "imaginées" du type "les microbes, c'est comme les petites araignées". Il faut aussi le rassurer sur les conséquences du virus sur son corps.

L'enfant de cet âge comprend beaucoup de choses mais peut aussi mal les interpréter : vérifier régulièrement ses connaissances et ses représentations.

Et pourquoi j'ai le microbe moi et pas mon frère ?

"Quand tu étais dans le ventre de ta maman, il y avait ce microbe dans son ventre. Et il y avait comme une porte entre toi et ta maman. Le microbe est passé par cette porte. On ne savait pas la fermer. On n'avait pas encore de clés. Aujourd'hui, les docteurs ont trouvé plusieurs clés et le microbe n'arrive plus à passer. C'est pour cela que ton petit frère n'a pas le microbe".

Il a besoin d'explications sur sa maladie et il est important de lui en donner : par exemple la notion de caractère chronique (la maladie qui dure longtemps), de traitement quotidien, même avant de lui parler de VIH. Il est important de se concentrer sur le présent, l'avenir reste lointain et encore trop abstrait.

Il ne faut pas mentir : la confiance serait rompue (soignants et parents). Plutôt que de dire : "Prends tes médicaments, tu seras plus intelligent", on peut lui dire : "Prendre tes médicaments tous les jours te permet de garder le microbe/virus/parasite endormi ; c'est quand le microbe est réveillé que l'on tombe malade, pas quand il reste endormi".

On peut expliquer à l'enfant le corps humain, avec une analogie adaptée (par exemple, les cellules CD4 sont des "soldats qui luttent contre l'invasisseur"). Attention cependant avec cette comparaison dans les contextes de pays en guerre et chez les enfants ayant souffert de traumatismes de la part de soldats.

Pour communiquer avec l'enfant, il est important d'expliquer et de schématiser. On peut (doit) utiliser des boîtes à image, brochures, dessins, supports concrets pour faire passer les messages.

Enfin, se rappeler qu'il a acquis le concept de sa mort : il est donc important de chercher à savoir s'il a besoin d'aide spécifique à ce sujet. En effet, on rencontre parfois des enfants qui connaissent leur diagnostic mais qui continuent à associer VIH et mort. Soit à cause d'une annonce mal faite, soit à cause de la sidération liée à l'annonce qui les a empêchés d'entendre les informations sur les espoirs liés aux traitements ou bien parce qu'ils ont eu un parent qui en est mort, qu'ils en ont entendu parler dans leur entourage ou simplement dans les médias. Il faut donc tenir compte de la singularité de chaque enfant et de son histoire pour aborder ces problèmes.

Le pré ado et l'adolescent (11 ans et plus) : le stade opératoire formel

- **Développement cognitif :**

L'adolescent acquiert progressivement la pensée abstraite. Il développe une capacité émergente à penser dans des termes abstraits et à s'interroger ; il peut construire des hypothèses et faire des expériences (stade d'opération formelle). Le langage est utilisé pour manipuler des idées. Ses capacités de compréhension et de discours sont proches de l'adulte.

- **Conception de la santé :**

Il a une représentation des organes internes et de leur fonctionnement (qui dépendra néanmoins de son niveau scolaire) et pense par analogie. Il émet des hypothèses sur les causes de la maladie, établit des liens entre les symptômes et les fonctions des organes. Le concept de chronicité et de traitement à vie est mis en perspective, grâce à ses nouvelles capacités d'abstraction : il peut replacer ces notions dans son projet de vie, d'avenir.

- **Développement psychosocial :**

L'adolescent découvre le plaisir de conceptualiser un projet et de le mener à son terme. Il développe le sens de ses compétences personnelles, ce qui est à la base du développement de son estime de soi. Il réclame plus d'autonomie, remet en cause l'autorité des adultes et a besoin de s'identifier à ses pairs.

L'adolescence est une période de fragilité psychoaffective, de bouleversement physique et psychologique, de construction identitaire qui sera développée au paragraphe III.4. de ce chapitre.

Ce que l'on peut dire et faire :

Il est souhaitable de disposer d'un moment dans la consultation pendant lequel l'adolescent est vu seul, ce qui lui permet de parler sans la présence du parent. Il faut le proposer même si l'adolescent ne le demande pas expressément. Dans tous les cas, en consultation il devrait être l'interlocuteur principal du soignant.

Il faut répondre à ses questions de manière adaptée, sans fuite et sans mensonge ; l'encourager à poser des questions et encourager les parents à communiquer ouvertement à propos de la maladie. L'acquisition de la pensée opératoire formelle permet d'utiliser un langage de plus en plus abstrait.

Si la révélation totale du diagnostic avec le mot "sida" n'est pas encore faite, elle doit être impérativement réalisée même si elle est progressive, elle ne doit plus se faire attendre. Si l'annonce a été faite pendant l'enfance, il faudra la reprendre pendant l'adolescence, car les capacités de raisonnement sont plus étendues. On pourra aborder d'autres thèmes, tels que ses perspectives professionnelles, ses désirs éventuels de fonder une famille, mais aussi la sexualité, le préservatif et la question du partage du secret avec la question de l'annonce au (futur) partenaire.

C'est à cet âge que la participation dans un groupe de jeunes qui ont la même maladie (groupe de parole, groupe d'auto support) est la plus importante. Elle doit être proposée systématiquement.

Quelques documents

- Un set de livres éducatifs à l'usage des enfants et des parents / animateur peut aider à accompagner les enfants séropositifs et vulnérables. Il s'agit de la collection "Auteurs Africains Juniors" (Ed. Heinemann). Elle comprend 24 ouvrages interactifs d'éducation à la santé axée sur le VIH/sida : fictions ou documentaires, ils abordent 10 thèmes différents (stigmatisation et discrimination, soins et aide, sentiments, prévention, etc.). Ils s'adressent à 4 classes d'âge : 5 - 9 ans, 8 - 12 ans, 11 - 15 ans & 14 - 18 ans. Chaque livre comprend des notes pour l'adulte qui accompagne les jeunes dans la lecture et des suggestions d'activités.
- Pour les ados : la BD contre le silence (www.labdcontrelesilence.com).
- Le manuel de Médecins Sans Frontières : Accompagnement du patient enfant infecté par le VIH.
- Les modules de la formation Grandir Bamako 2009 : Formation à l'accompagnement psychologique et au conseil de l'enfant affecté et infecté par le VIH, octobre 2009.
- Un document intéressant sur les dits et les non-dits autour du VIH/sida qui permet de comprendre que l'enfant sait très tôt beaucoup de choses à propos de l'infection VIH.
- La brochure canadienne : Comment parler aux enfants du VIH/sida. Cette brochure n'est pas spécifique aux enfants séropositifs mais donne quelques outils pratiques pour aborder la question en famille, avec le conseiller, ou en groupe.

2. L'annonce du diagnostic

Très souvent les parents sont réticents à annoncer la séropositivité à leur enfant et c'est tout à fait compréhensible. Ces réticences sont cependant parfois basées sur des *a priori* ou des craintes non fondées. Généralement, cette annonce renvoie les parents à leur propre traumatisme d'annonce, réveille une douleur qu'ils veulent épargner à leur enfant. Le plus souvent, les soignants n'étant que peu ou pas formés sur le thème partagent les mêmes craintes.

En réalité, la révélation du diagnostic est un processus progressif dans le temps (il n'y a pas une annonce unique mais des annonces), qui doit se préparer et qui doit être adapté à l'âge de l'enfant et au contexte familial et psychologique. Il ne faut pas se substituer aux parents/tuteurs mais réaliser ensemble ce processus, ce qui impose une continuité relationnelle entre enfant, famille, soignant référent, relais associatif...

Pourquoi dire à l'enfant qu'il vit avec le VIH ?

L'annonce a plusieurs intérêts et objectifs.

- Certains sont d'ordre psychologique et permettent la construction psychique de l'enfant. Sortir d'un comportement de secret - et de tous les mécanismes défensifs qui se mettent en jeu de toutes parts pour le préserver - libère les capacités de communication dans la famille et sur le lieu de soin. Cette parole libérée favorise les capacités d'apprentissage scolaire de l'enfant/adolescent. Une explication ouverte permet, par exemple, d'éviter qu'il développe des explications fantaisistes et erronées de la maladie. Être considéré comme une personne digne de confiance peut lui permettre de grandir et de former sa personnalité dans un climat de confiance avec les adultes. Le lieu de soins doit être un espace où l'enfant peut parler de ce qu'il ressent.
- D'autres sont d'ordre socio-familial (rapprochement avec les adultes). En effet, l'annonce du diagnostic à l'enfant peut permettre de libérer la parole au sein de la famille, et peut favoriser la complicité entre l'enfant et son parent.
- Enfin, sur le plan médical, l'objectif est de créer une alliance thérapeutique en donnant du sens aux symptômes présentés par l'enfant. Avec pour but de favoriser l'adhésion de l'enfant au projet thérapeutique, de le rendre acteur, partenaire d'une équipe, sans mensonge ni faux espoirs, mais sans dramatiser non plus. En pratique, on observe que l'annonce du diagnostic à l'enfant est un facteur important de l'efficacité de la prise en charge.

Un travail mené au Burkina Faso* a montré que les enfants, dès 5-6 ans, connaissaient le sida et ses principales manifestations. Par des dessins commentés, ils ont montré qu'ils associaient le sida avec la mort, la stigmatisation et la maladie (boutons, diarrhée, maigreur).

Dans le même temps, ils expliquaient qu'il ne fallait pas parler de cette maladie quand on l'avait, sous peine d'exclusion à l'école ou dans le quartier.

Enfin, une proportion importante d'enfants (8-10 ans) affirmait "savoir qu'ils avaient le sida" avant qu'on ne leur annonce.

Les enfants ont donc des connaissances - essentiellement négatives - sur le VIH/sida et suspectent souvent leur infection. Ils se trouvent ainsi en souffrance car se pensent contaminés par une maladie dont ils ne connaissent que les aspects négatifs et dont ils ne savent pas à qui en parler.

*Par Fabienne Héjoaka, Doctorante en Anthropologie Sociale, IRD.

Les principes du processus d'annonce

- Le processus d'annonce est **une succession d'annonces**, constituée de révélations importantes sur l'enfant, que celui-ci doit entendre, comprendre, admettre et intégrer dans sa vie quotidienne.
- Les annonces doivent être faites par **une équipe de prestataires formés** aux principes et enjeux de ce processus d'annonce.
- Les messages doivent être cohérents et homogènes, ce qui implique une coordination interdisciplinaire et des outils de suivi.
- Ces annonces se font avec l'accord du responsable de l'enfant et en sa présence. Le responsable de l'enfant doit être préparé aux annonces qui seront faites à l'enfant.
- La consultation d'annonce où le VIH est nommé et le mot sida prononcé est particulière et nécessite **une préparation de l'enfant, du parent et de celui qui annonce**. Cette consultation doit être suivie d'une **autre consultation programmée rapidement après** (maximum un mois) pour reprendre cette information et l'impact qu'elle a pu engendrer.
- Le moment des différentes annonces varie d'un enfant à l'autre et doit **s'adapter à chaque situation**. Mais la période optimale se situe entre 7 et 11 ans. Elle répond essentiellement aux demandes des enfants eux-mêmes "pourquoi je prends des médicaments ?", souvent lors de l'entrée à la "grande école".
- Les annonces doivent être reprises régulièrement avec l'enfant, en particulier à l'adolescence. Elles doivent être surtout reprises quand il y a des problèmes d'observance, des troubles comportementaux, des questions particulières.

LE PROCESSUS D'ANNONCE : UNE SUCCESSION DE MAUVAISES NOUVELLES...

Un certain nombre de notions clés doivent être annoncées, selon un rythme à moduler selon l'âge et les questions de l'enfant (puis de l'adolescent). Les mauvaises nouvelles doivent être contrebalancées par les "solutions" qui en limitent la violence.

Mauvaises nouvelles	Solutions
Il y a des microbes (ou virus/parasites) dans ton corps (ou dans ton sang)...	mais on les connaît, ils sont très très petits, et on sait les soigner.
On ne sait pas encore les faire partir...	mais on connaît les traitements qui les font dormir.
Il faudra prendre des médicaments tous les jours et (peut-être) toute ta vie...	mais si tu prends les médicaments, tu ne seras pas malade, tu pourras grandir, étudier, te marier et avoir des enfants si tu le souhaites.
Ce microbe s'appelle le VIH. Le VIH peut donner le SIDA...	mais cela n'arrivera pas si tu prends bien tes médicaments.
Tu peux transmettre ce microbe...	mais on peut t'expliquer comment facilement ne pas le transmettre, comment protéger tes frères et sœurs, tes ami(e)s.

Chacun de ces points quand il est évoqué doit éviter l'utilisation de représentations inadaptées à l'âge et trop inquiétantes (monstre, dragon...).

LES ANNONCES : LE TRAVAIL DE PRESTATAIRES FORMÉS

Il est souvent observé, en Afrique, que des équipes - peu formées au processus de l'annonce à l'enfant - laissent aux parents l'entière responsabilité de réaliser eux-mêmes les annonces, sans les accompagner. Or ces parents sont souvent très affectés personnellement par le VIH et incapables d'annoncer ces mauvaises nouvelles à leur enfant. Comme l'annonce d'une leucémie, d'un diabète, ou de la tuberculose, l'annonce du VIH doit être faite par des professionnels formés.

Dans les structures sanitaires ou associatives, tous les intervenants - le conseiller qui rend le résultat du test, le responsable de la consultation d'observance, les soignants, le psychologue... - doivent être formés aux principes de l'annonce à l'enfant et aux nécessités de l'accompagnement des parents. Ceux-ci doivent en effet être préparés aux questions que l'enfant peut poser - et aux réactions qu'il peut manifester - entre deux consultations.

L'implication des professionnels dans cette démarche soulage les parents d'une épreuve souvent trop difficile - car touchant à leur intime - pour eux. Ainsi accompagnés, ils peuvent garder leur rôle de parents et acceptent plus facilement que l'annonce soit faite à leur enfant.

La première annonce :

Au moment du post test, le conseiller a quelques messages clés à délivrer :

• A l'adulte référent :

Il faut bien entendu annoncer la séropositivité de l'enfant et les prochaines étapes (consultation médicale, évaluation nutritionnelle, bilan biologique). Il faudra aussi lui expliquer que l'enfant sera préparé progressivement pour recevoir l'annonce complète avant l'adolescence.

• A l'enfant :

Il faudra aussi annoncer que l'on a trouvé un microbe (une petite bête, un petit parasite) dans son sang et qu'il va falloir aller voir le docteur. La forme et le contenu de cette première annonce sera adaptée en fonction de l'âge de l'enfant (voir fin du chapitre).

Le conseiller doit être attentif à l'enfant lorsqu'il parle au parent et choisir les mots qu'il emploie. Certaines choses peuvent être dites en dehors de la présence de l'enfant. Certains enfants racontent qu'ils ont compris qu'ils "avaient le sida" quand ils ont vu la tête de leur mère lors de la remise de leur test.

Attention cependant à ne pas exclure brutalement l'enfant d'une consultation "pour dire des choses importantes à Maman" : demander à un autre conseiller d'emmener l'enfant faire une activité ludique ou lui faire rejoindre d'autres enfants.

Les annonces suivantes :

Dès la première consultation médicale, le soignant peut demander à l'enfant ce qu'il a compris du post test (le microbe dans le sang), reprendre cette information et expliquer que parfois ce microbe dort, parfois il est réveillé. Il peut ainsi justifier le bilan biologique qui va suivre (CD4).

Dans les consultations suivantes, les soignants expliqueront à l'enfant où il en est de sa maladie (virus endormi, réveillé, très énervé...), en partant à chaque fois de ce que l'enfant a compris et retenu des explications précédentes. On reprendra le vocabulaire et les images utilisées par l'enfant.

Les événements liés à la maladie, symptômes cliniques, les médicaments à prendre, peuvent être expliqués par ce microbe qu'il faut faire dormir. Les supports visuels, des schémas et des dessins, des jouets (poupons, figurines en plastique...) serviront à illustrer les explications.

Cet échange régulier avec l'enfant permettra d'évaluer ses capacités de raisonnement et de compréhension, ainsi que sa curiosité, son inquiétude par rapport à sa maladie.

Donner à l'enfant des informations sur le VIH :

Ces informations sur le VIH peuvent être délivrées par différentes personnes (famille, animateurs, soignants...) sous forme individuelle et/ou en groupe. L'enfant doit acquérir des connaissances sur le VIH, les traitements, les possibilités de survie...

Ses antécédents et son environnement psychoaffectif doivent parallèlement être explorés. Il est important de savoir si l'enfant a vécu des expériences traumatisantes liées au VIH dans son histoire récente ou ancienne (perte des parents, accompagnement d'un proche en fin de vie...); de même, il faut connaître les personnes ressources avec lesquelles il peut échanger. Ces personnes peuvent être différentes de la personne qui accompagne l'enfant en consultation.

Enfin, il est utile de savoir si l'enfant connaît d'autres personnes (adultes, adolescents ou enfants) infectées par le VIH, en particulier des membres de la communauté vivant au grand jour leur séropositivité ; et, si possible, quelles sont les personnes infectées dans la famille proche.

DES MESSAGES COHÉRENTS ET HOMOGÈNES

Les différentes personnes (professionnels et éventuellement les parents) intervenant dans le processus d'annonce doivent partager les informations qui ont été délivrées à l'enfant et savoir ce qu'il en a compris.

Des outils de suivi peuvent être mis en place, afin de faciliter cet échange d'information. Ces outils précisent ce que sait l'enfant, qui lui a dit, s'il participe à des activités de groupe de support, ses antécédents psychologiques et son environnement familial (personnes ressources).

La cohérence des messages est importante pour garder la confiance de l'enfant envers ses parents et l'équipe soignante.

LES RESPONSABLES DE L'ENFANT DANS LE PROCESSUS D'ANNONCE

En général, les adultes responsables de l'enfant acceptent facilement que les premières annonces - infection chronique par un microbe (sans nommer le VIH), maladie incurable... - soient faites à l'enfant. En revanche, le fait de nommer le VIH/sida, même par des professionnels, peut faire peur aux adultes et entraîner des réticences.

Ces réticences peuvent être parfois levées par un argumentaire sur les avantages de l'annonce à l'enfant et sur sa faculté de garder le secret (voir plus haut) ; parfois, le traumatisme lié au VIH est plus profond - perte de son conjoint, de ses enfants... - et le refus de l'annonce à l'enfant est en fait lié à des deuils pathologiques. Enfin, le motif de refus peut être lié aux craintes de l'adulte de ne pas savoir comment répondre aux questions de l'enfant après la consultation, ou parce que le parent n'a pas révélé à son conjoint sa propre infection.

Dans tous les cas, l'équipe doit être persuadée du bien fondé de l'annonce à l'enfant pour arriver à convaincre son parent. Une fois que le (ou les) motif(s) de refus d'annonce sont identifiés, un accompagnement individuel (par un psychologue si possible) pourra être proposé. La participation à des groupes de parents - avec témoignage de parents dont l'annonce du VIH à leur enfant a été bénéfique - peut être efficace pour lever certains blocages.



LA CONSULTATION DE L'ANNONCE DU VIH : UNE PRÉPARATION PARTICULIÈRE

L'annonce du VIH est un moment clé dans le processus d'annonce. Les trois acteurs principaux de cette consultation doivent être préparés :

L'annonceur :

Celui qui annonce doit être personnellement serein sur la question du VIH (sur un plan théorique et psychologique). Il doit pouvoir répondre à des questions de l'enfant, mais aussi être en mesure de gérer l'émotion liée à l'annonce. Si l'annonceur est lui-même en difficulté par rapport au sida (souvenirs douloureux, deuils récents...), il vaut mieux qu'il "passe la main".

L'annonceur doit aussi bien **connaître l'enfant et sa famille**. Ce doit être avant tout le médecin car l'annonce et le traitement sont intimement liés. Ce peut être aussi l'infirmier, le responsable du groupe de parole, ou le psychologue de l'équipe mais l'annonceur doit connaître les antécédents et le contexte pour choisir le moment et personnaliser son discours. Il est important pour l'équipe d'échanger sur le contexte pour savoir qui peut faire l'annonce et si le moment est opportun. La survenue récente d'un deuil, d'une épreuve psychologique traumatisante, d'une infection opportuniste en cours inviteront à temporiser ; en revanche, l'apparition d'une mauvaise observance, un enfant posant des questions précises, ou la survenue de pratiques à risque chez un préadolescent conduiront à fixer rapidement une date pour la consultation d'annonce du VIH.

L'adulte responsable :

L'adulte responsable doit être présent lors de l'annonce du VIH. Il doit adhérer à la démarche (travail antérieur avec lui si besoin) et savoir comment accompagner l'enfant après la consultation. Il faut donc lui transmettre une information sur les réactions possibles de l'enfant après la consultation de l'annonce du VIH et les principales attitudes à avoir. L'adulte responsable doit être présent et disponible dans les suites de l'annonce du VIH.

L'annonceur doit, dans tous les cas, proposer de revoir l'enfant et/ou son parent dès qu'ils le veulent dans les jours qui suivent l'annonce.

L'enfant :

La préparation de l'enfant a déjà été réalisée, depuis le post-test, en consultation médicale et dans les activités de groupe.

Il sait déjà qu'il est infecté par un microbe, il a des informations objectives sur le VIH et les ARV et souvent se doute déjà du diagnostic (même s'il espère secrètement qu'il n'est pas atteint).

S'ADAPTER À CHAQUE ENFANT

Dès que l'enfant a atteint le stade de la pensée opératoire (7 ans), il est en mesure de comprendre les messages sur l'infection chronique, les effets des traitements sur le microbe, les conséquences d'un arrêt de traitement, etc.

Cette série d'annonces peut donc être débutée dès 6-8 ans. L'annonce de l'infection par le VIH peut se faire entre 8 et 11 ans. Le moment est à adapter à chaque enfant et à chaque famille. Dans cette tranche d'âge, l'enfant (sauf exception) a confiance dans les adultes et ses réactions sont en général modérées.

Il est déconseillé d'attendre 12 ans ou plus pour annoncer à l'adolescent qu'il est infecté par le VIH. Non seulement il pourra reprocher plus violemment aux adultes leurs "mensonges" ou leurs non-dits, mais l'annonce, à cette période où sa personnalité est en construction est particulièrement risquée. L'expérience montre que **les annonces tardives sont difficiles**, génèrent des réactions aiguës plus intenses et sont fréquemment suivies de **difficultés dans l'observance des traitements**. Ainsi, le refus des familles ou des équipes de révéler le diagnostic a conduit plus d'un adolescent à arrêter toute prise de médicament, avec des conséquences graves.

Une annonce non préparée qui aurait pu mal se terminer...

Fatoumata a 13 ans. Infectée par le VIH et suivie depuis plus de 5 ans, elle est sous prophylaxie au cotrimoxazole et n'est pas encore sous ARV. Elle n'a appris son statut qu'à l'âge de 12 ans. Elle raconte que pendant longtemps elle avait le sentiment qu'on lui cachait des choses : "on me disait que le médicament que je prenais tous les jours – le cotrimoxazole – était pour mes douleurs thoraciques. Mais cela faisait longtemps que je n'avais plus mal au thorax alors je ne comprenais pas pourquoi il fallait que je continue à prendre ce médicament. C'est à force de demander à ma mère qu'elle a fini par m'expliquer que j'avais le VIH, et qu'elle aussi. Seul mon frère ne l'a pas. Mon père est mort. Maintenant nous partageons ce secret à trois et personne d'autre ne le sait".

Pendant les 6 mois qui ont suivi l'annonce, Fatoumata a refusé de prendre son cotrimoxazole car elle était en colère contre sa mère et les médecins. Mais elle est aujourd'hui dans un groupe de parole d'adolescents. Elle dit être contente de pouvoir discuter avec les autres de ses préoccupations. Elle écoute avec attention aussi ce que les autres disent sur les traitements ARV. Elle est active dans ce groupe.

Le fait de mettre "un nom" au problème de santé de Fatoumata lui a permis de se prendre en charge et de participer à un groupe de parole où elle "se retrouve". Bien que l'annonce se soit finalement "bien passée", il aurait été préférable d'accompagner Fatoumata plus tôt, alors qu'elle posait des questions répétées sur le pourquoi de son traitement et initialement, ne pas lui mentir sur la raison de la prise de cotrimoxazole...

REPRENDRE LES ANNONCES

Le fait d'avoir dit à un enfant qu'il était infecté par un microbe, ou par le VIH, ne dispense pas de poursuivre le dialogue avec lui. Il faut continuer à l'écouter sur ce qu'il comprend de sa maladie, sur ce qu'il pense de ses traitements, partager avec lui les résultats de ses examens biologiques.

Lorsque l'enfant devient adolescent, les annonces doivent être reprises car l'adolescent va progressivement prendre conscience des conséquences de l'infection par le VIH dans ses possibilités et projets d'avenir et sur les implications par rapport à sa sexualité. Les arguments et explications données à l'enfant doivent être répétés, avec un discours adapté à ses nouvelles possibilités de compréhension et d'analyse. Il faudra lui proposer d'intégrer un groupe de pairs, pour lui permettre d'échanger avec d'autres adolescents infectés.

D'autres thématiques devront progressivement être abordées : projet d'avenir, gestion autonome de sa maladie, relations amoureuses et sexuelles, risques de surinfection et de transmission.

Comment annoncer ? Aspects pratiques

GÉNÉRALITÉS

Les annonces, en particulier l'annonce du VIH, peuvent se faire dans des lieux et des circonstances variables. Dans tous les cas, il faut privilégier un espace calme et confidentiel (pas d'allers venues de personnes extérieures dans la pièce, pas de téléphone) et prévoir suffisamment de temps.

L'annonceur doit être connu de l'enfant, avoir établi préalablement une relation de confiance. Si l'aide d'un psychologue extérieur à l'équipe (appui ponctuel) est demandé, une personne de l'équipe (médecin, conseiller, infirmier) doit participer à l'entretien pour pouvoir reprendre les arguments ultérieurement avec l'enfant.

Il faut bien s'assurer que l'enfant est prêt, se saisir des questions de l'enfant ou profiter des symptômes qu'il présente.

L'entretien débutera par des thèmes généraux sur son école, sa famille et sa santé. Puis on reprendra ce qu'il sait de sa maladie et de son virus. Il s'agit d'abord d'écouter les représentations de l'enfant et d'adapter son niveau de langage à ses capacités de compréhension.

On peut ensuite lui demander s'il connaît le nom du microbe qu'il a dans son corps. Certains répondent que c'est le sida (ou le VIH) ; on peut alors leur demander ce qu'ils savent sur ce microbe, cette maladie, en adaptant les questions à l'histoire personnelle et familiale de l'enfant.

D'autres ne vont pas répondre, ou diront qu'ils ne connaissent pas le nom du microbe. On peut leur demander s'ils ont entendu parler du VIH et du sida, explorer leurs connaissances et représentations de cette maladie. Puis leur annoncer que c'est le VIH qui se trouve dans leur corps.

Si l'enfant pose des questions déstabilisantes ("est-ce que je vais mourir ?"), renvoyer la question ("tu penses que tu vas mourir ?") ou la reformuler ("tu me demandes si tu vas mourir ?") pour décrypter le pourquoi de cette question (décès des parents ? d'un ami ?). Et si l'enfant connaît quelqu'un qui en est mort, l'écouter et demander : "s'il en est mort c'est peut être parce qu'il ne prenait pas de traitement ?"

De façon générale, il faut répondre aux questions :

- Sans banaliser (type : le sida, ce n'est pas grave).
- Sans dramatiser (type : tu vas mourir si tu ne prends pas tes médicaments).
- Sans mentir.
- Sans utiliser de termes techniques ou médicaux incompréhensibles.
- Sans noyer l'enfant et sa famille dans une foule de détails et de précisions qui embrouillent.

Il convient aussi d'éviter les phrases toutes faites. Plutôt que de dire "ça va bien se passer", préférer "on va tout faire, ensemble, avec Maman (ou Papa, ou Tonton) pour que ça se passe bien".

Il faut essayer de faire participer à l'entretien l'adulte qui accompagne l'enfant (relation triangulaire). Le professionnel doit savoir se mettre en retrait si un dialogue s'engage entre les deux. Et finir en proposant de se revoir rapidement pour en reparler.

Chaque annonce est unique. Il n'y a pas de "bonne" façon d'annoncer une mauvaise nouvelle. Mais il y a des moyens de la rendre moins traumatisante.

Les spécificités selon l'âge (rappel)

En dehors des particularités individuelles, qui imposent d'adapter les annonces à chaque enfant, il existe quelques principes à appliquer selon l'âge de l'enfant et son développement cognitif.

2 à 6 ans

La notion de processus, de cause à effet n'existe pas.

- Les notions de l'intérieur du corps sont très floues.
- La maladie entre et sort du corps par magie.
- La maladie peut venir suite à des mauvaises pensées ou actions : il faut déculpabiliser.
- La mort est transitoire.

Il faut parler avec l'enfant à cet âge, mais il n'est pas utile d'entrer dans des explications sur la maladie chronique, encore moins sur le VIH.

Par contre, il est important de le rassurer, de le déculpabiliser.

Entre 7 et 11 ans

Acquisition des notions de conservation, de réversibilité, et d'ordre (croissant et décroissant).

- La fonction des organes reste assez mystérieuse.
- La maladie a une cause, parfois vague (le froid qui cause la pneumonie).
- La mort devient permanente et l'enfant prend conscience qu'il peut mourir.

Les explications sur le VIH et le sida peuvent être complètes mais doivent être expliquées avec des images, des supports visuels et des analogies familières à l'enfant.

Après 11 ans

L'enfant qui devient adolescent acquiert progressivement l'abstraction, et sa pensée est de plus en plus proche de la pensée adulte.

- Le fonctionnement du corps et des organes est plus précisément connu.
- La maladie est comprise comme un dérèglement du fonctionnement physiologique du corps.
- Les conséquences de la maladie sont intégrées dans le contexte de la vie de l'adolescent (contraintes immédiates) et dans ses projets d'avenir.

Le discours n'a pas à être autant adapté qu'avec les enfants, mais il doit être beaucoup plus argumenté.

En général, l'annonce a été faite dans l'enfance et est reprise à l'adolescence.

La surveillance de l'enfant après l'annonce

Elle sera menée essentiellement par le parent, qui doit être vigilant sur les modifications de comportement de l'enfant.

Dans la plupart des cas, si l'annonce a été faite à temps et préparée convenablement, elle va tranquilliser l'enfant : il sait quelle est sa maladie, les traitements possibles mais surtout, il sait qu'il peut en parler à son parent et à l'équipe, poser des questions. Il n'est plus tout seul avec ses doutes, les non-dits et les tabous. Souvent, une complicité s'installe avec le parent, l'enfant aidant parfois l'adulte à ne pas oublier ses prises médicamenteuses.

Dans certains cas, des réactions moins favorables peuvent être observées, en particulier chez les plus grands (préadolescents, adolescents) et plus spécifiquement quand l'annonce est tardive.

En général, lorsque les réactions sont importantes, le parent consulte rapidement et une prise en charge personnalisée doit être mise en place, selon les moyens disponibles : consultation individuelle psychologique ou médicale, week-end thérapeutique, participation à un groupe de pairs...

Parfois, les réactions sont plus atténuées : tristesse, perte d'appétit, désintérêt pour le jeu, dégradation des résultats scolaires, troubles du sommeil. Le parent doit être averti de ces signaux d'alerte et doit savoir consulter quand ils surviennent.

On peut constater des réactions similaires à un processus de deuil, lors de l'annonce d'une maladie grave qui est un traumatisme psychique. Les réactions de choc, déni, révolte, tristesse sont d'autant plus marquées que l'annonce est brutale, mal préparée, inattendue par celui ou celle qui la reçoit.

Quelques outils pour l'annonce

Les outils suivants peuvent aider les soignants et les parents dans la révélation du diagnostic :

- La Fiche Pratique Grandir 2a "L'annonce du diagnostic à l'enfant : pourquoi ?"
- La Fiche Pratique Grandir 2b "L'annonce du diagnostic à l'enfant : comment ?"
- Des liens vers d'autres outils sont accessibles dans la Rubric à brac du Grandir Info n°28 "Quelques outils de formation et d'aide à l'annonce" disponible sur le site Grandir.

Des outils sont maintenant disponibles comme des bandes dessinées ou des DVD de témoignages d'adolescents vivant avec le VIH. On peut demander aux plus jeunes de dessiner la façon dont ils perçoivent leurs médicaments ou leurs visites au centre de santé, pour amorcer ce dialogue indispensable sur la séropositivité. Le module de formation de l'ICAP/MTCT+ sur l'annonce pédiatrique est disponible sur le site Grandir.

- La Brochure Grandir "Annoncer sa maladie à un enfant" (en cours de finalisation).

3. La participation de l'enfant à sa prise en charge

L'enfant est-il capable de comprendre son traitement ? Quelle différence cela fait-il ? Pourquoi ne pas le "laisser tranquille", "il a bien le temps de se soucier des problèmes de santé plus tard"... ?

Si l'enfant a besoin de jouer et de ne pas porter la "responsabilité qui incombe aux adultes", il n'en reste pas moins qu'en pratique il est établi qu'un enfant atteint d'une maladie chronique (comme le VIH) évolue mieux, avec une meilleure adhésion au projet thérapeutique, quand il est bien informé et qu'il est impliqué dans sa propre prise en charge. Il est donc important de le faire participer. Cette participation peut être sollicitée à plusieurs niveaux.

L'accueil :

Il est important, autant que possible, que la consultation pédiatrique se déroule dans un milieu propice pour l'enfant. Quelques efforts de peinture et de décoration adaptées peuvent changer l'atmosphère qui sera d'autant plus propice au jeu et à l'ouverture de l'enfant. Une salle ou un petit terrain de jeux pour l'attente et les retrouvailles avec d'autres enfants sont bienvenus. Des animations viennent détendre, mettre en confiance, et aident à faire patienter également (jeux, chants, dessins, etc.). L'enfant doit avoir envie de revenir au centre de consultation.

La considération de l'enfant lors de la prise en charge médicale :

Comme nous l'avons vu dans le paragraphe "Les étapes principales du développement cognitif", on doit s'adresser aux parents mais aussi à l'enfant, en le regardant. Il faut le saluer quand il entre dans la salle de consultation et le faire participer en lui posant des questions adaptées à son âge. Il est important de lui donner un temps de parole et de l'écouter, ainsi que de lui montrer que l'on tient compte de ce qu'il dit.

La consultation pédiatrique est un espace privilégié où médecin (ou soignant), parents et enfant doivent communiquer (penser à la relation triangulaire).

Autant que possible, il est fondamental de toujours essayer d'obtenir le consentement de l'enfant sur les décisions prises lors de la consultation et, dans tous les cas l'informer.

L'entretien individuel :

La relation d'aide devrait toujours passer par des entretiens individuels. Suivant les centres, ceux-ci sont plus ou moins possibles à mettre en place. En effet l'intervention d'un professionnel, psychologue, n'est pas toujours possible compte tenu de l'offre réduite de psychologues en regard de la large demande dans la plupart des pays concernés.

Quand c'est possible, il faudra avec l'aide du professionnel, privilégier les enfants en souffrance que l'on aura repérés lors de séances de groupe ou, dans le meilleur des cas, planifier des entretiens individuels avec tous les enfants.

Il existe plusieurs formes d'entretiens individuels. Certains sont libres : l'enfant parle de ce qu'il veut et le prestataire (psychologue) écoute sans influencer et analyse le contenu du discours pour en donner un sens, une interprétation ayant valeur de diagnostic. D'autres sont semi structurés et dans ce cas le prestataire prévoit les thèmes à explorer avec l'enfant (sexualité, relation familiale, intégration scolaire...) mais celui-ci est libre d'aller et de revenir sur les thèmes.

Ces entretiens spécialisés individuels nécessitent l'intervention d'un prestataire formé.

Cependant, tout en connaissant ses propres limites, tout soignant a un rôle important à jouer dans la relation d'aide individuelle lors de l'interaction avec l'enfant. L'écoute neutre et l'empathie doivent guider l'attitude du professionnel. Il est fondamental, dans la prise en charge d'un enfant atteint d'une maladie chronique, d'arriver à mettre en place une alliance thérapeutique. Ceci signifie que l'équipe soignante, l'adulte référent et l'enfant s'unissent et mettent en place une stratégie thérapeutique pour combattre la maladie.



Les groupes :

Différents groupes de soutien existent et peuvent être déclinés comme suit :

- **Les groupes d'animation / récréation.** Il s'agit de groupes d'enfants autour d'une activité ludique ou culturelle : dessin, chants pour les plus jeunes ou théâtre, club de sport, sorties, week-end, etc. pour les plus grands. Ces groupes ont un rôle de socialisation. Ils sont particulièrement intéressants à l'adolescence (groupe d'appartenance) mais ont leurs bénéfices à tout âge.
- **Les groupes thématiques à contenu pédagogique.** On choisit un thème de santé ou de prévention par exemple. L'animateur prépare à l'avance une présentation sur le thème choisi et répond aux questions. Ces groupes concernent surtout les enfants de plus de 7 ans. On peut constituer des sous-groupes (moins de 11-12 ans et plus de 12 ans par exemple).
- **Les groupes thérapeutiques.** Il s'agit d'une variante des groupes thématiques. Elle concerne les enfants sous TARV ou qui s'apprennent à le démarrer. On parle ici des ARV, du virus, du système immunitaire, des résistances, etc. Il est important de faire des groupes homogènes (compréhension) et les enfants doivent connaître leur statut.
- **Les groupes d'auto-soutien.** Ce sont des groupes animés par les pairs qui s'autorégulent et qui concernent les grands adolescents et jeunes adultes (> 17 ans essentiellement). Ils ne sont pas recommandés pour les plus jeunes.
- **Les groupes de parole :** d'une importance capitale, ils sont développés ci-après.

Les groupes de parole

C'est un espace de libre parole regroupant des personnes confrontées à un problème commun et animé par un psychologue/prestataire. En général, le groupe de parole est composé d'un nombre limité d'adolescents (pas plus de 15 participants par séance).

POURQUOI UN GROUPE DE PAROLE ?

Oumar a 13 ans. Déjà, à 8 ans, il pouvait dessiner les pilules de son traitement journalier et expliquait que celles-ci faisaient dormir le "microbe" dans son corps. Il aimait bien que le médecin lui montre les dessins des cellules soldats qui combattent le microbe-envahisseur. C'est au cours de sa 11^{ème} année, avec l'aide de sa mère et du médecin, qu'il a clairement fait le lien entre l'infection, le VIH, le décès de son père, la maladie, le traitement à long terme pour la prévenir. Il préférait venir à la consultation du mardi car le médecin lui posait des questions et surtout répondait aux siennes, alors que celui du jeudi ne s'adressait qu'à sa mère. Depuis un an et demi, Oumar participe très activement au groupe de parole. Lors de la dernière séance, il a posé des questions pour mieux comprendre ce qu'est "la résistance" du virus aux ARV. Il a des projets pour l'avenir : il veut être écrivain...

Charles est le père d'un enfant de 14 ans. Ils sont tous les deux infectés. La mère est décédée il y a deux ans. Charles raconte comment il apprécie les groupes de parole, aussi bien pour lui que pour son fils :

"Au début j'hésitais beaucoup car je ne connaissais personne, mais après quelques séances je me suis rendu compte que cela m'aidait. Je rencontrais des personnes comme moi, avec des enfants aussi. Je comprends mieux mon traitement et celui de mon fils. Je me sens plus fort. Quand le docteur m'a parlé du groupe pour les adolescents, nous nous sommes rencontrés pour parler du VIH mon fils, le docteur et moi. Je n'osais pas en parler tout seul. Mais il savait déjà beaucoup de choses depuis que sa mère est morte de la maladie. Il voyait bien que nous prenions les mêmes médicaments... Avant, je pensais qu'il n'était pas "prêt", mais rapidement j'ai vu que c'était lui qui demandait quand était la prochaine séance du groupe. Je trouve mon fils plus à l'aise avec les autres maintenant. Franchement, aujourd'hui nous serions tous les deux très malheureux si les deux groupes s'arrêtaient..."

Soutien psychologique par les pairs, par une intégration dans un nouveau groupe d'appartenance.

Les groupes de parole ont pour objectif d'aider les adolescents à mieux supporter moralement la maladie. Participer à un groupe de parole leur permet de se rendre compte que d'autres jeunes de leur âge sont aussi infectés par le VIH. Ce groupe leur offre un espace où ils peuvent parler librement de leur maladie.

Pour les adolescents, le groupe aide chacun dans son processus de construction identitaire.

Dans un contexte où le VIH/sida est trop souvent considéré comme une "maladie honteuse", ces jeunes vivent dans la peur d'être rejetés si l'on découvre qu'ils sont contaminés. Ils ne s'autorisent pas à en parler à la maison, encore moins à l'école ou sur le lieu d'apprentissage. Dans le groupe de parole, ils peuvent partager ce secret, livrer éventuellement leur amertume ou leur colère, se reconforter. Il s'agit d'un lieu d'écoute et il est souvent plus facile de se confier à des pairs qui ont le même "problème" qu'à un adulte.

L'objectif est aussi de permettre à ces jeunes, qui se sentent dévalorisés, d'avoir une meilleure image d'eux-mêmes. Et de les aider ainsi à reprendre confiance en eux et à se projeter dans l'avenir. Ensemble, ils se sentent plus forts.

Le fait de côtoyer, dans le groupe, des adolescents infectés comme eux, qui poursuivent des études, ont imaginé un projet de vie incluant le VIH, peut aider les plus jeunes ou les adolescents en rébellion à constater que d'autres, dans la même situation, ont trouvé des solutions d'avenir.

Meilleure adhésion au traitement antirétroviral grâce à une meilleure information sur la maladie :

Les groupes de parole permettent aux adolescents de mieux comprendre la maladie. Ils trouvent des réponses à leurs interrogations sur les modes de contamination, les moyens de prévention, le suivi du traitement.

Ils peuvent par exemple témoigner de leur difficulté particulière vis-à-vis de tel ou tel aspect du traitement et trouver avec leurs pairs des solutions adaptées (supervisé par un animateur). Par exemple, ils peuvent échanger entre eux sur les moyens pour ne pas oublier les prises de médicament ; ou quelle stratégie utiliser pour prendre ses traitements sans se dévoiler alors que l'entourage n'est pas informé.

En facilitant la gestion de la maladie au quotidien, ces échanges facilitent l'acceptation de la maladie.

Prévention des risques :

Outre l'observance thérapeutique, les groupes de parole sont également un lieu où il est possible de sensibiliser les jeunes infectés par le VIH à la prévention des risques. Il est nécessaire d'informer les adolescents, qui découvrent la sexualité, sur les moyens d'éviter une surinfection et une transmission du VIH à leurs partenaires. Il faut aussi prendre en compte le risque de grossesses non désirées, car les cas d'adolescentes infectées par le VIH et qui ont des enfants sont fréquents. Ces aspects seront développés plus loin dans un paragraphe réservé aux particularités de l'adolescence.

Dépistage des troubles psychologiques nécessitant un suivi individuel :

Le groupe de parole est un moment privilégié pendant lequel l'animateur peut observer les adolescents, en dehors de la présence des parents ou tuteurs. Les séances peuvent être l'occasion d'étudier le comportement de certains (comment se comporte, parmi ses pairs, tel adolescent à l'observance insuffisante, par exemple), ou d'avoir l'attention attirée par l'attitude d'un autre. Les séances de groupe peuvent donc être complémentaires de la consultation médicale. Une coordination entre l'animateur du groupe et les soignants peut faciliter le suivi d'adolescents difficiles et aider à dépister les adolescents ayant besoin d'un suivi individuel. Bien entendu, la discrétion et le secret professionnel partagé doivent être appliqués dans les échanges d'information en équipe.



COMMENT METTRE EN PLACE UN GROUPE DE PAROLE ?

Un groupe homogène et limité :

- Il est fortement recommandé de s'assurer que la révélation du diagnostic a bien eu lieu et qu'un adolescent qui rentre dans un groupe de parole a le "même statut" que les autres. Il ne paraît pas adéquat que ce soient les pairs qui fassent découvrir à l'adolescent qu'il est infecté par le VIH.
- Limiter le nombre de participants : Le groupe doit être suffisamment grand pour créer une dynamique (en comptant que tous les jeunes ne sont pas toujours présents à chaque rencontre) mais ne doit sans doute pas dépasser 20 inscrits. Un nombre trop grand risque de limiter le temps de parole de chacun, de faire tomber les membres du groupe dans l'anonymat ou d'empêcher les plus timides de s'exprimer.

Ahmed 12 ans, vient deux fois par mois au groupe de parole depuis un an. Orphelin de père et de mère, il vit chez un oncle. Il témoigne : "j'ai compris que j'étais infecté par le VIH à force de venir au groupe. Je ne le savais pas avant. Mais on parlait toujours du VIH et tous mes copains ici ont le VIH, alors je me suis dit que moi aussi, sans doute...". Il semble timide et parle peu. Il connaît à peine son traitement ARV. Ahmed est suivi depuis plusieurs années dans ce centre associatif et fait partie de la "famille". Compte tenu de son âge il a été inscrit "d'office" au groupe de parole pour adolescents. Personne n'a évalué formellement sa connaissance de la maladie et sa perception de la situation. Il n'a jamais eu l'accompagnement individuel qu'il aurait du avoir. Il ne sait pas en réalité à qui se confier et les adultes qui le connaissent parlent pour lui. Si cet accompagnement individuel n'est pas mis en place, il est à craindre que des troubles du comportement surviennent chez cet adolescent.

Qui anime le groupe ?

Il n'est pas nécessaire d'un psychologue pour démarrer un groupe de parole mais cela requiert un minimum de "compétences", d'engagement, et de qualités personnelles :

- Bien comprendre l'objectif d'un groupe de parole.
- Savoir écouter.
- Ne pas juger.
- S'engager à la confidentialité.
- Connaître ses limites.
- Avoir un bon contact avec les adolescents.
- Connaître l'infection VIH (transmission, histoire naturelle de la maladie, grands principes du traitement, etc.).
- Connaître la problématique sociale locale autour du VIH.

Si il n'y a pas de psychologue permanent au sein de la structure, il est vivement recommandé d'organiser régulièrement la supervision de cette activité par un psychologue vacataire. En l'absence de celui-ci il est conseillé d'avoir un co-animateur en appui. Il ne participe pas verbalement pendant la séance, mais observe les adolescents et l'animateur. Après la séance, il fait un bilan avec l'animateur de ce qu'il a observé et permet à celui-ci de prendre du recul par rapport à la séance.

Comment instaurer un vrai dialogue entre les adolescents ?

- L'objectif est de créer un espace de libre parole animé par un/des adultes responsables. Il est important que l'animateur connaisse les grandes lignes de l'histoire de chaque adolescent.
- Il faut faire attention à ce que le groupe ne se résume pas à un monologue des animateurs, qui parlent du sida et de prévention de manière générale, sans laisser aux participants la possibilité de parler de "leur sida" et du "sida de leurs parents".
- L'animateur est un catalyseur de la discussion. Il ne doit pas réaliser un travail éducatif (de prévention) mais un travail d'écoute. On ne lui demande pas de donner des conseils mais d'écouter les adolescents.
- Pour favoriser l'interactivité, il peut encourager les ados à s'exprimer, à condition que ce ne soit pas une contrainte. Plutôt que de lui dire : "Vas-y, parle !", l'animateur peut demander : "Qui a envie de parler ?", ou bien relater un témoignage ou une anecdote pour lancer la discussion, par exemple.
- Les silences doivent être respectés : des adolescents peuvent se taire au début, car ce n'est pas facile pour eux de verbaliser leurs émotions.
- Pour recueillir les avis des jeunes et connaître les sujets qu'ils souhaiteraient aborder, il est possible d'avoir recours à "une boîte à questions" : les adolescents déposent leurs questions dans une boîte. Cela reste anonyme pour qu'ils osent poser toutes leurs questions, même les plus délicates.
- Différents supports peuvent être utilisés afin de favoriser l'expression des jeunes : les jeux de rôle, projection de film, boîte à images...
- Si une question précise (situation personnelle complexe) est posée à l'animateur et qu'il ne sait pas comment répondre, il peut retourner la question au groupe en demandant "qu'en pensez-vous ?" ou bien reconnaître qu'il ne sait pas et proposer de donner un élément de réponse la prochaine fois après avoir pris un avis.

- Également, si une question technique est abordée et que la réponse qui sort des échanges ne paraît pas tout à fait satisfaisante à l'animateur, il peut faire part de son doute. Il est tout à fait légitime de se renseigner et de rectifier l'erreur la fois suivante.

Limites du groupe de parole et complémentarité du soutien individuel :

L'organisation de groupes de parole permet tout à la fois d'améliorer l'information des jeunes, mais aussi de les soutenir dans un contexte de secret et de peur de la stigmatisation, pour leur redonner confiance en eux.

Pour autant, le groupe de parole ne se substitue pas à l'entretien individuel. Certains adolescents vivent des situations si complexes et douloureuses que le groupe de parole ne peut suffire à les aider. Ainsi, lorsqu'un adolescent exprime une trop grande souffrance devant les autres participants du groupe, il faut savoir poser des limites pour le protéger et protéger le groupe. Il vaut mieux alors poursuivre la discussion avec lui sous forme d'entretiens individuels, en parallèle au groupe de parole.

LE DÉROULEMENT D'UN GROUPE DE PAROLE

L'animateur doit arriver avant les adolescents et ne doit pas les faire attendre...

En préambule à la mise en place d'un groupe de parole, il faut choisir un endroit adapté, confortable, discret, dans lequel les réunions peuvent se tenir sans que le groupe soit dérangé et déterminer une fréquence fixe (par exemple le premier samedi matin de chaque mois).

L'accueil :

- Saluer chaque participant qui arrive.
- Demander poliment à chaque participant de s'asseoir à l'endroit où il veut (pas de réservation de place).

Le déroulement de la séance :

- Se présenter et faciliter la présentation des participants. Si un nouveau membre intègre le groupe, soigner son accueil. De même, si un intervenant extérieur est invité, pour discuter autour d'un thème particulier (contraception, aspects juridiques...), il sera introduit au début de la séance.
- Rappeler les règles/normes de fonctionnement du groupe : la confidentialité, la liberté de parole, le respect mutuel des participants, l'arrêt des téléphones.
- Proposer aux adolescents de choisir un thème de discussion. Si aucun thème n'est proposé, démarrer les échanges à partir d'une problématique précédemment soulevée, ou d'une question sortie de la "boîte à questions". Mais ceci n'est pas une obligation : quand le groupe est structuré la question d'un thème n'est pas toujours nécessaire.
- Donner la parole aux participants pour permettre à ceux qui le désirent de s'exprimer.
- Susciter les interactions, les témoignages, les contributions et les conseils des uns vis-à-vis des autres.

La fin de la séance :

- Faire la synthèse des points soulevés au cours de cette séance.
- Corriger - sans juger ni indexer - les informations fausses tenues au cours de la séance.
- Répondre aux préoccupations non élucidées au cours de la séance.
- Apaiser les inquiétudes des participants.
- Remercier les participants pour leur implication et leur disponibilité.
- Rappeler la date de la prochaine séance.

Il est important de :

- Faire l'analyse de contenu de la séance, au mieux avec son co-animateur.
- Proposer aux adolescents qui sont apparus en difficulté dans la séance d'être orientés vers un suivi individuel.

Le soutien à l'adhésion au traitement : quelques outils

Mettre en place un groupe de parole :

Sylla est conseiller dans une association. Il y a deux ans, il était confronté à un nombre croissant de familles avec des enfants infectés par le VIH quand le centre est devenu agréé pour le TARV pédiatrique. Il s'était rapidement senti "dépassé" ne sachant comment faire face au conseil pédiatrique. Parallèlement, ses collègues et les autres membres de l'association, constataient les mêmes besoins d'accompagnement psychologique de l'enfant sans pour autant agir car ils étaient "débordés". Sylla, décida d'en parler lors d'une réunion de service. Ce fut l'occasion de débattre de cette question et on décida de l'envoyer à une formation spécifique sur l'accompagnement psychologique de l'enfant. Dans un premier temps il fut partiellement libéré de ses responsabilités de conseiller "adulte" pour mettre en place un groupe de parole et des activités éducatives et ludiques pour les plus grands enfants de l'association. Après son retour de formation, il s'est senti plus à l'aise encore et aujourd'hui (un an plus tard), l'association accueille un groupe de parole de 15 adolescents, organise des fêtes et des rencontres sportives trimestrielles. Avec l'aide de Sylla, le pharmacien anime régulièrement des séances d'appui à l'observance au sein du groupe d'adolescents. Une fois par trimestre, à la demande de l'association, un psychologue clinicien "référént", vient participer au groupe de parole et faire quelques entretiens individuels. Au début, le groupe se rencontrait sous un arbre et les jeunes hésitaient un peu à parler. Après quelques mois, les langues ont commencé à se délier et les séances, organisées dans une salle de l'association à l'abri des passants, se sont davantage structurées. Dernièrement ils ont commencé à faire des jeux de rôle de temps en temps.

Ce n'est pas sans hésitation et appréhension que Sylla a débuté cette activité pédiatrique et dit lui même "apprendre chaque jour" de cette expérience...

Le soutien à l'observance au traitement : quelques outils

Ces outils sont téléchargeables sur le site internet www.grandir.sidaction.org

La brochure "Bien prendre son traitement"

Développée par le programme Grandir, cette brochure est destinée aux parents et tuteurs d'enfants vivant avec le VIH, au personnel médical et acteurs communautaires, ainsi qu'aux enfants infectés par le VIH informés de leur statut sérologique. L'objectif de cette brochure est de donner des conseils pratiques pour faciliter la prise du traitement antirétroviral prescrit par le médecin aux enfants et adolescents vivant avec le VIH. Elle aborde les deux phases du traitement ARV : sa mise en route et son suivi sur le long terme.

Une valise pédagogique pour enfants et parents

Afin de sensibiliser et motiver l'enfant et sa famille à la prise du TARV, d'expliquer progressivement à l'enfant la réalité de sa maladie et d'impliquer ses parents dans cette démarche, l'association belge "Enfance et sida" a élaboré une valise pédagogique intitulée "Le CD4 contre-attaque". Elle est composée de 13 fiches médicales directement destinées aux enfants à partir de 5 ans, d'un conte accessible aux enfants dès 3 ans, d'une bande dessinée sur l'importance de la bonne prise des médicaments et d'un petit carnet de traitement que l'enfant peut utiliser, comme un agenda, pour planifier ses prises de médicaments et noter ses difficultés.

Elle permet aux équipes de prise en charge d'harmoniser leurs pratiques d'annonce du diagnostic, d'appui à l'adhésion au TARV et à la qualité de vie des enfants infectés par le VIH. Cet outil de communication renforce le dialogue sur la maladie entre les enfants et leurs parents ou tuteurs. Il est également possible de commander auprès de l'association "Enfance et sida" une formation complète pour l'utilisation de la valise pédagogique (3 jours).

Boîte à images ARCAD-sida/Grandir

On peut utiliser une série d'images qui permettent d'illustrer certains propos et de lancer un débat sur un thème par exemple. ARCAD Sida au Mali utilise une boîte à images, outil éducatif important à titre individuel ou en groupe. Cet ensemble d'images sur le VIH adapté aux enfants est disponible sur le site Internet de Grandir.

D'autres expériences peuvent être adaptées sur le terrain :

Très tôt l'enfant peut être encouragé à reconnaître son traitement :

- Au Kenya : un projet utilise le jeu éducatif "des pilules" consistant à identifier les comprimés de son propre traitement sur des modèles photos, puis à les dessiner, dès l'âge de 4 ans.
- Au Nigéria : un programme de soutien à l'observance utilise notamment des pictogrammes et des supports visuels. Ces images peuvent être téléchargées gratuitement après un enregistrement rapide en ligne sur le site de l'USP (United States Pharmacopeia).

4. Les particularités liées aux adolescents

L'adolescence est un moment clé qui mérite une attention particulière.

Rappels sur les caractéristiques de l'adolescence

L'adolescence est une période de transition entre l'enfance et l'âge l'adulte. Elle se caractérise par des transformations physiques (puberté), psychologiques et intellectuelles (ou cognitives).

Les modifications physiques sont une accélération de la croissance en taille et une maturation physique et fonctionnelle des caractères sexuels (croissance et modification des organes génitaux, seins, règles, pilosité, éjaculation, mue de la voix).

Sur le plan psychologique émergent les questions identitaires (qui suis-je ?) interrogeant de ce fait celles du désir propre de l'adolescent (et non plus celui des parents). Ce désir inclut le désir sexuel qui s'inscrit, grâce aux modifications physiques, dans une sexualité adulte possible.

Enfin, l'acquisition de la pensée abstraite permet d'appréhender l'environnement social de façon plus globale. Ces modifications vont avoir des répercussions sur le comportement des adolescents.

Il existe trois enjeux pendant l'adolescence : l'identité, l'autonomie et la sexualité.

La construction de l'identité passe par la recherche d'expériences nouvelles. Le cercle familial n'est plus l'unique référence. Il existe un besoin de nouvelles rencontres, de confrontations nouvelles, et d'identification à de nouveaux modèles. Dans le même temps, il est important pour l'adolescent d'appartenir à un groupe de pairs, d'amis, de se faire accepter comme un semblable.

La construction de l'identité passe également par une revendication d'autonomie, de nouveaux droits, d'affranchissement de l'autorité et des règles familiales. Cette demande n'est parfois pas entendue par les parents/tuteurs, qui ont du mal à donner plus de liberté à l'adolescent, surtout quand il est malade depuis l'enfance.

Enfin, l'adolescent va prendre conscience du regard des autres sur lui-même. On ne le/la regarde plus comme un enfant mais comme un adulte sexué. Cette prise de conscience va entraîner plus ou moins rapidement l'adolescent vers ses premières expériences sexuelles.

Particularités de l'adolescent infecté par le VIH

L'adolescent infecté par le VIH présente parfois des stigmates de la maladie dus à un manque de traitement ou à un traitement tardif : retard de croissance, retard pubertaire, séquelles dermatologiques ou neurologiques.

Quand il y a un retard de croissance/maturation sexuelle, qui entraîne un décalage entre capacités intellectuelles et apparence physique, l'adolescent peut se trouver face à des adultes qui ne perçoivent pas son désir d'autonomie et cela peut être source de conflit.

Les signes physiques, la nécessité de prendre les traitements, ou le simple fait d'être porteur du virus sont un frein au besoin d'identification à ses pairs (les adolescents non infectés). La sensation de marginalité, de différence (réelle ou fantasmée) est un obstacle à une bonne estime de soi et de sa capacité à se construire. Ceci a des conséquences négatives sur la possibilité de se projeter dans un avenir, qu'il soit professionnel ou affectif, de créer des liens sociaux ou d'établir des relations amoureuses.

Le regard et l'attitude de l'entourage peuvent aussi être délétères pendant cette période de construction. Certains adolescents peuvent être victimes d'abus et de maltraitance, en particulier lorsqu'ils vivent chez des tuteurs ; on leur demande de s'occuper du parent, de la fratrie malade, de réaliser les corvées domestiques, "parce qu'ils ont le sida".

A l'inverse, d'autres adolescents peuvent souffrir de surprotection en raison de leur maladie, ce qui va à l'encontre du besoin de liberté : certains interdits non justifiés (interdit de voyage, d'activités sportives, de sortie – en raison d'un traitement à prendre par exemple) sont sources de conflits, d'opposition, de transgression. Mais l'adolescent peut aussi mettre en avant sa maladie pour échapper à ses responsabilités (scolaires, familiales, sociales).

Dans le comportement parfois déroutant de l'adolescent, il est important de décrypter ce qui se joue, de prendre le temps de l'écouter, mais aussi de chercher à connaître l'opinion de son entourage familial et amical. Probablement plus qu'à tout autre moment, l'adolescence est une période pendant laquelle la prise en charge pluridisciplinaire est indispensable.

Les particularités de l'annonce à l'adolescence

Lorsque l'annonce est faite à l'adolescence :

Il s'agit d'un moment de fragilité. L'adolescent est en construction, et il existe souvent déjà un conflit avec soi et les adultes.

L'annonce représente une destruction possible du projet de vie, de projets à court ou moyen terme et une blessure narcissique. Le traumatisme de l'annonce induit une effraction dans le processus de construction identitaire : l'adolescent ne sais plus qui il est. Il change de groupe d'appartenance, et au moment où il se posait la question "qui suis-je ?", il trouve comme unique réponse "je suis séropositif", passant irrémédiablement du groupe des séronégatifs au groupe des séropositifs...

Il est important de prendre en compte (encore plus que chez l'enfant) l'histoire de l'adolescent, son contexte social (déscolarisation, stigmatisation, placement en institution, enfant de la rue...), familial (orphelin, parent remarié...), psychologique (décès récent, grossesse non désirée, mode de contamination...), pour adapter le moment de l'annonce. Une écoute individuelle importante est nécessaire !

L'orientation vers un groupe de parole, mais aussi un accompagnement individuel pour aider l'adolescent à reconstruire des projets d'avenir, sont fondamentaux.

Lorsque l'annonce a été faite pendant l'enfance (avant 10-11 ans) :

Les modifications qui surviennent à l'adolescence entraînent des perceptions différentes des conséquences de la maladie avec laquelle il vit depuis des années. Les explications données et admises par l'enfant sont remises en cause par l'adolescent. Exemple : l'enfant admet que les ARV font dormir le virus et qu'il ne va pas tomber malade.



L'adolescent va rapprocher l'efficacité (ou l'inefficacité) des ARV avec le décès de ses parents. Il intègre l'information dans un contexte global et pourra admettre l'efficacité des ARV qu'il prend s'il sait qu'ils sont différents/plus efficaces que ceux que prenaient ses parents.

Dans tous les cas : dans le processus continu et répété de l'annonce, l'adolescence est un moment où il faut reprendre systématiquement l'annonce, la nécessité du traitement et la justification des contraintes qui y sont liées (horaires précis...). Aborder avec l'adolescent son projet de vie peut être un bon moyen d'évaluer les questions nouvelles qu'il se pose par rapport à son infection et de lui donner l'opportunité de les poser.

La sexualité

La sexualité est une expérience nouvelle dans la vie de l'adolescent et de l'adolescente.

En dehors de ce qui a été rappelé dans le premier paragraphe, le développement de la sexualité pose par ailleurs de nouvelles questions en matière d'annonce aux partenaires. En effet, si l'enfant ne se pose pas la question de l'annonce de son statut, en dehors du cercle familial, l'adolescent se trouve devant le dilemme de devoir annoncer sa séropositivité à son partenaire, au risque de voir celui-ci rompre la relation.

Avant même l'annonce de la séropositivité, il existe un certain nombre de questions pratiques, qui complexifient cette période délicate : comment négocier une relation sexuelle protégée ? Que faire si le partenaire refuse le préservatif ? Et si une relation amoureuse durable s'instaure, quand et comment partager son statut avec son partenaire ?

Ces questions peuvent être très perturbantes pour certains, qui préféreront s'abstenir ou au contraire, auront des comportements à risque, avec des conséquences importantes (grossesse non désirée, contamination du partenaire). Dans ces cas là, on observe souvent une souffrance chez l'adolescent, parfois masquée derrière une attitude de provocation.

Même si parfois il n'est pas facile d'aborder ce sujet avec les adolescents, il est important d'ouvrir un espace pour que ceux qui veulent en parler puissent le faire.

En consultation ou en entretien individuel, on peut aborder la question sous l'angle des amis, des amoureux, de la contraception, puis de la démonstration technique de l'utilisation d'un préservatif. Si la question de partage du statut est posée, le médecin peut orienter vers un dépistage de couple (en prévenant le conseiller), ou recevoir le partenaire si l'adolescent le désire.

Cette thématique doit aussi être facilitée dans les groupes de parole. Il faut donner aux adolescents les outils et les moyens de gérer leur sexualité naissante. Des séances thématiques pourront être proposées, avec projection d'un film ou intervention d'un professionnel (gynécologue ou sage-femme par exemple), suivie d'un débat. Les thèmes développés permettront aux adolescents de connaître les bases de la puberté, de la sexualité, les pratiques sûres et les pratiques à risques, la prévention des grossesses non désirées, l'utilisation des préservatifs (masculin et féminin) et aussi l'annonce aux partenaires.

On peut également proposer des jeux de rôles pour apprendre le respect entre filles et garçons, apprendre aux jeunes filles à "négocier" leur sexualité... Il est important de poser des bases inspirées par la tolérance et l'ouverture sur l'autre. C'est aussi l'occasion de rappeler le besoin de lutter contre les violences qu'entraîne la misogynie, le machisme ou encore l'homophobie (la haine des personnes homosexuelles).

Il est recommandé de séparer adolescents et adolescentes pour discuter plus en détails de certains aspects ou questions plus intimes qui ne pourraient pas, par pudeur, être abordés dans un groupe mixte.

Enfin, il peut être intéressant de faire témoigner dans les groupes des jeunes couples ayant partagé leur statut.

Oumou a 15 ans et demi. Elle consulte seule depuis un an. Elle est asymptomatique et a un stade pubertaire "adulte". Ses CD4 il y a 5 mois étaient à 325 /mm³. Elle n'a pas eu de charge virale depuis 10 mois (panne de l'appareil pendant 2 mois, pas de relance depuis). Son traitement a été changé en raison d'effets secondaires dont elle se plaignait (fortes nausées) mais apparus tardivement, après 4 ans de traitement. 3 mois plus tard, son traitement est encore changé pour une simplification (une prise journalière) mais elle consulte à nouveau pour des vertiges persistants sous Efavirenz... Le médecin se sent désemparé et essaie d'expliquer à Oumou qu'il n'y a plus d'autre alternative et qu'il ne peut pas changer. Il la renvoie chez elle avec un RDV dans un mois. La consultation s'est limitée à une discussion technique sur le traitement et les symptômes. Le médecin aurait pu soulever plusieurs points :

- Les plaintes multiples sur la dernière année pourraient aussi être en lien avec un "rejet du traitement", des symptômes psychosomatiques en raison d'un "mal être", etc. Il faudrait consacrer davantage de temps à l'aspect "psychologique" lors de la consultation et très probablement dans son cas référer Oumou à un psychologue pour un suivi individualisé, tout au moins dans un premier temps. Il faudrait aussi proposer à Oumou de participer à un groupe de parole adapté à son âge.
- Le fait qu'Oumou consulte seule et son stade pubertaire font peut être faussement croire à une "adulte" alors qu'Oumou a besoin davantage d'encadrement.
- L'âge, le stade pubertaire et le traitement devraient faire évoquer la problématique de la sexualité et du risque de grossesse.
- Au delà de la "médicalisation" de la consultation, il faut penser aux plaintes et aux symptômes qui peuvent être des appels à l'aide.

Le soutien à l'adhésion au traitement à l'adolescence

L'adolescence est une période à haut risque de mauvaise observance : rendez-vous manqués, prises irrégulières, voire arrêt volontaire des traitements. Derrière cette attitude inquiétante pour les soignants et l'entourage peuvent se cacher des explications très variées.

Comme toute personne souffrant d'une maladie chronique et contraignante, l'adolescent peut éprouver une lassitude à prendre ses médicaments quotidiennement.

Mais des raisons plus spécifiques à cette période peuvent expliquer ce comportement ; le besoin de se sentir "comme les autres", l'appartenance à un groupe d'adolescents non infectés devant lesquels il est impossible de prendre ses traitements, la difficulté de manquer régulièrement une demi-journée d'école. En même temps, cette période est celle de la confrontation des désirs propres de l'adolescent à ceux de ses parents et des adultes. Elle va être l'occasion pour lui de se confronter à son médecin en lui soumettant des défis comme ne plus venir à la consultation médicale ou ne plus prendre ses médicaments.

Chez les adolescents chez qui l'annonce a été faite tardivement, un ressenti envers les adultes, surtout chez les adolescents ayant perdu leurs parents du sida, peut être observé : si les parents sont décédés alors qu'ils prenaient des ARV, l'adolescent peut remettre en cause leur réelle efficacité. Il peut même arriver à douter de la réalité de son infection, d'autant que la séropositivité ne s'accompagne d'aucun signe clinique et que l'arrêt de prise des traitements par l'adolescent n'entraîne aucune conséquence immédiate cliniquement perceptible.

Ce comportement peut être aussi une façon pour l'adolescent de prouver qu'il existe en tant qu'individu à part entière ; et qu'il faut le prendre en compte, lui proposer une alliance thérapeutique nouvelle.

Il faut ici essayer de comprendre le "pourquoi" de l'abandon afin de cibler au mieux l'intervention pour l'aider.

Il faut bien entendu insister sur l'importance de l'observance et réexpliquer la résistance aux médicaments ; faire en sorte que l'adolescent soit partie prenante de son traitement et qu'il participe aux décisions. On pourra discuter avec lui les horaires de prise, autorisant de façon exceptionnelle de décaler une prise si l'adolescent sort avec des copains, mais aussi décaler les rendez-vous de consultation pour éviter qu'il manque l'école.

Une médiation familiale peut également se révéler nécessaire pour atténuer un conflit intra-familial.

Les groupes de paroles ont une vertu thérapeutique à cet âge : ils permettent l'identification de l'adolescent à des pairs qui vivent la même maladie, brise l'isolement social, facilite la construction de la personnalité. En dehors de réunions mensuelles programmées, des week-ends thérapeutiques ou des activités communes (théâtre, danse) ont souvent des répercussions bénéfiques sur les adolescents peu observants.

De même, les pairs éducateurs sont particulièrement efficaces à cet âge : un adolescent à l'observance insuffisante pourra s'identifier à un jeune ayant traversé une période de mauvaise observance et qui a surmonté cette épreuve ; il sera plus facilement convaincu par une personne qui peut comprendre ce qu'il vit... On peut organiser ces rencontres en consultation ou au sein des groupes de parole.

Les adolescents ont souvent un poids socio-familial important sur les épaules ; ils se sont parfois retrouvés chefs de famille, ils ont perdu un ou deux parents, ils ont souvent vécu de longues périodes de déscolarisation. Il est important d'aborder ces problèmes

avec eux et de les aider à se projeter dans l'avenir, leur donner de l'espoir, parler de leurs rêves et de leurs souhaits.

Il peut arriver que, malgré tout, certains adolescents continuent à refuser tout traitement, tout accompagnement individuel et toute participation à un groupe de parole. Dans ce cas, le soignant doit prendre acte, montrer son désaccord tout en invitant l'adolescent à revenir à tout moment (la "porte restant ouverte"). Il fixe ainsi un cadre, qui servira de repère et dont l'adolescent pourra se saisir lorsqu'il sera prêt.

Il peut proposer de réaliser un bilan biologique après quelques semaines, pour faire le point. Dans la mesure du possible, le contact doit être maintenu, soit par l'intermédiaire des amis de l'adolescent, soit par SMS ou téléphone. Dans certains cas, les adolescents finissent par revenir à la consultation spontanément ou suite à plusieurs relances du médecin ou du psychologue.

Le passage en service de suivi adulte...

La prise en charge de l'enfant se fait le plus souvent par des services ou des équipes spécialisés et le passage du service de pédiatrie au service adulte peut se révéler difficile pour l'adolescent. Ce changement implique en effet la rupture d'une relation prolongée et privilégiée avec son pédiatre (ou faisant fonction) et l'équipe soignante : l'adolescent a souvent tissé un lien émotionnel et affectif sur le long terme avec son médecin, et celui-ci connaît, souvent mieux que quiconque, l'histoire de l'adolescent dans la continuité. Il a parfois aussi connu les parents décédés, et il sait des choses qui relèvent du secret ou du non-dit. L'angoisse de séparation avec son pédiatre est un facteur qui contribue à rendre difficile la transition. Elle est souvent plus forte quand l'adolescent est orphelin car elle fait écho à un sentiment d'abandon et d'insécurité.

On trouvera ce thème développé dans la Fiche Pratique Grandir n°10 "Le passage des adolescents en service adulte".

Il est important de préparer progressivement l'adolescent à ce passage. En effet, les temps de consultations individuels sont souvent plus limités chez les adultes. Il peut être intéressant de proposer à l'adolescent et la nouvelle équipe un suivi conjoint pendant quelques mois par exemple pour faciliter la transition (visite "adulte" une fois sur deux pendant 6 mois par exemple).

C'est une phase émotionnellement lourde mais riche de sens. L'adolescent devient "adulte", il passe à une autre étape.

On peut envisager des groupes de parole ou d'auto-support (avec des pairs éducateurs) pour les jeunes récemment "transférés" en service adulte.

5. Le processus de deuil

L'infection par le VIH est une maladie qui, plus qu'une autre, est émaillée de deuils. Il est important, dans le cadre du suivi des enfants, de connaître quelques repères sur les étapes du deuil et de savoir repérer un deuil pathologique, afin de référer l'enfant ou l'adolescent si besoin.

(Se référer à la Fiche pratique Grandir N°12 "Le deuil d'un parent décédé du sida : comment soutenir l'enfant?")

Les différents deuils croisés par l'enfant

Le deuil peut être défini comme un processus psychique et physique (ou somatique) déclenché par une perte.

Certains sont évidents : les enfants orphelins ont été confrontés à la perte de leur(s) parent(s). D'autres sont plus discrets et peuvent passer inaperçus : certains adolescents en apprentissage ont dû faire le deuil de leurs projets d'études universitaires.

Entre les deux, les enfants sont confrontés un jour ou l'autre au deuil de la bonne santé, de la guérison, de la vie sans médicaments ni prises de sang, ou plus globalement d'être "comme les autres".

Toute perte significative, qu'elle soit perte d'un proche, d'un animal ou autre, entraîne un processus de deuil. Ce processus est quasiment identique quelque soit l'objet de la perte. Seules changent l'intensité et la durée.



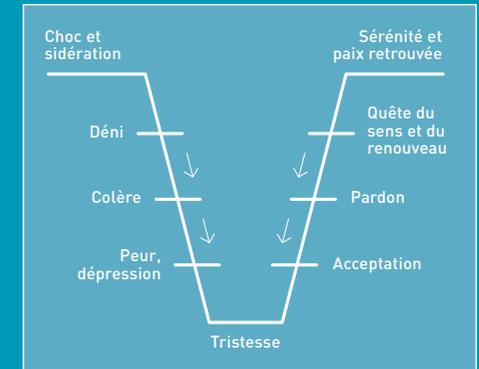
Les grandes étapes du processus de deuil

De façon schématique, on peut décrire le processus de deuil comme une succession d'étapes et de réactions. Dans un processus d'annonce, la succession des réactions observées, suit un schéma parallèle car l'annonce du VIH correspond (chez l'adolescent en particulier) à la perte de certains rêves, illusions ou sentiments.

Le Dr Kübler Ross a proposé une courbe du deuil :

Ces étapes peuvent être observées lors de l'annonce du diagnostic du VIH :

- Choc et sidération après l'annonce, d'autant plus intense que le sujet ne s'y attendait pas [jeune femme dépistée pendant la grossesse, adolescent non préparé].
- Déné du diagnostic.
- Colère contre les soignants, les parents (chez l'ado), le conjoint (chez l'adulte).
- Peur des conséquences médicales et sociales de l'infection.
- Tristesse d'être infecté puis acceptation du diagnostic, pardon à la mère (ou au partenaire) responsable de la transmission du virus.
- Quête de sens et reconstruction du projet de vie intégrant le VIH.



Ces étapes ne se suivent pas forcément de façon linéaire : il peut exister des allers-retours, des étapes qui passent inaperçues, d'autres qui semblent se fixer.

Le temps est un facteur important, mais n'est pas suffisant. Il n'existe pas de durée "standardisée" pour un processus de deuil, encore moins pour chaque phase dont la durée est variable selon l'individu et la perte subie.

Le choc et la sidération :

Cette phase peut durer de quelques heures à quelques jours. Elle est d'autant plus intense que la perte (décès, par exemple) est inattendue et brutale. Elle a cependant un effet de protection et doit être respectée et accompagnée. L'enfant peut paraître agité ou "zombie".

Puis survient une phase de déni : "c'est impossible", "tu te trompes", "ce n'est pas possible"...

Cette phase peut survenir très rapidement ou alterner avec la phase du choc. Elle a aussi un rôle protecteur psychique.

La colère :

Parfois déroutante et très souvent mal vécue, la colère peut être dirigée contre le personnel soignant, contre le défunt auquel "on en veut de nous laisser", ou contre les "divinités".

Il faut prendre cette colère comme une étape parfois nécessaire même si elle est rarement facile à accepter. On peut accompagner cette étape en mettant des mots sur les sentiments observés : "je vois que tu es en colère", "tu dois trouver ça injuste", "tu as le droit d'être en colère dans cette situation".

Le contrôle social, l'environnement culturel et éducatif peuvent être peu tolérants aux manifestations de colère, en particulier chez un enfant. Mais si la colère est trop réprimée, elle peut se transformer en culpabilité.

La tristesse :

Mieux acceptée socialement que la colère, la tristesse est encore plus valorisée lorsqu'elle est contenue. Elle peut être mal vécue par l'entourage, voire par les équipes, lorsqu'elle se prolonge. Elle correspond à la prise de conscience de la perte, de la réalité de celle-ci et de sa non réversibilité.

L'acceptation :

C'est le début du processus de reconstruction, qui se poursuit par le pardon et la quête de sens.

Deuil pathologique

Le processus du deuil peut se bloquer avec, par exemple, un enfant qui reste dans le déni de la perte de ses parents, surtout si on lui a dit initialement qu'ils étaient partis en voyage, s'il n'a pas été pris en compte dans les rituels de deuil. La ritualisation de l'"au revoir" constitue un temps très important du deuil, surtout quand cela n'a pas pu se faire dans la réalité.

Ce qui justifie et légitime une éventuelle intervention thérapeutique c'est bien entendu l'existence d'une demande formulée ; mais chez l'enfant, il faudra penser à l'orienter vers une consultation psychologique (ou au moins lui proposer) si on constate un blocage dans la dynamique du travail de deuil : enfant qui reste dans une phase de déni ou de tristesse prolongée.

Il est important de prendre en compte les deuils associés : un évènement unique peut occasionner des pertes multiples. Par exemple, la perte d'un parent peut avoir entraîné la déscolarisation de l'enfant, un changement de quartier, de lieu de vie, la perte de ses copains, l'éclatement de la fratrie dans différentes familles d'accueil.

Au delà de la perte du parent qui est irréversible, peuvent exister d'autres pertes qui entretiennent le deuil ; il est parfois possible d'agir sur ces pertes associées.

Si l'on constate chez un enfant un processus de deuil pathologique, il n'est jamais trop tard pour intervenir. L'accompagnement psychologique peut lui permettre de reprendre et de finir son travail de deuil.

FICHES DE CONSULTATION

1. Première consultation postnatale	119
2. Consultation à 6 semaines de vie	125
3. Consultation à 2 - 3 mois ou 10 semaines de vie	131
4. Consultation à 4 mois ou 16 semaines de vie	137
5. Consultation à 5 mois ou 20 semaines de vie	143
6. Consultation à 6 mois de vie	149
7. Consultation à 9 mois de vie	155
8. Consultation à 1 an	162
9. Consultation à 18 mois	169
10. Consultation de 2 à 6 ans	175
11. Consultation de 7 à 11 ans	181
12. Consultation après 11 ans	187

MODE D'EMPLOI

Les fiches consultation ont été conçues pour aider les soignants à améliorer leurs pratiques lorsqu'ils réalisent la consultation d'un enfant exposé au VIH ou infecté par le VIH.

Ces fiches peuvent être utilisées aussi bien par des soignants peu expérimentés en pédiatrie que par des pédiatres ou puéricultrices peu habitués au suivi des enfants concernés par le VIH.

Chaque fiche suit un plan qui simule les 4 phases d'une consultation :

1. Le recueil de l'histoire, qui correspond à "l'interrogatoire" médical, donne les grandes lignes des renseignements à chercher et à noter dans le dossier de l'enfant. Selon l'âge, les renseignements à réunir ne sont pas identiques et n'ont pas tous la même valeur.

2. L'examen de l'enfant, qui est éminemment variable selon son âge, son développement physique et psychomoteur. Pour les consultations du nourrisson les étapes clés du développement psychomoteur sont décrites, afin d'aider les cliniciens à repérer un éventuel retard. Chez le plus grand enfant, la description porte sur les capacités cognitives et l'importance de l'intégration de l'enfant dans le projet thérapeutique.

3. L'évaluation, qui doit porter sur les aspects nutritionnels, médicaux, psychologiques et sociaux.

Les premiers paragraphes de l'évaluation concernent la pédiatrie générale. Ils donnent des repères sur la croissance pondérale, le calendrier vaccinal et sur les signes d'alerte d'un développement psychomoteur anormal.

Les paragraphes suivants concernent la spécificité du VIH, l'interprétation des examens avant 18 mois, l'adaptation des posologies des traitements.

L'importance du soutien de la mère (ou du couple) pour garantir une prise en charge de qualité et du dépistage de l'entourage de l'enfant est rappelée.

4. Les prescriptions et la planification, qui liste l'ensemble des mesures à mettre en place et conseille, selon quatre axes :

Suivi médical : prescription ARV et examens (dont PCR et sérologie), avec des rappels sur les changements de posologie selon le poids (les traitements des infections courantes ou opportunistes ne sont pas détaillés).

Suivi nutritionnel : repères sur les quantités de lait à proposer, l'introduction de l'alimentation complémentaire, le sevrage, les mesures en cas de malnutrition.

Suivi général et prophylactique : mesures de prévention générale (vaccins, vitamine A, déparasitage) et spécifiques (ARV chez la mère, CTX chez l'enfant).

Suivi psychologique et social : propositions d'orientation pour les mères et rappels sur la prise en compte des besoins psychologiques des enfants.

Toutes les indications fournies sont à adapter aux recommandations nationales par les prescripteurs.

1. Première consultation postnatale

Dans bon nombre d'institutions, les équipes de PTME sont liées à la maternité et non à la pédiatrie. Cependant, il est fortement recommandé d'établir une passerelle entre les services afin d'homogénéiser la prise en charge de la mère et de l'enfant d'une part, et d'autre part de prendre contact avec les mères avant la naissance afin de minimiser les incertitudes, les questionnements sans réponse et les pertues de vue...

Il est important d'engager un dialogue avec les parents et de créer un climat de confiance afin que les parents comprennent bien que le soignant est là pour les aider, et non pas les juger dans la prise en charge de l'enfant.

Cette fiche doit être utilisée si l'enfant est vu dans les jours qui suivent la naissance. Dans le cas contraire, il vaut mieux se référer aux fiches suivantes.

Recueillir l'histoire

Ouvrir un dossier "patient pédiatrique" et noter la date d'ouverture du dossier.

Noter le plus précisément possible :

La date de naissance de l'enfant (et non pas son âge), son nom et son (ses) prénom(s), son adresse et contacts (téléphone des parents ou d'une personne susceptible de les joindre).

• Les antécédents (ATCD) familiaux :

- Composition de la famille (avec l'âge de la fratrie), âge et profession des parents.
- Maladie dans la famille : VIH bien sûr, mais aussi drépanocytose ou autre maladie génétique, asthme ou allergie, tuberculose ou autre maladie contagieuse.
- Etat de santé des parents (en particulier le stade clinique de la mère, derniers CD4 et charge virale) et de la fratrie, cause des décès éventuels.
- Dépistage des fratries (réalisé ? résultats ?), partage du statut dans le couple, dans la famille ?

• Les ATCD obstétricaux de la mère :

- Nombre de grossesses et d'accouchements.
- Place de l'enfant dans la fratrie (un premier enfant chez une mère jeune, isolée socialement, ne se prend pas forcément en charge de la même façon que le benjamin d'une mère "expérimentée").

• Les ATCD personnels de l'enfant :

– Histoire de la grossesse et de la naissance : programmation et déroulement de la grossesse, prise d'antirétroviraux (ARV) par la mère à titre thérapeutique (pour elle-même) ou prophylactique (quel régime ? monothérapie AZT, bi ou trithérapie ?), mode et déroulement de l'accouchement (simple ou compliqué avec souffrance fœtale ? au domicile ou à l'hôpital ? par voie basse ou césarienne ?), terme et poids de naissance (et si possible taille et périmètre crânien de naissance), complications néonatales ?

• L'histoire récente :

- Complications postnatales éventuelles (conjonctivite, infection materno-fœtale, ictère...).
- L'enfant a-t-il déjà reçu une prophylaxie ARV ? Laquelle ? Est-elle toujours en cours ?
- Vaccins éventuellement réalisés à la naissance.
- Décision quant au type d'alimentation (qui a orienté le choix ? qui a pris la décision : la mère ? le couple ?).
- Comment s'est passé la mise en route de l'alimentation (mise au sein précoce ?), du transit digestif (émission retardée au-delà de 24 heures du premier méconium ?). Depuis, comment se passent les tétées, le bébé réclame-t-il, présente-t-il des signes de reflux gastro-œsophagien ?

Examiner

Examiner le nouveau-né :

Au minimum, il faut :

- Noter les constantes :
 - Poids, taille et périmètre crânien.
 - Température, fréquence cardiaque (en moyenne 125 +/- 30/mn, limites entre 80 et 220 battements/mn), fréquence respiratoire (normale entre 30 et 40 cycles/mn).
- Examiner l'aspect du cordon (absence d'infection, chute du cordon avant J10).
- Examiner les yeux à la recherche d'une conjonctivite ou d'un ictère, observer la coloration générale.
- Examiner le tonus général de l'enfant : mouvements bilatéraux de gesticulation spontanée, tonus au repos en flexion des quatre membres.
- Ausculter le cœur à la recherche d'un souffle.
- Vérifier les organes génitaux externes, rechercher une hernie inguinale (fréquente chez le prématuré).
- Vérifier que le réflexe de succion est présent et vigoureux (au mieux, observer l'enfant téter).
- Examiner la cavité buccale pour éliminer une malformation (fente palatine, micrognathisme).

Un examinateur plus expérimenté recherchera :

- Une luxation de hanche ou une hanche luxable.
- La poursuite oculaire (le bébé "accroche" le regard).
- Les réflexes dits automatiques (ou archaïques) :
 - Grasping : réflexe de serrer fortement le doigt de l'examineur, sans le lâcher.
 - Marche automatique : soutenu sous les bras, debout, le nouveau-né à un réflexe de marche involontaire.
 - Moro : on passe une main sous le dos du bébé et l'autre sous la nuque. La main s'abaisse brusquement induisant une chute de la tête en arrière de 20 à 30°. Normalement, réponse en extension, ouverture des membres supérieurs puis fermeture dans un mouvement d'embrassement souvent associé à un pleur en fin de mouvement.

Ces réflexes sont normaux et doivent disparaître avant l'âge de trois mois.

Evaluer

Le risque médical immédiat et à court terme :

- En fonction des conditions de la naissance (une naissance longue, compliquée implique un suivi plus rapproché de l'enfant).
- En fonction du terme et du poids de naissance (prématurés et enfants de faible poids de naissance sont à surveiller de plus près initialement).
- En fonction de signes cliniques observés : aspect du cordon, de la peau et des conjonctives (ictère ?), des signes généraux et d'une malformation congénitale physique (fente palatine ?) ou fonctionnelle (trouble de la succion-déglutition ?).

Le risque nutritionnel :

- En fonction encore une fois du poids de naissance, mais aussi du gain (ou de la perte) de poids depuis la naissance. Certains enfants tardent 2 à 3 semaines avant de reprendre leur poids de naissance. Il faut les surveiller pendant cette période.
- En fonction du mode d'alimentation choisi et du contexte. Des parents ayant déjà pratiqué un allaitement par les SLM avec succès, sans problème financier, ou une femme ayant déjà allaité sans difficulté plusieurs enfants induiront moins d'inquiétude qu'une mère jeune, isolée socialement, sans expérience pour alimenter son premier enfant.

Le risque d'infection par le VIH :

Ce risque s'évalue de manière rétrospective : l'absence de prise d'ARV pendant la grossesse, un stade clinico-biologique avancé de la mère ou une prématurité augmentent le risque.

Il s'évalue aussi de manière prospective : capacités de la mère à donner un TARV préventif à son bébé, à mener un allaitement non mixte, à prendre elle-même le TARV.

Au terme de cette évaluation, on doit pouvoir avoir une idée assez précise de ce que la mère/le couple a compris sur les besoins du nourrisson, les besoins alimentaires (selon le mode d'allaitement choisi) et de la prévention de la transmission postnatale.

La santé physique et psychologique de la mère :

Il est fondamental de s'assurer que la mère se remet bien de son accouchement, que son infection par le VIH est prise en charge par une équipe compétente et que des mécanismes de soutien familiaux ou associatifs sont en place ou ont été proposés.

Ces soutiens matériels et psychologiques sont d'autant plus importants que la séropositivité a été découverte pendant la grossesse et/ou que le contexte social ou économique de la famille de l'enfant est dégradé.

Prescrire et planifier

Le suivi médical :

• Traiter un problème médical aigu éventuel :

Soins antiseptiques locaux d'un cordon inflammatoire, traitement d'une conjonctivite par collyre antibiotique, par exemple.

Bilan biologique (NFS et CRP) en urgence si doute d'infection materno-fœtale (accouchement avec rupture prolongée de la poche des eaux, signes cliniques anormaux (attention, possibilité d'infection sévère sans fièvre à cet âge), ictère marqué. Au moindre doute, référer immédiatement à l'hôpital pour bilan et avis pédiatrique.

Demander un avis chirurgical devant des anomalies des organes génitaux, la présence d'une hernie.

Le suivi nutritionnel :

• Mettre en place l'alimentation :

Délivrer des conseils sur l'alimentation, en fonction du choix du couple.

Si les parents ont choisi l'alimentation par les SLM, les premiers biberons (ou tasses) seront de 30 ml (8 fois par jour) les deux premiers jours, puis on augmente à 60 ml pour les jours suivants ; dès la deuxième semaine, on prépare des biberons (ou tasses) de 90 ml. L'enfant prend ce qu'il veut. Cela équivaut à environ 5 - 6 boîtes de lait de 400 ou 450 g le premier mois.

Si le médecin n'a pas le temps ou les compétences, il peut référer les parents vers une conseillère ou une nutritionniste. Ils peuvent être orientés vers le service social pour un appui éventuel. Si besoin, des visites au domicile peuvent être programmées pour évaluer les pratiques d'alimentation et d'hygiène au domicile.

Si les parents ont choisi l'allaitement maternel exclusif protégé par les ARV, on vérifiera la technique de mise au sein (là-aussi, possibilité de référer vers une conseillère/sage-femme/IDE pour les conseils en allaitement) et la compréhension de la mère sur l'importance de l'allaitement exclusif et de la prise quotidienne des ARV.

(Se référer au chapitre II du guide et aux fiches pratiques sur l'alimentation pour plus de détails).

Le suivi général et les mesures prophylactiques :

• Débuter la prophylaxie ARV chez l'enfant si elle n'a pas été encore mise en place :

Cette prophylaxie dépend de la prophylaxie maternelle et du choix de l'alimentation (allaitement ou non).

Depuis les recommandations de l'OMS de 2010, il existe deux options de prophylaxie chez la mère. (Se référer au "schéma thérapeutique des recommandations OMS 2010", chapitre II.1. de ce guide).

Dans tous les cas, la prévention chez le nouveau-né doit désormais être poursuivie 6 semaines après la naissance. Elle doit être débutée le plus tôt possible après la naissance, et ne devrait pas être mise en route au-delà de la 72ème heure.

	Posologie à adapter au poids de naissance	
Zidovudine ou AZT (solution buvable à 10 mg/ml) : 1ère dose le plus tôt possible après la naissance	< 2 500 g	10 mg soit 1 ml x 2/jour
	> 2 500 g	15 mg soit 1,5 ml x 2/jour
Nevirapine (solution buvable à 10 mg/ml) : 1ère dose le plus tôt possible après la naissance	< 2 000 g	2 mg/kg soit 0,2 ml/kg de la solution
	2 000 – 2 499 g	10 mg/jour en 1 prise soit 1ml de la solution
	> 2 500 g	15 mg/ jour en 1 prise, soit 1,5 ml de la solution

Remarque :

Si la mère n'a reçu aucun ARV (ou seulement de l'AZT) pendant sa grossesse, et que l'enfant est allaité au sein, la NVP sera poursuivie jusqu'à la fin de l'allaitement plus 1 semaine.

Si la mère n'a reçu aucun ARV (ou seulement de l'AZT) pendant sa grossesse, et que l'enfant est allaité par les SLM, la prévention chez le nouveau-né peut être :

- soit la NVP en une prise par jour jusqu'à 6 semaines ;
- soit une dose unique de NVP associée à de l'AZT 2 fois par jour pendant 6 semaines.

• Planifier les vaccinations, en collaboration avec les services du PEV :

(Se référer à la Fiche Pratique Grandir n° 11 "Les vaccinations dans le contexte du VIH").

S'il s'agit d'un pays/site où la PCR est facilement disponible et rendue rapidement : NE PAS APPLIQUER LE BCG (jusqu'à certitude de non infection). Dans le cas contraire, référer l'enfant vers son service de vaccination pour qu'il suive le PEV normal.

Si possible réaliser la Polio Injectable à la naissance, sinon Polio Oral comme le prévoit le PEV.

- Encourager l'usage d'une moustiquaire imprégnée (et expliquer pourquoi) et orienter vers les sites de distribution ou de vente subventionnée.

Le suivi psychologique et social :

- **Orienter la femme** vers les services médicaux qui pourront prendre en charge sa propre infection (si découverte récente de la séropositivité) et les services sociaux ou les activités de soutien psychologique, selon les besoins évalués.
- **Proposer le dépistage des autres membres de la famille** (fratrie, père, coépouses), mais sans trop insister car la confiance n'est peut-être pas encore établie avec le soignant.

Toujours planifier la seconde consultation : il faut s'assurer que l'alimentation et le traitement prophylactique de l'enfant se passent bien en proposant une consultation hebdomadaire le premier mois si possible. Si la famille habite loin, proposer au moins **une consultation huit jours plus tard pour s'assurer de la prise de poids de l'enfant et espacer ensuite le rythme de suivi.**



2. Consultation à 6 semaines de vie

Repères : arrêt de la prophylaxie ARV post natale chez le nourrisson – début de la prophylaxie par le cotrimoxazole – première PCR – début des vaccins – suivi nutritionnel – premiers sourires-réponse.

Recueillir l'histoire

- Noter les événements (médicaux, familiaux, sociaux) depuis la dernière consultation.
- Compléter les éléments manquants dans le dossier. Si l'enfant est vu pour la première fois à 6 semaines, prendre le temps de reprendre les questions sur les ATCD familiaux, obstétricaux, etc. [Se référer à "La première consultation post-natale" et au Chapitre I du guide "I- 2.1. La première rencontre"].
- Renseigner la tolérance et la bonne prise de la prophylaxie ARV (chez la mère et chez l'enfant).
- Interroger sur le mode d'alimentation (AME ou SLM), réévaluer avec les parents la pertinence du choix, leur motivation à poursuivre, les difficultés rencontrées.
- Vérifier si l'enfant a reçu les premiers vaccins (dont le vaccin anti hépatite B et si possible le vaccin anti-pneumocoque), ou si ces premiers vaccins sont prévus.

Examiner

- Prendre les constantes anthropométriques : poids, taille et périmètre crânien et les noter sur des courbes.
- Examiner cliniquement l'enfant : état et aspect général, température, fréquence respiratoire (Nle= 30-40 cycles/mn), fréquence cardiaque (Nle : 115 +/- 25 battements/mn), rechercher une hépato-splénomégalie, des adénopathies axillaires.
- Examiner la cavité buccale (systématique, mais à faire en fin d'examen) pour rechercher des lésions de candidose.

Sur le plan psychomoteur (attention, les acquis peuvent être décalés de quelques jours chez certains et l'évaluation peut être difficile si l'enfant est malade ou fatigué) :

- Le nourrisson de 6 semaines a toujours des mouvements spontanés bilatéraux. L'hyper-tonie en flexion des membres diminue et il persiste une hypotonie axiale (la tenue de tête n'est pas acquise). Cependant, sur le ventre, il relève la tête quelques secondes.

- Il conserve les réflexes archaïques (grasping, Moro) mais ils sont moins marqués qu'à la naissance.
- Il existe une poursuite oculaire nette, il commence à tourner la tête pour suivre un objet (l'absence de poursuite oculaire à cet âge doit faire référer l'enfant).
- Apparition du sourire-réponse : le nourrisson sourit à l'adulte en réponse à son sourire.

Évaluer

La prise de poids, de taille, de PC :

[Se référer au chapitre I-7 "Les courbes de croissance" de ce guide].

On s'attend à une prise de 1 000 à 1 500 g au dessus du poids de naissance (reprise du poids de naissance entre 7 et 10 jours, puis prise de 20 à 30 g / jour par la suite). Le poids normal est en moyenne de 4 800 g chez le garçon et 4 500 g chez la fille. La taille moyenne se situe aux alentours de 55 cm pour les filles et 56 cm pour les garçons.

Cas particuliers :

- Si un nourrisson est né prématuré ou avec un petit poids de naissance, la croissance est théoriquement plus rapide car il doit exister une croissance de rattrapage.
- Si un nourrisson prend moins de poids mais semble suivre de façon régulière un couloir (ou corridor) inférieur (entre -1 et -2DS), cela peut être normal, en l'absence d'autre signe pathologique. Une croissance régulière en taille est un élément rassurant. Il faut surveiller.

Dans le cas où l'enfant s'écarte franchement de ces chiffres, il faut se demander :

- Si l'allaitement se passe normalement (ne pas se contenter d'un "oui" car les mères sont pudiques et ne rentrent pas dans les détails, il faut poser les questions précises et observer l'allaitement).
- Si l'apport en substitut de lait maternel est suffisant (Se référer au tableau du chapitre II - 2.2. "L'alimentation avec les substituts du lait maternel (SLM)"). Les besoins moyens sont de 150 ml/kg/jour, soit environ 6 biberons de 120 ml par jour.
- S'il y a eu un épisode de diarrhée, des vomissements, une mauvaise prise alimentaire (problème de succion, déglutition, ou lésion buccale empêchant une bonne prise).

Ne jamais culpabiliser la mère devant une mauvaise prise pondérale mais essayer de trouver la cause et des solutions avec elle.

L'état clinique et neurologique :

L'examen clinique doit rechercher des malformations congénitales non dépistées lors des premières consultations.

Sur le plan neurologique, doivent alerter à cet âge :

- une grande hypotonie axiale ;
- une absence de contact visuel (pas d'accroche du regard) ;
- des pleurs incessants.

L'observance des traitements :

A travers l'interrogatoire initial, mais aussi d'autres éléments à renseigner (respect des dates de rendez-vous, nombre de jours nécessaires pour finir un flacon de sirop), il faut chercher à évaluer l'observance de la maman pour elle-même et pour son bébé. On cherchera à connaître :

- ses possibilités de soutien psychologique : savoir si elle fait partie d'une association (dans le cas d'un suivi par un centre de santé de l'Etat), ou d'un groupe de femmes, si elle a partagé son statut et avec qui (son conjoint, une amie ?) ;
- ses possibilités de soutien en pratique ; en particulier qui prend soin de son bébé lorsqu'elle ne peut pas s'en occuper ;
- si elle connaît la conduite à tenir si le bébé crache les sirops, ou vomit après une prise.

L'évaluation de l'observance est difficile à réaliser de façon fiable, mais importante dans ce contexte. Il faut chercher à établir une relation de confiance avec la mère :

- en reconnaissant qu'il n'est pas facile de donner un sirop tous les jours à un bébé (en particulier s'il ne paraît pas malade et que l'entourage n'est pas au courant) ;
- en identifiant avec elle les principales difficultés qu'elle rencontre dans l'administration des traitements ;
- en trouvant avec elle des solutions pratiques pour résoudre ces difficultés (lui proposer de tester les idées retenues et d'en reparler lors de la prochaine consultation).

Les facteurs de risque d'infection :

Les infections, même très banales (rhinovirus, par exemple) peuvent entraîner des infections sévères (bronchiolites) chez les nouveau-nés et les petits nourrissons. A fortiori la présence, dans l'entourage du bébé, d'une personne atteinte de tuberculose active est risquée et des messages de prévention doivent être délivrés aux parents.

Les mécanismes de soutien socio-familiaux :

La mère bénéficie-t-elle de soutien :

- pour l'alimentation de l'enfant : appui pour l'achat du lait, charge de travail, implication du père, etc.
- pour la prise en charge de sa propre maladie : appui familial, associatif, groupe de parole...

A travers des questions ouvertes, compléter les renseignements et les impressions de la première (ou des premières) consultation(s) et noter si le contexte paraît fragile et s'il nécessite un suivi particulier (rendez-vous de consultation plus fréquents, orientation sociale pour organiser des visites à domicile, orientation vers un groupe de parole pour soutien psychologique...)

A cet âge, la santé de l'enfant est très dépendante de la santé physique et psychique de sa mère, et de la qualité de la relation qui s'établit entre les deux.

La connaissance du statut des autres membres de la famille (autres enfants, père de l'enfant, coépouses...):

La relation de confiance avec la mère commence à être établie. Il est possible de poser à nouveau des questions sur le dépistage des autres membres de la famille, en commençant par la fratrie de l'enfant suivi.

Prescrire et planifier

Le suivi médical :

- Traiter un problème médical aigu éventuel.
- Réaliser le diagnostic précoce : la PCR

Avec ou sans allaitement maternel, elle permet de confirmer, si elle est positive, une infection, pré ou per-natale, de débiter les ARV et de conseiller en conséquence.

En l'absence de PCR si l'enfant est cliniquement symptomatique et devant la certitude de l'exposition au VIH (sérologie confirmée de la mère ou sérologie de l'enfant) : il faut débiter le TARV. Cette situation est rare à cet âge.

[Se référer aux Fiches Pratiques Grandir n° 9a "Diagnostic biologique de l'infection avant 18 mois" et n°9b "Diagnostic clinique de l'infection avant 18 mois", et au paragraphe I-3 "Le diagnostic de l'infection à VIH chez l'enfant" dans ce guide].

Le suivi nutritionnel :

- Délivrer des conseils sur l'alimentation :

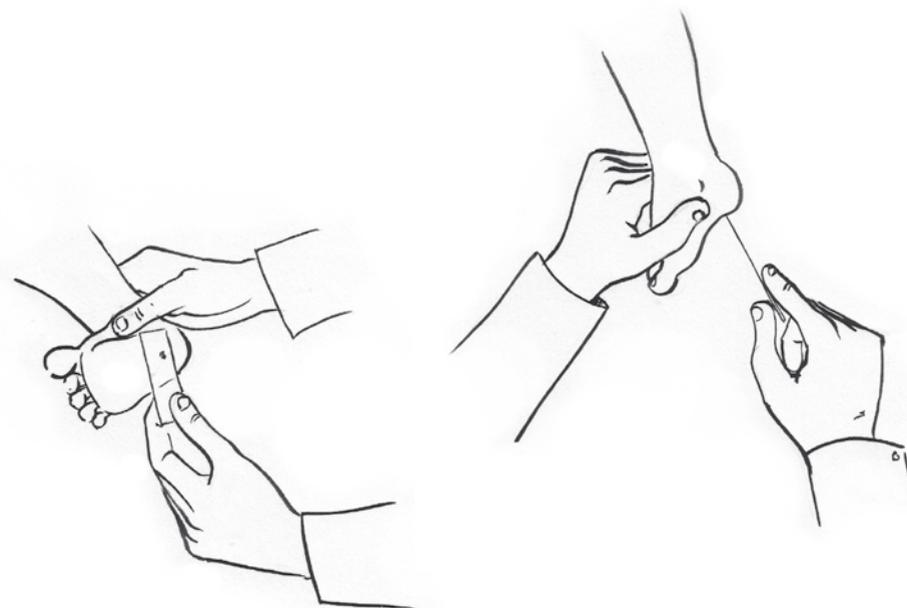
– Poursuite d'un allaitement exclusif protégé : conseils d'hygiène, de rythme, rappel du caractère exclusif, rappel des signes d'alerte qui doivent inviter à consulter (crevasses, saignement des seins, plaies buccales chez l'enfant).

– Poursuite des SLM : conseils sur les quantités, qu'il faut augmenter et adapter à la croissance de l'enfant (6 biberons de 120 ml par jour en moyenne), l'hygiène, rappel des signes d'alerte qui doivent inviter à consulter (vomissements et diarrhée essentiellement).

Cas particulier : Si le nourrisson est un ancien prématuré, qui grossit sans croissance de rattrapage, - dans le couloir de -3 DS par exemple - il faut optimiser ses apports. Pour cela, on peut proposer :

- soit d'augmenter les apports quotidiens à 170-180 ml/kg/jour pendant quelques semaines ;
- soit de concentrer les SLM, sans dépasser 5 cuillères-mesures de lait pour 120 ml d'eau ;
- soit d'enrichir les biberons avec de l'huile végétale (1 à 1,5 ml pour 120 ml de lait).

Ces conseils et le rythme des pesées sont à adapter, selon la qualité de la prise de poids de l'enfant.



- Si la croissance n'est pas optimale :

Le conseil nutritionnel peut être délivré par le médecin, s'il est formé. Sinon, référer la mère et l'enfant vers une personne formée au conseil à l'allaitement ou l'orienter vers l'assistant social pour qu'elle bénéficie d'appui nutritionnel (l'allaitement demande en théorie quelques 500 Kcal journalières de plus qu'un régime normal) pour elle-même ou d'un appui pour acheter des quantités plus importantes de SLM. Revoir rapidement la mère et l'enfant.

Le suivi général et les mesures prophylactiques :

- Adapter la prophylaxie ARV chez le nourrisson : suspendre AZT / NVP chez le bébé (ou continuer la prophylaxie de l'enfant s'il est allaité et que la mère ne prend pas de prophylaxie au long cours pendant l'allaitement). [Se référer au "Schéma thérapeutique des recommandations OMS 2010" dans le chapitre II.1 de ce guide].
- Prescrire la prophylaxie ARV à la mère (si non fait par ailleurs) jusqu'à la prochaine consultation.
- Débiter la prophylaxie au cotrimoxazole chez le nourrisson.

Cette prophylaxie est fondamentale pour prévenir les infections opportunistes qui sont sévères à cet âge (fréquence de la pneumonie à Pneumocystis Jiroveci : pic entre 3 et 8 mois de vie).

[Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°3 "La prophylaxie au cotrimoxazole"].

2,5 ml (½ cuillère à café) de la suspension à 240 mg/5 ml en dose unique journalière.

En l'absence de cette solution on peut donner ¼ cp écrasé, dissout dans un peu de liquide (moins recommandé).

- **Donner une dose unique de vitamine A à l'enfant : 50 000 UI**

Ou l'orienter vers son centre de santé dans ce but.

- **Planifier les vaccinations :**

A réaliser à partir de 2 mois, en consultation ou en collaboration avec les services du PEV. (Se référer à la Fiche Pratique Grandir n° 11 "Les vaccinations dans le contexte du VIH").

- **Encourager l'usage de moustiquaires imprégnées** (et expliquer pourquoi) et orienter vers les sites de distribution ou de vente subventionnée.

Le suivi psychologique et social :

- **Orienter la mère vers des groupes d'auto-support**, des programmes d'AGR ou des groupes de mamans ayant accouché récemment.

- **Orienter la mère vers son médecin référent ou un psychologue** si elle a des troubles de l'humeur (dépression liée au post-partum blues ou découverte récente de sa propre sérologie).

- **Orienter vers les programmes de soutien social et nutritionnel**, si nécessaire.

- **Proposer à la mère d'inviter le père** à participer aux consultations de l'enfant.

- **Proposer de réaliser le dépistage** des autres enfants (et des autres membres de la famille).

Planifier la prochaine consultation : 4 semaines plus tard (vers 10 semaines). Plus tôt (une semaine plus tard) en cas de mauvaise prise de poids.

3. Consultation à 2 - 3 mois ou 10 semaines de vie

Repères : retour et interprétation de la première PCR – TARV systématique si PCR+ - vaccins en cours – alimentation lactée exclusive – tenue de tête presque acquise.

Recueillir l'histoire

- Noter les événements (médicaux, familiaux, sociaux) depuis la dernière consultation.
- Compléter les éléments manquants dans le dossier. Si l'enfant est vu pour la première fois à 10 semaines, prendre le temps de reprendre les questions sur les ATCD familiaux, obstétricaux, etc. (Se référer à "La première consultation post-natale" et au Chapitre I du guide "I- 2.1. La première rencontre").
- Interroger sur la tolérance au cotrimoxazole, la régularité des prises, les difficultés éventuelles.
- Interroger sur la tolérance à la prophylaxie ARV (enfant allaité au sein) prise par la mère (ou l'enfant).
- Interroger sur le mode d'alimentation (AME ou SLM), réévaluer avec les parents la pertinence du choix, leur motivation à poursuivre, les difficultés rencontrées.
- Vérifier si l'enfant a reçu les premiers vaccins (dont le vaccin anti hépatite B et si possible le vaccin anti-pneumocoque), ou si ces premiers vaccins sont prévus (demander à voir le carnet de vaccination).

Examiner

- Prendre les constantes anthropométriques : poids, taille et périmètre crânien et les noter sur des courbes.
- Examiner cliniquement l'enfant : état et aspect général, température, fréquence respiratoire (Nle : 30-40 cycles/mn), fréquence cardiaque (Nle : 115 +/- 25 battements/mn), rechercher une hépato-splénomégalie, des adénopathies axillaires, des signes cutanés.
- Examiner la cavité buccale (systématique, mais à faire en fin d'examen) pour rechercher des lésions de candidose.

Sur le plan psychomoteur (attention : les acquis peuvent être décalés de quelques jours chez certains et l'évaluation peut être difficile si l'enfant est malade ou fatigué) :

- Le nourrisson de 10 semaines a toujours des mouvements spontanés bilatéraux. Il regarde et joue avec ses mains. L'hypertonie en flexion des membres supérieurs diminue, le tonus axial se renforce (mais la tenue de tête n'est pas acquise de façon stable). Sur le ventre, il commence à s'appuyer sur ses bras pour soulever la tête et le thorax.
- Il commence à fixer un objet, à tourner la tête du côté d'un son. Sourit et vocalise quand on lui parle.
- Les réflexes archaïques (grasping, Moro) sont en train de disparaître.

Évaluer

La prise de poids, de taille, de PC :

(Se référer au chapitre I-7 "Les courbes de croissance" de ce guide).

On s'attend à une prise de 2 000 à 2 500 g au dessus du poids de naissance et à une prise d'environ 1 000 g depuis la consultation des 6 semaines. Le poids normal est en moyenne de 5 800 g chez le garçon et 5 300 g chez la fille. La taille moyenne se situe aux alentours de 58 cm pour les filles et 59 cm pour les garçons.

Cas particuliers :

- Si le nourrisson est né prématuré ou avec un petit poids de naissance, la croissance est théoriquement plus rapide car la croissance de rattrapage doit se poursuivre à cet âge ;
- Si le nourrisson prend moins de poids mais semble suivre un couloir (ou corridor) inférieur (entre -1 et -2DS), cela peut être normal, en l'absence d'autre signe pathologique. Il faut surveiller la croissance pondérale et staturale (qui se poursuivra en l'absence de problème et s'infléchira si la prise de poids ralentie est symptomatique d'une pathologie sous-jacente).

Dans le cas où l'enfant s'écarte franchement de ces chiffres (ou si une cassure de la courbe survient), il faut se demander :

- Si l'allaitement se passe normalement (ne pas se contenter d'un "oui" : observer l'allaitement). Il faut aussi s'interroger sur les quantités et la qualité du lait produit par la mère ;
- Si les SLM sont proposés en quantité suffisante (Se référer au tableau du chapitre II - 2.2. "L'alimentation avec les substituts du lait maternel (SLM)"). Les besoins moyens sont de 150ml/kg/jour, soit environ 5 biberons de 150 ml par jour ;
- S'il y a eu un épisode de diarrhée, des vomissements, une mauvaise prise alimentaire (lésion buccale empêchant une bonne prise, œsophagite).

Ne jamais culpabiliser la mère devant une mauvaise prise pondérale mais essayer de trouver la cause et des solutions avec elle.

L'état clinique et neurologique :

En particulier, doivent alerter à cet âge :

- des membres inférieurs étendus, ballotant passivement : hypotonie pathologique ;
- des membres inférieurs en extension, tendance au croisement des cuisses (diplegie spastique) ou la fermeture permanente des poings, la flexion permanente des membres supérieurs et la pronation permanente des avant-bras (séquelle d'accouchement difficile ?).

Le statut vaccinal :

L'enfant doit avoir reçu la première dose de vaccin pentavalent et la première dose anti hépatite B ; et si possible la première dose du vaccin anti pneumocoque. Si ce n'est pas le cas, ces vaccinations doivent être rapidement débutées.

Le statut VIH : résultats du diagnostic précoce par PCR (si déjà disponibles) :

- **Résultat négatif** : signe l'absence d'infection in utero.
 - Si l'enfant est alimenté par les SLM depuis la naissance, une deuxième PCR négative validera l'absence d'infection.
 - Si l'enfant est sous allaitement protégé, une deuxième PCR (ou sérologie selon l'âge) devra être faite 6 à 8 semaines après la fin de l'allaitement.
- **Résultat positif** : enfant très probablement infecté.

La tolérance aux traitements prophylactiques (CTX chez l'enfant, ARV chez la mère) et l'observance à ces traitements :

L'observance de la mère au traitement ARV est fondamentale : à court terme pour limiter au maximum le risque de transmission par son lait, à moyen terme pour réduire le risque de développement de résistances qui compromettent l'efficacité de son propre traitement.

Le risque infectieux induit par l'entourage et l'environnement, en particulier tuberculeux, mais aussi les infections respiratoires transmises par la fratrie, qui peuvent encore entraîner des infections sévères à cet âge et le risque d'infection par le plasmodium (paludisme).

Les mécanismes de soutien socio-familiaux :

Le bon développement de l'enfant dépend de la qualité de la relation entre la mère et l'enfant, de l'expérience de la mère, de sa santé physique et psychologique et des soutiens dont elle bénéficie.

À 10 semaines, le nourrisson tète moins souvent la nuit, ce qui permet à sa mère de dormir un peu mieux. Le soutien dont elle peut bénéficier reste important à évaluer.

- Pour l'alimentation de l'enfant : appui pour l'achat du lait, charge de travail, implication du père...
- Pour la prise en charge de sa propre maladie : appui familial, associatif, groupe de parole...

La connaissance du statut des autres membres de la famille (autres enfants, père de l'enfant, coépouses...) :

Comme à chaque consultation, il faut faire le point sur le dépistage de la fratrie, du conjoint et du partage du statut avec ce dernier.

Prescrire et planifier

Le suivi médical :

- Traiter un problème médical aigu éventuel.

- Analyser les résultats de la PCR :

Résultat négatif ou "indélectable"

- Si l'enfant reçoit des SLM depuis la naissance, prévoir un contrôle de la PCR à l'âge de 4 à 6 mois.
- Si l'enfant est alimenté au sein, continuer la prophylaxie (TARV) chez la mère (ou chez l'enfant) et prévoir un contrôle 6 semaines après la fin de l'exposition au lait.

Dans tous les cas, se référer aux algorithmes nationaux.

Résultat positif

Contrôler immédiatement le résultat par un nouveau prélèvement de PCR (il faut idéalement deux résultats positifs pour affirmer le diagnostic) et débuter un traitement ARV (recommandations OMS 2010) après avoir réalisé un bilan biologique, sans attendre le résultat de la deuxième PCR.

[Se référer au chapitre I, paragraphe 6.2].

Pour les posologies des ARV : se référer aux combinaisons disponibles dans le pays/région et aux tables simplifiées pour le dosage (tables Grandir).

Revoir l'enfant deux semaines plus tard afin d'évaluer la tolérance et la bonne compréhension du traitement (posologies des sirops) par le parent.

Expliquer les implications pratiques vis-à-vis l'allaitement maternel : poursuivre l'allaitement jusqu'à deux ans chez les enfants infectés (plus d'effets bénéfiques).

Dans tous les cas : expliquer et conseiller (accompagnement psychologique).

Le suivi nutritionnel :

- Délivrer des conseils sur l'alimentation :

- Poursuite d'un allaitement exclusif protégé : conseils d'hygiène, de rythme, rappel du caractère exclusif, rappel des signes d'alerte qui doivent inviter à consulter (crevasses, saignement des seins, plaies buccales chez l'enfant).
- Poursuite des SLM : conseils sur les quantités, qu'il faut continuer à augmenter (en moyenne 5 biberons de 150 ml/jour), l'hygiène, rappel des signes d'alerte qui doivent inviter à consulter (vomissements et diarrhée essentiellement).

Cas particulier : Si le nourrisson est un ancien prématuré, qui grossit sans croissance de

rattrapage, - dans le couloir de -3 DS par exemple - il faut optimiser ses apports. Pour cela, on peut proposer :

- soit d'augmenter les apports quotidiens à 160-170 ml/kg/jour pendant quelques semaines ;
- soit de concentrer les SLM, sans dépasser 6 ½ cuillères-mesures de lait pour 150 ml d'eau ;
- soit d'enrichir les biberons avec de l'huile végétale (1,5ml pour 150 ml de lait).

Ces conseils et le rythme des pesées sont à adapter, selon la qualité de la prise de poids de l'enfant.

- Si la croissance n'est pas optimale :

- Traiter une cause médicale éventuelle.
- Référer vers un service spécialisé en cas de malnutrition modérée à sévère et discuter la mise sous ARV.
- Si la cause est d'ordre nutritionnel, le conseil peut être délivré par le médecin, s'il est formé. Sinon, référer la mère et l'enfant vers une personne formée au conseil à l'allaitement ; ou orienter la mère vers l'assistant social pour qu'elle bénéficie d'appui nutritionnel (l'allaitement demande en théorie quelques 500 Kcal / journalières de plus qu'un régime normal) pour elle-même ou d'un appui pour acheter des quantités plus importantes de SLM. Revoir rapidement la mère et l'enfant.

Le suivi général et les mesures prophylactiques :

- Renouveler la prescription d'ARV pour la mère (si non fait par ailleurs) en cas d'allaitement protégé et de PCR négative.

- Poursuivre la prophylaxie au cotrimoxazole (Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°3 "La prophylaxie au cotrimoxazole").

A ce stade, on continue quel que soit le résultat de la PCR (attente de la confirmation chez les enfants sous SLM avec PCR négative).

2,5 ml (½ cuillère à café) de la suspension à 240 mg / 5 ml en dose unique journalière.

En l'absence de cette solution on peut donner ¼ cp écrasé, dissout dans un peu de liquide (moins recommandé).

- Donner une dose unique de vitamine A à l'enfant : 50 000 UI si elle n'a pas été donnée à 6 semaines (NE PAS ADMINISTRER dans le cas contraire).

- Poursuivre les vaccinations en cours ou rattraper le schéma vaccinal : si les vaccins ne sont pas faits en consultation, référer vers le PEV.

[Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°11 "Les vaccinations dans le contexte du VIH"].

- Encourager l'usage de moustiquaires imprégnées (et expliquer pourquoi) et orienter vers les sites de distribution ou de vente subventionnée.

Le suivi psychologique et social :

- **Renforcer le suivi si le contexte paraît fragile**, en proposant des rendez-vous plus fréquents et/ou des visites à domicile à coordonner avec les conseillers communautaires.
- **Orienter la mère vers des groupes d'auto-support**, des programmes d'AGR ou des groupes de mamans ayant accouché récemment.
- **Orienter la mère vers son médecin référent ou un psychologue** si elle a des troubles de l'humeur (dépression liée à la découverte récente de sa propre sérologie).
- **Orienter vers les programmes de soutien social et nutritionnel**, si nécessaire.
- **Proposer à la mère d'inviter le père** à participer aux consultations de l'enfant.
- **Proposer de réaliser le dépistage** des autres enfants (et des autres membres de la famille), si ce n'est pas encore fait.

Planifier la prochaine consultation : à 16 semaines. Ou 8 jours plus tard en cas de mauvaise prise pondérale, ou à 15 jours en cas de TARV débuté.

4. Consultation à 4 mois ou 16 semaines de vie

Repères : prophylaxie CTX en cours - interprétation de la PCR – TARV systématique si PCR+ - vaccins en cours – alimentation lactée exclusive – tenue de tête acquise - gazouille.

Recueillir l'histoire

- Noter les événements (médicaux, familiaux, sociaux) depuis la dernière consultation.
- Compléter les éléments manquants dans le dossier.
- Interroger sur la tolérance au cotrimoxazole, la régularité des prises, les difficultés éventuelles.
- Interroger sur la tolérance à la prophylaxie ARV (enfant allaité au sein) prise par la mère (ou l'enfant).
- Interroger sur le mode d'alimentation (AME ou SLM), réévaluer avec les parents la pertinence du choix, leur motivation à poursuivre, les difficultés rencontrées.
- Vérifier si l'enfant a reçu les premiers vaccins (dont vaccin anti hépatite B et si possible vaccin anti-pneumocoque), ou si la première vaccination est prévue (demander à voir le carnet de vaccination).
- Si des conseils ont été donnés lors d'une précédente consultation, ou si la mère et l'enfant ont été référés, chercher à déterminer si les mesures ont été suivies.

Si l'enfant est vu pour la première fois à 16 semaines :

Prendre le temps de reprendre les questions sur les ATCD familiaux, obstétricaux, etc. (voir première consultation et Chapitre I du manuel).

En l'absence de suivi antérieur, les renseignements sur la période néonatale sont plus difficiles à obtenir. Mais chercher à renseigner les mesures de PTME éventuelles pré et post natales, les conditions d'accouchement, la date et le poids de naissance (demander à voir le carnet de maternité et le carnet de vaccination s'ils existent).

Interroger sur les principales maladies survenues depuis la naissance.

Examiner

- Prendre les constantes anthropométriques : poids, taille et périmètre crânien et les noter sur des courbes.
- Examiner cliniquement l'enfant : état et aspect général, température, fréquence respiratoire (Nle= 20-40 cycles/mn), fréquence cardiaque (Nle : 115 +/- 25 battements/mn), rechercher une hépato-splénomégalie, des adénopathies axillaires, des signes cutanés.
- Examiner la cavité buccale (systématique, mais à faire en fin d'examen) pour rechercher des lésions de candidose.

Sur le plan psychomoteur (attention : les acquis peuvent être décalés de quelques jours chez certains et l'évaluation peut être difficile si l'enfant est malade ou fatigué) :

- Motricité globale : le nourrisson de 16 semaines a un meilleur tonus axial. Il tient sa tête et regarde ce qui se passe autour de lui. Mis debout, il pousse sur ses pieds. Sur le ventre, il s'appuie nettement sur ses bras pour soulever la tête et le thorax.
- Motricité fine : début de préhension au contact.
- Langage : cris, pleurs, gazouillis.
- Contact social et comportement : il commence à rire. Il essaie d'atteindre les objets avec les mains. Il joue longtemps avec le hochet placé dans sa main et le secoue, mais le perd souvent. Il est mécontent quand le contact social est rompu.

Les réflexes archaïques (grasping, Moro...) doivent avoir disparu.



Évaluer

La prise de poids, de taille, de PC :

[Se référer au chapitre I-7 "Les courbes de croissance" de ce guide].

On s'attend à une prise d'environ 2,5 à 3,3 kg depuis la naissance. Le poids normal est en moyenne de 6 700 g chez le garçon et 6 200 g chez la fille. La taille moyenne se situe aux alentours de 61 cm pour les filles et 63 cm pour les garçons.

Un enfant prématuré ou de petit poids de naissance doit déjà avoir récupéré une partie de son retard.

Dans le cas où la prise de poids est insuffisante, il faut en rechercher la cause :

- une cassure progressive de la courbe de poids peut être en rapport avec une carence d'apport : mère malade incapable d'allaiter suffisamment son bébé; quantités de SLM proposées insuffisantes (besoins de l'ordre de 900 ml à 1 litre par jour). [Se référer au tableau du chapitre II - 2.2. "L'alimentation avec les substituts du lait maternel (SLM)"].
- une courbe en dents de scie peut faire évoquer des infections à répétition, avec absence de récupération pondérale entre 2 épisodes ;
- une cassure rapide de la courbe, associée à des poly-adénopathies, des infections bactériennes sévères, un muguet persistant doit faire suspecter une infection par le VIH évolutive.

L'état clinique et neurologique :

En particulier, doivent alerter à cet âge :

- une hypotonie : l'enfant ne tient pas sa tête ou ne la décolle pas du plan horizontal en position couché sur le ventre ;
- une hypertonie des membres inférieurs et la fermeture permanente des poings, la flexion permanente des membres supérieurs et/ou la pronation permanente des avant-bras [séquelle d'accouchement difficile ?] ;
- une mauvaise croissance du périmètre crânien (microcéphalie).

Tout retard dans les acquisitions psychomotrices, toute perte d'un acquis du développement psychomoteur ou une cassure de la courbe de croissance du périmètre crânien doit faire craindre une encéphalite à VIH et impose de revoir l'enfant rapidement. L'encéphalite à VIH est une indication de TARV.

Le statut vaccinal :

L'enfant doit avoir reçu deux doses de vaccin pentavalent, 1 dose (ou 2 doses, selon le PEV) de vaccin anti hépatite B et si possible 2 doses de vaccins anti-pneumococcique.

Le statut VIH : résultats du diagnostic par PCR réalisé à 6 semaines :

Le résultat de la PCR précoce doit être récupéré.

- **Résultat négatif** : signe l'absence d'infection in utero.
 - Si l'enfant est alimenté par les SLM depuis la naissance, une deuxième PCR négative validera l'absence d'infection.
 - Si l'enfant est sous allaitement protégé, une deuxième PCR (ou sérologie selon l'âge) devra être faite 6 à 8 semaines après la fin de l'allaitement.
- **Résultat positif** : enfant très probablement infecté.

Si la première PCR était positive et que le résultat de la PCR de contrôle (si déjà disponible) l'est aussi, l'enfant est infecté avec certitude. S'il n'est pas encore sous TARV, il faut débuter le traitement.

La tolérance et la compréhension du TARV s'il est en place :

Si le TARV a été débuté, il faut s'assurer que l'enfant accepte de prendre les sirops, que la mère a bien compris les enjeux de l'observance, en particulier si l'enfant est en bonne santé apparente.

Il faut lui poser des questions sur son attitude en cas de vomissement des prises, de refus par l'enfant des sirops.

La tolérance des traitements prophylactiques (CTX chez l'enfant, ARV chez la mère) et l'observance à ces traitements :

L'observance de la mère au traitement ARV est fondamentale : à court terme pour limiter au maximum le risque de transmission par son lait, à moyen terme pour réduire le risque de développement de résistances.

Chaque consultation doit servir à renforcer les messages sur l'observance du TARV prophylactique, qui risque de devenir moins stricte avec le temps.

Le risque infectieux induit par l'entourage et l'environnement, en particulier tuberculeux, mais aussi les infections respiratoires transmises par la fratrie. Les infections respiratoires virales sont moins sévères entre 3 et 6 mois que pendant le premier trimestre, mais peuvent toujours entraîner des tableaux préoccupants. Le risque d'infection par le plasmodium (paludisme) reste important à évaluer.

Les mécanismes de soutien socio-familiaux :

Continuer à rester vigilant sur les aides que la mère a la possibilité de solliciter, dans l'entourage familial, amical ou associatif, en particulier chez les femmes isolées, jeunes, primipares.

La connaissance du statut des autres membres de la famille (autres enfants, père de l'enfant, coépouses...) :

Comme à chaque consultation, il faut faire le point sur le dépistage de la fratrie, du conjoint et du partage du statut avec ce dernier. Certaines femmes, en particulier si elles sont dépistées pendant la grossesse, peuvent cacher leur statut à leur conjoint pendant plusieurs mois. Cette absence de partage diminue généralement la qualité de la prise en charge de l'enfant.

Prescrire et planifier

Le suivi médical :

- **Traiter un problème médical aigu éventuel.**
- **Prescrire une PCR de contrôle** (consulter le protocole national) :
 - En cas de négativité du premier test, si l'enfant est sous SLM depuis la naissance (ou au moins 6 semaines) ;
 - En cas de positivité de la première PCR (si contrôle non fait jusqu'à présent).
- **Prescrire le TARV à l'enfant (si PCR positive ou indication clinique) pour un mois et organiser le soutien à l'observance :**
 - Adapter la dose à la prise de poids : les posologies changent au-dessus de 6 kg. (Se référer aux "tables de posologie ARV" Grandir).
 - Penser à surveiller le taux d'hémoglobine et des polynucléaires si le TARV contient de l'AZT, les transaminases si le TARV contient de la Névirapine et compléter le bilan selon l'examen clinique.

Le suivi nutritionnel :

- **Délivrer des conseils sur l'alimentation :**
 - Poursuite d'un allaitement exclusif protégé : conseils d'hygiène, de rythme, rappel du caractère exclusif, rappel des signes d'alerte qui doivent inviter à consulter (crevasses, saignement des seins, plaies buccales chez l'enfant).
 - Poursuite des SLM : conseils sur les quantités, qu'il faut continuer à augmenter (en moyenne, 4 à 5 biberons de 180 à 210 ml/jour), l'hygiène, rappel des signes d'alerte qui doivent inviter à consulter (vomissements et diarrhée essentiellement). (Se référer au tableau du chapitre II – 2.2. "L'alimentation avec les substituts du lait maternel").
- **Si la croissance n'est pas optimale :**
 - Traiter une cause médicale éventuelle.
 - Référer vers un service spécialisé en cas de malnutrition modérée à sévère et discuter la mise sous ARV.
 - Si la cause est d'ordre nutritionnel, le conseil peut être délivré par le médecin, s'il est formé. Sinon, référer la mère et l'enfant vers une personne formée au conseil à l'allaitement ; ou orienter la mère vers l'assistant social pour qu'elle bénéficie d'appui nutritionnel (l'allaitement demande en théorie quelques 500 Kcal / journalières de plus qu'un régime normal) pour elle-même ou d'un appui pour acheter des quantités plus importantes de SLM. Revoir rapidement la mère et l'enfant.

Le suivi général et les mesures prophylactiques :

- **Renouveler l'ordonnance d'ARV pour la mère (si non fait par ailleurs) en cas d'allaitement protégé et de PCR négative.**

Si c'est l'enfant qui reçoit la prophylaxie ARV, prescrire :

NVP : 20mg, soit 2ml de la suspension buvable, 1 fois par jour, tous les jours.

- **Poursuivre la prophylaxie au cotrimoxazole :**

(Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°3 "La prophylaxie au cotrimoxazole").

2,5 ml (½ cuillère à café) de la suspension à 240 mg / 5 ml en dose unique journalière

(Augmenter à 5 ml si poids > 5 kg)

En l'absence de cette solution on peut donner ¼ cp (1/2 cp si poids > 5 kg) écrasé et dissout dans un peu de liquide (moins recommandé).

- **Administrer une dose unique de vitamine A** à l'enfant : 50 000 UI si elle n'a pas été donnée depuis la naissance (NE PAS ADMINISTRER dans le cas contraire).

- **Rattraper le schéma vaccinal** et/ou programmer la poursuite des vaccinations en cours : Si les vaccins ne sont pas faits en consultation, référer vers le PEV.

(Se référer à la Fiche Pratique Grandir n° 11 "Les vaccinations dans le contexte du VIH").

- **Renforcer les messages de prévention sur l'hygiène :**

Encourager l'usage de moustiquaires imprégnées (et expliquer pourquoi) et orienter vers les sites de distribution ou de vente subventionnée.

Le suivi psychologique et social :

- **Renforcer le suivi si le contexte paraît fragile**, en proposant des rendez-vous plus fréquents et/ou des visites à domicile à coordonner avec les conseillers communautaires.
- **Orienter la mère vers des groupes d'auto-support**, des programmes d'AGR ou des groupes de mamans ayant accouché récemment.
- **Orienter la mère vers son médecin référent ou un psychologue** si elle a des troubles de l'humeur (dépression liée à la découverte récente de sa propre sérologie) ou des problèmes de santé.
- **Orienter vers les programmes de soutien social et nutritionnel**, si nécessaire.
- **Proposer à la mère d'inviter le père** à participer aux consultations de l'enfant.
- **Proposer de réaliser le dépistage** des autres enfants (et des autres membres de la famille), si ce n'est pas encore fait.

Planifier la prochaine consultation : 20 semaines (4-5 mois). Plus tôt en cas de mauvaise prise pondérale, ou si un renforcement éducatif pour l'observance au TARV paraît nécessaire.

5. Consultation à 5 mois ou 20 semaines de vie

Repères : prophylaxie CTX en cours – TARV systématique si PCR+ - vaccins en cours – alimentation lactée exclusive – préparation de l'introduction de l'alimentation diversifiée - tenue de tête acquise – babille et rit aux éclats.

Recueillir l'histoire

- Noter les événements (médicaux, familiaux, sociaux) depuis la dernière consultation.
- Compléter les éléments manquants dans le dossier.
- Interroger sur la tolérance au cotrimoxazole, la régularité des prises, les difficultés éventuelles.
- Interroger sur la tolérance à la prophylaxie ARV (enfants allaités au sein) prise par la mère (ou l'enfant).
- Interroger sur le mode d'alimentation (AME ou SLM), réévaluer avec les parents la pertinence du choix, leur motivation à poursuivre, les difficultés rencontrées.
- Vérifier si les vaccinations (dont vaccin anti hépatite B et si possible vaccin anti-pneumo-coque) sont en cours ou réalisées (demander à voir le carnet de vaccination).
- Si des conseils ont été donnés lors d'une précédente consultation, ou si la mère et l'enfant ont été référés, chercher à déterminer si les mesures ont été suivies.

Si l'enfant est vu pour la première fois à 20 semaines :

Prendre le temps de reprendre les questions sur les ATCD familiaux, obstétricaux, etc. (voir première consultation et Chapitre I du guide). En l'absence de suivi antérieur, les renseignements sur la période néonatale sont plus difficiles à obtenir. Mais chercher à renseigner les mesures de PTME éventuelles pré et post natales, les conditions d'accouchement, la date et le poids de naissance (demander à voir le carnet de maternité et le carnet de vaccination s'ils existent). Interroger sur les principales maladies survenues depuis la naissance.

Examiner

- Prendre les constantes anthropométriques : poids, taille et périmètre crânien et les noter sur des courbes.
- Examiner cliniquement l'enfant : état et aspect général, température, fréquence respiratoire (Nle= 20-40 cycles/mn), fréquence cardiaque (normale : 115 +/- 25/mn), rechercher une hépato-splénomégalie, des adénopathies axillaires, des signes cutanés.
- Examiner la cavité buccale (systématique mais à faire en fin d'examen) pour rechercher des lésions de candidose.

Sur le plan psychomoteur (attention, les acquis peuvent être décalés de quelques jours chez certains, et l'évaluation peut être difficile si l'enfant est malade ou fatigué) on observe, schématiquement :

Le nourrisson de 20 semaines a un meilleur tonus axial :

- Motricité globale : tenu assis il contrôle sa tête. Certains commencent à tenir assis avec appui quelques secondes. Soutenu debout, il pousse sur ses pieds, supporte son poids et fait des bonds. L'hypertonie des membres a disparu : couché, il joue avec ses orteils.
- Motricité fine : Il commence à attraper volontairement, mais maladroitement, entre la paume et les trois derniers doigts (préhension cubito-palmaire). Il porte aussitôt l'objet à sa bouche.
- Langage : babille.
- Contact social et comportement : rit aux éclats, sourit en voyant son image dans un miroir. Il est mécontent quand le contact social est rompu.

Évaluer

La prise de poids, de taille, de PC :

[Se référer au chapitre I-7 "Les courbes de croissance" de ce guide].

On s'attend à une prise d'environ 3 à 4 kg depuis la naissance et 400 à 500 g depuis la consultation des 16 semaines. Le poids normal est en moyenne de 7 300 g chez le garçon et 6 700 g chez la fille. La taille moyenne se situe aux alentours de 63 cm pour les filles et 65 cm pour les garçons.

Un enfant prématuré ou de petit poids de naissance doit avoir récupéré une partie de son retard, ou la totalité si le retard était modéré.

Dans le cas où la prise de poids est insuffisante, il faut en rechercher la cause :

- une cassure progressive de la courbe de poids peut être en rapport avec une carence d'apport : mère malade incapable d'allaiter suffisamment son bébé; quantités de SLM proposées insuffisantes, d'autant que les besoins caloriques (et donc les besoins en lait) sont importants à cet âge, d'environ 1 litre/jour (Se référer au tableau du chapitre II - 2.2. "L'alimentation avec les substituts du lait maternel").
- une courbe en dents de scie peut faire évoquer des infections à répétition, avec absence de récupération pondérale entre 2 épisodes ;

- une cassure rapide de la courbe, associée à des poly-adénopathies, des infections bactériennes sévères, un muguet persistant doit faire suspecter une infection par le VIH évolutive ;
- une cassure de la courbe avec une toux chronique doit faire évoquer une tuberculose.

L'examen clinique et neurologique :

En particulier, doivent alerter à cet âge :

- une hyper (trop) ou hypotonie (pas assez) ;
- une persistance des automatismes (Réflexe de Moro, de la marche, du Grasping notamment).

Le statut vaccinal : les trois doses de vaccin pentavalent, les deux (ou trois selon les PEV) doses de vaccin anti hépatite B (et si possible les trois doses de vaccin anti pneumocoque) doivent avoir été faites.

Tout retard dans les acquisitions psychomotrices, toute perte d'un acquis du développement psychomoteur (par exemple, perte de la tenue de tête ou du sourire-réponse) ou une cassure de la courbe de croissance du périmètre crânien doit faire craindre une encéphalite à VIH et impose de revoir l'enfant rapidement. L'encéphalite à VIH est une indication de TARV.

Le statut par rapport au VIH : résultats de la deuxième PCR :

Le résultat de la 2ème PCR (si disponible) permet :

- S'il est négatif et l'enfant sous SLM depuis la naissance, d'éliminer une infection par le VIH.
- S'il est positif et que la première PCR était négative, il s'agit probablement d'une contamination post natale. Il faut débiter les ARV et demander une PCR de contrôle immédiatement.
- S'il est positif et que la première PCR était positive, l'enfant est infecté. S'il n'est pas encore sous TARV, il faut débiter le traitement.

La tolérance et la compréhension du TARV s'il est en place :

Si le TARV a été débuté, il faut s'assurer que l'enfant accepte de prendre les sirops, que la mère a bien compris les enjeux de l'observance, en particulier si l'enfant est en bonne santé apparente.

Si les posologies ont été augmentées (la posologie de la plupart des molécules doit être augmentée à partir de 6 kg), vérifier que les prescriptions ont été appliquées.

La tolérance aux traitements prophylactiques (CTX chez l'enfant, ARV chez la mère) et l'observance à ces traitements :

L'observance de la mère au traitement ARV est fondamentale : à court terme pour limiter au maximum le risque de transmission par son lait, à moyen terme pour réduire le risque de développement de résistances.

Chaque consultation doit servir à renforcer les messages sur l'observance du TARV prophylactique maternel. Attention au phénomène de lassitude de la prise régulière des traitements, surtout si la sérologie de la mère a été découverte pendant cette grossesse.

Le risque infectieux induit par l'entourage et l'environnement, en particulier tuberculeux, mais aussi les infections respiratoires transmises par la fratrie. Les infections respiratoires virales sont moins sévères entre 3 et 6 mois que pendant le premier trimestre, mais peuvent toujours entraîner des tableaux préoccupants. Le risque d'infection par le plasmodium (paludisme) reste important à évaluer.

Les mécanismes de soutien socio-familiaux :

On s'approche de l'introduction de l'alimentation complémentaire. Celle-ci va demander du temps et des moyens pour être menée à bien. Il faut continuer à rester vigilant sur les aides que la mère peut solliciter auprès de son partenaire, dans l'entourage familial, amical ou associatif.

La participation à un groupe de femmes et à des ateliers culinaires, pour apprendre les bases de la diversification, est importante.

La connaissance du statut des autres membres de la famille (autres enfants, père de l'enfant, coépouses...) :

Comme à chaque consultation, il faut faire le point sur le dépistage de la fratrie, du conjoint et du partage du statut avec ce dernier. Si la femme reste réticente à annoncer son statut à son conjoint, proposer de l'aider (sans la mettre en danger).



Prescrire et planifier

Le suivi médical :

- **Traiter un problème médical aigu éventuel.**
- **Renouveler la prescription de TARV (si PCR positive ou indication clinique) pour l'enfant pour un mois et soutenir l'observance :**

Adapter la dose à la prise de poids : les posologies augmentent au-delà de 6 kg.

(Se référer aux "tables de posologie ARV" Grandir).

Indiquer à la mère des moyens pour ne pas oublier les horaires, renforcer l'éducation sur l'utilisation des seringues pour mesurer les doses de sirop nécessaires, la conduite à tenir si les traitements sont vomis... Si des difficultés de compréhension se présentent, référer vers le dispensateur d'ARV ou les conseillers communautaires.

- Penser à surveiller le taux d'hémoglobine et des polynucléaires si le TARV contient de l'AZT, les transaminases si le TARV contient de la Névirapine et compléter le bilan selon l'examen clinique.
- Faire un dosage du taux des CD4 après 3 à 6 mois de traitement et compléter le bilan selon l'examen clinique.

Le suivi nutritionnel :

- **Délivrer des conseils sur l'alimentation :**
 - Poursuite d'un allaitement exclusif protégé : conseils d'hygiène, de rythme, rappel du caractère exclusif, rappel des signes d'alerte qui doivent inviter à consulter (crevasses, saignement des seins, plaies buccales chez l'enfant).
 - Poursuite des SLM : conseils sur les quantités qu'il faut continuer à augmenter (environ 1 litre par jour), l'hygiène, rappel des signes d'alerte qui doivent inviter à consulter (vomissements et diarrhée essentiellement).
 - Commencer à parler de la diversification alimentaire, qu'il faudra débiter après 6 mois.
- **Si la croissance n'est pas optimale :**
 - Traiter une cause médicale éventuelle.
 - Référer vers un service spécialisé en cas de malnutrition modérée à sévère et discuter la mise sous ARV.
 - Dans le cas d'un enfant sous SLM qui grossit mal par carence d'apport (difficultés financières pour acheter la quantité nécessaire), on peut dès à présent envisager d'introduire des farines sans gluten ou d'enrichir les biberons avec 1 à 2 % d'huile végétale.

Le suivi général et les mesures prophylactiques :

- **Renouveler l'ordonnance d'ARV pour la mère (si non fait par ailleurs) en cas d'allaitement protégé et de PCR négative.**

Si c'est l'enfant qui reçoit la prophylaxie ARV, prescrire :

NVP : 20 mg, soit 2 ml de la suspension buvable, 1 fois par jour, tous les jours.

- **Poursuivre la prophylaxie au cotrimoxazole :**

(Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°3 "La prophylaxie au cotrimoxazole").

2,5 ml (½ cuillère à café) de la suspension à 240 mg / 5 ml en dose unique journalière.

(Augmenter à 5 ml si poids > 5 kg)

En l'absence de cette solution on peut donner ¼ cp (1/2 cp si poids > 5 kg) écrasé et dissout dans un peu de liquide (moins recommandé).

- **Administrer une dose unique de vitamine A** à l'enfant : 50 000 UI si elle n'a pas été donnée depuis la naissance (NE PAS ADMINISTRER dans le cas contraire).

- **Rattraper le schéma vaccinal** et/ou programmer la poursuite des vaccinations en cours : la troisième dose de pentavalent + vaccin anti hépatite B (+ anti pneumococcique si possible) si non faite. Pour les enfants confirmés non infectés par le VIH, sous SLM, réaliser le BCG s'il n'a pas été fait à la naissance.

(Se référer à la Fiche Pratique Grandir n° 11 "Les vaccinations dans le contexte du VIH").

- **Renforcer les messages de prévention sur l'hygiène :**

Encourager l'usage de moustiquaires imprégnées (et expliquer pourquoi) et orienter vers les sites de distribution ou de vente subventionnée.

Le suivi psychologique et social :

- **Orienter la mère vers des groupes d'auto-support**, des programmes d'AGR ou des groupes de mamans ayant accouché récemment.
- **Orienter la mère vers son médecin référent ou un psychologue** si elle a des troubles de l'humeur (dépression liée à la découverte récente de sa propre sérologie).
- **Orienter vers les programmes de soutien social et nutritionnel**, en particulier vers des ateliers culinaires.
- **Proposer à la mère d'inviter le père** à participer aux consultations de l'enfant.
- **Proposer de dépister la fratrie et le conjoint** (si non fait). Si la femme n'a pas dévoilé son statut à son conjoint, lui proposer un counselling de couple, une consultation conjointe ou une médiation par l'intermédiaire d'un conseiller. Dans tous les cas, respecter son choix.

Planifier la prochaine consultation : 24 semaines (5-6 mois). Plus tôt en cas de mauvaise prise pondérale, ou si un renforcement éducatif pour l'observance au TARV paraît nécessaire.

6. Consultation à 6 mois de vie

Repères : prophylaxie CTX en cours – TARV systématique si PCR+ - vaccin pentavalent en cours ou terminé, rougeole si enfant infecté – introduction de l'alimentation complémentaire à l'alimentation lactée – tenue assise en cours d'acquisition, se retourne du dos sur le ventre – babille et rit aux éclats.

Recueillir l'histoire

- Noter les événements (médicaux, familiaux, sociaux) depuis la dernière consultation.
- Compléter les éléments manquants dans le dossier.
- Interroger sur la tolérance au cotrimoxazole, la régularité des prises, les difficultés éventuelles.
- Interroger sur la tolérance à la prophylaxie ARV (enfant allaité au sein) prise par la mère (ou l'enfant) ainsi que l'observance aux ARV.
- Interroger sur le mode d'alimentation (AME ou SLM), réévaluer avec les parents la pertinence du choix, leur motivation à poursuivre, les difficultés rencontrées.
- Vérifier si les vaccinations (dont l'hépatite B et si possible vaccin anti-pneumocoque) sont réalisées (demander à voir le carnet de vaccination) et si la vaccination contre la rougeole est programmée.
- Si des conseils ont été donnés lors d'une précédente consultation, ou si la mère et l'enfant ont été référés, chercher à déterminer si les mesures ont été suivies.

Si l'enfant est vu pour la première fois à 6 mois :

Prendre le temps de reprendre les questions sur les ATCD familiaux, obstétricaux, etc. (voir première consultation et Chapitre I du guide). En l'absence de suivi antérieur, les renseignements sur la période néonatale sont plus difficiles à obtenir. Mais chercher à renseigner les mesures de PTME éventuelles pré et post natales, les conditions d'accouchement, la date et le poids de naissance (demander à voir le carnet de maternité et le carnet de vaccination s'ils existent).

Interroger sur les principales maladies survenues depuis la naissance.

Il arrive que l'enfant soit déjà sevré, alors que l'alimentation complémentaire est à peine introduite. Le risque de développer une malnutrition est alors majeur. Il faut surveiller l'enfant de façon hebdomadaire pendant les premières semaines et si possible lui proposer des apports lactés le temps que l'alimentation diversifiée soit mise en place.

Examiner

- Prendre les constantes anthropométriques : poids, taille et périmètre crânien et les noter sur des courbes.
- Examiner cliniquement l'enfant : état et aspect général, température, fréquence respiratoire (Nle = 20-30 cycles/mn), fréquence cardiaque (Nle : 115 +/- 25 battements/mn), rechercher une hépato-splénomégalie, des adénopathies axillaires, des signes cutanés.
- Examiner la cavité buccale (systématique mais à faire en fin d'examen) pour rechercher des lésions de candidose ou des ulcérations.

Sur le plan psychomoteur (attention, les acquis peuvent être décalés de quelques jours chez certains, et l'évaluation peut être difficile si l'enfant est malade ou fatigué) on observe, schématiquement chez le nourrisson de 6 mois :

- Motricité globale : Le tonus axial se renforce, il tient assis en trépied (en appui sur les deux bras), se retourne du dos sur le ventre (attention à ne pas le laisser sans surveillance sur la table d'examen).
- Motricité fine : il joue avec un objet et rectifie sa position pour mieux le voir. La préhension globale cubito-palmaire est acquise ; il laisse tomber un objet pour en prendre un autre.
- Langage : il babille : émet des chaînes de syllabes, varie le volume et le débit de ses expressions.
- Contact social et comportement : Il tend les bras pour qu'on le prenne, manifeste son plaisir et son mécontentement. S'il jette un jouet, il regarde et cherche à le récupérer : la permanence de l'objet apparaît (elle est complètement acquise à 9 mois).

Évaluer

La prise de poids, de taille, de PC :

[Se référer au chapitre I-7 "Les courbes de croissance" de ce guide].

On s'attend à une prise de poids d'environ 4 à 4,5 kg depuis la naissance et environ 400 g dans le dernier mois. Le poids moyen normal chez le garçon est de 7 900 g chez le garçon et 7 300 g chez la fille. La taille moyenne se situe aux alentours de 66 cm pour les filles et 68 cm pour les garçons.

Un enfant prématuré ou de petit poids de naissance doit avoir récupéré son retard sauf si la prématurité ou le retard était importants (dans ce cas, le rattrapage peut se poursuivre jusqu'à 9 à 12 mois).

Dans le cas où la prise de poids est insuffisante, il faut en rechercher la cause :

- une cassure progressive de la courbe de poids peut être en rapport avec une carence d'apport : mère malade incapable d'allaiter suffisamment son bébé; quantités de SLM proposées insuffisantes, d'autant que les besoins caloriques (et donc les besoins en lait) sont importants à cet âge, de l'ordre de 1 litre par jour. [Se référer au tableau du chapitre II - 2.2. "L'alimentation avec les substituts du lait maternel"].
- une courbe en dent de scie peut faire évoquer des infections à répétition, avec absence de récupération pondérale entre 2 épisodes.

- une cassure rapide de la courbe, associée à des poly-adénopathies, des infections bactériennes sévères, un muguet persistant doit faire suspecter une infection par le VIH évolutive.
- une cassure de la courbe avec une toux chronique doit faire évoquer une tuberculose.

L'examen clinique et neurologique :

En particulier, doivent alerter à cet âge :

- une hyper (trop) ou hypotonie (pas assez) ;
- l'absence ou la rareté des tentatives de préhension volontaire : à l'exclusion d'un problème moteur, c'est un indicateur d'un trouble grave du fonctionnement cérébral (qui peut être séquentaire d'une souffrance fœtale à l'accouchement).

Comme lors des autres consultations, un retard dans les acquisitions psychomotrices ou une perte des acquis (par exemple, la perte de la tenue de tête ou du sourire-réponse), une cassure de la courbe de croissance du périmètre crânien doit faire évoquer une encéphalite à VIH et discuter la mise sous ARV. Attention : un enfant malnutri peut présenter un retard des acquis psychomoteurs. Ils se corrigeront si la malnutrition est rapidement prise en charge.

Le statut vaccinal :

Les trois doses de vaccin pentavalent, les deux (ou trois selon les PEV) doses de vaccin anti hépatite B (et si possible les trois doses de vaccins anti pneumococcique) doivent avoir été faites.

Les vaccins contre la rougeole et le BCG doivent être discutés en fonction du statut de l'enfant (voir planification).

Le statut par rapport au VIH : résultats de la deuxième PCR :

Le résultat de la 2ème PCR (si disponible) permet :

- S'il est négatif et l'enfant sous SLM depuis la naissance, d'éliminer une infection par le VIH.
- S'il est positif et que la première PCR était négative, il s'agit probablement d'une contamination post natale. Il faut débiter les ARV et demander une PCR de contrôle immédiatement.
- S'il est positif et que la première PCR était positive, l'enfant est infecté de façon certaine. S'il n'est pas encore sous TARV, il faut débiter le traitement.

La tolérance et la compréhension du TARV s'il est en place :

Si le TARV a été débiter, il faut s'assurer que l'enfant accepte de prendre les sirops, que la mère a bien compris les enjeux de l'observance, en particulier si l'enfant est en bonne santé apparente. Si les posologies ont été augmentées (changement à 6 kg pour la plupart des molécules), vérifier que les prescriptions ont été appliquées.

La tolérance des traitements prophylactiques (CTX, ARV) et l'observance à ces traitements :

Dans le cas d'un allaitement protégé, l'observance de la mère au traitement ARV est fondamentale, en particulier au moment où l'alimentation complémentaire va être introduite.

A partir de l'introduction de l'alimentation complémentaire, l'observance doit être encore plus rigoureuse, de même que l'absence de lésions mammaires car le tube digestif a tendance à être plus perméable au VIH. Tout doit donc être fait pour maintenir la charge virale la plus basse possible chez la mère et pour éviter des saignements des seins.

Chaque consultation doit servir à renforcer les messages sur l'observance du TARV prophylactique maternel.

Pour l'enfant, si les doses de cotrimoxazole ont été récemment augmentées (changement de posologie à 5 kg) vérifier que le changement a été effectif.

Le risque infectieux induit par l'entourage et l'environnement, en particulier tuberculeux, mais aussi les infections respiratoires transmises par la fratrie, même si elles sont moins graves en général que chez le petit nourrisson. Par contre, le risque de diarrhée augmente. Le risque d'infection par le plasmodium (paludisme) reste important à évaluer.

Les mécanismes de soutien socio-familiaux :

L'introduction de l'alimentation complémentaire va débiter. Celle-ci va demander du temps et des moyens pour être menée à bien. Il faut vérifier que la mère va avoir les moyens matériels et les connaissances pour réaliser cette étape délicate : appui de son partenaire et de la famille, participation à un groupe d'éducation nutritionnelle (ateliers culinaires), soutien nutritionnel pour elle-même ou pour son enfant...

La connaissance du statut des autres membres de la famille (autres enfants, père de l'enfant, coépouses...) :

Vérifier dans le dossier si le statut des autres enfants, du père est connu.

Prescrire et planifier

Le suivi médical :

- Traiter un problème médical aigu éventuel.
- Renouveler la prescription de TARV (si PCR positive ou indication clinique) pour l'enfant pour un mois et soutenir l'observance :

Adapter si besoin les doses à la prise de poids : les posologies ont été augmentées à 6 kg et restent identiques jusqu'à 10 kg.

[Se référer aux "tables de posologie ARV" Grandir].

Indiquer à la mère des moyens pour ne pas oublier les horaires, renforcer l'éducation sur l'utilisation des seringues pour mesurer les doses de sirop nécessaires, la conduite à tenir si les traitements sont vomis... Si des difficultés de compréhension se présentent, référer vers le dispensateur d'ARV ou les conseillers communautaires.

- Penser à surveiller le taux d'hémoglobine et des polynucléaires si le TARV contient de l'AZT, les transaminases si le TARV contient de la Névirapine et compléter le bilan selon l'examen clinique.
- Faire un dosage du taux des CD4 après 3 à 6 mois de traitement et compléter le bilan selon l'examen clinique.

Le suivi nutritionnel :

• Délivrer des conseils sur l'alimentation :

[Se référer au chapitre II- 3.1. "La mise en place de l'alimentation complémentaire" du Guide et à la Fiche Pratique Grandir n°13 "Introduction de l'alimentation complémentaire"].

- Donner des conseils simples pour le début de la diversification alimentaire, débiter par des farines.
- La participation à un groupe de femmes et à des ateliers culinaires, pour apprendre les bases de la diversification, est à encourager.

Si c'est un premier enfant, une mère jeune ou qui paraît peu "fiable", référer la mère vers des conseillers communautaires formés en nutrition et proposer des visites au domicile.

Sauf exception, l'allaitement (ou les substituts du lait) doit être poursuivi jusqu'à 1 an.

• Si la croissance n'est pas optimale :

- Traiter une cause médicale éventuelle.
- Référer vers un service spécialisé en cas de malnutrition sévère et discuter la mise sous ARV.
- Dans le cas d'un enfant sous SLM qui grossit mal par carence d'apport (difficultés financières pour acheter la quantité nécessaire), l'alimentation complémentaire doit être enrichie en calories (sucre et/ou huile dans les bouillies).

Le suivi général et les mesures prophylactiques :

• Renouveler l'ordonnance d'ARV pour la mère (si non fait par ailleurs) en cas d'allaitement protégé et de PCR négative.

Si c'est l'enfant qui reçoit la prophylaxie ARV, prescrire :

NVP : 30 mg, soit 3 ml de la suspension buvable, 1 fois par jour, tous les jours.

En cas de doute sur la bonne observance, référer vers le dispensateur de pharmacie ou un conseiller et envisager des visites au domicile.

• Poursuivre la prophylaxie au cotrimoxazole :

[Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°3 "La prophylaxie au cotrimoxazole"].

Dans le cas de l'infection VIH confirmée ou en cas de statut encore indéterminé :

5 ml (1 cuillère à café) de la suspension à 240 mg / 5 ml en dose unique journalière

En l'absence de cette solution on peut donner 1/2 cp (dosé à 400/80 mg) écrasé et dissout dans un peu de liquide (moins recommandé).

- **Administer une dose unique de vitamine A** à l'enfant : 100 000 UI si la dernière dose remonte à 4 mois ou plus (NE PAS ADMINISTRER dans le cas contraire).

- **Rattraper le schéma vaccinal si nécessaire (Pentavalent + hépatite B +/- pneumocoque) :**

- Proposer le vaccin contre la rougeole (1ère dose) si l'enfant est infecté.
- Proposer, s'il n'a pas été fait jusqu'à présent, le BCG chez les enfants confirmés non infectés (2 PCR négatives et alimentation par les SLM depuis la naissance).

[Se référer à la Fiche Pratique Grandir n° 11 "Les vaccinations dans le contexte du VIH"].

- **Renforcer les messages de prévention**, en particulier sur les risques de diarrhée qui augmentent à l'âge où l'enfant commence à porter les objets à sa bouche.

Encourager l'usage de moustiquaires imprégnées (et expliquer pourquoi) et orienter vers les sites de distribution ou de vente subventionnée.

Le suivi psychologique et social :

- **Orienter la mère vers des groupes d'auto-support, des groupes de parole**, ou des programmes d'AGR.
- **Orienter la mère vers son médecin référent ou un psychologue** si elle a des problèmes de santé ou des troubles de l'humeur.
- **Orienter vers les programmes de soutien social et nutritionnel**, en particulier vers des ateliers culinaires.
- **Proposer à la mère d'inviter le père** à participer aux consultations de l'enfant.
- **Proposer de dépister la fratrie et le conjoint** (si non fait). Si la femme n'a pas dévoilé son statut à son conjoint, lui proposer un counselling de couple, une consultation conjointe ou une médiation par l'intermédiaire d'un conseiller. Dans tous les cas, respecter son choix.

Planifier la prochaine consultation : 7 mois. Plus tôt (6 mois ½) si l'état nutritionnel de l'enfant n'est pas normal (poids/âge < -2DS) ou si un besoin de renforcement éducatif quant à la nutrition ou au TARV a été identifié.

7. Consultation à 9 mois de vie

Repères : prophylaxie CTX en cours – TARV systématique si PCR+ - vaccin pentavalent terminé, rougeole en cours – alimentation mixte – tient assis, commence à ramper – pince pouce-index – crainte des inconnus.

Recueillir l'histoire

- Noter les événements (médicaux, familiaux, sociaux) depuis la dernière consultation.
- Compléter les éléments manquants dans le dossier.
- Interroger sur la tolérance au cotrimoxazole, la régularité des prises, les difficultés éventuelles.
- Interroger sur la tolérance à la prophylaxie ARV (enfant allaité au sein) prise par la mère (ou l'enfant) ainsi que l'observance à ces traitements.
- Interroger sur le mode d'alimentation (AM ou SLM), la diversification du régime alimentaire, les difficultés rencontrées.
- Vérifier si les vaccinations (dont vaccin anti hépatite B, anti rougeole et si possible vaccin anti-pneumocoque) sont réalisées (demander à voir le carnet de vaccination).
- Si des conseils ont été donnés lors d'une précédente consultation, ou si la mère et l'enfant ont été référés, chercher à déterminer si les mesures ont été suivies.

Si l'enfant est vu pour la première fois à 9 mois :

Prendre le temps de reprendre les questions sur les ATCD familiaux, obstétricaux, etc. (voir première consultation et Chapitre I du manuel). En l'absence de suivi antérieur, les renseignements sur la période néonatale sont plus difficiles à obtenir. Mais chercher à renseigner les mesures de PTME éventuelles (souvent absentes), les conditions d'accouchement, la date et le poids de naissance (demander à voir le carnet de maternité et le carnet de vaccination s'ils existent).

Noter les ATCD médicaux et nutritionnels de l'enfant depuis sa naissance, surtout s'ils ont nécessité des hospitalisations.

A 9 mois, 70 % des enfants non infectés ont perdu les anticorps maternels. Il est intéressant de proposer une sérologie à l'enfant afin d'éliminer une infection, si celle-ci est négative. Le suivi sera adapté en fonction du résultat.

Examiner

- Prendre les constantes anthropométriques : poids, taille et périmètre crânien et les noter sur des courbes.
- Examiner cliniquement l'enfant (attention, l'examen peut devenir difficile, certains nourrissons anticipent et pleurent à l'approche du soignant. Il faut être patient et ne pas hésiter à faire une partie de l'examen dans les bras du parent) : état et aspect général, température, fréquence respiratoire (Nle = 20-30 cycles/mn), fréquence cardiaque (Nle : 115 +/- 25 battements/mn), rechercher une hépato-splénomégalie, des adénopathies axillaires, des signes cutanés.
- Examiner la cavité buccale (systématique mais à faire en fin d'examen) pour rechercher des lésions de candidose ou des ulcérations.

Sur le plan psychomoteur (attention, les acquis peuvent être décalés de quelques semaines selon la précocité des enfants, et l'évaluation peut être difficile si l'enfant est malade ou fatigué), on prendra en compte les différents aspects (motricité globale, motricité fine, langage, relation) car chaque enfant peut développer certains aspects plus rapidement que d'autres.

On observe, schématiquement chez le nourrisson de 9 mois :

- Motricité globale : Le signe du parachute apparaît vers 7 mois : si on provoque une poussée, un déséquilibre, il met ses mains en avant pour protéger sa chute. Le tonus axial du tronc est acquis : depuis au moins 1 mois, il tient assis "dos droit" sans appui, pivote sur les fesses. Il apprend à ramper (à reculons au début), cherche à se mettre debout en se tenant aux meubles.
- Motricité fine : préhension entre la base du pouce et l'index (pince supérieure).
- Langage : syllabes redoublées (mama, baba, papa...); compréhension des premiers mots (et du "non").
- Contact social et comportement : apprend à tendre un jouet ; mange un biscuit seul ; commence à imiter. Il a peur des inconnus (ou au moins timidité), supporte mal la séparation de sa mère.

Évaluer

La prise de poids, de taille, de PC :

[Se référer au chapitre I-7 "Les courbes de croissance" de ce guide].

On s'attend à une prise de poids d'environ 5 à 5,5 kg depuis la naissance et environ 300 à 350 g par mois entre 6 et 9 mois. Le poids moyen normal chez le garçon est de 8 900 g chez le garçon et 8 200 g chez la fille. La taille moyenne se situe aux alentours de 70 cm pour les filles et 72 cm pour les garçons.

Un enfant prématuré ou de petit poids de naissance doit avoir récupéré son retard sauf exception.

Dans le cas où la prise de poids est insuffisante, il faut en rechercher la cause :

- une cassure progressive de la courbe de poids peut être en rapport avec une carence d'apport, liée à une introduction trop lente de l'alimentation diversifiée, ou à l'introduction d'aliments peu caloriques, associée à une diminution rapide des apports lactés ;
- une courbe en dents de scie peut faire évoquer des infections à répétition, avec absence de récupération pondérale entre 2 épisodes. Dans cette tranche d'âge, insister sur la prévention et prise en charge des diarrhées, car l'enfant porte les objets à sa bouche, est plus souvent à terre que pendant les premiers mois de vie ;
- comme pour les nourrissons plus jeunes, une cassure rapide de la courbe, associée à des poly-adénopathies, des infections bactériennes sévères (ou répétées), un muguet persistant doit faire suspecter une infection par le VIH évolutive ;
- enfin, une cassure de la courbe avec une toux chronique doit faire évoquer une tuberculose.

L'examen clinique et neurologique :

En particulier, doivent alerter à cet âge :

- l'absence d'acquisition de la tenue assise. Une latéralisation franche (à cet âge, l'usage prédominant d'un côté doit faire évoquer un déficit de l'autre côté : hémiparésie, hémiplégie) ;
- l'absence de babillage canonique (ba-ba-ba ou da-da-da) ;
- l'absence d'intérêt pour l'entourage ou de reconnaissance ; un enfant silencieux (déficit sensoriel ? neurologique ? enfant douloureux ?) ;
- l'absence de réponse au nom ou une mauvaise localisation des sons ;
- l'absence ou la rareté des tentatives de préhension volontaire : à l'exclusion d'un problème moteur, c'est un indicateur d'un trouble grave du fonctionnement cérébral (qui peut être séquelle d'une souffrance fœtale à l'accouchement).

Comme lors des autres consultations, un retard dans les acquisitions psychomotrices ou une perte des acquis (la perte de la station assise, par exemple), une cassure de la courbe de croissance du périmètre crânien doit faire évoquer une encéphalite à VIH et discuter la mise sous ARV. Attention : un enfant malnutri peut présenter un retard des acquis psychomoteurs. Ils se corrigeront si la malnutrition est rapidement prise en charge.

Le statut vaccinal :

Les trois doses de vaccin pentavalent, les deux (ou trois selon les PEV) doses de vaccin anti hépatite B (et si possible les trois doses de vaccin anti pneumocoque) doivent avoir été faites.

Les vaccins contre la rougeole et le BCG doivent être discutés en fonction du statut de l'enfant (voir planification).

Le statut par rapport au VIH : début de l'utilisation des sérologies

Vers 9 mois, environ 70% des nourrissons exposés au VIH ont perdu les anticorps maternels. En l'absence d'infection, ces nourrissons présentent une sérologie négative. Même si l'interprétation reste difficile à 9 mois, la sérologie peut être indiquée chez les nourrissons sevrés de l'allaitement maternel depuis au moins 6 semaines. Elle n'a de valeur que si elle est négative.

Dans les autres cas, si l'on veut établir un diagnostic (doute sur une infection par le VIH évolutive), la PCR reste indiquée.

La tolérance et l'observance des traitements chez la mère et l'enfant.

• Traitements préventifs :

Dans le cas d'un allaitement protégé, l'observance de la mère (ou du nourrisson) au traitement ARV prophylactique est fondamentale, en particulier dans cette phase d'alimentation mixte.

Le suivi de l'observance doit rester une priorité, de même que l'absence de lésions mammaires (et de lésions buccales chez l'enfant). Chaque consultation doit servir à renforcer les messages sur l'observance du TARV prophylactique, qui risque de diminuer avec le temps.

L'observance de la prophylaxie par le cotrimoxazole sirop doit être réalisée, en vérifiant que les changements de posologie ont bien été réalisés à 6 mois (ou à 5 kg).

• Traitements curatifs :

Si le TARV curatif a été débuté chez l'enfant, il faut s'assurer qu'il accepte de prendre les sirops, que la mère a bien compris les enjeux de l'observance, en particulier si l'enfant est en bonne santé apparente. Si les posologies ont été augmentées (la posologie de la plupart des molécules doit être augmentée à partir de 6 kg), vérifier que les prescriptions ont été appliquées. Récupérer et partager les résultats d'un bilan biologique éventuellement prescrit à la consultation précédente (mesure du taux de CD4 3 à 6 mois après le début du traitement, contrôle du taux d'hémoglobine 2 à 3 mois après le début d'un traitement par AZT).

Le risque infectieux induit par l'entourage et l'environnement, en particulier tuberculeux, mais aussi les infections respiratoires et intestinales. Le risque d'infection par le plasmodium (paludisme) reste important à évaluer.

Les mécanismes de soutien socio-familiaux :

L'alimentation complémentaire a été introduite. Il faut vérifier que la mère a les moyens matériels et les connaissances pour réaliser cette étape délicate : appui de son partenaire et de la famille, participation à un groupe d'éducation nutritionnelle (ateliers culinaires), soutien nutritionnel pour elle-même ou pour son enfant...

La connaissance du statut des autres membres de la famille (autres enfants, père de l'enfant, coépouses...) :

Vérifier dans le dossier si le statut des autres enfants, du père est connu.

Prescrire et planifier

Le suivi médical :

- Traiter un problème médical aigu éventuel.
- Renouveler la prescription de TARV (si PCR positive ou indication clinique) pour l'enfant pour un mois et soutenir l'observance :

Adapter les doses au poids, mais les posologies sont stables entre 6 et 10 kg.

[Se référer aux "tables de posologie ARV" Grandir].

Vérifier que la mère a mis en place des stratégies pour ne pas oublier les horaires, qu'elle maîtrise les posologies, sait comment faire si l'enfant vomit les traitements.

Si des difficultés de compréhension sont manifestes, référer vers le dispensateur d'ARV ou les conseillers communautaires.

- Penser à surveiller le taux d'hémoglobine et des polynucléaires si le TARV contient de l'AZT, les transaminases si le TARV contient de la Névirapine et compléter le bilan selon l'examen clinique.
- Faire un dosage du taux des CD4 après 3 à 6 mois de traitement et compléter le bilan selon l'examen clinique.

Le suivi nutritionnel :

• Poursuivre la diversification alimentaire

[Se référer au chapitre II- 3.1. "La mise en place de l'alimentation complémentaire" du Guide et à la Fiche Pratique Grandir n°13 "Introduction de l'alimentation complémentaire"].

Si l'enfant grossit bien, encourager la famille, conseiller :

- d'augmenter les rations : 1/2 tasse de 250 ml, 3 à 4 fois par jour et 1 à 2 collations (bouillie ou fruit écrasé) ;
- de poursuivre l'introduction de nouveaux aliments ;
- de diversifier au maximum l'alimentation pour éviter les carences.

La texture des aliments peut être plus consistante : aliments coupés finement ou écrasés, que l'enfant peut prendre avec ses doigts.

Maintenir un apport lacté quotidien : allaitement maternel, en commençant à espacer les tétées, ou lait animal (si possible SLM 2ème âge), aux alentours de 500 ml par jour (maintenir au minimum 200 à 250 ml).

Commencer à parler du sevrage à réaliser au cours du 11ème mois.

Si l'enfant grossit mal, l'orienter selon la ou les causes suspectées et la gravité de l'état nutritionnel :

- prise en charge nutritionnelle thérapeutique ou orientation vers un service spécialisé si la malnutrition est sévère (et discuter la mise sous ARV) ;
- conseils nutritionnels, ateliers culinaires, programmes de support nutritionnel, service social voire médiation familiale si la malnutrition est modérée et paraît liée à une carence d'apport ;
- suivi plus fréquent, visite à domicile si des infections répétées semblent être en rapport avec des problèmes d'hygiène ;
- bilan immunologique (CD4) et virologique (si possible) devant une suspicion d'infection VIH évolutive ;
- recherche de tuberculose +/- traitement d'épreuve devant une toux chronique fébrile et/ou notion de contagion tuberculeux.

Le suivi général et les mesures prophylactiques :

- **Renouveler la prescription du TARV pour un mois pour la mère (si la mère continue à allaiter et si non fait par ailleurs) et soutenir l'observance :**

En cas de doute sur la bonne observance, référer vers un conseiller et envisager des visites au domicile. Si l'observance est manifestement mauvaise, que l'enfant ne paraît pas infecté, que l'alimentation complémentaire est bien en place, discuter les avantages et inconvénients d'un arrêt de l'allaitement maternel et sa substitution.

Si c'est l'enfant qui reçoit la prophylaxie ARV, prescrire :

NVP : 40 mg, soit 4 ml de la suspension buvable, 1 fois par jour, tous les jours.

Cette dose ne sera plus augmentée jusqu'à la fin de l'allaitement.

- **Poursuivre la prophylaxie au cotrimoxazole :**

(Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°3 "La prophylaxie au cotrimoxazole").

Dans le cas de l'infection VIH confirmée ou en cas de statut encore indéterminé : 5 ml (1 cuillère à café) de la suspension à 240 mg / 5 ml en dose unique journalière.

En l'absence de cette solution on peut donner 1/2 cp (dosé à 400/80 mg) écrasé et dissout dans un peu de liquide (moins recommandé).

- **Administer une dose unique de vitamine A** à l'enfant : 100 000 UI si la dernière dose remonte à 4 mois ou plus (NE PAS ADMINISTRER dans le cas contraire).
- **Rattraper le schéma vaccinal** et/ou programmer la poursuite des vaccinations en cours :
Proposer le vaccin contre la rougeole :
 - 2ème dose si l'enfant est infecté.
 - 1ère dose si l'enfant n'est pas infecté ou le statut inconnu.

Proposer, s'il n'a pas été fait jusqu'à présent, le BCG chez les enfants confirmés non infectés (2 PCR négatives et alimentation par les SLM depuis la naissance).

(Se référer à la Fiche Pratique Grandir n° 11 "Les vaccinations dans le contexte du VIH").

- **Renforcer les messages de prévention**, en particulier sur les risques de diarrhée qui augmentent à l'âge où l'enfant porte les objets à sa bouche.

Encourager l'usage de moustiquaires imprégnées (et expliquer pourquoi) et orienter vers les sites de distribution ou de vente subventionnée.

Le suivi psychologique et social :

- **Orienter la mère vers des groupes d'auto-support**, des groupes de parole ou des programmes d'AGR.
- **Orienter la mère vers son médecin référent ou un psychologue** si elle a des problèmes de santé ou des troubles de l'humeur.
- **Orienter vers les programmes de soutien social et nutritionnel**, si nécessaire, en particulier vers les ateliers culinaires.
- **Proposer à la mère d'inviter le père** à participer aux consultations de l'enfant et de dépister les membres de la famille qui ne le sont pas.

Planifier la prochaine consultation : 11 mois. Plus tôt si l'état nutritionnel de l'enfant n'est pas normal (poids/âge < -2DS) ou si un besoin de renforcement éducatif quant à la nutrition ou au TARV a été identifié.

8. Consultation à 1 an

Repères : prophylaxie CTX en cours – TARV systématique si PCR+ - vaccins terminés – alimentation diversifiée, sevrage du sein – tient debout, commence à marcher – dit quelques mots, comprend des phrases simples.

Recueillir l'histoire

- Noter les évènements (médicaux, familiaux, sociaux) depuis la dernière consultation.
- Compléter les éléments manquants dans le dossier.
- Interroger sur la diversification du régime alimentaire, les difficultés rencontrées, sur le sevrage de l'allaitement au sein (en cours ou terminé) et les soucis éventuels pour l'enfant ou sa mère.
- Interroger sur la tolérance au cotrimoxazole, la régularité des prises, les difficultés éventuelles.
- Interroger sur la tolérance à la prophylaxie ARV (enfant allaité au sein) prise par la mère (ou l'enfant) ainsi que l'observance à ces traitements.
- Vérifier si les vaccinations (dont l'hépatite B, rougeole et si possible vaccin anti-pneumocoque) sont réalisées (demander à voir le carnet de vaccination)
- Si des conseils ont été donnés lors d'une précédente consultation, ou si la mère et l'enfant ont été référés, chercher à déterminer si les mesures ont été suivies.

Si l'enfant est vu pour la première fois à 1 an :

Prendre le temps de reprendre les questions sur les ATCD familiaux, obstétricaux, etc. (voir première consultation et Chapitre I du manuel). En l'absence de suivi antérieur, les renseignements sur la période néonatale sont plus difficiles à obtenir. Mais chercher à renseigner les mesures de PTME éventuelles (souvent absentes), les conditions d'accouchement, la date et le poids de naissance (demander à voir le carnet de maternité et le carnet de vaccination s'ils existent). Noter les ATCD médicaux et nutritionnels de l'enfant depuis la naissance, surtout s'ils ont nécessité des hospitalisations.

A 1 an, 90 % des enfants non infectés ont perdu les anticorps maternels. Il est intéressant de proposer aux parents une sérologie de l'enfant afin d'éliminer une infection, si celle-ci est négative. Le suivi sera adapté au résultat.

Examiner

- Prendre les constantes anthropométriques : poids, taille et périmètre crânien et les noter sur des courbes.
- Examiner cliniquement l'enfant (attention, l'examen entre 12 et 24 mois est en général difficile, surtout si des soins douloureux ont déjà été pratiqués chez l'enfant. Il faut être patient et ne pas hésiter à faire une partie de l'examen dans les bras du parent) : état et aspect général, température, fréquence respiratoire (Nle au repos : 20-30 cycles/mn), fréquence cardiaque (Nle au repos : 115 +/- 25 battements/mn), rechercher une hépato-splénomégalie, des adénopathies axillaires, des signes cutanés.
- Examiner la cavité buccale (systématique, mais à faire en fin d'examen) pour rechercher des lésions de candidose ou des ulcérations.

Sur le plan psychomoteur (attention, les acquis peuvent être décalés de quelques semaines selon la précocité des enfants, et l'évaluation peut être difficile si l'enfant est malade ou fatigué). On prendra en compte la progression sur différents aspects (motricité globale, motricité fine, langage, relation) car chaque enfant peut développer certains aspects plus rapidement que d'autres.

On observe, schématiquement chez le nourrisson d'un an :

- Motricité globale : il commence à marcher (attention, l'acquisition de la marche peut être retardée jusqu'à 15 à 18 mois sans caractère forcément pathologique en l'absence d'hyper ou d'hypotonie des membres inférieurs et si les autres aspects du développement continuent à progresser).
- Motricité fine : la préhension fine est acquise (pouce-pince-index), le lâcher volontaire aussi.
- Langage : produit ses premiers mots ; compréhension des phrases simples.
- Contact social et comportement : pointe les objets avec l'index ; emboîte les objets les uns dans les autres ; peut envoyer une balle à celui qui joue avec lui ; fait "au revoir" et "bravo" ; met moins les objets à la bouche ; aide à l'habillage ; s'intéresse aux livres d'images.

Évaluer

La prise de poids, de taille, de PC :

(Se référer au chapitre I-7 "Les courbes de croissance" de ce guide).

On s'attend à une prise de poids d'environ 5,5 à 6,5 kg depuis la naissance et environ 250 gr par mois entre 9 et 12 mois. Le poids moyen normal chez le garçon est de 9 700 g chez le garçon et 9 000 g chez la fille. La taille moyenne se situe aux alentours de 73 cm pour les filles et 75 cm pour les garçons.

Dans le cas où la prise de poids est insuffisante, il faut en rechercher la cause :

- une cassure progressive de la courbe de poids peut être en rapport avec une carence d'apport, liée à une introduction trop lente de l'alimentation diversifiée, ou à l'introduction d'aliments peu caloriques, associée à une diminution rapide des apports lactés. A cet âge, l'alimentation complémentaire doit être prépondérante et suffisamment solide (une alimentation liquide est souvent trop peu calorique par rapport aux volumes que peut prendre l'enfant) ;

- une courbe en dents de scie peut faire évoquer des infections à répétition, avec absence de récupération pondérale entre 2 épisodes. Dans cette tranche d'âge, il faudra insister sur la prévention et prise en charge des diarrhées, car l'enfant est plus souvent à terre que pendant les premiers mois de vie ;
- comme pour les nourrissons plus jeunes, une cassure rapide de la courbe, associée à des poly-adénopathies, des infections bactériennes sévères (ou répétées), un muguet persistant doit faire suspecter une infection par le VIH évolutive ;
- enfin, une cassure de la courbe avec une toux chronique fébrile doit faire évoquer une tuberculose.

Le sevrage de l'allaitement au sein doit être en cours. Evaluer sa réalité, les difficultés physiques (douleurs, engorgement), psychologiques (perturbation de la relation mère-enfant) et relationnelles (avec l'entourage) que ce sevrage peut entraîner.

L'examen clinique et neurologique :

En particulier, doivent alerter à cet âge :

- une latéralisation franche (à cet âge encore, l'usage prédominant d'un côté doit faire évoquer un déficit de l'autre côté : hémiparésie, hémiplégie) ;
- l'absence du réflexe de parachute à 12 mois (apparaît vers 7-8 mois et persiste toute la vie) ;
- l'absence de la pince "pouce-index" ;
- un enfant silencieux, peu intéressé par l'entourage (déficit sensoriel ? neurologique ? enfant douloureux ?).

Comme lors des autres consultations, un retard dans les acquisitions psychomotrices ou une perte des acquis (perte de la station assise sans appui, par exemple), une cassure de la courbe de croissance du périmètre crânien doit faire évoquer une encéphalite à VIH et discuter la mise sous ARV. Attention : un enfant malnutri peut présenter un retard des acquis psychomoteurs. Ils se corrigeront si la malnutrition est rapidement prise en charge.

Le statut vaccinal :

Les trois doses de vaccin pentavalent, les deux (ou trois selon les PEV) doses de vaccin anti hépatite B (et si possible les trois doses de vaccins anti pneumocoque), le vaccin contre la rougeole doivent avoir été faits.

Le BCG doit être discuté en fonction du statut de l'enfant (voir planification).

Le statut par rapport au VIH : la sérologie trouve plus d'intérêt.

Vers 12 mois, environ 90% des nourrissons exposés au VIH ont perdu les anticorps maternels. En l'absence d'infection, ces nourrissons présentent une sérologie négative.

La sérologie peut être indiquée à un an :

- chez les nourrissons sevrés de l'allaitement maternel depuis au moins 6 semaines. Elle n'a de valeur dans ce cas que si elle est négative ;
- si une infection par le VIH est cliniquement suspectée (en l'absence d'accès rapide à la PCR). Si elle est positive, elle pourra faire discuter la poursuite de l'allaitement maternel (indiquée jusqu'à 2 ans en cas d'infection) ;
- si un enfant débute son suivi à l'âge de 1 an, pour confirmer l'exposition (si positive) ou écarter une infection (si négative et enfant sevré depuis au moins 6 semaines).

L'observance et la tolérance des traitements chez la mère et l'enfant :

• Traitements préventifs :

Dans le cas d'un allaitement protégé, l'observance de la mère (ou du nourrisson) au traitement ARV prophylactique est fondamentale, en particulier dans cette phase d'alimentation mixte.

Le suivi de l'observance doit rester une priorité jusqu'à la fin du sevrage, plus une semaine.

L'observance de la prophylaxie par le cotrimoxazole sirop doit être réalisée.

• Traitements curatifs :

Si le TARV curatif a été débuté chez l'enfant, il faut s'assurer qu'il accepte de prendre les sirops, que la mère a bien compris les enjeux de l'observance, en particulier si l'enfant est en bonne santé apparente. Si les posologies ont été augmentées (la posologie de la plupart des molécules doit être à nouveau augmentée à partir de 10 kg), vérifier que les prescriptions ont été appliquées. Récupérer et partager les résultats d'un bilan biologique éventuellement prescrit à la consultation précédente (mesure du taux de CD4 3 à 6 mois après le début du traitement, contrôle du taux d'hémoglobine 2 à 3 mois après le début d'un traitement par AZT). Attention, un petit nourrisson qui prenait bien jusqu'alors ses sirops peut commencer à faire des difficultés pour les prendre.

Le risque infectieux induit par l'entourage et l'environnement, en particulier tuberculeux, mais aussi les infections respiratoires et intestinales. Le risque d'infection par le plasmodium (paludisme) reste important à évaluer.

Les mécanismes de soutien socio-familiaux :

L'alimentation diversifiée doit désormais être prédominante et l'alimentation lactée complémentaire. Si possible, et notamment en cas de croissance pondérale médiocre, l'apport lacté doit être poursuivi au-delà d'un an. Si c'est impossible, l'arrêt du lait doit être compensé par une alimentation diversifiée et enrichie. Il faut vérifier que la mère a les moyens matériels et les connaissances pour réaliser cette étape délicate du sevrage : appui de son partenaire et de la famille, participation à un groupe d'éducation nutritionnel (ateliers culinaires), soutien nutritionnel pour elle-même ou pour son enfant...

La connaissance du statut des autres membres de la famille (autres enfants, père de l'enfant, coépouses...) :

Vérifier dans le dossier si le statut des autres enfants, du père, est connu.

Prescrire et planifier

Le suivi médical :

- **Traiter un problème médical aigu éventuel.**

- **Prescrire la sérologie**, si le statut est encore indéterminé :

La sérologie sera à réaliser 6 semaines après le sevrage effectif et interprétée lors d'une consultation ultérieure.

– Si le résultat est négatif : l'enfant n'est pas infecté. Arrêter le cotrimoxazole. Proposer le BCG, si non fait. Le suivi de l'enfant devient identique à celui des enfants non exposés. S'assurer qu'il est en bon état nutritionnel avant d'espacer les visites.

– Si le résultat est positif, poursuivre le suivi et proposer à nouveau une sérologie entre 15 et 18 mois.

- **Renouveler la prescription de TARV pour l'enfant (si PCR positive ou indication clinique) pour un mois et soutenir l'observance :**

Adapter la dose à la prise de poids : les posologies augmentent au-delà de 10 kg.

[Se référer aux "tables de posologie ARV" Grandir].

Vérifier que la mère a mis en place des stratégies pour ne pas oublier les horaires, qu'elle maîtrise les posologies, sait comment faire si l'enfant vomit les traitements.

Si des difficultés de compréhension sont manifestes, référer vers le dispensateur d'ARV ou les conseillers communautaires.

– Penser à surveiller le taux d'hémoglobine et des polynucléaires si le TARV contient de l'AZT, les transaminases si le TARV contient de la Névirapine et compléter le bilan selon l'examen clinique.

– Faire un dosage du taux des CD4 après 3 à 6 mois de traitement et compléter le bilan selon l'examen clinique.



Le suivi nutritionnel :

- **Poursuivre la diversification alimentaire et sevrer l'enfant du sein**

(Se référer au chapitre II- 3.1. "La mise en place de l'alimentation complémentaire" du Guide et à la Fiche Pratique Grandir n°13 "Introduction de l'alimentation complémentaire").

Si l'enfant grossit bien, encourager la famille, conseiller :

- d'augmenter les rations : $\frac{3}{4}$ de tasse de 250 ml d'alimentation diversifiée, 3 à 4 fois par jour, et 1 à 2 collations (lait animal ou bouillie de farine enrichie ou fruit écrasé) ;
- de poursuivre l'introduction de nouveaux aliments, en particulier les sources de calcium si le sevrage ne peut s'accompagner d'un apport en lait animal (250 à 500 ml par jour) ;
- de diversifier au maximum l'alimentation pour éviter les carences. L'enfant doit manger de tout.

La texture des aliments peut être plus consistante : aliments coupés finement ou écrasés, que l'enfant peut prendre avec ses doigts.

Réexpliquer le sevrage (s'il n'est pas encore réalisé), qui doit être progressif sur 1 mois.

Si l'enfant grossit mal, l'orienter selon la ou les causes suspectées et la gravité de l'état nutritionnel :

- prise en charge nutritionnelle thérapeutique ou orientation vers un service spécialisé si la malnutrition est sévère ;
- conseils nutritionnels, ateliers culinaires, programmes de support nutritionnel, service social voire médiation familiale si la malnutrition est modérée et paraît liée à une carence d'apport.
- suivi plus fréquent, visites à domicile si des infections répétées semblent être en rapport avec des problèmes d'hygiène ;
- bilan immunologique (CD4) et virologique (si possible) devant une suspicion d'infection VIH évolutive. A réaliser si possible avant le sevrage, afin de poursuivre l'allaitement jusqu'à 2 ans si l'infection est confirmée ;
- recherche de tuberculose +/- traitement d'épreuve devant une toux chronique fébrile et/ou notion de contagé (contamination) tuberculeux.

Le suivi général et les mesures prophylactiques :

- **Renouveler la prescription de TARV préventif jusqu'au sevrage effectif plus 1 semaine pour la mère (si la mère continue à allaiter et si non fait par ailleurs) et soutenir l'observance** dans ces dernières semaines :

- Chez la mère, après la fin de l'allaitement, arrêter la NVP, et poursuivre les 2 autres ARV pendant 1 semaine (pour diminuer le risque de résistance ultérieure à la NVP).
- Si c'est l'enfant qui est traité, renouveler la prescription de NVP :

NVP : 40 mg, soit 4 ml de la suspension buvable, 1 fois par jour, tous les jours, jusqu'à la fin de l'allaitement plus 1 semaine.

- **Poursuivre la prophylaxie au cotrimoxazole :**

[Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°3 "La prophylaxie au cotrimoxazole"].

Dans le cas de l'infection VIH confirmée ou en cas de statut encore indéterminé : 5 ml (1 cuillère à café) de la suspension à 240 mg / 5 ml en dose unique journalière.

En l'absence de cette solution on peut donner 1/2 cp (dosé à 400/80 mg) écrasé et dissout dans un peu de liquide (moins recommandé).

- **Administrer une dose unique de vitamine A** à l'enfant : 200 000 UI si la dernière dose remonte à 4 mois ou plus (NE PAS ADMINISTRER dans le cas contraire).
- **Rattraper le schéma vaccinal si nécessaire : Pentavalent + hépatite B (+/- pneumocoque) et rougeole :**
Proposer, s'il n'a pas été fait jusqu'à présent, le BCG chez les enfants confirmés non infectés (2 PCR ou sérologies négatives réalisées au moins 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement maternel).
(Se référer à la Fiche Pratique Grandir n° 11 "Les vaccinations dans le contexte du VIH").
- **Renforcer les messages de prévention**, en particulier sur les risques de diarrhée, d'exposition à la tuberculose, au paludisme.

Le suivi psychologique et social :

- **S'assurer que la mère a bien été orientée vers des groupes d'auto-support**, des groupes de parole ou des programmes d'AGR.
- **Orienter la mère vers son médecin référent ou un psychologue** si elle a des problèmes de santé ou des troubles de l'humeur.
- **Orienter vers les programmes de soutien social et nutritionnel**, si nécessaire.
- **Proposer à la mère d'inviter le père** à participer aux consultations de l'enfant et de dépister les membres de la famille qui ne le sont pas.
- **Proposer des médiations familiales**, si le sevrage est mal compris par l'entourage.

Planifier la prochaine consultation : 13 mois. Plus tôt si l'état nutritionnel de l'enfant n'est pas normal (poids/âge < -2DS), si le sevrage se passe mal.

9. Consultation à 18 mois

Concerne les enfants dont la sérologie devient négative tardivement et les enfants infectés confirmés.

Repères : sérologie positive = infection = TARV – alimentation diversifiée – marche acquise (sinon pathologique) – dit quelques mots – comprend les phrases simples.

Recueillir l'histoire

- Noter les événements (médicaux, familiaux, sociaux) depuis la dernière consultation.
- Interroger sur l'alimentation.
- Interroger sur la tolérance au cotrimoxazole, la tolérance au TARV pour les enfants infectés, la régularité des prises, les difficultés éventuelles.
- Vérifier que les vaccins sont réalisés (rappel vaccin anti rougeole si non fait ; demander à voir le carnet de vaccination).
- Si des conseils ont été donnés lors d'une précédente consultation, ou si la mère et l'enfant ont été référés, chercher à déterminer si les mesures ont été suivies.

Si l'enfant est vu pour la première fois à 18 mois :

Il est en général infecté : essayer de renseigner les ATCD (voir première consultation et Chapitre I du guide), même si ces renseignements sont souvent manquants. Chercher à obtenir la date de naissance exacte (facilite l'évaluation nutritionnelle) ainsi que tous les ATCD médicaux et nutritionnels de l'enfant depuis sa naissance.

Quel que soit l'état clinique et immunologique, l'indication du TARV est formelle.

Examiner

- Prendre les constantes anthropométriques : poids, taille et périmètre crânien et les noter sur des courbes.
- Examiner cliniquement l'enfant (attention, l'examen entre 12 et 24 mois est en général difficile, surtout si des soins douloureux ont déjà été pratiqués chez l'enfant. Il faut être patient et ne pas hésiter à faire une partie de l'examen dans les bras du parent) : état et aspect général, température, fréquence respiratoire (Nle au repos : 20-30 cycles/mn),

fréquence cardiaque (Nle au repos : 115 +/- 25 battements/mn), rechercher une hépatosplénomégalie, des adénopathies axillaires, des signes cutanés, examiner la cavité buccale (systématique, en fin d'examen).

Sur le plan psychomoteur (attention, les acquis peuvent être variables, selon les enfants, la stimulation dont ils sont l'objet. L'évaluation peut être difficile si l'enfant est malade, fatigué), on prendra en compte la progression sur différents aspects (motricité globale, motricité fine, langage, relation) car chaque enfant peut développer certains aspects plus rapidement que d'autres.

On observe, schématiquement chez le nourrisson de 18 mois :

- Motricité globale : la marche est acquise, il monte et descend les escaliers avec de l'aide, commence à courir.
- Motricité fine : empile 3 à 4 cubes.
- Langage : possède 7 à 20 mots, comprend des phrases simples.
- Contact social et comportement : imite les adultes dans les tâches domestiques, sait désigner 2 ou 3 parties de son corps (nez, yeux, bouche...), s'intéresse aux images. Il sait être propre le jour, avec quelques accidents occasionnels.

Évaluer

La prise de poids, de taille, de PC :

[Se référer au chapitre I-7 "Les courbes de croissance" de ce guide].

On s'attend à une prise de poids d'environ 7 à 7,5 kg depuis la naissance et environ 200 à 250 gr par mois entre 12 et 18 mois. Le poids moyen normal chez le garçon est de 11 kg chez le garçon et 10,2 kg chez la fille. La taille moyenne est de 80 à 82 cm et la croissance en taille est de l'ordre de + 1 cm par mois sur les 6 derniers mois.

Dans le cas où la prise de poids est insuffisante, il faut en rechercher la cause :

- une cassure progressive de la courbe de poids peut être en rapport avec une carence d'apport, liée à une alimentation insuffisante en quantité (trop peu de repas par jour) ou trop peu diversifiée. Cette carence peut aussi être liée à une anorexie secondaire à des lésions buccales ou une œsophagite ;
- une courbe en dents de scie peut faire évoquer des infections à répétition, avec absence de récupération pondérale entre 2 épisodes ;
- comme pour les nourrissons plus jeunes, une cassure rapide de la courbe, associée à des poly-adénopathies, des infections bactériennes sévères (ou répétées), un muguet persistant doit faire suspecter une infection par le VIH évolutive chez les enfants non encore traités ou à un échappement thérapeutique chez les enfants sous TARV ;
- enfin, une cassure de la courbe avec une toux chronique fébrile doit toujours faire évoquer une tuberculose.

Le sevrage de l'allaitement au sein doit être terminé sauf chez les enfants infectés (poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans). Noter la date du sevrage et le délai entre cette date et la réalisation de la sérologie de contrôle.

L'examen clinique et neurologique :

En particulier, doivent alerter à cet âge :

- la non acquisition de la marche ;
- l'absence de mots, l'enfant silencieux ;
- la latéralisation franche (hémiplégie ?) ;
- une microcéphalie.

Comme lors des autres consultations, un retard dans les acquisitions psychomotrices ou une perte des acquis, une cassure de la courbe de croissance du périmètre crânien doit faire évoquer une encéphalite à VIH et discuter la mise sous ARV.

Attention : un enfant malnutri peut présenter un retard des acquis psychomoteurs. Ils se corrigeront si la malnutrition est rapidement prise en charge.

Le statut vaccinal :

Les trois doses de vaccin pentavalent, les deux (ou trois selon les PEV) doses de vaccin anti hépatite B (et si possible les trois doses de vaccin anti pneumocoque), le vaccin contre la rougeole (deux doses) doivent avoir été faits.

Le BCG doit être proposé aux enfants non infectés.

Le statut par rapport au VIH : la sérologie s'interprète comme chez les adultes.

Vers 18 mois, sauf cas exceptionnel, les nourrissons exposés au VIH ont perdu les anticorps maternels. En l'absence d'infection, ces nourrissons présentent une sérologie négative.

Cependant, un résultat négatif n'est fiable que si l'allaitement maternel a été arrêté au moins 6 semaines avant le test.

Donc, si un enfant est adressé à 18 mois, car il a été exposé au VIH, que sa sérologie est négative mais qu'il est toujours allaité, il faut le sevrer immédiatement et contrôler sa sérologie 6 à 8 semaines plus tard.

L'observance et la tolérance des traitements :

L'évaluation de l'observance à la prophylaxie par le cotrimoxazole sirop et au TARV doit être réalisée. Il peut être plus difficile de donner les sirops aux enfants de 18 mois qu'à des petits nourrissons. Si des comprimés oro-dispersibles sont accessibles dans le centre (sous forme séparée ou combinée), il faut en discuter l'indication avec les parents.

Si les posologies ont été augmentées (la posologie de la plupart des molécules doit être augmentée à partir de 10 kg), vérifier que les prescriptions ont été appliquées.

Récupérer et partager les résultats d'un bilan biologique éventuellement prescrit à la consultation précédente (mesure du taux de CD4 3 à 6 mois après le début du traitement, contrôle du taux d'hémoglobine 2 à 3 mois après le début d'un traitement par AZT).

Le risque infectieux induit par l'entourage et l'environnement, en particulier tuberculeux, mais aussi les infections intestinales, cutanées. Le risque d'infection par le plasmodium (paludisme) reste important à évaluer.

Les mécanismes de soutien socio-familiaux :

La confirmation de l'infection du nourrisson est une période difficile pour la mère/le couple. Un suivi rapproché, l'orientation vers un psychologue ou vers des groupes de parents d'enfants infectés peut être pertinente, surtout si la découverte du VIH est récente pour les parents.

Il faut continuer à proposer des soutiens pour l'alimentation, en particulier si le nourrisson n'a pas un bon état nutritionnel.

La connaissance du statut des autres membres de la famille (autres enfants, père de l'enfant, coépouses...) :

Vérifier dans le dossier si le statut des autres enfants, du père, est connu.

Prescrire et planifier

Le suivi médical :

- Traiter un problème médical aigu éventuel.
- Prescrire une nouvelle sérologie s'il persiste un doute diagnostic :

Trois situations peuvent se rencontrer :

- Enfant sevré depuis plus de 6 semaines et sérologie négative : l'enfant n'est pas infecté. Arrêt du cotrimoxazole et du suivi spécifique. L'enfant sera pris en charge comme un enfant non exposé. Le contrôle sérologique est a priori inutile.
- Enfant toujours allaité (référence récente) et sérologie négative : sevrer rapidement l'enfant et refaire une sérologie 6 semaines après le sevrage.
- Enfant avec une sérologie positive à 18 mois. Il doit être considéré comme infecté et le TARV débuté après sensibilisation de la mère/du couple à l'observance. Un bilan pré-thérapeutique doit être réalisé. On peut demander une sérologie de contrôle 1 mois plus tard, pour confirmer l'infection et permettre à la mère/au couple d'accepter progressivement l'annonce du diagnostic (prévoir un accompagnement psychologique si nécessaire).

- Renouveler la prescription du TARV de l'enfant pour un mois et soutenir l'observance, ou débiter rapidement le TARV si la sérologie est positive à 18 mois :

Adapter la dose à la prise de poids : les posologies augmentent au-delà de 10 kg.

(Se référer aux "tables de posologie ARV" Grandir).

- Penser à surveiller le taux d'hémoglobine et des polynucléaires si le TARV contient de l'AZT, les transaminases si le TARV contient de la Névirapine et compléter le bilan selon l'examen clinique.
- Faire un dosage du taux des CD4 après 3 à 6 mois de traitement et compléter le bilan selon l'examen clinique.

Le suivi nutritionnel :

- Poursuivre les conseils nutritionnels :

Si l'enfant grossit bien, encourager la famille.

L'enfant a désormais une alimentation familiale standard. Répéter cependant les conseils sur l'importance d'une alimentation diversifiée et riche en protéines et en micro-nutriments (Se référer au chapitre II - 3.1. "La mise en place de l'alimentation complémentaire : Quels aliments"). Augmenter les rations et poursuivre les collations avec de la farine enrichie (l'estomac de l'enfant est encore trop petit pour permettre une alimentation correcte avec seulement 2 à 3 repas par jour).

La texture des aliments peut être désormais standard car l'enfant est capable de mâcher et d'avaler des morceaux.

Pour les enfants infectés non sevrés, poursuivre l'allaitement jusqu'à 2 ans.

Si l'enfant grossit mal, l'orienter selon la ou les causes suspectées et la gravité de l'état nutritionnel :

- prise en charge nutritionnelle thérapeutique ou orientation vers un service spécialisé si la malnutrition est sévère ;
- conseils nutritionnels, ateliers culinaires, programmes de support nutritionnel, service social voire médiation familiale si la malnutrition est modérée et paraît liée à une carence d'apport ;
- suivi plus fréquent, visites à domicile si des infections répétées semblent être en rapport avec des problèmes d'hygiène ;
- bilan immunologique (CD4) et virologique (si possible) devant une suspicion d'infection VIH évolutive ;
- recherche de tuberculose +/- traitement d'épreuve devant une toux chronique fébrile et/ou notion de contagio (contamination) tuberculeux.

Si la sérologie est encore positive à 18 mois, la prise en charge nutritionnelle doit s'accompagner d'une mise sous ARV.

Le suivi général et les mesures prophylactiques :

- **Poursuivre la prophylaxie au cotrimoxazole**, si l'infection par le VIH est confirmée :
(Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°3 "La prophylaxie au cotrimoxazole").
5 ml (1 cuillère à café) de la suspension à 240 mg / 5 ml en dose unique journalière.
En l'absence de cette solution on peut donner 1/2 cp (dosé à 400/80 mg) écrasé et dissout dans un peu de liquide (moins recommandé).
Si la sérologie est négative, au moins 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement, arrêter le cotrimoxazole.
- **Administrer une dose unique de vitamine A** à l'enfant : 200 000 UI si la dernière dose remonte à 4 mois ou plus (NE PAS ADMINISTRER dans le cas contraire).
- **Rattraper le schéma vaccinal si nécessaire : Pentavalent + hépatite B (+/- pneumocoque) et rougeole :**
Proposer, s'il n'a pas été fait jusqu'à présent, le BCG chez les enfants confirmés non infectés (sérologie négative réalisée au moins 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement maternel).
Un rappel à 18 mois du vaccin Pentavalent peut être indiqué (mais il est rarement prévu dans les PEV).
(Se référer à la Fiche Pratique Grandir n° 11 "Les vaccinations dans le contexte du VIH").
- **Renforcer les messages de prévention**, en particulier sur les risques de diarrhée, d'exposition à la tuberculose et au paludisme.
 - Discuter un traitement préventif par isoniazide (INH) (10 mg/kg/jour) pour 6 mois, en cas d'indication (Se référer au chapitre I – 7.1. "Le traitement préventif de la tuberculose").
 - Prescrire un déparasitage (mébendazole 500 mg en dose unique), à renouveler tous les 6 mois.

Le suivi psychologique et social :

- **S'assurer que la mère a bien été orientée vers des groupes d'auto-support**, des groupes de parole ou des programmes d'AGR.
- **Orienter la mère vers son médecin référent ou un psychologue**, dans ce moment important de l'annonce du diagnostic de certitude, surtout si le nourrisson est positif.
- **Orienter vers les programmes de soutien social et nutritionnel**, si nécessaire.
- **Proposer à la mère d'inviter le père** à participer aux consultations de l'enfant et de dépister les membres de la famille qui ne le sont pas.

Planifier la prochaine consultation : 19 mois. Plus tôt si l'état nutritionnel de l'enfant n'est pas normal (poids/âge < -2DS), si l'annonce du diagnostic est mal acceptée par les parents, ou si le TARV vient d'être débuté.

10. Consultation de 2 à 6 ans

Repères : enfant infecté (soit diagnostic avant 2 ans, sous TARV, soit diagnostic après 2 ans, sous cotrimoxazole seul ou sous ARV selon stade clinique et pourcentage de CD4) – poursuite plus lente du développement psychomoteur – stade du développement cognitif de la logique pré-opératoire et de la pensée "magique".

Recueillir l'histoire

- Noter les événements (médicaux, familiaux, sociaux) depuis la dernière consultation.
- Santé des adultes qui entourent l'enfant (maladie ou décès récent ?).
- Interroger sur l'alimentation : l'enfant mange-t-il avec appétit ? nombre de repas par jour ?
- Interroger sur la tolérance au cotrimoxazole, la tolérance au TARV s'il a été débuté, la régularité des prises, les difficultés éventuelles.
- Vérifier que les vaccins ont été réalisés, en particulier pour les enfants nouvellement suivis (demander à voir le carnet de vaccination).

Si l'enfant est vu pour la première fois entre 2 et 6 ans :

- essayer de renseigner les ATCD (voir première consultation et Chapitre I du guide), même si ces renseignements sont souvent manquants.
- chercher à obtenir la date de naissance exacte (facilite l'évaluation nutritionnelle), ainsi que tous les ATCD médicaux et nutritionnels de l'enfant depuis sa naissance, surtout s'ils ont nécessité des hospitalisations.
- demander, s'ils existent, à voir les documents de santé de l'enfant (carnet de santé, de vaccination).

Il est fréquent, dans cette tranche d'âge, de perdre de vue des enfants qui sont en bonne santé et chez qui les ARV n'ont pas été débutés. Les parents se fournissent en cotrimoxazole dans un centre de proximité, ou lorsqu'ils viennent au centre chercher leur propre traitement (voire arrêtent la prophylaxie de l'enfant) et reviennent consulter avec l'enfant lors d'une complication.

Il est souhaitable de voir ces enfants, au mieux tous les trois mois, au moins tous les six mois. Pour fidéliser l'enfant et ses parents, la dispensation du cotrimoxazole peut être conditionnée à la présence de l'enfant chaque 3 mois à la consultation médicale. Si

certaines RDV sont manqués, des appels téléphoniques et des visites à domicile peuvent permettre de rattraper les consultations. Et si l'enfant ne vient jamais en consultation, une discussion doit avoir lieu avec ses parents pour identifier ensemble les difficultés et trouver des solutions pour une meilleure assiduité.

Examiner

- Prendre les constantes anthropométriques : poids, taille et périmètre crânien et les noter sur des courbes. Si l'âge de l'enfant n'est pas connu avec certitude, l'évaluation nutritionnelle pourra être réalisée avec l'indice Poids/Taille. Cet indice, cependant, ne diagnostique que la malnutrition aiguë.
- Examiner cliniquement l'enfant, ce qui est en général plus facile à partir de 2 ans que chez le grand nourrisson : état et aspect général, température, fréquence respiratoire (Nle au repos : 20 cycles/mn), fréquence cardiaque (Nle au repos : 100 +/- 20 battements/mn), rechercher une hépato-splénomégalie, des adénopathies axillaires, des signes cutanés, examiner la cavité buccale (systématique, en fin d'examen).

Sur le plan psychomoteur :

	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans
Motricité générale	Court Shoote dans un ballon	Monte les escaliers en alternant les pas	Tient sur 1 pied	Saute à cloche pied	Marche le long d'une ligne
Motricité fine	Tour de 6 cubes	Fait un pont avec 3 cubes	Utilise les ciseaux	Fait une pyramide avec 6 cubes	noue les lacets de ses chaussures
Graphisme	Copie un trait	Copie un rond Dessine un bonhomme têtard	Copie un carré Dessine un bonhomme en trois parties	Copie un triangle Écrit son prénom	Copie un losange
Langage développement	Association de mots Connaît 50 mots	Fait des phrases Utilise le "je"	Comprend "sur, sous, devant, derrière" Raconte une histoire	Nomme 4 couleurs Pose des questions sur le sens des mots	Développe le vocabulaire abstrait
Socio-affectif	Lave et sèche ses mains	Se déshabille seul	S'habille seul Compte jusqu'à 4	Se coiffe Compte jusqu'à 10	Nomme les jours de la semaine Connaît la droite et la gauche

Par ailleurs, les sphincters sont en général maîtrisés avant l'âge de 4 ans.

Évaluer

La croissance staturo-pondérale :

[Se référer au chapitre I-7 "Les courbes de croissance" de ce guide].

- La croissance est beaucoup plus lente que chez le nourrisson : le poids augmente de 2 kg par an, la taille de 5-6 cm/an, le PC de 1 cm par an.
- Il est important de tracer les courbes de P/A et T/A si on connaît précisément la date de naissance : certains enfants, pris en charge tardivement, ont déjà une malnutrition chronique, avec un retard en taille. Ce retard peut être (au moins partiellement) rattrapé par une prise en charge nutritionnelle adéquate. Plus ce retard est pris en charge tardivement, plus il sera difficile de le corriger.
- Si la date de naissance n'est pas connue précisément, l'indice P/T permet de dépister une malnutrition aiguë. Sinon, on peut tracer la courbe P/A après évaluation approximative de la date de naissance : le gain pondéral de l'enfant doit progresser dans un couloir de croissance, sans en sortir.

Le développement cognitif : préopérateur ou intuitif

[Se référer au chapitre III.1. "Les étapes principales du développement cognitif"].

L'enfant connaît ses membres, sa tête, ses yeux... mais pas ses organes internes. Vers 5-6 ans, il croit que sa peau maintient ses organes internes. Il a du mal à localiser précisément sa douleur, ne peut pas en évaluer l'intensité. L'enfant peut se sentir coupable d'être malade.

Il ne comprend pas la notion de micro-organisme, de maladie chronique. Par contre il faut éviter de lui donner des raisons illogiques pour qu'il prenne ses médicaments. Si on lui dit que c'est pour soigner les boutons, il ne comprend plus pourquoi il doit continuer lorsque les boutons ont disparu ; si on lui dit que c'est pour qu'il soit plus fort, ou plus beau, il ne comprend pas pourquoi son frère n'en prend pas. Il vaut mieux essayer de trouver une image qui rentre dans l'imaginaire de l'enfant (tel un petit animal qui est rentré à l'intérieur). Il existe des contes qui peuvent servir de support.

Ses principales préoccupations sont d'ordre émotionnel : attachement à la personne qui prend soin de lui. L'autonomie augmente progressivement. Vers 3 à 4 ans, il interagit avec les autres par le jeu.

L'examen clinique et neurologique :

En particulier, doivent alerter à cet âge :

- l'absence d'association de 2 mots à 2 ans ;
- l'absence de phrase de 3 mots à 3 ans ;
- l'absence d'autonomie sphinctérienne à 4 ans.

La tolérance et l'observance aux traitements :

Entre 2 et 6 ans, tous les enfants doivent recevoir du cotrimoxazole.

Pour ceux qui sont sous TARV, l'observance au long cours est fondamentale et dépend beaucoup, à cet âge, de l'implication du parent. Les difficultés avec la prise des sirops, la possibilité de changer pour des comprimés oro-dispersibles (voire des comprimés écrasés) doit être abordée régulièrement, car certains parents n'osent pas avouer leurs difficultés avec les sirops.

L'indication d'un TARV, en dehors de complications cliniques classantes au stade III ou IV, repose sur l'analyse des CD4 en pourcentage car les taux de lymphocytes sont plus élevés chez l'enfant de moins de 5 ans que chez l'adulte.

- Entre 2 et 5 ans, on débutera un TARV si le pourcentage de CD4 est < 25 % ou le nombre total de CD4 < 750/mm³
- Après 5 ans, on débutera, comme chez l'adulte, si le nombre total de CD4 est < 350/mm³ [Se référer au chapitre I – 6.1. "Quand traiter"].

Efficacité des traitements :

En dehors du suivi clinique, l'évaluation de l'efficacité repose comme chez l'adulte, sur le suivi des CD4 +/- de la charge virale. Une mesure du taux de CD4 (en %) est recommandée entre 3 et 6 mois après le début du TARV, puis tous les 6 mois. Le contrôle de la charge virale, s'il est possible, est souhaitable tous les 6-12 mois.

Existence d'une tuberculose :

La tuberculose est fréquente et atypique (fièvres intercurrentes, stagnation pondérale par exemple). Il faut la suspecter devant toute altération de l'état général, en particulier s'il existe une notion de contagio (risque de contamination).

Statut vaccinal :

En théorie, les vaccins ont été faits, sauf éventuellement chez les enfants intégrant le suivi tardivement. Il n'existe pas, en général, dans les PEV, de rappels de vaccins. Si possible, un rappel à 18 mois et à 6 ans des vaccins pentavalents est souhaitable.

Les mécanismes de soutien socio-familiaux :

Comme pour toute prise en charge de maladie chronique chez un enfant, il peut apparaître une lassitude chez le parent. Il est important de la dépister et de chercher avec ce parent si d'autres adultes peuvent le seconder dans la prise en charge des soins à apporter à l'enfant.

L'accompagnement psychologique, en cas de troubles de l'humeur (dépression) et la participation à des groupes de parole de parents d'enfants infectés peuvent être une aide.

Prescrire et planifier

Le suivi médical :

- **Traiter un problème médical aigu éventuel, en lien ou pas avec l'infection par le VIH.**
- **Renouveler la prescription du TARV en cours pour un à deux mois et renforcer le soutien à l'adhérence ou débuter le TARV si indication clinique ou immunologique.** [Se référer au chapitre I – 6.1. "Quand traiter"].

Adapter les doses à la prise de poids [Se référer aux "tables de posologie ARV" Grandir].

- La plupart des molécules changent de posologies à 10 kg, (12-18 mois), 14 kg (environ 3 ans) et 20 kg (environ 6 ans).
- La galénique sirop/comprimés sera discutée avec le parent en fonction de la facilité de l'enfant à prendre ses médicaments.

• **Prescrire les examens complémentaires :**

- Bilan biologique en fonction de la clinique et du traitement.
- Dosage du taux des CD4 tous les 6 mois, en % jusqu'à 5 ans si possible, en chiffre absolu après.
- Charge virale, si disponible, tous les 6 à 12 mois.

Le suivi nutritionnel :

• **Maintenir un suivi nutritionnel, voire un appui :**

Si la croissance est correcte, féliciter la famille et renforcer les conseils sur la nécessité d'une alimentation diversifiée et enrichie.

Si la croissance est médiocre, rechercher une cause nutritionnelle ou médicale.

Orienter vers des activités de conseils (ateliers culinaires) et des services d'appui sociaux.

En l'absence de cause nutritionnelle, envisager une tuberculose ou un échappement thérapeutique. Pour les enfants non traités par ARV, la survenue d'une malnutrition est une indication au TARV.

Le suivi général et les mesures prophylactiques :

• **Poursuivre la prophylaxie au cotrimoxazole, au moins jusqu'à 5 ans :**

[Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°3 "La prophylaxie au cotrimoxazole"].

5 ml (1 cuillère à café) (10 ml après 5 ans ou si poids >15 kg) de la suspension à 240 mg/5 ml
ou

½ cp (cp à 400/80 mg) (1 cp après 5 ans ou si poids > 15 kg) en dose unique journalière.

Après 5 ans, arrêt du cotrimoxazole si CD4 > 350/mm³ sur 2 examens à 6 mois d'intervalle.

• **Prescrire les traitements préventifs :**

Tous les 6 mois (noter la date dans le dossier) :

- Vitamine A : 200 000 UI
- Vermifuge : Mebendazole x 3 jours ou dose unique d'Albendazole

Tous les 12 mois, dans les zones concernées par la bilharziose – shistosomiase :

- une dose unique 40 mg/kg de Praziquantel.

• **Rattraper le schéma vaccinal si besoin.**

• **Renforcer les messages de prévention sur l'hygiène, la prévention du paludisme et de la tuberculose.**

Discuter un traitement préventif par isoniazide (INH) (10 mg/kg/jour) pour 6 mois, en cas d'indication. [Se référer au chapitre I – 7.1. "Le traitement préventif de la tuberculose"].

Le suivi psychologique et social :

- Toujours se préoccuper de la santé physique et psychique de la mère ou du parent qui accompagne l'enfant.
- Orienter dans la mesure du possible vers les structures communautaires, associatives et les services qui peuvent soutenir le parent.
- Impliquer l'enfant dans sa prise en charge (Se référer au chapitre III – 1.2. "La pensée pré-opératoire ou intuitive").
 - En consultation, en lui adressant la parole et en lui expliquant les soins notamment. Utiliser son imagination pour communiquer avec lui, en partant de ses représentations. Se servir d'images. Utiliser le dessin, les activités ludiques pour "faire comprendre". Il peut être utile de le faire dessiner pour observer sa réalité ou ce qu'il a compris. Il faut faire attention aux mots qui sont prononcés devant l'enfant pendant la consultation, même s'il ne paraît pas attentif à ce qui se dit.
 - Dans des activités ludiques ou éducatives, développées par l'association, qui auront pour fonction de le socialiser tout en l'informant progressivement sur sa santé et les maladies.

Planifier la prochaine consultation :

- Pour les enfants sous cotrimoxazole seul, prévoir un RDV dans 3 mois, en l'absence de complication.
 - Pour les enfants sous TARV, prévoir un RDV dans 1 ou 2 mois (selon la qualité de l'observance de la famille et de l'éloignement du centre).
- Le RDV sera avancé en cas de mauvaise prise pondérale, de nécessité de renforcement éducatif quant au TARV ou à la nutrition, ou en cas d'IO intercurrente nécessitant un contrôle rapproché.



11. Consultation de 7 à 11 ans

Repères : consultation participative, processus d'annonce, groupes de parole thématiques.

Recueillir l'histoire

- Noter les événements (médicaux, familiaux, sociaux) depuis la dernière consultation. Se renseigner sur la santé des adultes qui entourent l'enfant (maladie ou décès récent ?).
- Se renseigner sur la scolarisation (effective ?), les résultats scolaires, les éventuelles difficultés d'apprentissage.
- Interroger sur l'alimentation : l'enfant mange-t-il avec appétit ? nombre de repas par jour ?
- Interroger sur la tolérance au cotrimoxazole, la tolérance au TARV s'il a été débuté, la régularité des prises, les difficultés éventuelles.

Toutes ces questions doivent être posées à l'adulte et à l'enfant. En général, l'enfant laisse l'adulte parler. Il faut lui poser directement les questions qui le concernent, puis demander confirmation au parent. Et inversement, lorsque l'adulte donne une information qui concerne l'enfant, demander à ce dernier de confirmer ou de préciser.

Si l'enfant est vu pour la première fois entre 7 et 11 ans :

Les ATCD néonataux sont moins importants et souvent impossibles à préciser. Chercher à obtenir la date de naissance la plus précise possible (facilite l'évaluation nutritionnelle et du développement pubertaire à venir), noter les principaux ATCD médicaux (hospitalisations) de l'enfant depuis sa naissance et les éventuels traumatismes psychologiques dans les derniers mois.

Demander, s'ils existent, à voir les documents de santé de l'enfant (carnet de santé, de vaccination).

Examiner

- Prendre les constantes anthropométriques : poids, taille et les noter sur des courbes.
 - Si la date de naissance (au moins le mois de naissance) est connue, utiliser les courbes de croissance de l'OMS (P/A et T/A existent jusqu'à 10 ans).

– Si l'âge de l'enfant n'est pas connu avec certitude, l'évaluation nutritionnelle pourra être réalisée avec l'indice Poids/Taille. Cet indice, cependant, ne diagnostique que la malnutrition aiguë. Du fait du retard en taille fréquent chez les enfants infectés par le VIH, il sous-estime en général la malnutrition chronique chez eux. Par ailleurs, les tables de référence disponibles sont anciennes et n'ont pas été actualisées par l'OMS au-delà de 7 ans. Il faut donc plutôt essayer d'évaluer au mieux la date de naissance, et reporter les mesures de poids et de taille sur des courbes P/A et T/A. Et observer ensuite si l'enfant grossit et grandit régulièrement dans son "couloir" de poids et son "couloir" de taille,

- Examiner cliniquement l'enfant, de façon systématique (ne pas se contenter des signes d'appel), en posant directement les questions à l'enfant (et en demandant confirmation au parent) : à cet âge, l'enfant peut décrire plus précisément ses symptômes, quantifier ses douleurs (utilisation des échelles visuelles de douleurs. [Se référer à la Fiche Pratique Grandir n° 19 "La douleur de l'enfant"]). Il connaît mieux l'intérieur de son corps, même si les fonctions de ses organes restent floues. Il peut indiquer sur un schéma où il a mal.
- Observer son état et aspect général, la fréquence respiratoire (Nle au repos : 15-20 cycles/mn), la fréquence cardiaque (Nle au repos : 90 +/- 15 battements/mn), la température, rechercher une hépato-splénomégalie, des adénopathies axillaires, des signes cutanés, examiner la cavité buccale.

Évaluer

La croissance statur pondérale :

Paramètres anthropométriques P/A, T/A : interprétation [Se référer au chapitre I-7 "Les courbes de croissance" de ce guide].

Même si des malnutritions aiguës et chroniques sont très fréquemment observées, les enfants infectés devraient avoir une croissance normale en poids et en taille.

Dans cette tranche d'âge, la malnutrition aiguë sévère s'observe soit comme mode d'entrée dans la maladie (motif fréquemment rencontré dans les diagnostics tardifs), soit lors d'un échappement thérapeutique.

Par ailleurs, il existe fréquemment un retard de croissance en poids et en taille (P/T normal ou sub-normal), en particulier chez les enfants qui ont débuté le traitement à un stade d'immunodépression avancée et qui n'ont pas bénéficié de suivi et de soutien nutritionnel. Cette malnutrition chronique harmonieuse doit être recherchée systématiquement.

Comme chez l'enfant plus jeune, une cassure de la courbe de croissance impose une démarche diagnostique, pour rechercher une cause nutritionnelle, médicale (infection par le VIH évolutive, tuberculose) ou mixte.

[Se référer à la Fiche pratique Grandir n°14 "La malnutrition : savoir la détecter"].



Le développement cognitif : pensée opératoire concrète (non intuitive)

[Se référer au chapitre III – 1.3. "La pensée opératoire concrète"].

L'enfant acquiert progressivement la maîtrise de concepts qui l'aident à comprendre sa maladie :

- Réversibilité : maladie-guérison; douleur-soulagement.
- Persistance : maladie chronique, traitement à vie.
- Ordre : virus sensible, virus résistant (plus méchant, plus agressif).

Il existe des tests et des moyens simples (pastilles de couleurs, boules de pâte à modeler) pour évaluer si l'enfant a atteint ce stade de maturation, qui permet d'entamer le processus d'annonce du diagnostic. En cas de doute, demander un avis spécialisé.

Le processus d'annonce :

Si les acquis cognitifs sont présents, le processus d'annonce peut débuter en consultation. L'enfant est désormais capable de comprendre qu'il souffre d'une maladie chronique, liée à un virus (ou microbe, parasite, petit animal) qu'il faut faire dormir avec les médicaments.

À chaque consultation, les événements cliniques ou les résultats biologiques peuvent être partagés avec l'enfant à la lumière de ce concept (ou d'un autre, imaginé avec l'enfant) de maladie chronique. Il faut partir des représentations de l'enfant et de ce qu'il a compris pour lui expliquer ce qui se passe dans son corps.

Le moment de l'annonce de l'infection par le VIH doit être déterminé en fonction de cette compréhension progressive de la maladie, mais aussi du contexte familial (parents malades, décédés) et des connaissances de l'enfant sur le VIH (qui peuvent être délivrées dans des groupes de parole thématiques dans l'association).

Cette annonce devra être réalisée avant l'adolescence, par le médecin ou une autre personne qui connaît bien l'enfant.

L'avancée de ce processus (ce que l'enfant sait exactement sur sa maladie) doit être clairement notée dans son dossier.

La tolérance, l'observance et la compréhension des traitements (CTX, TARV s'il est en place) :

L'enfant de 7 à 11 ans est capable de participer à la prise de son traitement, s'il est impliqué dans la compréhension de sa maladie, si on l'inclut dans le projet thérapeutique.

Mais il reste dépendant de l'implication du parent (respect des rendez-vous de consultation, réalisation des bilans biologiques) et des possibilités de la famille (accès à une nourriture équilibrée en quantité suffisante).

En cas de mauvaise observance, il faut déterminer si la responsabilité incombe plutôt à l'enfant ou à l'adulte. Si on prend le temps d'expliquer à l'enfant sa maladie, on observe souvent une amélioration de l'acceptation des traitements. Les progrès sont parfois constatés uniquement lorsque l'annonce du VIH a été réalisée. Si la mauvaise observance est en rapport avec un adulte peu motivé (ou trop âgé), il faudra, après avoir repris avec lui les enjeux d'une bonne observance, le référer vers des conseillers psychosociaux. En l'absence d'amélioration, la recherche d'un autre adulte référent (grand frère ou grande sœur, par exemple) pour l'enfant s'impose.

Indication d'un TARV :

Les indications d'un TARV sont proches de celles des adultes. A cet âge, on se base sur le stade clinique et le comptage des CD4 en chiffres absolus (limites identiques à celles des adultes).

La mise sous ARV est un événement important pour l'enfant, qui devra être impliqué dans cette décision.

Un évaluation immunologique (mesure du taux de CD4) sera réalisée entre 3 et 6 mois après le début du traitement, puis tous les 6 mois. La charge virale, si elle est disponible, sera réalisée tous les 6 à 12 mois.

La scolarité, les mécanismes de soutien socio-familiaux :

En dehors de la scolarisation, évidemment souhaitable pour tous les enfants, il est important de pouvoir proposer à l'enfant de participer régulièrement à des groupes thématiques avec d'autres enfants infectés. Il sera orienté en fonction de son âge, de la connaissance ou non de sa maladie. Ces rencontres lui permettront d'acquérir des connaissances sur la santé et le VIH et favoriseront le processus d'annonce. Une fois l'annonce faite, ces groupes thématiques pourront aider à renforcer l'observance au traitement et l'adhérence au projet thérapeutique.

Prescrire et planifier

Le suivi médical :

- **Traiter un problème médical aigu éventuel, en lien ou pas avec l'infection par le VIH.**
- **Renouveler la prescription du TARV en cours pour un à deux mois et renforcer le soutien à l'observance (ou débiter le TARV si indication clinique ou immunologique) :**
Adapter les doses à la prise de poids (Se référer aux "tables de posologie ARV" Grandir).

La plupart des molécules changent de posologies à 20 kg et à 25 kg (dose adulte au delà de 25 kg pour AZT, 3TC, ABC, D4T, et NVP), et continuent de changer au-delà de 30 kg (EFV, Lop/r).

Les comprimés sont préférés aux sirops à cet âge, sauf indication très particulière (lésion bucco-pharyngée aiguë tel qu'un herpès sévère par exemple).

• **Prescrire les examens complémentaires :**

- Bilan biologique en fonction de la clinique et du traitement ;
- Comptage des CD4 tous les 6 mois ;
- Charge virale, si disponible, tous les 6 à 12 mois.

Le suivi nutritionnel :

• **Maintenir un suivi nutritionnel, voire un appui :**

Si la croissance est correcte, féliciter la famille et renforcer les conseils sur la nécessité d'une alimentation diversifiée et enrichie.

Si la croissance est médiocre, rechercher une cause nutritionnelle ou médicale.

Orienter vers des activités de conseils (ateliers culinaires) et des services d'appui sociaux.

En l'absence de cause nutritionnelle, envisager une tuberculose ou un échappement thérapeutique. Pour les enfants non traités par ARV, la survenue d'une malnutrition est une indication au TARV.

Le suivi général et les mesures prophylactiques :

• **Discuter la poursuite de la prophylaxie au cotrimoxazole :**

(Se référer à la Fiche Pratique Grandir n°3 "La prophylaxie au cotrimoxazole").

Si les CD4 sont < 350/mm³ :

10 ml (2 cuillères à café) de la suspension à 240 mg/5 ml

ou

1 cp (cp à 400/80 mg) ou 2 cp si poids < 30 kg en dose unique journalière.

Arrêt du cotrimoxazole si CD4 > 350/mm³ sur 2 examens à 6 mois d'intervalle.

• **Prescrire les traitements préventifs :**

Tous les 6 mois (noter la date dans le dossier) :

– Vermifuge : Mebendazole x 3 jours ou dose unique d'Albendazole

Tous les 12 mois, dans les zones concernées par la bilharziose – schistosomiase :

– une dose unique 40 mg/kg de Praziquantel.

• **Rattraper le schéma vaccinal** si besoin chez les enfants nouvellement suivis qui n'ont pas été vaccinés dans la petite enfance.

• **Renforcer les messages de prévention sur l'hygiène**, la prévention du paludisme et de la tuberculose.

Discuter un traitement préventif par isoniazide (INH) (10 mg/kg/jour) pour 6 mois, en cas d'indication. (Se référer au chapitre I – 7.1. "Le traitement préventif de la tuberculose").

Le suivi psychologique et social :

- **Toujours se préoccuper de la santé physique et psychique de la mère ou du parent qui accompagne l'enfant.**
- **Orienter dans la mesure du possible vers les structures communautaires, associatives et les services qui peuvent soutenir le parent.**
- **Impliquer l'enfant dans sa prise en charge**, établir avec lui (et son parent) une alliance thérapeutique, déterminer des objectifs :

A l'issue de la consultation, il peut être utile de faire le point avec l'enfant sur ce qu'il a compris de la situation, d'établir des objectifs en termes de prise de médicaments, d'alimentation. Des supports visuels (boîte à images, schémas) sont une aide souvent précieuse pour faire passer les messages.

On peut lui proposer de participer à des groupes thématiques, de voir un psychologue (si un processus de deuil est en cours, par exemple) ou un conseiller (si une médiation familiale paraît nécessaire). Des visites au domicile peuvent aussi être proposées.

Planifier la prochaine consultation :

- Pour les enfants sous cotrimoxazole seul, prévoir un RDV 3 mois plus tard, en l'absence de complication.
- Pour les enfants sous TARV, prévoir un RDV 1 ou 2 mois plus tard (selon la qualité de l'observance de la famille et de l'éloignement du centre).

Le RDV sera avancé en cas de mauvaise prise pondérale, de besoin de renforcement éducatif quant au TARV ou à la nutrition, ou en cas d'IO intercurrente nécessitant un contrôle rapproché.



12. Consultation après 11 ans

Repères : puberté, sexualité, construction de l'identité, reprise de l'annonce de la séropositivité, alliance thérapeutique, soutien à l'adhésion au traitement, projet de vie.

Recueillir l'histoire

- Noter les événements (médicaux, familiaux, sociaux) depuis la dernière consultation : hospitalisation, altération de l'état de santé des adultes qui entourent l'adolescent, difficultés sociales. Pour les adolescents en suivi régulier, l'annonce du diagnostic doit déjà avoir été faite.
- Faire préciser si le lieu de vie a changé, si l'adolescent vit toujours en famille.
- Se renseigner sur la scolarisation (résultats scolaires, difficultés d'apprentissage) ou l'apprentissage technique, pour les plus âgés.
- Interroger sur l'alimentation : nombre de repas par jour, alimentation diversifiée ou pas, troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie) éventuels, prise d'alcool.
- Interroger sur la tolérance au cotrimoxazole et au TARV s'il a été débuté, la régularité des prises, les difficultés de prise des traitements éventuelles.

Toutes ces questions doivent être posées à l'adulte et à l'adolescent. Il est parfois utile de voir l'adolescent hors de la présence de l'adulte, en particulier si des conflits existent, notamment sur l'observance des traitements. A l'inverse, si l'adolescent vient systématiquement seul aux consultations, il peut être indispensable de lui demander de venir avec un adulte de confiance de son entourage pour mettre en place un cadre au quotidien.

Si l'enfant est vu pour la première fois après 11 ans :

Plus que les ATCD très anciens, c'est l'histoire médicale qu'il faudra détailler : type de contamination, suivi antérieur ou pas, annonce du diagnostic déjà réalisée (par qui, dans quelles conditions ?), événements pathologiques notables (hospitalisations), traitements antérieurs, troubles du comportement.

Si l'adolescent ne connaît pas son diagnostic, s'interroger avec l'adulte, en dehors de sa présence, sur la stratégie d'annonce à mettre en place.

Examiner

- Prendre les constantes anthropométriques : poids, taille.
- Examiner cliniquement l'adolescent (examen clinique complet), en étant attentif à sa pudeur.
- Évaluer le stade pubertaire : un retard pubertaire est souvent observé chez les adolescents infectés par le VIH.

Évaluer

La croissance staturo-pondérale :

Après 10 ans, il n'existe plus de courbe P/A de référence de l'OMS.

L'évaluation de l'état nutritionnel peut être réalisée par le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC ou BMI en anglais), pour lequel il existe des normes. Attention, elles varient avec l'âge chez l'enfant et l'adolescent. Certains sites permettent un calcul automatique et comparent le résultat aux normes.

<http://www.imc.fr/imc-enfant-adolescent.htm>

On s'attend, au moment de la poussée pubertaire à une croissance rapide en taille et en poids pendant quelques mois, puis à un arrêt progressif.

Le développement cognitif : pensée opératoire formelle (non intuitive)

[Se référer au chapitre III – 1.4. "Le stade opératoire formel"].

L'adolescent acquiert progressivement la pensée abstraite. Il peut construire des hypothèses et faire des expériences (stade d'opération formelle). Le langage est utilisé pour manipuler des idées.

Progressivement, le langage et les arguments utilisés en consultation pourront être les mêmes que ceux utilisés chez l'adulte, car l'adolescent est en mesure de les comprendre.

La connaissance de son infection :

Idéalement, l'annonce de l'infection par le VIH a été faite entre 7 et 11 ans. Grâce à l'acquisition de la pensée abstraite, le concept de chronicité et de traitement à vie est mis en perspective par l'adolescent : il peut replacer ces notions dans son projet de vie, d'avenir.

Il faut donc reprendre l'annonce pendant l'adolescence, éventuellement plusieurs fois.

Le stade pubertaire et le rapport à la sexualité :

Même s'il existe fréquemment un retard pubertaire, de plus en plus d'adolescents infectés sont confrontés aux difficultés de l'entrée dans la sexualité. [Se référer au chapitre III – 4.3. "La sexualité"].

Cet aspect peut être abordé en consultation, par le biais de la contraception ou de démonstration d'utilisation du préservatif.

L'adolescent peut aussi être orienté vers un psychologue pour un suivi individuel ou vers un groupe de parole, dans lequel le thème peut être abordé entre adolescents infectés, au mieux en séparant les filles des garçons.

L'observance au TARV

L'adolescence est une période difficile pour l'observance au traitement. [Se référer au chapitre III – 4.4. "Le soutien à l'adhésion au traitement à l'adolescence"]. Les prises irrégulières de comprimés, les arrêts volontaires de traitement, voire les arrêts de suivi sont fréquents et peuvent entraîner un malaise entre l'adolescent (en rébellion) et les équipes.

La meilleure démarche est de constater ensemble, sans juger et avec empathie, que l'observance est devenue insuffisante, et de chercher la cause (ou les causes) de cette rupture du contrat thérapeutique : annonce tardive du diagnostic (pouvant engendrer de la colère contre les adultes), parent (ou ami) décédé du sida alors qu'il était sous traitement, appartenance et identification à un groupe d'adolescents non infectés, moyen de pression sur les adultes avec lesquels il est en conflit pour obtenir plus d'autonomie, conduite à risque...

Il est ensuite possible de proposer un accompagnement, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire : soutien psychologique individuel, intégration d'un groupe de parole d'adolescents infectés, accompagnement par un pair éducateur observant, tout en proposant, au niveau médical, des adaptations du traitement – dans la limite du raisonnable – afin de faciliter la prise des médicaments à l'adolescent.

Les mécanismes de soutien socio-familiaux :

A l'adolescence, la famille perd de son importance. L'adolescent va construire sa propre identité. Il aime faire partie d'un groupe, pouvoir s'identifier aux autres membres. Les groupes de pairs sont très importants dans cette tranche d'âge et peuvent avoir une vertu thérapeutique dans certains cas.

Dans le même temps, la famille reste un soutien indispensable, à la fois sur le plan matériel et en tant que cadre de référence pour l'adolescent.

L'autonomie progressive par rapport à la famille est normale et souhaitable, mais pas la rupture.

Or, cette rupture peut être le fait de l'adolescent, mais aussi le fait des tuteurs (chez les orphelins), qui peuvent considérer cet adolescent suffisamment grand pour se débrouiller.

Le suivi socio-familial est important, de même que la possibilité de réaliser des médiations familiales.

Prescrire et planifier

Le suivi médical :

- **Traiter un problème médical aigu éventuel, en lien ou pas avec l'infection par le VIH.**
- **Renouveler la prescription du TARV en cours pour un à deux mois et renforcer le soutien à l'observance (ou débiter le TARV si indication clinique ou immunologique) :**
Adapter les doses à la prise de poids (Se référer aux "tables de posologie ARV" Grandir).

La plupart des molécules sont prescrites à des posologies adultes au delà de 25 kg (AZT, 3TC, ABC, D4T, et NVP), seules certaines (EFV, Lop/r au-delà de 30 kg et ddl au-delà de 60 kg) changent encore ensuite.

En raison du risque élevé de mauvaise observance ou d'abandon thérapeutique, le soignant devra maintenir une relation de confiance avec l'adolescent. Si la relation devient conflictuelle, il faudra parfois passer la main à un autre soignant (et orienter vers les activités déjà citées). En cas de rupture totale (refus de venir en consultation et refus de prendre les traitements), le soignant doit signifier son désaccord mais rester disponible si l'adolescent change d'avis. Des relances régulières (SMS, appels téléphoniques, médiation par un tiers) permettent parfois de rattraper certains cas difficiles.

- **Prescrire les examens complémentaires :**
 - Bilan biologique en fonction de la clinique et du traitement ;
 - Comptage des CD4 tous les 6 mois ;
 - Charge virale, si disponible, tous les 6 à 12 mois.

Le suivi nutritionnel :

Orienter vers les programmes d'appui nutritionnel, en particulier si les conditions sociales sont dégradées (adolescent chef de famille, orphelin isolé), ou s'il existe un IMC abaissé.

Le suivi général et les mesures prophylactiques :

- **Renforcer les messages préventifs :**
Les messages préventifs seront adaptés à l'adolescent.
Aux rappels sur l'intérêt d'utiliser des moustiquaires imprégnées, de bien manger et régulièrement, on abordera les sujets tels que les risques de l'alcool, du tabac et autres toxiques.
La contraception et l'utilisation des préservatifs doivent aussi être discutées dès que l'adolescent est pubère et manifeste des interrogations sur la sexualité. En l'absence de questions de la part de l'adolescent, il faut aborder les généralités sur ce thème et lui proposer d'en reparler lorsqu'il sera prêt
- **Discuter la prophylaxie au cotrimoxazole :**
1 cp (cp à 400/80 mg) en dose unique journalière (2 cp / j > 30 kg ou > 14 ans).
Arrêt si CD4 constamment > 350 à 6 mois d'intervalle.

- **Vaccinations :** proposer si possible une vaccination contre diphtérie, tétanos, polio et hépatite B à tous les adolescents garçons et filles. Et une vaccination contre la rubéole, spécifiquement pour les adolescentes.

Le suivi psychologique et social :

- **Reprendre l'annonce du diagnostic :**
Cette démarche a lieu en première intention en consultation.

La reprise de l'annonce doit être faite régulièrement, en abordant avec l'adolescent sa scolarité, ses projets d'avenir. Ce dialogue permet d'évaluer le degré d'acceptation de la maladie par l'adolescent, le caractère adapté de ses projets. Les adolescents se posent souvent des questions sur leurs perspectives, leurs possibilités de fonder un foyer, d'avoir des enfants. Sans mentir, ni banaliser la sévérité de leur maladie, le soignant doit apporter un message d'espoir raisonnable. Ces échanges peuvent avoir lieu en dehors de la présence du parent si c'est le souhait de l'adolescent.

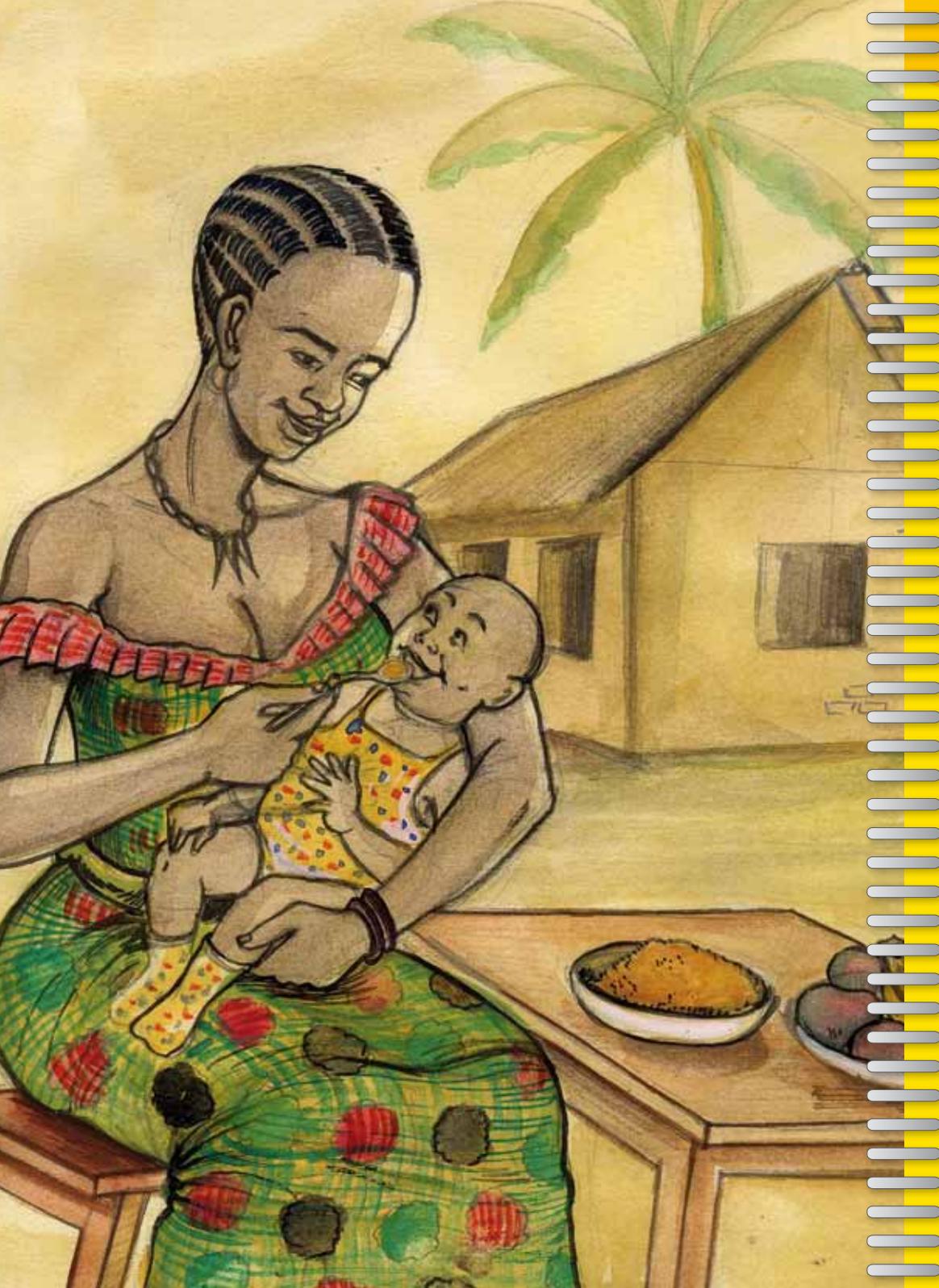
- **Si l'annonce n'a pas été faite jusqu'ici, il faut initier rapidement le processus :**
Deux situations peuvent se présenter : l'adolescent est connu du service, sous traitement, mais le parent refusait jusqu'ici cette démarche. Il est urgent de convaincre l'adulte du risque d'une annonce tardive (refus du diagnostic, des traitements, réactions de colère marquée envers les adultes...).

Dans d'autres cas, la séropositivité est découverte devant une infection opportuniste et, en plus de l'annonce, il faut débiter rapidement un TARV.

Dans la plupart des cas, il est utile, plus encore que pour l'enfant, de s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire et de pouvoir proposer des activités de soutien aux adolescents.

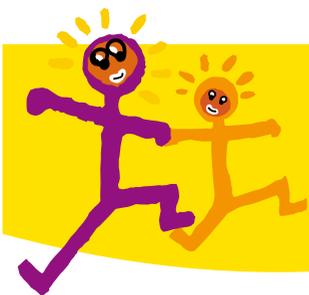
- **Orienter l'adolescent vers des activités de groupe :**
Le groupe de parole a déjà été cité. C'est un espace de liberté de parole, qui permet à l'adolescent d'intégrer un groupe avec une identification possible à ses pairs.
Des activités éducatives et récréatives, telles que les week-ends thérapeutiques, les activités sportives, ou les séjours de vacances peuvent améliorer l'acceptation de la maladie et l'observance chez certains.
- **Suivi psychologique individualisé :**
Le suivi psychologique individuel sera proposé aux adolescents ayant des troubles de l'humeur (dépression), du comportement ou vivant des deuils pathologiques.
- **Les médiations familiales,** en particulier chez les adolescents maltraités ou en ruptures, sont souvent utiles.

Planifier la consultation suivante et organiser les contacts vers les autres suivis proposés à l'adolescent. Savoir rester souple par rapport au rythme et aux horaires des consultations. En particulier l'absentéisme répété à l'école peut être mal vécu par certains qui craignent la stigmatisation et les rendez-vous doivent tenir compte des impératifs des adolescents.



FICHES PRATIQUES

1. Les fiches pratiques Grandir	194
2a. L'annonce de diagnostic d'infection à VIH à l'enfant Pourquoi est-ce important ?	197
2b. L'annonce de diagnostic d'infection à VIH à l'enfant Qui, quand, comment ?	200
3. La prophylaxie au Cotrimoxazole (CTX)	203
4. Paludisme et VIH	207
5. Les cellules CD4 de l'enfant	209
6. L'amimentation du nourrisson né de mère infectée par le VIH	213
7. Le choix du mode d'alimentation du nourrisson	217
8. L'allaitement maternel	221
9a. Diagnostic biologique de l'infection par le VIH avant 18 mois	225
9b. Diagnostic clinique de l'infection par le VIH avant 18 mois	229
10. Le passage des adolescents en service adulte	233
11. Les vaccinations de l'enfant dans le contexte du VIH	237
12. Le deuil d'un parent décédé du SIDA	240
13. Introduction de l'alimentation complémentaire	244
14. La malnutrition chez l'enfant infecté par le VIH	250
15. Le local de la pharmacie	254
16. A la pharmacie : gestion de stocks de médicaments pédiatriques	258
17. Memory Box	264
18. A la pharmacie : dispensation des médicaments pédiatriques	268
19. La douleur de l'enfant	274
20. La diarrhée aiguë	280
21. La malnutrition aiguë sévère chez l'enfant infecté par le VIH	258



Les fiches pratiques Grandir

Présentation, objectifs, public !

Les fiches pratiques Grandir sont destinées aux membres associatifs, aux médecins et au personnel paramédical travaillant dans la lutte contre le sida en Afrique. Présentées de manière synthétique et ludique, elles apportent des éléments de réponses à leurs principales interrogations concernant la prévention et la prise en charge de l'infection à VIH chez l'enfant.

Objectif

Les fiches pratiques Grandir ont pour objectif de **donner des réponses concrètes aux questions** que se posent les professionnels impliqués dans **la prévention et la prise en charge du VIH chez l'enfant**.

A qui s'adressent-elles ?

Elles sont en particulier destinées aux acteurs de santé qui ne sont pas des spécialistes de l'infection à VIH chez l'enfant mais qui pour autant interviennent régulièrement de près ou de loin dans ce domaine. Citons pour exemple le personnel médical et psychosocial travaillant dans des unités de prise en charge familiale du VIH (médecins généralistes, infirmiers, aide-soignants, personnel paramédical, pharmaciens, médiateurs de santé, psychologues, conseillers, etc.).

A quoi ressemblent-elles ?

Couleur et thèmes :

Chaque fiche est associée à l'un des sept thèmes présentés ci-contre. Un code couleur existe pour chaque thème, facilitant ainsi l'identification et le classement des fiches.

 **Généralités**

 **Prise en charge médicale**

 **Diagnostic et dépistage**

 **Traitement ARV**

 **Nutrition**

 **Transmission mère-enfant**

 **Counselling
et soutien psychologique**

Niveaux de difficulté :

Des étoiles représentent le niveau de difficulté des fiches :

* 1 étoile : niveau facile / je découvre / pour tous

** 2 étoiles : niveau moyen / j'apprends / pour les initiés

*** 3 étoiles : niveau difficile / j'approfondis / pour les spécialistes

Composition :

Les fiches sont composées des éléments suivants :

- Un titre.
- Un sous-titre.
- Un thème.
- Un numéro unique.
- Des étoiles indiquant le niveau de difficulté.
- Le cas d'étude.
- Un exposé sur le thème.
- La réponse au cas d'étude.
- Une rubrique "A retenir".
- Une rubrique "Pour en savoir plus".

Comment les utiliser ?

Une problématique donnée :

La problématique abordée par chaque fiche est résumée dans son titre.

Comprendre le cas d'étude :

Chaque fiche propose un cas d'étude, parfois réel, qui décrit une situation et un problème donnés. Il permet de repérer les indices et les mots-clés qui faciliteront ensuite la compréhension des éléments de réponse développés dans la fiche.

Des réponses simples mais précises :

Les éléments de réponse à la problématique sont exposés en plusieurs temps. Si nécessaire, des rappels théoriques sont donnés en première partie. Puis les aspects pratiques, accompagnés de schémas, tableaux ou dessins, sont développés d'une manière simple et précise et donnent une réponse générale au problème donné. Enfin, grâce à ces nouveaux éléments, une réponse spécifique est proposée pour le cas d'étude.

Retenir l'essentiel :

La rubrique "A retenir" reprend les informations les plus importantes qui ont été développées dans la fiche. Retenir ces informations ne dispense pas de lire chaque fiche dans son ensemble : il faut également bien comprendre les subtilités des informations données !

Trucs et astuces

Un numéro unique qui peut être utile !

Chaque fiche comporte un numéro unique qui permet si nécessaire de repérer une fiche manquante. Ce numéro est inscrit dans l'en-tête de la fiche.

Les ranger, pour mieux les retrouver !

Les fiches, une fois imprimées, peuvent être placées dans un classeur et ordonnées selon leur thème. Elles sont ainsi consultables à tout moment et leur usage peut être partagé par un grand nombre d'utilisateurs !

A savoir

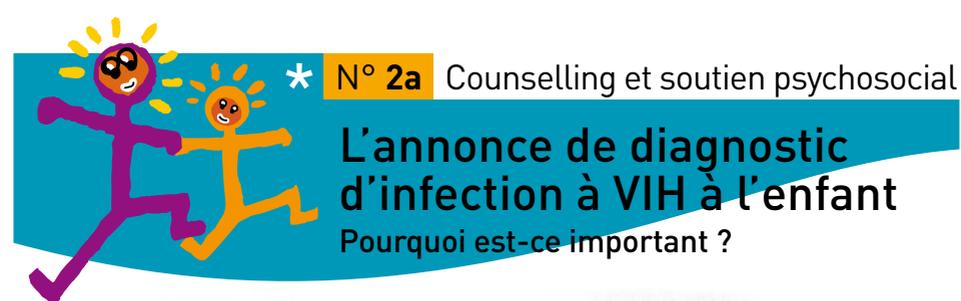
Les fiches pratiques sont rédigées par l'équipe Grandir. Un comité d'experts les valide avant publication. Ce comité est composé de professionnels de santé, d'universitaires et de responsables associatifs africains et français qui travaillent dans la lutte contre le VIH/Sida en Afrique. Ce travail est le fruit d'une collaboration entre Sidaction et Initiative Développement, deux associations françaises menant des actions de lutte contre le VIH/Sida, notamment en Afrique.

A retenir

- Les fiches pratiques Grandir s'adressent à tous les acteurs de la lutte contre le sida en Afrique.
- Elles apportent des réponses adaptées pour une meilleure prise en charge des enfants infectés ou exposés au VIH.
- Disponibles en français et en anglais, elles seront votre assistant de tous les jours !
- Le programme Grandir est le fruit de la collaboration entre Sidaction et Initiative Développement.

Nota bene

→ Le format des fiches pratiques a été modifié pour s'accorder au format du guide. Certaines parties ont donc été raccourcies. Le contenu reste toutefois inchangé. Pour plus d'informations, merci de vous référer au site Internet de Grandir www.grandir.sidaction.org



Cas d'étude

Ali, 9 ans, séropositif au VIH, n'a jamais été informé de la nature de sa maladie. Depuis quelques semaines, Ali vous demande pourquoi il doit prendre tous les jours du cotrimoxazole et venir régulièrement en consultation.

Mais sa mère refuse qu'il soit informé de sa séropositivité. Que faire ?

Les bénéfices du dialogue avec l'enfant

Il est fréquent et naturel qu'un enfant infecté par le VIH à qui on n'a jamais révélé son statut sérologique, se sente différent et se pose des questions sur sa maladie, dont il ne connaît pas le nom exact. L'enfant cherche alors ses propres explications, des explications parfois fallacieuses et dévalorisantes. Tenir informé l'enfant de sa maladie et de son traitement, c'est donc répondre avec transparence à des **questionnements** qui peuvent le perturber.

Le poids des secrets autour du VIH, dans la cellule familiale, est souvent ressenti par l'enfant. Annoncer permet de partager ce secret avec lui et de lui témoigner ainsi de la confiance. Par ailleurs, le secret absolu est rarement possible. Des voisins, des membres de la famille, des collègues peuvent répandre des rumeurs qui reviennent aux oreilles de l'enfant. Celui-ci peut alors reprocher à ses parents de lui avoir caché la vérité. Il est préférable que l'enfant l'apprenne de la bouche de ses parents les plus proches.

Il est possible, surtout à l'adolescence, qu'un enfant infecté par le VIH à qui l'on cache la nature de sa maladie, se désinvestisse sur le plan social (ex : baisse du rendement scolaire), ou néglige son traitement médical. Une mauvaise **observance du traitement antirétroviral** peut constituer un signal que l'enfant est en quête de vérité.

Des parents souvent réticents

Les parents, souvent eux-mêmes très affectés par leur propre vécu avec le VIH, et confrontés au poids du secret dans la famille, ont parfois de fortes réticences à révéler à leur enfant qu'il est infecté par le VIH. Elles reposent sur :

- **La peur d'aggraver l'état psychologique de leur enfant ?**

Réponse : Mettre des mots sur la souffrance de l'enfant lui permettra au contraire de mieux la surmonter.

- **Le sentiment de culpabilité ?**

Réponse : Si l'enfant est infecté par le VIH, ce n'est pas la "faute" des parents.

- **La peur que l'enfant ne puisse pas garder le secret de l'infection à VIH ?**

Réponse : Les enfants comprennent l'intérêt de garder des secrets, si on leur en explique l'importance.

- **La peur que l'enfant leur demande d'expliquer comment eux-mêmes ont été infectés par le VIH ?**

Réponse : En réalité les enfants posent rarement de telles questions. Et il est acceptable que les parents ne partagent pas avec leurs enfants l'origine de leur contamination, car cela relève de leur propre intimité.

Pour éviter que les parents projettent sur leur enfant les souffrances qu'ils ont eux-mêmes vécues, certains psychologues recommandent de demander préalablement aux parents d'exprimer leur propre vécu avec le VIH, et notamment leurs réactions au moment où ils ont appris qu'ils étaient infectés par le virus du sida.

Surtout, il est important d'évaluer si le VIH/Sida est un sujet tabou ou non au sein de la famille. Si l'infection par le VIH est un secret peu ou pas du tout partagé par les adultes de la famille, les réticences des parents à dialoguer avec l'enfant de sa maladie seront en général beaucoup plus fortes.

On pourra enfin proposer aux parents de rencontrer d'autres parents qui sont parvenus à surmonter leurs réticences et à révéler à leur enfant sa séropositivité au VIH.

Révéler ou ne pas révéler : arguments croisés

Pourquoi ne veut-on pas révéler son statut à l'enfant ?	Pourquoi est-il important de révéler son statut à l'enfant ?
"Il n'est pas approprié pour les enfants d'en savoir plus sur les maladies ou les risques de décès. Les enfants ne sont pas capables de comprendre des choses difficiles et n'en ont pas conscience."	Quand les choses ne vont pas bien, les enfants le ressentent. Les enfants font d'eux-mêmes un lien entre les faits et sont en mesure d'appréhender la maladie.
"Les enfants méritent d'être heureux. Ne les accablons pas de nouvelles tristes et inquiétantes."	Les enfants ne sont pas toujours heureux et insouciant. Ne pas reconnaître leur peine et leur anxiété peut contribuer à les accentuer.
"N'attirez pas l'attention des enfants sur leurs médicaments ou sur leurs symptômes. Ne leur faites pas croire qu'il y a quelque chose qui ne va pas chez eux ou dans leur famille."	Les enfants qui ne se sentent pas bien ou qui prennent des médicaments perçoivent que quelque chose ne va pas. Ils peuvent en arriver à développer des idées erronées et nuisibles qui les font souffrir.
"Parler du VIH aux enfants nécessitera d'évoquer également la maladie de leurs parents. Parler aux enfants oblige toujours les parents à affronter leurs propres sentiments de honte, de culpabilité et d'impuissance."	Les enfants n'ont pas besoin de tout savoir. Les enfants peuvent respecter les règles et les limites fixées par leurs parents. Elles rassurent en général les enfants.

Extrait de : Révéler le diagnostic : Parler aux enfants du VIH (matériel de formation du programme ICAP/MTCT-Plus)

Ali : un enfant qui souhaite en savoir plus

La mère d'Ali, comme de nombreux parents, ne veut pas parler à son enfant du VIH. Ali manifeste pourtant le souhait d'en savoir plus et de rompre le silence. Il est important et relativement urgent de lui expliquer pourquoi il a besoin de prendre ses médicaments, afin d'éviter qu'il ne les rejette. Les bénéfices d'un dialogue sur le VIH avec Ali doivent être présentés à sa mère. Pour surmonter ses appréhensions, il est recommandé de discuter avec elle de son propre vécu avec le VIH, tant au niveau personnel que familial (voir fiche pratique "l'annonce de diagnostic à l'enfant : qui, quand, comment ?").

A retenir

- A partir d'un certain âge, les enfants ressentent souvent, sans toujours l'exprimer, le besoin d'en savoir plus sur leur maladie.
- Les bénéfices de l'annonce de diagnostic d'infection à VIH à l'enfant doivent être exposés aux parents.
- Les réticences des parents peuvent être surmontées en leur demandant d'exprimer leur propre vécu avec le VIH.





L'annonce de diagnostic d'infection à VIH à l'enfant

Qui, quand, comment ?



Cas d'étude

Ali, 9 ans, séropositif au VIH, n'a jamais été informé de la nature de sa maladie. Depuis quelques semaines, Ali vous demande pourquoi il doit prendre tous les jours du cotrimoxazole et venir régulièrement en consultation. La maman d'Ali se sent prête à annoncer elle-même à son fils qu'il est infecté par le VIH mais elle sollicite votre aide pour trouver les mots justes. Le père d'Ali, que vous n'avez jamais rencontré, n'est pas au courant de cette initiative.

Qui doit annoncer ?

Le plus souvent, dans les familles affectées par le VIH, l'évocation du VIH/Sida par les membres de la famille est difficile et douloureuse. L'infection à VIH des parents et de l'enfant constitue parfois un tabou, voire un secret. Les parents doivent être conseillés pour leur permettre d'engager un dialogue sur la maladie avec leur enfant. **Le rôle des soignants consiste d'abord à accompagner les parents dans l'entame du processus d'annonce**, sans toutefois se substituer à eux. Si les parents se sentent désarmés, les professionnels de santé et les accompagnateurs, avec leur accord, peuvent initier les premiers échanges avec l'enfant.

Le père de l'enfant, et pas seulement sa mère, doit si possible être impliqué dans le processus d'annonce. Sa présence, aux côtés de la mère, rassurera l'enfant sur le fait que la famille est unie pour faire face à la maladie de l'enfant.

Quand et comment ?

Il est important que l'annonce soit préparée et qu'elle prenne la forme d'un véritable échange. Les parents doivent être sensibilisés sur le fait qu'il est préférable d'initier le dialogue avec leur enfant sur sa maladie dès son plus jeune âge. L'annonce brutale, sous le coup de la colère ou lors d'une dispute entre les parents, est à proscrire.

L'état de santé des parents au moment de l'annonce est très important. Il faut éviter de démarrer ce processus en étant très malade.

Les questions de l'enfant sur sa maladie ou ses soins constituent une opportunité pour dialoguer avec lui.

Mais il faut savoir être à l'écoute du langage propre à l'enfant car ses interrogations ne sont pas toujours explicites. Avant même que l'enfant ne pose des questions, les parents et les professionnels de santé peuvent l'amener à se livrer sur son vécu de la maladie. On peut par exemple demander aux plus jeunes de représenter par des dessins leur vie quotidienne ou leurs visites au centre de santé. Commenter les dessins avec l'enfant permet alors de démarrer la conversation, en partant de ce qu'exprime l'enfant.

Les informations apportées par les parents ou les conseillers doivent être adaptées à l'âge et au niveau de **maturité** de l'enfant. Généralement :

- dès le plus jeune âge et jusqu'à 10-11 ans, on insistera, en des termes imagés, sur les défenses immunitaires qu'il faut renforcer.
- à partir de 11-12 ans, l'enfant ressentira certainement le besoin de connaître le nom de sa maladie. Il sera important d'explicitier avec des mots simples les notions de séropositivité, de VIH et de Sida en mettant en évidence les bénéfices du traitement antirétroviral.
- à partir de 13 ans environ, il est recommandé de sensibiliser clairement sur les questions de sexualité.

Les professionnels de santé doivent adopter une **attitude sereine et réconfortante** à chacune de ces occasions. Cela rassure l'enfant et le conforte dans l'idée qu'il pourra vivre comme tout le monde, avoir des projets et fonder une famille, grâce aux traitements et avec le soutien de ses proches. Il est primordial que la **confidentialité** soit garantie sur le lieu choisi pour procéder à l'annonce (au domicile ou au centre de santé).

L'annonce de diagnostic à l'enfant constitue donc, dans l'idéal, un **processus évolutif**, qui peut commencer tôt, chez le jeune enfant, par la divulgation d'informations partielles, sans nécessairement révéler les mots "VIH" et "Sida". Ceux-ci pourront être clairement explicités plus tard, en fonction de la maturité de l'enfant.

Et après ?

Après que les mots "VIH" et "Sida" ont été prononcés, **un suivi** est indispensable. Les enfants acceptent en général cette annonce plus facilement qu'on ne le craignait. Certains sont cependant angoissés par cette annonce et un suivi psychologique régulier est requis pour qu'ils puissent exprimer leurs inquiétudes.

Les parents, l'enfant, mais aussi les professionnels de santé, se sentent le plus souvent soulagés par l'annonce. Mais il faut continuer à échanger régulièrement avec l'enfant sur son vécu. L'enfant n'intégrera que petit à petit toutes les conséquences de son infection par le VIH et il est essentiel de répondre régulièrement à ses nouvelles interrogations, en particulier sur les possibilités de mariage, de vie familiale et de conception. L'intégration de l'enfant, sur une base volontaire, à **un groupe d'adolescents vivant avec le VIH**, peut être bénéfique pour qu'il puisse échanger avec d'autres jeunes dans la même situation.

Faciliter le dialogue entre Ali et sa mère

Le poids du secret dans la famille doit être évalué par le conseiller avant d'essayer d'impliquer le père d'Ali dans le processus d'annonce. On recevra ensuite ensemble la mère et le père d'Ali pour les encourager à entamer un dialogue avec leur fils sur sa maladie. On peut les y préparer en leur rappelant qu'il est préférable d'adopter une attitude aussi sereine que possible. Ils pourront saisir l'opportunité des questions d'Ali pour lui expliquer, en des termes adaptés à son âge, que ses défenses contre les microbes sont affaiblies et que ses médicaments lui permettent de les renforcer (ex : "les petits soldats, dans ton sang, qui combattent les microbes, sont affaiblis ; tes médicaments leur donnent de nouveaux boucliers").

Dans les mois qui suivront, le psychologue du centre s'entretiendra régulièrement avec Ali et avec ses parents, séparément aussi bien qu'ensemble, pour poursuivre le dialogue. Vers l'âge de 11-12 ans, si Ali n'a pas demandé qu'on lui nomme clairement sa maladie, on lui demandera s'il souhaite en savoir le nom scientifique. Ses parents, en présence éventuellement du médecin traitant, lui expliqueront alors qu'il est porteur du VIH et le médecin insistera sur l'efficacité des moyens thérapeutiques pour contenir le VIH.

A retenir

- L'annonce à l'enfant est un processus qui se prépare en prenant en considération son âge et sa maturité.
- Il est important d'encourager l'enfant à exprimer les questions qu'il se pose sur sa maladie.
- Une attitude sereine, positive et réconfortante est recommandée au moment de l'annonce, faite de préférence par les parents, avec le soutien des soignants.
- L'annonce de diagnostic d'infection à VIH proprement dite n'est qu'une étape d'un dialogue évolutif avec l'enfant.
- Après l'annonce, l'enfant et ses parents devraient être invités à rejoindre un groupe de parole.





*** N° 3 Prise en charge médicale

La prophylaxie au Cotrimoxazole (CTX)

Pour tous les enfants nés de mère infectée par le VIH ?



Cas d'étude

Sibo, a 3 mois. Sa mère, infectée par le VIH, a commencé un traitement ARV : trithérapie, débutée 5 semaines avant l'accouchement, et continuée aujourd'hui car elle est symptomatique avec des CD4 à 200. Sibbo a quant à lui reçu une dose unique de névirapine à la naissance. Il est allaité. Sa prise de poids est normale et il ne présente aucun symptôme.

Faut-il débuter une prophylaxie au cotrimoxazole (CTX) ?

Il est clairement établi que la prophylaxie au CTX diminue fortement le risque d'infections bactériennes, parasitaires (toxoplasmose et paludisme) et fongique (Pneumocystis jiroveci, anciennement connue sous le nom Pneumocystis carinii). La pneumonie à Pneumocystis jiroveci survient essentiellement dans la première année de vie, avec un pic de fréquence entre 3 et 8 mois. Son pronostic est sombre. Elle justifie la prophylaxie au CTX dès le 2ème mois de vie, sans même attendre la survenue de symptômes associés au VIH.

Pour quels enfants initier la prophylaxie au CTX ?

- Tous les nourrissons exposés au VIH (c'est-à-dire nés de mère infectée par le VIH) à partir du 2ème mois de vie, jusqu'à exclusion de l'infection à VIH.
- Tous les nourrissons VIH+ confirmé de moins de 12 mois.

- Tous les enfants VIH+ confirmé de 1 à 5 ans et
 - symptomatiques (stade OMS 2, 3, 4)
 - et/ou avec CD4 < 25 % (si la mesure des CD4 est disponible)
- Tous les enfants VIH+ confirmé de plus de 5 ans et
 - avec stade OMS 3 ou 4
 - et/ou avec CD4 < 350/mm³ (si la mesure des CD4 est disponible)

Comment donner le CTX chez l'enfant ?

- Tous les jours, une fois par jour.
- Quel que soit l'âge de l'enfant, il est important d'expliquer à l'enfant pourquoi il doit prendre ce traitement : il l'acceptera plus volontiers.
- Sous forme de suspension buvable ou de comprimés écrasés chez les petits.
- Chez le nourrisson, pour limiter le risque de réflexe nauséeux, il peut être donné à l'aide d'une seringue non montée (sans aiguille), entre la langue et la face interne de la joue (sur le côté). Le CTX est mieux toléré quand il est pris avec le repas. Le donner de préférence en début de repas et attendre un peu avant de reprendre l'alimentation.
- En cas de vomissement : ceci survient le plus souvent quand le CTX est donné à jeun.
 - Si le vomissement survient immédiatement après la prise de CTX : attendre 10mn. puis redonner la même quantité de CTX avec un peu de lait, de bouillie ou d'un autre aliment. Attendre 30 mn avant de donner à manger ou à boire (sauf si diarrhée associée en raison du risque de déshydratation).
 - Si le vomissement survient plus de 30 mn après la prise de CTX : ne pas redonner le médicament.
- Chez l'enfant sévré, rincer la bouche à l'eau après la prise pour diminuer le risque de candidose orale.

Et quel dosage quotidien prescrire ?

Le CTX est une association de deux molécules : le triméthoprime (TMP) et le sulfaméthoxazole (SMX). Le TMP est le moins dosé dans la combinaison : un comprimé à **"480 mg" = 400 mg de SMX & 80 mg de TMP**. Les nouvelles recommandations OMS 2006 se basent désormais sur l'âge de l'enfant ou sur son poids (au choix) :

Dose unique journalière	Suspension buvable 5ml = 200mg / 40mg	Cp adulte simple 400mg / 80 mg
> 5 semaines < 6 mois (ou < 5 kg) 100 mg / 20 mg	2.5 ml = 1/2 c à café	1/4 de Cp (à éviter)
6 mois à 5 ans (ou 5 – 15 kg) 200 mg / 40 mg	5 ml	1/2 Cp
6 – 14 ans (ou 15 – 30 kg) 400 mg / 80 mg	10 ml	1 Cp
>14 ans (ou > 30 kg) 800 mg / 160 mg		2 Cp

Que faire en cas d'effets secondaires ?

Le CTX est bien mieux toléré chez l'enfant que chez l'adulte et les effets secondaires sont plus rares. Les nausées surviendront moins souvent si le CTX est pris avec de la nourriture. Après sevrage, il est important de s'assurer d'une bonne hydratation.

- En cas d'effets secondaires sévères (éruption cutanée et atteinte des muqueuses) il faut arrêter immédiatement le CTX et consulter au plus vite. Il faut contre-indiquer le CTX par la suite, ainsi que les autres médicaments de la même famille, notamment le Sulfadoxine-Pyriméthamine (Fansidar®). Il faut référer l'enfant à un spécialiste de la prise en charge du VIH. Le CTX peut être remplacé par le Dapsone® s'il est disponible (2 mg/kg une fois par jour).
- En cas d'effets secondaires minimes à modérés (éruption simple, prurit), il faut aussi référer l'enfant au médecin qui jugera si le médicament peut être repris.

Peut on stopper la prophylaxie au CTX ?

- On arrêtera le CTX si l'enfant n'est pas infecté par le VIH. En pratique, après 18 mois lorsque la sérologie est négative ou bien avant si un diagnostic virologique (PCR) est possible.
- Si l'enfant est infecté par le VIH, on continue la prophylaxie jusqu'à l'âge de cinq ans quels que soient l'état clinique, le taux de CD4, et la réponse au traitement ARV. Au-delà de cinq ans, on suivra les critères adultes d'arrêt de la prophylaxie (patient sous TARV et CD4 > 350/ mm³ pendant au moins 6 mois).

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ :

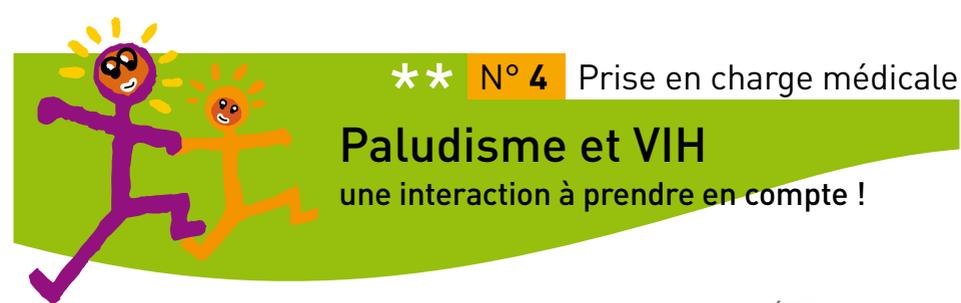
- Chez les prématurés et nouveau-nés de moins d'un mois en raison de l'immaturation de leurs systèmes enzymatiques. Des hépatites ont été décrites.
- En cas de déficit connu en G6PD (déficit enzymatique des globules rouges) : risque d'hémolyse.
- En cas d'antécédents d'hypersensibilité à l'un des composants (en particulier, hypersensibilité aux sulfamides comme le Fansidar® utilisé dans le traitement du paludisme par exemple).

Sibo doit recevoir une prophylaxie au CTX

Comme tous les nourrissons nés de mère infectée par le VIH, Sibou doit commencer immédiatement une prophylaxie au CTX. Celle-ci sera stoppée une fois qu'on aura confirmé que Sibou n'est pas infecté par le VIH. En cas d'infection à VIH confirmée, il devra recevoir du CTX au moins jusqu'à l'âge de 5 ans.

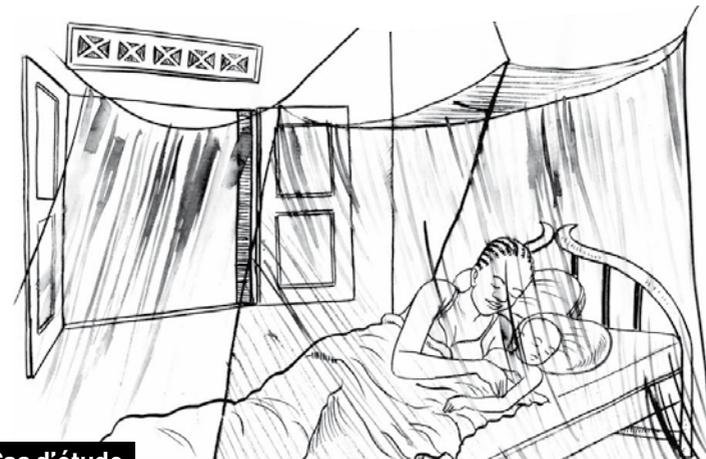
A retenir

- Tout enfant né de mère infectée par le VIH doit recevoir une prophylaxie au cotrimoxazole (CTX) dès l'âge de 5-6 semaines.
- La prophylaxie au CTX continuera jusqu'à l'âge de 5 ans au moins (avec ou sans ARV), ou sera interrompue si l'infection par le VIH est exclue.



** N° 4 Prise en charge médicale

Paludisme et VIH une interaction à prendre en compte !



Cas d'étude

Kokou, est un enfant de 6 ans infecté par le VIH. Il se présente avec une fièvre élevée à 39°C depuis 5 jours. C'est la cinquième fois cette année. Il est pâle. L'hémoglobine est mesurée à 6,5 g/dL et la recherche de Plasmodium falciparum est positive. Les CD4 sont mesurés à 285/mm³.

Y a-t-il indication de traitement antirétroviral (TARV) ?

La Co-infection VIH-Paludisme est-elle un réel problème ?

Les deux pathologies s'influencent mutuellement. Le paludisme est l'une des causes principales de morbidité (c'est-à-dire de maladie) et de mortalité chez les personnes infectées par le VIH.

Quels sont les mécanismes d'influence ?

Le VIH provoque une baisse progressive des lymphocytes CD4. Or, la réponse immunitaire au paludisme est dépendante du taux de CD4. En cas de co-infection paludisme-VIH, la parasitémie (nombre de parasites dans le sang) est plus élevée. Elle est inversement corrélée au taux de CD4.

En zone épidémique du paludisme (transmission saisonnière), les accès palustres sont plus sévères chez les personnes infectées par le VIH. En zone endémique, les accès palustres sont plus fréquents chez les personnes infectées par le VIH.

Chez les femmes enceintes

Chez les femmes enceintes infectées par le VIH, le risque de crise de paludisme ne diminue pas avec le nombre de grossesses antérieures, comme c'est le cas pour les femmes non infectées par le VIH.

Chez les femmes enceintes, pendant et après un accès palustre, la charge virale du VIH peut augmenter jusqu'à 7 fois. Si l'accès palustre n'est pas traité, cette augmentation peut perdurer plusieurs mois.

La co-infection VIH-paludisme chez les femmes enceintes augmente pour l'enfant les risques de retards de croissance intra-utérins (RCIU), de petits poids de naissance, de prématurité et donc de mortalité au cours des premiers mois de vie.

La transmission du VIH de la mère à l'enfant est-elle affectée ?

Des arguments plaident dans ce sens :

- Les accès palustres peuvent altérer la barrière hémato-placentaire.
- La charge virale du VIH augmente lors des accès palustres.

Mais aucun lien n'a encore pu être formellement établi par rapport à la transmission du VIH de la mère à l'enfant (in utero, accouchement, allaitement).

Chez l'enfant infecté par le VIH

Rappelons que le paludisme est l'une des principales causes de mortalité du jeune enfant en Afrique. Comme chez l'adulte, les accès palustres chez l'enfant infecté par le VIH sont plus fréquents et plus sévères.

Chez l'enfant infecté par le VIH, l'anémie est fréquente et peut être due à plusieurs facteurs en dehors du paludisme :

- malnutrition et carence en fer, en acide folique et/ou en vitamine B12,
- infections à répétitions,
- syndrome inflammatoire,
- prise de médicaments contribuant à l'anémie (ex : AZT).

Chez l'enfant infecté par le VIH dont l'hémoglobine est déjà abaissée, une anémie aiguë secondaire à un accès palustre peut mettre en jeu le pronostic vital.

Que faire chez la femme enceinte et l'enfant ?

- Les moustiquaires imprégnées doivent être proposées en routine dans tous les services de prise en charge des personnes infectées par le VIH, y compris les services de PTME. Elles constituent le moyen le plus efficace de prévenir la transmission du plasmodium.

- Il est prouvé que le cotrimoxazole (CTX) en prophylaxie diminue également le nombre et la sévérité des accès palustres chez la mère comme chez l'enfant. Cet antibiotique (de la même famille que le Fansidar®) utilisé en prophylaxie anti-infectieuse dans le cadre de l'infection à VIH, a également des effets sur le plasmodium, mais son action préventive reste limitée (Rappels : le CTX est à éviter au cours du premier trimestre de grossesse ; chez la femme enceinte qui prend du CTX, on évite les traitements intermittents par le Fansidar® ; le CTX doit être initié chez tout enfant exposé au VIH à partir de 5-6 semaines de vie).
- Aujourd'hui l'OMS recommande pour le traitement de l'infection à Plasmodium falciparum une bithérapie à base d'un dérivé de l'artémisinine. Une nouvelle combinaison à doses fixes, nommée ASAQ (artésunate + amodiaquine), vient d'être développée. Ce traitement simple (une prise par jour pendant 3 jours) devrait coûter moins de 0,50 \$ pour les enfants de moins de 5 ans et moins de 1 \$ pour les autres enfants et les adultes, soit près de deux fois moins cher que les médicaments existants.
- Il faut également donner un traitement d'épreuve anti-paludéen devant tout accès fébrile en zone impaludée.
- Le TARV contribue à réduire la fréquence et la sévérité des accès palustres par son action à plus long terme sur l'immunité et les CD4.

Kokou devrait recevoir un traitement antirétroviral

Kokou a une anémie secondaire à des accès palustres répétés. Son état clinique est préoccupant. Kokou présente un déficit immunitaire "important" mais non "sévère" (CD4=285/mm³). Son histoire clinique plaide en faveur d'une initiation du TARV malgré l'absence de critères immunologiques indiscutables. On doit éviter une combinaison à base d'AZT, en raison de son hémoglobine basse. Il est impératif dans un premier temps de bien traiter son paludisme et son anémie.

A retenir

- Les moustiquaires imprégnées représentent la meilleure prévention contre le paludisme et font partie du paquet minimum de soins préventifs à proposer à tous les enfants exposés au VIH.
- La prophylaxie au CTX diminue la fréquence des accès palustres.
- Des accès palustres répétés peuvent représenter une indication de TARV.



Les cellules CD4 de l'enfant leur nombre varie selon l'âge

Cas d'étude

Victorine, 3 ans, est infectée par le VIH. Ses cellules CD4 sont au nombre de 400/mm³ (20 à 25 %). Elle présente un retard de croissance important et une candidose orale récidivante malgré un traitement bien conduit. Les résultats d'examens biologiques de son frère de 6 ans, également infecté par le VIH, affichent des CD4 à 380/mm³. Il a un prurigo et, comme sa sœur, il est sous cotrimoxazole.

Les parents de Victorine ne comprennent pas pourquoi leur fille doit commencer un traitement ARV et non son frère alors que ce dernier a un nombre inférieur de CD4.

Le nombre de lymphocytes CD4 varie avec l'âge et avec l'infection à VIH

Le nombre de CD4 diminue naturellement avec l'âge

Les lymphocytes CD4 sont variables avec l'âge et d'une personne à l'autre, que l'on soit ou non infecté par le VIH. Le nouveau-né présente un nombre de lymphocytes très élevé qui va naturellement diminuer. Comme tous les lymphocytes T, les CD4 sont présents en nombre élevé à la naissance, environ 3 000/mm³.

Puis ce nombre diminue pour se stabiliser vers l'âge de 5 ans à un niveau similaire à celui de l'adulte, autour de 800/mm³.

Le nombre de CD4 diminue avec l'infection à VIH

Chez les personnes infectées par le VIH, le nombre de CD4 diminue avec l'ancienneté de l'infection et en fonction de l'intensité de la répllication virale. Une charge virale (quantité de VIH dans le sang) importante est le plus souvent associée à une baisse rapide du nombre de CD4. Sans traitement antirétroviral, le nombre de CD4 diminue progressivement. En dessous d'un certain seuil, variable avec l'âge de l'enfant, l'organisme devient vulnérable à des infections dites "opportunistes". Le stade Sida correspond à une baisse sévère des CD4 mettant rapidement en jeu le pronostic vital.

Comment interpréter les taux de CD4 chez l'enfant ?

Chez le jeune enfant infecté par le VIH, le nombre de CD4 diminue donc à la fois de manière naturelle et à cause du VIH.

Pour évaluer l'ampleur du déficit immunitaire chez un enfant, il est nécessaire de corrélér l'âge de l'enfant avec :

- le nombre absolu de CD4 (exprimé en nombre de cellules / mm³ de sang),
- ou, de préférence jusqu'à l'âge de 5 ans, le pourcentage de CD4 par rapport au nombre total de lymphocytes (exprimé en % de lymphocytes T CD4 par rapport aux lymphocytes totaux / mm³ de sang).

On utilisera l'une ou l'autre méthode en fonction des examens disponibles au laboratoire.

Pour interpréter les résultats on tiendra aussi compte de deux types de facteurs :

- **Ceux liés à l'enfant** : il existe une variation normale du taux de CD4 dans la journée (plus bas vers midi, plus haut le soir). Il vaut donc mieux prélever les CD4 à heures fixes (par exemple entre 8 et 10 heures le matin). Par ailleurs, il faut éviter de faire ce dosage lors d'un épisode infectieux aigu.
- **Ceux liés au prélèvement** : il existe une diminution progressive des cellules dans le tube de sang prélevé. Au-delà de 24 heures, le test est moins fiable (risque de surestimation des pourcentages de CD4 avec certains appareils). **Si possible, le prélèvement devra être fait sur place au laboratoire et le test pratiqué le même jour.** Si les échantillons doivent attendre dans le laboratoire, ou être transportés entre le site de prélèvement et le laboratoire, dans la mesure du possible la durée de transport et d'attente de l'échantillon ne doit pas excéder 24h.

Classification de l'immunodéficience associée au VIH chez les enfants (source OMS 2010)

Déficit immunitaire	CD4 % [/mm ³]			
	< 11 mois	12 - 24 mois	25 - 59 mois	> 5 ans
Non significatif	> 35 %	> 35 %	> 35 %	(> 500)
Moyen	30 - 35 %	25 - 30 %	25 - 30 %	(350 - 499)
Important	25 - 30 %	20 - 25 %	20 - 25%* (350 - 750)	(200 - 349)*
Sévère	< 25 % (< 1500)	< 25 % (750)	< 20 % (350)	< 15 % (< 200)

*Indication de TARV au delà de 2 ans.

Victorine, une enfant éligible au traitement ARV !

Victorine, 3 ans, est symptomatique et a un nombre de CD4 de 400/mm³ (20-25 %). D'après la classification OMS, elle présente un déficit immunitaire important puisque ses CD4 sont inférieurs à 25 %. Elle doit être mise rapidement sous traitement antirétroviral (TARV).

Son frère de 6 ans, 380 CD4/mm³, présente quant à lui, un stade II (classification OMS pédiatrique) et un déficit immunitaire modéré qui doit être surveillé, mais il est possible que le TARV puisse encore attendre (indication formelle de TARV dans son cas si stade III ou CD4 < 350). Il est donc plus urgent de traiter Victorine que son frère.

A retenir

- Jusqu'à l'âge de 5 ans environ, le nombre absolu de lymphocytes CD4 par mm³ diminue chez tous les enfants (infectés par le VIH ou non).
- En dessous de 5 ans, le taux de CD4 s'interprète en fonction de l'âge.
- Tout enfant de moins de 24 mois dont l'infection à VIH est confirmée doit débuter un TARV, quel que soit son stade clinique ou immunologique. Si on ne dispose pas de test virologique, un diagnostic clinique présomptif d'infection à VIH constitue une recommandation de TARV. Une confirmation d'infection est souhaitable dès que possible.
- La mesure des CD4 est recommandée tous les 6 mois pour les enfants sous TARV.
- Il est important d'assurer une bonne qualité des prélèvements pour obtenir des résultats fiables.



Cas d'étude

Mouna, 21 ans, est enceinte de 4 mois. Il y a quelques jours, elle a appris qu'elle était infectée par le VIH. Mouna a entendu dire que les mères vivant avec le VIH ne devaient pas allaiter leur enfant. Elle vous demande conseil.

Que lui répondez-vous ?

Les déterminants de la transmission du VIH pendant l'allaitement maternel

Le taux additionnel de transmission du VIH de la mère à l'enfant, pendant l'allaitement maternel est estimé entre 15 % et 20 %. Ce taux dépend de facteurs propres à la mère (sévérité du déficit immunitaire, importance de la charge virale, état nutritionnel) et des modalités d'allaitement de l'enfant (durée de l'allaitement, présence de crevasses ou de mastites, association d'autres aliments à l'allaitement maternel). Le risque de transmission du VIH est plus important en cas d'allaitement mixte : la prise d'aliments autres que le lait maternel fragilise les parois digestives du nourrisson, qui peuvent alors constituer de nouvelles portes d'entrée pour une contamination par le VIH. De la même façon, si l'enfant présente des lésions inflammatoires de la bouche, comme une candidose orale rendant la paroi buccale plus "perméable", le risque de transmission est augmenté.

Recommandations 2006 et critères AFADS, de fausses bonnes options

Les deux principales options recommandées en 2006 pour l'alimentation des nourrissons exposés au VIH étaient l'allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce et rapide ou l'alimentation de remplacement par les substituts du lait maternel (SLM). Dans ce cas, des critères (AFADS pour Acceptable, Faisable, Abordable financièrement, Durable et Sûre) avaient été proposés pour guider un choix éclairé que les parents devaient faire. Ces recommandations étaient toutes les deux sources de difficultés pratiques : l'allaitement exclusif reste difficile à appliquer en Afrique (contraintes culturelles) et le sevrage précoce a entraîné une morbidité et une mortalité importantes (malnutrition) ; l'alimentation par les SLM, en dehors d'expériences ponctuelles menées avec succès par des équipes expérimentées, a lui aussi été souvent délétère (fréquence élevée des diarrhées et des décès).

L'allaitement maternel protégé par les ARV, première option à proposer

Fin 2009, l'OMS a proposé de nouvelles recommandations, sur la base de l'expérience antérieure et de nouvelles recherches cliniques. Ces nouvelles lignes directrices préconisent un allaitement maternel protégé par un traitement ARV. Le principe est de diminuer au maximum la charge virale dans le lait maternel, afin de réduire considérablement le risque de transmission du VIH. En pratique, on propose aux mères d'allaiter tout en prenant une trithérapie ARV pendant toute la durée de l'allaitement. Si cette option est impossible, c'est le nourrisson qui prendra un traitement préventif ARV (Névirapine) pour prévenir la contamination par le VIH.

Le maintien de l'allaitement maternel exclusif dans les 6 premiers mois

Même dans le cas de l'allaitement protégé par les ARV, il reste conseillé de pratiquer un allaitement exclusif – sans tisanes, ni aliments – pendant les 6 premiers mois de vie. Cette pratique diminue les risques de transmission du VIH mais aussi les risques de diarrhée. Il est impossible d'imposer aux mères ce comportement, mais il est prouvé qu'un counselling adapté et étroit permet d'obtenir de très bons résultats.

Un sevrage de l'allaitement maternel conseillé vers 12 mois

La protection par les ARV permet d'allonger la période d'allaitement maternel jusqu'à 12 mois, et donc d'introduire l'alimentation complémentaire après 6 mois dans de meilleures conditions. Vers le 11ème mois, le sevrage du sein est réalisé progressivement, sur un mois (sauf si l'infection est prouvée chez l'enfant). Idéalement, le lait maternel sera remplacé par du lait de vache (entre 250 et 500 ml par jour) en complément de l'alimentation diversifiée, afin de maintenir des apports corrects en calcium.

Les Substituts du Lait Maternel gardent-ils une indication ?

Cette option reste proposée par l'OMS, sous réserve que la famille ait accès à l'eau potable, puisse financer les boîtes de lait en quantité suffisante, sache préparer le lait de façon hygiénique, soit soutenue par l'entourage, et puisse se référer à un centre de santé compétent. Ces conditions de sécurité remplacent les anciens critères AFADS. En pratique, il est probable que les praticiens sur le terrain seront confrontés à des situations complexes : refus catégorique de certaines mères d'allaiter leur enfant, contre-indication à un allaitement maternel (abcès des seins), survenue d'une malnutrition sévère sous allaitement exclusif, mères présentant une immunodépression sévère avec charge virale très élevée, etc.

Devant ces situations, les praticiens devront évaluer quel est le meilleur choix pour prévenir l'infection chez l'enfant tout en assurant une alimentation permettant de garantir un état de santé optimal.

L'accompagnement des mères est essentiel

Quel que soit le mode d'alimentation du nourrisson, le suivi mensuel du couple mère-enfant reste primordial. Pour les enfants recevant un allaitement protégé, l'observance stricte du TARV est fondamentale, ce qui implique une absence de rupture d'approvisionnement des centres en ARV et des consultations d'observance répétées. Pour les nourrissons (minoritaires) qui recevront des SLM, un appui devra être assuré pour maintenir en permanence les conditions de sécurité (ex-AFADS). Dans tous les cas, la surveillance des paramètres anthropométriques doit devenir systématique, la période de l'introduction de l'alimentation complémentaire être bien encadrée, le diagnostic virologique réalisé dès que possible, le traitement préventif par Cotrimoxazole débuté à 6 semaines et l'accès aux traitements des infections banales facilité.

Chez l'enfant dont l'infection à VIH est confirmée, continuer l'allaitement maternel

Pour les nourrissons pour lesquels une infection par le VIH est confirmée (PCR positive), l'allaitement maternel doit être poursuivi jusqu'à 24 mois ou plus.

La mise en place de ces recommandations implique un gros travail de sensibilisation

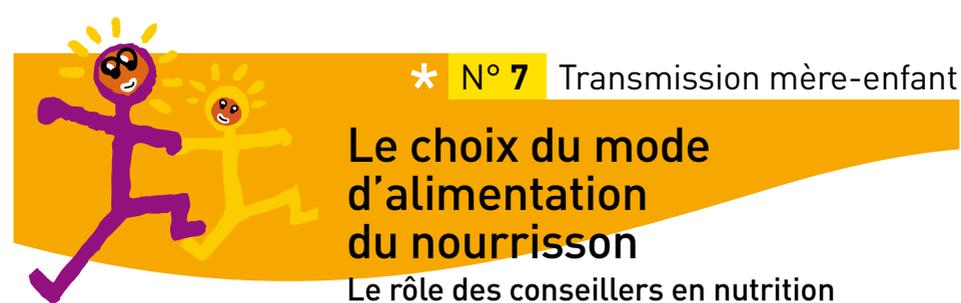
Ces recommandations sont logiques, d'un point de vue santé publique et faciliteront probablement le passage à l'échelle de la prise en charge des nourrissons exposés au VIH dans les centres secondaires. Par contre, dans les sites expérimentés, qui proposent le choix éclairé aux parents depuis plusieurs années et dans lesquels la maîtrise de l'alimentation par les SLM est effective, la mise à niveau des équipes devra être réalisée. En effet, l'argumentaire à développer auprès des parents devra être solide pour qu'ils adhèrent à cette nouvelle conduite, alors qu'ils ont, pour bon nombre d'entre eux, entendu pendant des années, un discours très différent.

Mouna

On doit exposer à Mouna les avantages de l'allaitement protégé par les ARV : alimentation adaptée, protectrice, toujours disponible, gratuite, et très peu contaminante si l'observance au TARV est bonne. A ce terme de la grossesse, il faut réaliser un bilan pré-thérapeutique et débuter les ARV. Un suivi régulier est indispensable, l'orientation vers un groupe de femmes est très souhaitable dans ce contexte de découverte récente de son infection.

A retenir

- Le taux de TME du VIH pendant l'allaitement maternel est estimé entre 15 et 20 %, mais il diminue à moins de 2 % avec l'allaitement protégé.
- On préconise désormais un allaitement protégé pendant 12 mois, exclusif les 6 premiers mois, avec introduction de l'alimentation complémentaire après 6 mois.
- L'alimentation par les SLM reste une option possible, sous réserve de réunir les conditions de sécurité matérielle, financière, technique et d'acceptation sociale.
- Ces nouvelles recommandations nécessitent la mise à niveau des équipes avant d'être mises en pratique.



Cas d'étude

Vous recevez en consultation **Mouna**, 21 ans, VIH+, enceinte de 5 mois. Lors d'un précédent entretien, vous avez présenté à Mouna les deux options recommandées pour l'alimentation de son bébé. Mouna a déjà eu un premier enfant il y a 2 ans, alimenté par les SLM et décédé précocement de diarrhée.

Elle veut allaiter mais n'a pas compris l'intérêt des ARV, qu'elle ne prenait pas jusqu'ici.

Deux options principales sont proposées aux femmes infectées par le VIH pour nourrir leur enfant :

1. allaitement maternel protégé par les ARV, exclusif pendant 6 mois, puis complété par l'alimentation complémentaire entre 6 et 12 mois, avec sevrage à 1 an.
2. alimentation de remplacement, souvent dénommée "allaitement artificiel" dans le langage courant. Elles présentent chacune des bénéfices et des risques (cf. fiche 6).

Comment aider les femmes à faire le meilleur choix pour elles et leur bébé ?

Qui doit choisir ?

D'après les recommandations de l'OMS, le choix en première intention doit être celui de l'allaitement maternel protégé par les ARV. L'alimentation par les Substituts du Lait Maternel (SLM) reste une option alternative, sous des critères stricts (cf FP 6). Dans tous les cas, les facteurs de risque (parfois élevés) de transmission du VIH, chez la mère ou chez l'enfant, doivent être pris en compte dans ce choix. Les conseillers nutritionnels doivent avoir un propos nuancé et expliquer que le meilleur choix d'alimentation dépend de l'état de santé de la femme et de l'enfant, des mesures préventives (ARV) mises en oeuvre, des conditions de vie et de l'entourage de chaque femme. L'accessibilité constante aux ARV d'un côté, aux SLM de l'autre, doit aussi être prise en compte. Les conseillers nutritionnels ne doivent donc pas imposer leurs arguments. Au contraire, ils doivent évaluer avec les futurs parents, en coordination avec les soignants et les travailleurs sociaux, quelle est la meilleure option pour l'enfant à venir. Ils ne doivent pas hésiter à combattre les préjugés et les idées reçues (ex. : "les femmes vivant avec le VIH qui allaitent ont une attitude criminelle" ou "il n'est pas raisonnable en Afrique de nourrir son bébé au biberon").

Information, évaluation, choix

Dans l'idéal, le choix par les parents (ou à défaut par la mère) du futur mode d'alimentation de leur bébé devrait être un processus de plusieurs semaines qui doit inclure 4 étapes : l'information, l'évaluation, le choix, le suivi. Le rôle des conseillers en nutrition est primordial à chacune de ces étapes :

1. Informer les femmes, dès la première consultation prénatale, sur les avantages et les inconvénients de chaque option. Des questions ouvertes, en fin d'entretien, les laisseront résumer elles-mêmes quels sont les bénéfices et les risques associés à chaque option, et permettront de vérifier qu'elles les ont bien assimilés.
2. Évaluer les risques de l'alimentation de remplacement mais aussi les risques de l'allaitement maternel au regard de leur situation personnelle et des structures de soins accessibles.
3. Synthétiser et choisir avec les futurs parents l'option d'alimentation qui sera retenue pour les premiers mois.
4. Au cours du suivi, s'il apparaît que l'allaitement maternel est délétère pour l'enfant (mère inobservante ayant un sida évolutif, malnutrition précoce d'aggravation rapide sous allaitement maternel...), après avoir cherché à corriger les erreurs, il faut savoir remettre en cause le choix initial.

Critères clés : état de santé de la mère, accès aux ARV, observance, accès à l'eau potable, divulgation du statut, ressources financières

Plusieurs questions doivent impérativement être discutées pour conseiller les mères/couples de façon pertinente :

Pour conseiller l'allaitement maternel protégé :

- **L'état de santé de la mère** : il existe 2 périodes à haut risque de transmission du virus : la primo-infection pendant la grossesse (ou pendant l'allaitement) et les stades avancés de la maladie. Les CD4 abaissés (<200/mm³), la charge virale (CV) élevée, sont des facteurs de risque de transmission. La date du début du traitement ARV et sa composition (AZT monothérapie ou trithérapie) est importante à connaître. Le conseiller devra demander ces renseignements au médecin si la femme ne les connaît pas. Si les conditions sont défavorables (infection VIH évolutive, CD4 abaissés, CV élevée à un terme avancé de la grossesse), l'alimentation par les SLM devra être envisagée.
- **L'accès aux ARV** : il devra être constant pendant toute la durée de l'allaitement protégé. Ce qui signifie que la femme devra être mise en relation avec un service compétent approvisionné en permanence en ARV et accessible à la femme.
- **L'observance aux ARV** : elle est primordiale à court et moyen termes. A court terme, pour garantir un allaitement réellement protégé à l'enfant ; à moyen terme, pour éviter l'apparition de résistances du virus, qui rendra difficile le traitement de la femme lorsqu'elle en aura besoin pour elle-même.

Pour conseiller l'alimentation par les SLM :

- **L'accès à l'eau potable** : sans accès à l'eau potable directement à domicile ou dans la cour commune (logement collectif), il est très difficile de mettre en pratique une alimentation de remplacement correcte pendant plusieurs mois.
- **L'information du partenaire** : l'expérience montre que le partage du statut avec le partenaire, lorsque le couple vit sous le même toit, est un facteur essentiel pour la conduite d'une alimentation par les SLM. En effet, l'alimentation de remplacement expose les femmes à l'influence de l'entourage qui ne comprend pas pourquoi l'enfant n'est pas nourri au sein. Par ailleurs, en l'absence de programme spécifique d'appui, le conjoint devra le plus souvent participer financièrement à l'achat des SLM, ce qui implique son adhésion à ce mode d'alimentation.
- **Les ressources financières** : même si le couple est d'accord pour auto-financer les SLM, il faudra leur indiquer clairement le coût représenté par ce mode d'alimentation. Il est en effet possible qu'il sous estime les coûts directs (boîtes de lait, tasse ou biberon) et indirects (matériel de nettoyage, bois de chauffe...), ce qui risque d'entraîner une sous-alimentation après quelques semaines. Compléter, si les femmes sont d'accord, par des visites à leur domicile pour mieux évaluer leurs conditions de vie. Les sites de l'étude Kesho-Bora, au Burkina Faso, utilisent lors des entretiens avec les femmes une grille d'évaluation qui pourra vous guider.

Et après la naissance ?

Il est indispensable d'aider régulièrement les mères à mettre en application le mode d'alimentation pour lequel elles ont opté, quel qu'il soit. Les conseils théoriques doivent être assimilés avant la naissance et des démonstrations pratiques (bonne prise du sein ; préparation du lait maternisé) doivent être programmées dans les derniers mois de grossesse. Après la naissance, des consultations nutritionnelles doivent être proposées à chaque couple mère-enfant : surveillance des courbes de croissance, entretien sur la nutrition du nourrisson, démonstrations pratiques, adaptation du régime alimentaire (consultations mensuelles jusqu'à l'âge de 12 mois ; consultations hebdomadaires à certaines périodes clé : premiers jours de vie ; introduction de l'alimentation complémentaire ; sevrage).

En cas de perte de vue des mères, des visites à domicile ou des contacts téléphoniques devront être entrepris. Les différents contacts après la naissance, avec les conseillers comme avec le personnel soignant, doivent évaluer systématiquement la pertinence du choix initial de l'alimentation du nourrisson. Par exemple, chez une femme commerçante, qui a des moyens financiers, mais qui est peu observante, on pourra discuter la mise sous SLM de l'enfant ; dans le cas d'une famille démunie et d'une femme peu observante, en l'absence de possibilité d'appui par un programme spécifique, on préférera proposer l'intégration dans un groupe de parole, des consultations individuelles d'observance, des visites à domicile, ou tenter d'intégrer plus fortement le partenaire. Si le problème vient d'une mauvaise croissance de l'enfant, la mère sera orientée vers une prise en charge nutritionnelle spécialisée et/ou un service social pour appui alimentaire.

Dans tous les cas, les conseillers devront poursuivre un double objectif : diminuer le risque de transmission du virus, d'une part, limiter le risque de maladies et de décès liés à une alimentation inappropriée. En cas d'infection par le VIH (prouvée par PCR) malgré toutes ces mesures, il convient de débiter la trithérapie chez l'enfant et de poursuivre l'allaitement jusqu'à 2 ans ou plus.

On préférera utiliser d'emblée une Anti-Protéase si l'enfant a été exposé à la Névirapine. Si la mère n'a pas besoin d'ARV pour elle-même, on arrêtera son TARV.

Reprendre les explications avec Mouna

Mouna a probablement entendu un discours différent, lors de sa précédente grossesse. Il est capital de reprendre les explications sur l'intérêt des ARV pour protéger son bébé à venir. En insistant sur l'importance de la régularité des prises, tant pour le bébé que pour elle plus tard. Le conseiller devra prodiguer des conseils à l'allaitement et proposer un suivi très régulier après la naissance. En effet, Mouna n'a jamais allaité et son premier enfant est décédé en bas âge, ce qui pourra influencer négativement la mise en place de la relation entre Mouna et son bébé. Si possible, le conjoint sera impliqué pendant cette période.



Cas d'étude

Brigitte, 22 ans, infectée par le VIH et ne prenant pas de traitement ARV, allaite depuis 3 semaines. Aujourd'hui en consultation elle vous dit qu'elle saigne du sein gauche depuis quelques jours quand l'enfant tète. Elle vous confie que les seins sont douloureux depuis le début de l'allaitement mais elle n'osait pas en parler de peur qu'on lui dise qu'elle "s'occupe mal de son enfant et qu'elle ne sait pas s'y prendre". Vous découvrez une crevasse sur le mamelon gauche.

Quels conseils peut-on lui donner ?

Les allaitements mal conduits sont sources de complications qui peuvent augmenter le risque de transmission du VIH. Des conseils simples permettent d'éviter les principales difficultés associées à l'allaitement maternel. Allaiter, cela peut s'apprendre !

L'allaitement dans de bonnes conditions doit être indolore !

Un enfant qui prend mal le sein fait généralement mal à sa mère. La douleur annonce ou révèle une lésion. Si une mère a mal au mamelon, la cause la plus probable est que le mamelon est comprimé entre la langue de l'enfant et son palais lorsqu'il tente d'extraire le lait. Si aucune mesure n'est prise, une crevasse (fissure du mamelon) risque d'apparaître et de s'infecter.

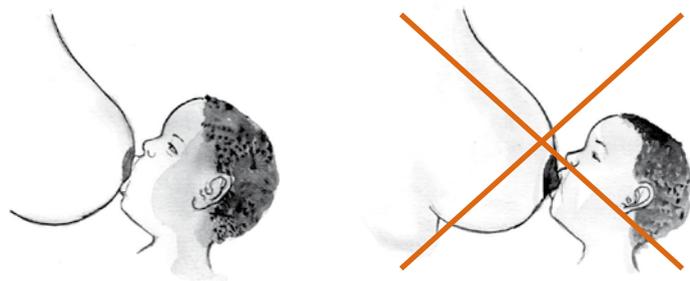
Mais une mauvaise prise du sein n'engendre pas toujours de douleur ou de lésion du mamelon. Et si elle n'est pas rectifiée,

- d'autres symptômes peuvent apparaître chez l'enfant : prise de poids insuffisante, voire perte de poids (courbes de croissance à suivre attentivement), tétées très fréquentes ou très longues, "vents" abdominaux, selles explosives, vomissements ou régurgitations après les tétées ;
- des affections mammaires peuvent survenir chez la mère :
 - engorgement : congestion des vaisseaux mammaires avec œdème du sein ;
 - mastite : inflammation du sein, survenant le plus souvent au cours du premier trimestre d'allaitement ; elle augmente le risque de transmission.

La technique

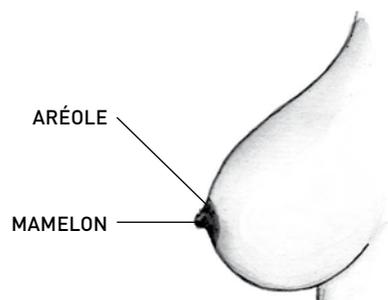
Pour une bonne prise de sein sans douleurs, le bébé doit :

- Ouvrir grand la bouche.
- Sortir sa langue et la mettre sous le mamelon.
- Aspirer le mamelon avec le plus d'aréole possible en bouche.
- Avoir les lèvres retroussées sur l'aréole ; son nez et son menton touchent le sein ou en sont proches.



Quels sont les signes de bonne prise du sein ?

- La mère n'éprouve pas de douleur.
- Pendant qu'il tète, l'enfant est détendu, et il n'a aucune difficulté à respirer.
- Il garde le sein en bouche pendant toute la tétée, jusqu'à ce qu'il soit prêt à s'arrêter et qu'il le relâche spontanément. Un enfant rassasié est calme ou endormi. Un enfant qui se détache du sein en pleurant ou en étant agité ne l'avait peut-être pas bien pris et a besoin qu'on l'aide à le prendre plus largement dans la bouche.
- Si l'enfant prend bien le sein, on ne doit pas ou peu voir l'aréole : on doit la voir davantage au-dessus de la lèvre supérieure de l'enfant qu'au-dessous de sa lèvre inférieure.
- L'agent de santé et la mère peuvent voir que les joues de l'enfant sont pleines (non creuses) et que le mouvement rythmé de la mâchoire s'étend jusqu'aux oreilles.



Quelques conseils pour aider une mère à bien mettre l'enfant au sein :

- La mère doit se laver les mains au savon avant de prendre l'enfant dans les bras. Elle doit être confortablement installée. Elle peut être assise ou allongée sur le côté.
- L'enfant doit être tourné vers sa mère "ventre à ventre" et pouvoir établir un contact visuel avec elle. Un oreiller, un linge plié, ou tout autre moyen permettant de supporter le poids de l'enfant, peuvent aider la mère à l'installer ainsi.

Attention : c'est le bébé que l'on met au sein, pas le sein que l'on porte au bébé !

Soins des seins

Il est inutile, et même déconseillé, de se laver les seins à chaque tétée, cela agresse la peau et détruit la lubrification naturelle. Une douche quotidienne suffit. Il est également déconseillé, pour les mêmes raisons, de mettre des produits cosmétiques sur l'aréole car la macération favorise les crevasses. La peau des mamelons est semblable à celle des lèvres et il faut éviter tout ce qui pourrait la fragiliser en l'asséchant (ex : lavages fréquents).

Le meilleur soin est la goutte de lait de fin de tétée que l'on étale sur le mamelon et que l'on laisse sécher à l'air libre. C'est hydratant, aseptisant, cicatrisant !

Les seins des mères allaitantes, d'autant plus si elles sont infectées par le VIH, devraient être examinés à titre préventif à chaque consultation par le personnel soignant.

L'état nutritionnel de la mère est important

L'allaitement demande en moyenne un apport calorique de 500 Kcal supplémentaires par jour. Si nécessaire, il faut aider la mère et l'inscrire dans un programme de soutien nutritionnel. Il est recommandé de mettre les femmes qui allaitent sous multivitamines et minéraux (mais éviter la vitamine A qui sera réservée à l'enfant et éviter le fer en dehors du traitement de l'anémie). Un apport hydrique abondant est recommandé et la consommation d'alcool proscrite.

Brigitte aurait du recevoir, avant et après la naissance, davantage de conseils sur l'allaitement.

- Les douleurs et les saignements au sein dont souffre Brigitte sont certainement la conséquence d'une mauvaise prise de sein. Un entretien poussé doit permettre d'orienter les conseils pour une meilleure prise du sein. Il est primordial de laisser le sein gauche au repos au maximum 72 heures et d'exprimer le lait par massage (pas de tire-lait). Son bébé sera nourri à l'autre sein (le droit). Si celui-ci est trop douloureux, on nourrira le bébé à la tasse ou à la cuillère avec le lait prélevé et pasteurisé.

- Les circonstances présentes favorisent le risque d'allaitement mixte si les besoins de l'enfant ne sont pas satisfaits. Brigitte devra donc être accompagnée pour éviter qu'elle ne recoure à d'autres aliments que le lait maternel.
- On veillera à l'hygiène des mains de Brigitte et des soignants. Il ne faut pas oublier de prescrire un anti-douleur compatible avec l'allaitement et traiter localement : maintenir la plaie propre (un lavage quotidien suffit), et favoriser la cicatrisation ; le soin idéal est le lait maternel. Par ailleurs, il est nécessaire d'examiner la bouche de l'enfant à la recherche d'une éventuelle candidose, favorisant la transmission du VIH. On reprendra enfin un RDV 3 jours plus tard pour décider si le sein gauche peut être redonné à l'enfant (cicatrisation et absence de saignement).

A retenir

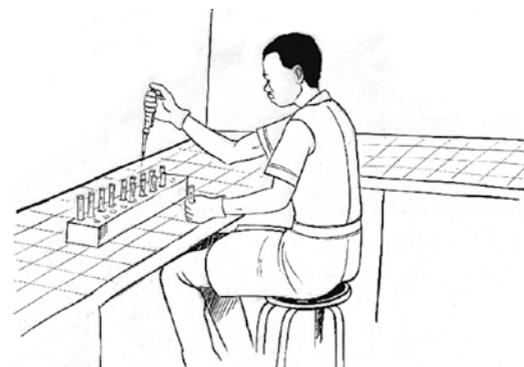
- Un allaitement mal conduit est source de complications qui augmentent le risque de transmission virale.
- C'est le bébé que l'on met au sein, pas le sein que l'on porte au bébé.
- L'allaitement dans de bonnes conditions doit être indolore.
- Un appui nutritionnel à la mère qui allaite est recommandé.
- Les soignants doivent conseiller les femmes sur l'allaitement avant l'accouchement et en suivre le bon déroulement !



*** N° 9a Diagnostic et dépistage

Diagnostic biologique de l'infection par le VIH avant 18 mois

Une importance capitale



Cas d'étude

Paul, a 10 mois. Sa mère, infectée par le VIH, a débuté un traitement antirétroviral (TARV) il y a deux mois. Elle a pratiqué un allaitement maternel jusqu'à l'âge de 6 mois. Paul a été mis sous cotrimoxazole (CTX) à l'âge de 6 semaines. Il n'y a pas eu à l'époque de prise d'ARV dans le cadre de la PTME. Elle consulte car Paul refuse de manger et pleure beaucoup depuis 3 jours. Son examen révèle un muguet buccal important et un retard pondéral mesuré à -2,5 DS. Le dernier agent de santé qu'elle a consulté lui dit qu'il faut attendre l'âge de 18 mois pour pouvoir confirmer l'infection et le référer au centre de prise en charge spécialisé qui s'est ouvert il y a quelques semaines et qui est à 30 km.

Que lui répondez-vous et que lui proposez-vous ?

Sans intervention, 30 % des nourrissons infectés par le VIH meurent dans leur première année de vie. Le diagnostic basé sur des signes cliniques reste peu spécifique et peu sensible à cet âge (beaucoup de cas d'infection ne sont pas reconnus). Une étude récente menée en Afrique du Sud montre que démarrer le TARV très tôt, avant 3 mois de vie, diminue la mortalité de 75 %. **Le diagnostic biologique précoce est donc décisif pour une prise en charge adaptée de l'enfant infecté par le VIH.**

Diagnostic virologique précoce : mettre en évidence le virus

La PCR ou réaction de polymérisation en chaîne (amplification du génome viral)

Les techniques de détection virologique de type PCRADN ou PCR-ARN, tendent à se développer. Elles permettent une affirmation de l'infection dès 6 semaines de vie : l'obtention de deux tests positifs consécutifs est fortement recommandée, sur deux échantillons différents de préférence ; mais si le délai d'obtention du second test, après un 1er test positif, est long, et si l'état clinique de l'enfant est inquiétant, on pourra commencer le TARV dès le 1er résultat positif et on confirmera le diagnostic par une seconde PCR dès que possible et une sérologie à 18 mois. Mais ces techniques sont encore coûteuses et nécessitent des laboratoires spécialisés de référence bien équipés avec un personnel formé. Dans ces conditions, la PCR reste malheureusement souvent inaccessible pour les patients éloignés des grandes capitales africaines. Des méthodes plus simples pour le manipulateur et plus rapides comme la PCR-ARN en temps réel sont plus adaptées mais rarement disponibles.

Le prélèvement sur papier buvard : une technique simple et sans risque

Avec les techniques standard, les prélèvements doivent être très rapidement pris en charge, ou congelés, limitant encore davantage l'accessibilité de la PCR. La technique de prélèvement sur papier buvard, dénommée DBS en anglais, permet d'adresser facilement les échantillons à un laboratoire de référence : 5 gouttes de sang capillaire recueillies au niveau du talon de l'enfant sont déposées sur un papier buvard. Celui-ci est ensuite acheminé sans urgence au laboratoire. Cette technique a aussi l'avantage d'être moins invasive pour le nourrisson et de limiter les consommables nécessaires aux prises de sang traditionnelles.

Limites : Les 5 taches recueillies sur le buvard doivent être de taille suffisante pour que le virus puisse être détecté. Chaque papier buvard doit être bien sec et protégé (pochette plastique ou film cellophane) afin d'éviter tout contact entre les échantillons lors du transport. Un système d'acheminement au laboratoire doit être en place. La simplification au niveau du terrain (prélèvement) demande cependant une adaptation du laboratoire qui doit faire face à quelques manipulations supplémentaires.

Mises en garde

- Si l'enfant exposé au VIH est symptomatique, on peut débiter un TARV et la PCR ne viendra confirmer le diagnostic qu'ultérieurement (cf fiche 9B sur le diagnostic clinique).
- Un résultat négatif ne permet pas d'exclure une transmission du VIH plus tardive au cours de l'allaitement maternel si celui-ci continue (répéter la PCR 6 à 8 semaines après le sevrage).
- enfin l'inclusion de la PCR dans les schémas nationaux n'a d'intérêt que si le rendu des résultats est rapide.

La sérologie avant l'âge de 18 mois : un apport non négligeable !

- Les anticorps maternels sont transmis à l'enfant pendant la grossesse au travers du placenta. Ces anticorps ne disparaissent que lentement et persistent parfois jusqu'à 18 mois. Aussi avant l'âge de 18 mois, un test diagnostique sérologique de l'infection à VIH ne permet pas de faire la différence entre les anticorps transmis par la mère et ceux qui sont propres à l'enfant.
- Un test positif ne permet donc pas d'affirmer l'infection pendant cette période.
- En revanche, **un test négatif permet d'affirmer l'absence d'infection**. Vers l'âge de 10 mois, près de 75 % des enfants ont déjà perdu les anticorps de leur maman. 75 % des enfants non infectés par le VIH, qui étaient jusqu'alors simplement "porteurs des anticorps de leur mère", auront donc un test négatif et l'absence d'infection par le VIH pourra être affirmée. Mais attention : la transmission du VIH peut aussi avoir lieu pendant toute la durée d'allaitement maternel et le test sérologique doit par conséquent être pratiqué au moins 2 mois après l'arrêt complet de celui-ci. La sérologie étant simple, accessible et peu coûteuse, si le test est négatif, et en dehors de toute période d'allaitement, l'infection est exclue et la PCR n'est pas nécessaire. A partir de 9 mois de vie, on doit d'abord faire une sérologie avant de recourir à la PCR.
- Enfin, si la PCR n'est pas du tout accessible, la sérologie reste un outil important en soi. En effet, l'association d'une clinique évocatrice et d'une sérologie positive de l'enfant peut orienter vers un diagnostic présomptif d'infection à VIH. Des mesures adaptées à la prise en charge de l'enfant infecté doivent alors être mises en place jusqu'à preuve du contraire.

Le comptage des CD4 : une aide importante mais...

En l'absence de PCR, l'association d'une sérologie qui reste positive chez l'enfant de moins de 18 mois et d'un taux de CD4 bas est évocatrice d'une infection à VIH. Les CD4 bas pour l'âge ne permettent pas d'affirmer l'infection à VIH mais restent un argument important à prendre en compte.

Paul – 10 mois : une sérologie dès maintenant pour envisager l'orientation de l'enfant vers le centre spécialisé

Les manifestations cliniques de Paul peuvent évoquer une infection par le VIH mais sont peu spécifiques. L'allaitement maternel, et donc le risque de transmission au travers du lait, n'existe plus depuis 4 mois. Après counselling de la mère, on peut faire un test sérologique du VIH à l'enfant. Sa négativité affirmerait l'absence d'infection. Compte tenu de ses signes cliniques, la positivité du test devrait alors conduire à référer l'enfant au centre de prise en charge spécialisé. Il ne faut pas attendre 18 mois ! Une PCR serait ensuite la technique la plus adaptée pour affirmer l'infection de Paul. Si celle-ci n'est pas disponible, la mesure des cellules CD4 serait d'un apport important et aiderait à la décision thérapeutique.

Dans l'immédiat il faut : continuer le CTX, traiter la candidose orale, vérifier le type d'alimentation avant la candidose et donner des conseils, vérifier l'état des vaccinations, documenter l'examen clinique et les paramètres anthropométriques, référer l'enfant avec une lettre détaillée. Ne pas oublier de rechercher un contact tuberculeux dans l'entourage.

A retenir

- Le diagnostic précoce de l'infection à VIH est fondamental pour une prise en charge précoce et adaptée du nourrisson. Sans traitement, 1/3 des enfants meurent dans leur première année de vie.
- Un test sérologique positif ne permet pas d'affirmer l'infection avant l'âge de 18 mois.
- Un test sérologique négatif (raisonnablement effectué une première fois vers 9 mois de vie), chez un enfant qui n'est plus du tout allaité depuis au moins 2 mois, permet d'exclure l'infection à VIH.
- Un diagnostic virologique par PCR, qui permet la détection du VIH dès 6 semaines de vie, est un outil favorisant l'initiation d'un TARV très précoce des nourrissons infectés par le VIH.



*** N° 9b Diagnostic et dépistage

Diagnostic clinique de l'infection par le VIH avant 18 mois

Il peut à lui seul être une indication de TARV !

Cas d'étude

José, a 9 mois. Sa mère, infectée par le VIH, pratique un allaitement maternel. Elle consulte car José refuse de manger et pleure beaucoup depuis 3 jours. Elle a l'impression que José souffre. Il présente une diarrhée depuis un mois. José a été mis sous CTX à l'âge de 6 semaines. Son examen révèle un retard pondéral important (-3DS sur la courbe de croissance), un muguet bucco-pharyngé, et une hépatosplénomégalie. L'appareil CD4 du laboratoire de l'hôpital est en panne.

Que faire ?

- La problématique du diagnostic biologique chez le jeune enfant est traitée dans la fiche 9A.
- En l'absence d'outils de diagnostic biologique, le diagnostic doit s'appuyer sur un ensemble de données cliniques, sérologiques, et sur la mesure des lymphocytes CD4 lorsque cette technique est disponible. Chez le nourrisson de statut VIH inconnu, la proportion de lymphocytes CD4 par rapport aux lymphocytes totaux permet d'aider au diagnostic et de prendre des décisions thérapeutiques.
- L'association d'une clinique évocatrice, d'une sérologie positive et d'une immunodépression objectivée par un taux de CD4 bas permet de poser le diagnostic d'infection à VIH, même avant l'âge de 18 mois. Si l'on ne dispose ni du taux de CD4, ni de lymphocytes totaux, **l'association d'une clinique évocatrice et d'une sérologie positive suffit à elle seule à poser le diagnostic présomptif d'infection à VIH. Des mesures de prise en charge de l'infection à VIH doivent alors être mises en place.**

Quels sont les signes ou pathologies rencontrés évocateurs d'infection à VIH ?

Tableau : Signes cliniques ou affections évocateurs d'une infection VIH chez l'enfant.

Spécificité pour le diagnostic d'infection VIH	Signes cliniques / affections	
Signes / affections très spécifiques de l'infection VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Infection invasive à salmonelle (y penser devant une fièvre persistante...) - Pneumonie à pneumocystis (pic de fréquence entre 4 et 7 mois de vie) - Candidose oesophagienne - Pneumonie Lymphoïde Interstitielle (rare avant deux ans) 	<ul style="list-style-type: none"> - Encéphalopathie (retard psychomoteur, microcéphalie petit périmètre crânien, trouble du tonus) - Zona multifocal (rare chez le jeune enfant) - Lymphome (rare chez le jeune enfant) - Sarcome de Kaposi (rare chez le jeune enfant)
Signes / affections fréquents parmi les enfants infectés par le VIH et moins fréquents chez les enfants non infectés par le VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Infections bactériennes sévères récurrentes - Candidose orale persistante ou récidivante - Hypertrophie non douloureuse des glandes parotides - Hépatosplénomégalie 	<ul style="list-style-type: none"> - Adénopathies généralisées (notamment axillaires) - Fièvre prolongée ou récurrente - Zona (simple) - Dermatose généralisée persistante, ne répondant pas au traitement
Signes / affections fréquents dans les deux groupes (infectés par le VIH / non infectés par le VIH)	<ul style="list-style-type: none"> - Otite récidivante et otorrhée persistante - Diarrhée persistante ou récurrente - Tuberculose 	<ul style="list-style-type: none"> - Pneumonie - Retard de croissance - Marasme

D'après table 5.1 : "Signes ou affections cliniques chez l'enfant pouvant indiquer une infection à VIH", p. 85, Manuel sur le sida pédiatrique en Afrique, ANECCA, 2006.

Peut-on débiter un traitement ARV (TARV) sans confirmation biologique de l'infection à VIH ?

Bien que la mesure des CD4 devienne de plus en plus disponible sur le terrain et que les techniques de diagnostic virologique commencent également à se développer, il est encore fréquent pour les agents de santé de devoir suivre les enfants sur des bases cliniques seulement. Un suivi clinique rigoureux du nourrisson né de mère infectée par le VIH ne doit pas se limiter au traitement des affections de l'enfant.

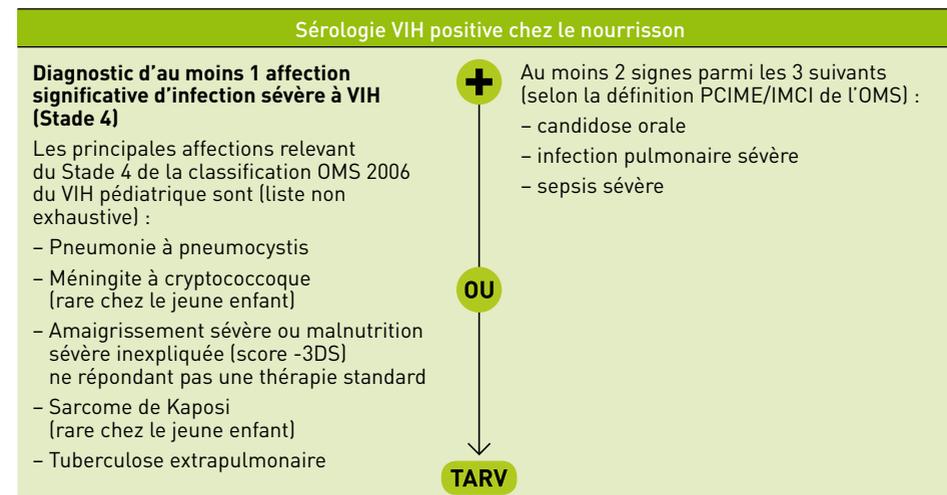
Il doit chercher, même sans l'aide d'examen de laboratoire, à identifier les enfants présentant des tableaux cliniques qui justifieraient leur mise sous traitement ARV. Pour l'OMS, le diagnostic clinique présomptif d'infection sévère à VIH chez le nourrisson suffit pour initier un TARV. Ce diagnostic d'infection sévère à VIH repose sur l'association :

- d'une sérologie positive chez le nourrisson

et

- du diagnostic d'au moins une affection significative d'une infection sévère à VIH (stade 4) ou d'au moins deux signes cliniques parmi les 3 suivants : candidose orale, infection pulmonaire sévère, sepsis sévère.

Diagnostic présomptif d'infection sévère à VIH



D'après "Box 1. clinical criteria for presumptive diagnosis of severe HIV disease in infants and children aged under 18 months requiring ART in situations where virological testing is not available", p. 22, Antiretroviral therapy of HIV infection in infants and children in resource-limited settings : towards universal access, OMS, 2006

Diagnostic différentiel : attention à la tuberculose

L'algorithme de diagnostic présomptif d'infection sévère à VIH de l'OMS fait actuellement débat. La malnutrition sévère est en effet évocatrice du VIH, mais dans certains contextes, elle peut avoir d'autres causes ou être associée à d'autres pathologies. Il faut en particulier veiller à ne pas confondre infection sévère à VIH et tuberculose chez le nourrisson né de mère infectée par le VIH. Un nourrisson présentant une tuberculose souffre souvent de malnutrition sévère, laquelle peut provoquer candidose orale, sepsis et faire chuter les CD4, même si l'enfant n'est pas infecté par le VIH ! Autant d'éléments cliniques qui peuvent faire négliger la possibilité d'une tuberculose isolée ou associée au VIH. Avant d'initier un TARV pour prendre en charge son infection présumée au VIH, il est donc recommandé d'essayer d'exclure une tuberculose chez le nourrisson né de mère infectée par le VIH présentant ce tableau. Le diagnostic de tuberculose chez le nourrisson étant, on le sait, souvent difficile à établir, le risque de se tromper est important... **Dans tous les cas, même chez les enfants mis sous TARV sur présomption d'infection sévère à VIH, il sera indispensable de faire confirmer dès que possible le diagnostic VIH par le laboratoire.**

José – 9 mois

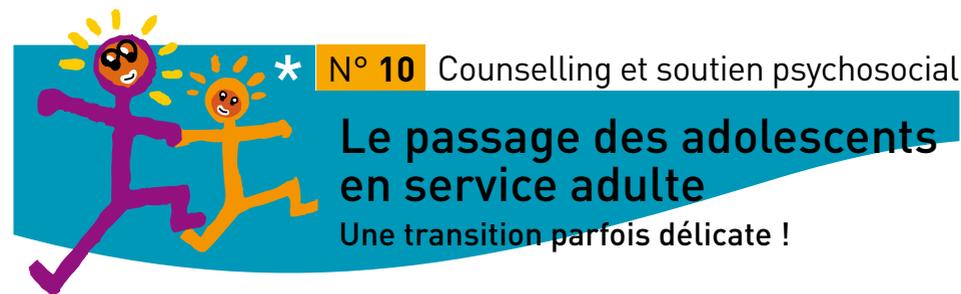
José présente manifestement des signes évocateurs d'infection à VIH, et même de Sida (retard pondéral important, possible candidose oesophagienne, diarrhées persistantes, hépatosplénomégalie). Prise en charge initiale à proposer :

- parler à la mère de la possibilité que José soit infecté par le VIH et prescrire un test sérologique VIH à l'enfant et si possible un hémogramme (globules blancs avec lymphocytes totaux et taux d'hémoglobine),
- lui expliquer que le refus alimentaire est sans doute lié à la candidose dont il souffre, que l'on va traiter immédiatement (fluconazole : 6 mg/kg/jr en une prise pendant 14 jours),
- mettre en place un appui nutritionnel et continuer l'allaitement maternel pour l'instant,
- traiter la diarrhée,
- rechercher des antécédents de tuberculose dans l'entourage,
- fixer un RDV dans quelques jours pour évaluer la réponse à cette prise en charge initiale et obtenir les résultats du laboratoire.

Si la sérologie VIH est positive et si la réponse à la prise en charge initiale est satisfaisante, on envisagera de débuter un TARV. On effectuera une mesure du taux de CD4 dès que l'appareil sera réparé, et on confirmera le diagnostic de l'infection VIH par le laboratoire par sérologie à 18 mois ou avant si la PCR devient disponible. Si la sérologie VIH est positive et si la réponse à la prise en charge initiale est insatisfaisante, certains experts recommandent un traitement anti-tuberculeux avant d'envisager le TARV. On confirmera le diagnostic de l'infection VIH par le laboratoire par sérologie à 18 mois ou avant si la PCR devient disponible. Si la sérologie VIH est négative, ce qui est peu probable dans ce contexte, la prise en charge devra se focaliser sur le traitement d'une possible tuberculose et sur l'appui nutritionnel. On répétera la sérologie VIH deux mois après l'arrêt de l'allaitement.

A retenir

- Un TARV peut être débuté devant un faisceau d'arguments cliniques et la preuve de l'exposition au VIH (test sérologique positif), même en l'absence de confirmation biologique de l'infection.
- La malnutrition sévère, en dehors d'une carence alimentaire, est évocatrice du VIH, mais dans certains contextes, elle peut avoir d'autres causes ou être associée à d'autres pathologies, comme la tuberculose.



Cas d'étude

Esi, va bientôt avoir 16 ans. On lui a appris sa séropositivité il y a 5 ans, peu de temps avant la disparition de ses parents, décédés à cause du VIH. Esi et l'un de ses deux petits frères, lui aussi infecté par le VIH, sont suivis depuis plusieurs années au service de pédiatrie du CHU de leur ville. Lors d'une visite de contrôle, le pédiatre informe l'adolescente qu'elle devra prochainement quitter le service de pédiatrie pour se faire désormais suivre dans le service des adultes de l'hôpital. Esi réagit alors très violemment et promet, s'il en est ainsi, d'arrêter son traitement ARV !

Comment l'aider à vivre cette transition difficile en douceur ?

Dans les grandes villes d'Afrique, un nombre croissant d'enfants infectés par le VIH en périnatal sont pris en charge dans des services de pédiatrie spécialisés. Ces enfants séropositifs, grâce au TARV dont ils bénéficient, deviennent adolescents. Vient un jour où ils doivent quitter le service de pédiatrie pour être suivis dans un service de médecine pour adultes. Cette transition, qui s'envisage à partir de 15 ans, se déroule souvent sans trop de difficultés. Il arrive cependant que ce changement soit redouté par les adolescents et s'assortisse de problèmes qu'il convient d'anticiper et de prévenir par un accompagnement approprié.

Ce que l'adolescent laisse derrière lui

Le passage du service de pédiatrie au service adulte peut se révéler une déchirure pour l'adolescent. Ce changement implique en effet la rupture d'une relation prolongée et privilégiée avec son pédiatre : l'adolescent a tissé un lien émotionnel et affectif sur le long terme avec son médecin, et celui-ci connaît, souvent mieux que quiconque, l'histoire de l'adolescent dans la continuité. Il a parfois aussi connu les parents décédés, et il sait des choses qui relèvent du secret ou du non-dit.

L'anxiété de séparation avec son pédiatre est un facteur qui contribue à rendre difficile la transition. Elle est souvent plus forte quand l'adolescent est orphelin car elle fait écho à un sentiment d'abandon et d'insécurité.

Quitter le service de pédiatrie et l'ensemble de son équipe peut aussi paraître critique car il s'agit d'un lieu vécu comme "maternant", rassurant, où l'ambiance et l'encadrement sont adaptés.

Les enjeux de la transition

La transition peut être d'autant plus mal vécue qu'elle active - ou réactive - des questions et des inquiétudes liées à la filiation, à l'identité, à la sexualité, etc. Elle implique également pour l'adolescent un travail de mémoire, pour pouvoir se présenter et raconter son histoire à son nouveau médecin, qui peut se révéler douloureux et le fragiliser.

Le passage dans un service pour adultes peut donner le sentiment à l'adolescent d'être perdu, de n'être pas à sa place, de n'être qu'un numéro dans une file de patients adultes auxquels il ne s'identifie pas, et dont l'apparence physique peut être source d'anxiété (lypodystrophies, etc.). L'adolescent déboussolé peut alors adopter des conduites à risques : rejet et rupture de son traitement ARV, interruption de suivi médical, prise de risque sexuel, abandon de ses projets (scolarité, formation professionnelle...)

Un passage à préparer et à accompagner

Pour limiter au maximum ces difficultés, le transfert de l'adolescent mérite d'être bien préparé, en amont et en aval, c'est à dire en pédiatrie, comme avec le service de médecine adulte.

Suggestions pour le service pédiatrie :

- Il est important que le pédiatre anticipe longtemps à l'avance le changement et l'accompagne de façon personnalisée, en tenant compte de la maturité de l'adolescent et en essayant de faire émerger peu à peu le souhait du passage. Ce transfert, s'il est préparé en douceur, correspond à un événement positif, lié au développement de l'autonomie et à une projection positive de l'adolescent sur l'avenir.
- Choisir le bon moment peut faciliter la transition : utiliser en conséquence des moments symboliques, tel que le brevet, l'entrée en apprentissage ou dans la vie active, peut permettre au jeune de mieux accepter le changement. Il est important aussi que le passage s'effectue à une période de stabilité sur le plan médical.
- Le pédiatre doit transmettre les éléments cliniques et familiaux du dossier de l'adolescent au médecin du service adulte. Il est souhaitable de communiquer toutes ces informations au cours d'une réunion des équipes pluridisciplinaires (médicales et psychosociales) des deux services. Tout ne doit pas forcément être dit pour assurer la qualité de la prise en charge future, mais l'essentiel doit être transmis à ceux qui vont prendre la suite.
- Avant de procéder au transfert, l'idéal est de pouvoir inviter le médecin du service adulte au service de pédiatrie pour une ou deux consultations communes afin que l'adolescent fasse connaissance avec son nouveau médecin dans un cadre qui lui est familier.

- Le pédiatre doit, en fonction de l'histoire de chacun, associer parents et tuteurs au processus de transfert pour que ceux qui veillent quotidiennement sur l'adolescent comprennent bien les enjeux d'une telle transition et soient en mesure de le soutenir dans les moments difficiles. Ce dialogue est d'autant plus important dans l'hypothèse où l'adolescent rejoindrait le service où ses parents / tuteurs se font eux-mêmes suivre mais qu'il n'aurait pas encore été informé de leur statut.
- Le soutien des associations de PVVIH peut être précieux pour aider l'adolescent à vivre le changement, en particulier les groupes de parole.
- Le recours à un psychologue peut enfin se révéler nécessaire dans certains cas.

Suggestions pour le service de médecine adulte :

- Il est important que l'adolescent se sente attendu et accueilli : son nouveau médecin doit en conséquence se montrer disponible et à l'écoute. Les premiers rendez-vous, qui doivent être fréquents au début, sont cruciaux pour permettre l'instauration d'un dialogue et d'un climat de confiance ; le médecin doit laisser s'instaurer la relation, savoir questionner l'adolescent et ne pas s'inquiéter de son silence le cas échéant.
- Les premières entrevues sont aussi l'occasion pour le médecin de faire le point sur les connaissances de son jeune patient.
- Si le changement de service s'est calqué sur un changement de rythme dans la vie de l'adolescent (ex. : passage en service adulte au moment de l'arrêt de sa scolarité), le médecin doit être attentif à la possible perte de cadre et de repères horaires pour la prise du traitement ARV.
- Il doit être aussi particulièrement vigilant au respect des rendez-vous et ne pas hésiter à relancer l'adolescent si celui-ci n'est pas venu. Quand le service de pédiatrie se trouve dans la même structure, ou s'il peut facilement être sollicité, il est souhaitable que la pédiatrie participe au rappel des perdus de vue. De façon plus générale, il est conseillé que les services de pédiatrie et de médecine adulte continuent de coopérer quelques temps après le passage de l'adolescent d'un service à l'autre pour s'assurer de la réussite du transfert.

Esi doit être préparée en douceur

Esi semble avoir besoin de temps pour accepter l'idée qu'elle va devoir changer de service et de médecin. Son pédiatre ne doit donc pas brusquer cette transition et se montrer à l'écoute des angoisses qui l'animent. Il est probable que cette adolescente ait peur de le quitter, d'autant plus que son histoire familiale difficile la fragilise certainement, et que son petit frère, lui, va continuer à se faire suivre en pédiatrie. Il est également possible qu'elle anticipe négativement son passage au service de médecine adulte, et qu'elle se sente de ce fait en insécurité. Le discours du pédiatre devra donc se montrer rassurant pour lui permettre d'évacuer ses craintes non fondées. La participation à ce processus de ceux qui ont la charge d'Esi pourrait s'avérer bénéfique et il faut penser à les associer à cette période de transition. Si malgré tout l'adolescente continue à mal vivre la perspective de ce changement, il peut être utile de coopérer avec un psychiatre ou un psychologue pour travailler en particulier sur les questions de prises de risque et d'indépendance d'Esi. L'important reste de ne pas précipiter les choses et d'attendre si possible le moment où l'adolescente se montrera prête à opérer la transition.

A retenir

- Le passage des adolescents du service de pédiatrie au service de médecine adulte doit être bien préparé et le moment bien choisi.
- Il est fortement recommandé d'associer les parents / tuteurs à la démarche d'accompagnement de l'adolescent au cours de la période de transition.
- Les passerelles sont importantes entre les équipes pluridisciplinaires des deux services : il est souhaitable, quand c'est possible, d'instaurer une gestion coordonnée du suivi de l'adolescent durant quelques mois pour assurer dans de bonnes conditions la transition d'un service à l'autre.



*** N° 11 Prise en charge médicale

Les vaccinations de l'enfant dans le contexte du VIH

Suivre le calendrier du PEV mais aussi... l'adapter !

Cas d'étude

Koffi a 6 mois et demi. La maman de Koffi a accouché à domicile et n'a pas été suivie pendant sa grossesse. Elle a appris il y a un mois et demi qu'elle est infectée par le VIH. Elle n'allait plus Koffi depuis ce jour. Le jour même du diagnostic de la mère, une PCR a été demandée pour Koffi. La PCR qui s'est avérée positive confirme que Koffi est infecté par le VIH lui aussi. Il est asymptomatique. Il a reçu ses vaccins DTCoq + Polio oral.

En revanche, comme il est né à la maison, le vaccin BCG a été omis.

Que recommandez-vous aujourd'hui ?

Une réponse immunitaire aux vaccins imparfaite mais conservée

La réponse immunitaire à la vaccination est perturbée chez les enfants infectés par le VIH. La réponse aux vaccins concerne aussi bien l'immunité humorale (fabrication d'anticorps par les lymphocytes) que la réponse cellulaire (activation des lymphocytes T). Plus le taux de lymphocytes T CD4 est bas, plus la réponse immunitaire cellulaire et humorale est perturbée.

Il est donc d'une manière générale recommandé de ne pas retarder le schéma vaccinal et de vacciner les enfants infectés par le VIH ou exposés au VIH le plus tôt possible, en fonction bien sûr des caractéristiques de chaque vaccin. Pour les mêmes raisons, certains vaccins devront être renouvelés chez l'enfant infecté par le VIH pour améliorer la réponse, et par conséquent la protection. D'autres vaccins seront contre-indiqués en cas de maladie VIH très sévère (enfant à un stade symptomatique avancé). De même, les enfants dont l'état clinique est inquiétant ne doivent pas être vaccinés tout de suite (par exemple, il vaut mieux reporter la vaccination s'il s'agit d'une infection opportuniste sévère en cours de traitement).

Le risque (faible) des vaccins "vivants"

Indépendamment de la qualité parfois insuffisante de la réponse immunitaire, le deuxième problème est celui des vaccins "vivants" susceptibles d'entraîner une véritable infection chez un enfant avec un déficit immunitaire très sévère. Les principaux vaccins dits "vivants" sont le BCG, les vaccins anti-polio oral, anti-rougeole, anti-rubéole, anti-oreillons, anti-amaril et anti-varicelle. Ils sont contre-indiqués en cas de déficit immunitaire très sévère

[taux de CD4 profondément abaissé, < 10 %]. Mais, en dehors du BCG, qui reste contre-indiqué toute la vie chez l'enfant infecté par le VIH, les autres vaccins vivants peuvent et doivent être pratiqués après amélioration du bilan immunitaire de l'enfant sous traitement ARV (TARV).

- **La rougeole** est potentiellement précoce et sévère chez l'enfant infecté par le VIH. Aussi il est recommandé d'offrir le vaccin habituel (même dose) dès l'âge de 6 mois à l'enfant infecté par le VIH, avec un rappel précoce à 9 mois. Ce vaccin peut être donné seul ou combiné à celui de la rubéole et des oreillons (ROR). Mais en cas de déficit immunitaire très sévère sur la base des CD4 (< 10 %) ou d'un tableau clinique avancé, il ne faut pas administrer ce vaccin "vivant" jusqu'à amélioration des CD4 à l'aide d'un TARV.
- **Fièvre jaune** : Peu de données scientifiques étant disponibles, l'OMS recommande d'éviter d'administrer le vaccin anti-amaril aux enfants présentant une infection par le VIH confirmée et symptomatique, sans précision du stade clinique ou du niveau du déficit immunitaire. D'autres experts jugent que seul un déficit immunitaire très sévère (CD4 < 10 %) contre-indique ce vaccin. Le rapport bénéfice/risque doit être considéré en fonction du contexte épidémique de la fièvre jaune.
- **Le BCG**, qui persiste dans l'organisme la vie durant, pose un problème particulier : un enfant vacciné avec un taux de CD4 correct peut développer une BCGite disséminée des années plus tard quand apparaît un déficit immunitaire important. Il faut bien noter toutefois que les observations de BCGite disséminée (à distinguer d'une réaction locale ou régionale avec simples ganglions satellites du point de vaccination) ne surviennent qu'avec un déficit en CD4 très profond. En cas d'infection par le VIH confirmée, il est recommandé selon l'OMS de ne pas vacciner l'enfant, même s'il est asymptomatique. Mais les moyens de diagnostic précoce de l'infection par le VIH ne sont pas disponibles partout, et les schémas vaccinaux privilégient la vaccination BCG à la naissance. Dans ces conditions, dans les pays à forte endémicité tuberculeuse, l'OMS recommande de continuer à vacciner tous les nouveau-nés, y compris ceux nés de mère infectée par le VIH. Le bénéfice de la vaccination est ici supérieur au risque.

Vaccins inactivés : sans danger et recommandés !

Les vaccins inactivés (Tétanos, Diphtérie, Polio injectable, Hib, hépatite B, infections à pneumocoques) ne présentent aucun risque chez l'enfant infecté par le VIH. Les rappels recommandés doivent être rigoureusement administrés. S'ils ne sont pas déjà intégrés dans le PEV, les vaccins suivants devraient être introduits dans le schéma vaccinal de l'enfant infecté par le VIH ou exposé au VIH :

- **La vaccination anti-haemophilus (Hib)** : L'Haemophilus influenzae B est notamment responsable de pneumonies et de méningites. L'enfant infecté par le VIH est plus susceptible de développer des infections sévères à Haemophilus. Ce vaccin est recommandé pour tous les enfants, y compris ceux infectés par le VIH.
Il est en général proposé en même temps que le vaccin DTP. Un rappel, vers 16-18 mois, est particulièrement important chez les enfants infectés par le VIH.
- **La vaccination anti-pneumococcique** : Les infections à pneumocoques sont fréquentes et tuent de nombreux enfants dans le monde. Ces infections sont plus fréquentes chez les enfants infectés par le VIH. Il existe 2 vaccins antipneumococciques : le vaccin dit "non-conjugué 23-valent", qui n'est pas adapté aux enfants de moins de 2 ans ; et le vaccin dit "conjugué 7-valent" (PCV7), qui a fait la preuve de son efficacité et de son innocuité chez les enfants infectés par le VIH. L'OMS recommande l'introduction de ce

dernier vaccin qui protège contre 7 souches de pneumocoque dans le schéma vaccinal en attendant un vaccin plus protecteur encore (10 souches). Généralement, on administre 3 doses vaccinales pendant la première année de vie.

- **Le vaccin contre l'hépatite B** peut et doit être administré aux enfants infectés par le VIH.

Adapter le PEV au cas particulier de Koffi

Koffi, 6 mois et demi, est infecté par le VIH.

BCG : Il n'a pas reçu de vaccin BCG à la naissance, par oubli. Selon les nouvelles recommandations OMS, il ne doit pas recevoir le vaccin BCG.

Autres vaccins : Vérifier son état vaccinal. Mettre à jour si nécessaire les vaccins inactivés et offrir si possible une vaccination contre le pneumocoque et l'Haemophilus. Réaliser dès que possible un dosage des CD4. Koffi ayant 6 mois et demi, lui administrer dès maintenant le vaccin anti-rougeoleux. Koffi est asymptomatique et il n'est pas indispensable d'attendre la confirmation par le laboratoire qu'il ne souffre pas d'un déficit immunitaire très sévère. En fonction de l'évolution de son état clinique et immunitaire, prévoir dès 9 mois le rappel du vaccin anti-rougeoleux puis envisager à 12 mois la vaccination anti-amaril si ces vaccins ne deviennent pas contre-indiqués. Enfin, veiller particulièrement à ce que les rappels des vaccins soient bien administrés.

Autres : Ne pas oublier de donner à Koffi une dose de vitamine A s'il n'en a pas reçu dans les 4 derniers mois. Intégrer Koffi, sa mère et les autres membres de la famille si nécessaire dans un dispositif de prise en charge du VIH (dosage régulier des CD4, prophylaxie au CTX, TARV si nécessaire, appui nutritionnel, calendrier de suivi, etc.).

A retenir

Règle générale

La plupart des enfants infectés par le VIH montrant une bonne réponse immunitaire au cours de leur première année de vie, il convient de les vacciner dès que possible une fois qu'ils ont atteint l'âge recommandé pour la vaccination.

Règles particulières

- Il faut vacciner dès l'âge de 6 mois contre la rougeole tous les enfants infectés par le VIH (en dehors d'un stade avancé), puis procéder à un rappel à 9 mois.
- Les autres vaccins "vivants" sont contre-indiqués en cas de déficit immunitaire très sévère (CD4 < 10 %) mais pourront et devront être effectués après amélioration du bilan immunitaire sous TARV.
- Il est fortement recommandé de vacciner les enfants contre les infections à pneumocoque et à Haemophilus influenzae.
- En cas d'infection par le VIH confirmée ou fortement suspectée, il n'est pas recommandé d'administrer le BCG.



Le deuil d'un parent décédé du SIDA

Comment soutenir l'enfant ?

Cas d'étude

Moudou a 15 ans. Ses parents sont décédés du sida quand il avait 10 ans. Il a d'abord perdu son père, puis sa mère. A la mort de sa mère, il a été recueilli par son oncle, a dû arrêter l'école, et est aujourd'hui apprenti brodeur. Même si son apprentissage se passe bien, il est souvent très triste et dit qu'il veut retourner à l'école "comme les autres".

Comment comprendre son mal-être et l'apaiser ?

Pourquoi faire un travail de deuil ?

Suite au décès d'un être cher, il faut du temps pour surmonter la souffrance, trouver les ressources et l'énergie nécessaires pour s'élaborer de nouveaux repères. Ce travail de deuil est d'autant plus difficile chez l'enfant qu'il s'agit d'un être en construction. Outre la douleur et le choc que provoque la perte d'un parent pour un enfant, ce décès peut interrompre la transmission de valeurs affectives, éducatives et culturelles, et peut entraîner un changement des adultes qui s'occupent de lui.

L'enfant va appréhender la mort du parent de façon différente en fonction de son âge et de son niveau de maturité :

- Jusqu'à deux ans, la mort équivaut à l'absence : la perte du parent est une perte vitale qui peut entraîner des pleurs, des troubles alimentaires ou du sommeil... et l'entourage doit compenser les contacts physiques et affectifs perdus.
- De trois à cinq ans, l'enfant considère que la mort n'est pas naturelle, la pensée magique est très présente : la mort est temporaire, réversible, alors l'enfant attend le retour du défunt.
- A partir de sept ans, il commence à faire des liens entre la maladie, l'hôpital, la mort : il comprend que la vie a un commencement et une fin, que l'absence est durable.
- Entre neuf et douze ans, il comprend l'irréversibilité de la mort.
- A l'adolescence, le jeune doit faire de nombreux deuils, à commencer par perdre sa place d'enfant et accepter les changements liés à la puberté : si le deuil d'un parent survient à cette période-là, il y a un risque d'effondrement dépressif avec des conduites à risque.

L'enfant endeuillé sera souvent très changeant dans son comportement, oscillant entre des phases d'abattement et des moments où il reprendra ses jeux : ce qui fait parfois dire aux adultes qu'il n'a pas compris ce qui s'est passé. Mais l'enfant peut changer de caractère : il se sent victime d'une injustice, ressent de la colère, souvent de la culpabilité, voire se sent responsable de la mort de son parent. L'attitude de l'entourage va donc être primordiale pour l'accompagner dans son travail de deuil.

Les orphelins de parents décédés du sida face au non-dit

Les parents atteints du VIH cachent souvent à leur entourage, voire à leurs propres enfants, leur maladie, dans un contexte où la stigmatisation peut être forte. De fait, lorsque des parents décèdent du sida, l'enfant est confronté au non-dit : soit son entourage lui cache les causes du décès de ses parents par peur qu'il ne puisse garder le secret ; soit il en est informé mais ne peut en parler autour de lui par risque d'être à son tour stigmatisé. La cause de cette mort demeure un sujet tabou. L'enfant reste face à un silence et une interdiction de pouvoir penser la mort. Or, un événement devient traumatique :

- s'il est reçu avec un sentiment de violence et de non-sens,
- s'il est subi avec un sentiment d'impuissance,
- s'il produit un pic émotionnel élevé.

L'enfant souffre de ne pouvoir dire qu'il a été difficile d'accompagner ses parents malades, sa peur de les voir mourir. Après leur décès, il souffre de ne pouvoir parler du passé, poser des questions sur la maladie de ses parents... De plus, la représentation fréquente des enfants est que la mort est contagieuse. Or, la mort d'un parent par le sida renvoie directement à la contagiosité. L'enfant peut s'interroger sur sa propre santé et craindre d'être lui aussi malade à plus ou moins long terme.

Enfin, en Afrique, les personnes vivant avec le VIH ou leur famille rattachent souvent leur maladie à une étiologie sorcière. Cette croyance que le VIH/sida est dû à un mauvais sort peut créer une angoisse de persécution chez l'enfant. Par exemple, l'enfant considère son père comme l'être protecteur, tout-puissant et invulnérable. Mais si "le sorcier" a réussi à terrasser son père, c'est que ce dernier peut à tout moment déclencher son attaque contre l'enfant. Cette croyance crée une insécurité chez l'enfant, qui se manifeste par des insomnies, des cauchemars.

Comment accompagner l'enfant ?

- L'enfant a besoin d'un adulte à qui parler. Cet adulte doit lui laisser le temps d'exprimer cette souffrance, simplement et en douceur, en s'imaginant à la place de l'enfant qui souffre. Mais il doit aussi donner à l'enfant des explications claires et adaptées à son degré de maturité pour l'aider à comprendre l'origine du décès de son ou ses parents.

Un membre de la famille proche est tout à fait en mesure de le faire. Si l'adulte se sent impuissant ou lui-même en trop grande souffrance, il peut demander l'aide d'autres personnes de son entourage. Des professionnels (psychologue, conseiller psychosocial...) peuvent aussi être à son écoute et l'aider à verbaliser son mal-être. Il ne faut toutefois pas oublier que le deuil est une étape de la vie, qu'il ne s'agit pas ici de troubles psychiques mais de la détresse légitime d'un enfant.

- L'enfant peut aussi participer à un groupe de parole à destination des jeunes affectés par le VIH. Il pourra s'exprimer librement sur la maladie de ses parents, les circonstances de leur mort, le poids du secret, et mieux comprendre les mécanismes de la maladie et les moyens de s'en protéger. Il se rendra compte qu'il n'est pas le seul à vivre cette situation et pourra trouver un réconfort auprès de ses pairs. Un travail de mémoire autour de la vie des parents défunts peut également aider l'enfant à surmonter son traumatisme. Il est important pour son avenir que l'enfant connaisse l'histoire de sa famille, aussi douloureuse soit-elle. Des personnels formés au travail de mémoire peuvent dans un cadre chaleureux aider les adultes de la famille (les grands-parents par exemple) à raconter à l'enfant la vie de ses parents et à reconstruire avec lui le passé.

Il faut aussi veiller à sa propre santé

Il est important que l'enfant soit dépisté pour l'infection à VIH. S'il est séronégatif, il sera rassuré sur sa santé. S'il est dépisté séropositif, il faudra veiller à le préparer à l'annonce de sa maladie, utiliser des termes simples et adaptés à son âge et à son degré de compréhension. Dans tous les cas, il faudra le rassurer en lui expliquant qu'il y a des médicaments efficaces pour combattre le virus et qu'il pourra bien vivre grâce au traitement.

Modou a pu surmonter son traumatisme

Modou a répété son désir de retourner à l'école pendant plusieurs années. Un membre du centre d'apprentissage a un jour pris le temps de lui poser des questions sur sa vie : il a parlé de la mort de sa mère alors qu'il avait à peine une dizaine d'années. L'arrêt de sa scolarité coïncide avec cette période : Modou a été recueilli par son oncle qui avait déjà la charge de 6 enfants et qui n'avait pas assez d'argent pour le rescolariser. Il n'est donc jamais retourné à l'école et a commencé un apprentissage professionnel.

Ainsi, ce décès a été un événement d'autant plus traumatique pour Modou qu'il a non seulement perdu sa mère mais aussi toute une sécurité familiale, dont son foyer. La charge émotionnelle très importante, a été transférée sur un désir plus facilement exprimable : sachant qu'il ne pouvait demander à retrouver sa mère, il demandait à reprendre sa scolarité. Retourner à l'école signifiait retrouver sa mère et sa vie d'avant : Modou n'a pas fait son deuil et est resté figé dans son développement à cette terrible perte.

Mais le fait de verbaliser ce lien lui a permis peu à peu d'investir son apprentissage. Aujourd'hui, il est sorti 3e de sa formation et vient d'inaugurer sa boutique de couturier-brodeur. Surtout, il a pu franchir le seuil de la vie d'adulte car, en abordant le deuil de ses parents, il a pu faire également celui de son enfance.

A retenir

- L'enfant appréhende la mort en fonction de son âge et son niveau de maturité.
- Lorsque des parents décèdent du sida, l'enfant est confronté à beaucoup de non-dits du fait de la stigmatisation de la maladie.
- L'enfant orphelin a besoin de s'exprimer, de parler à un adulte capable de lui donner des explications adaptées et/ou avec des enfants de son âge dans des groupes de parole organisés.
- Il est important de reconnaître la souffrance de l'enfant et de l'aider à la surmonter.



Introduction de l'alimentation complémentaire

chez le nourrisson exposé au VIH et principes de sevrage.

Cas d'étude

Rose Marie est une jeune maman infectée par le VIH. Elle vient vous voir en consultation avec son fils Alphonse, âgé de 7 mois, et vous explique qu'il ne prend plus le sein depuis 8 jours, pleure beaucoup et ne mange presque rien. Elle a déjà introduit différents aliments, mais trouve que c'est difficile.

Elle voudrait reprendre l'allaitement maternel.

Introduction de l'alimentation complémentaire. Quand ?

Jusqu'à 6 mois révolus, le lait maternel ou les Substituts du Lait Maternel (SLM) peuvent suffire à couvrir tous les besoins du nourrisson. Après 6 mois, les besoins énergétiques du nourrisson imposent l'introduction d'aliments complémentaires.

Selon les recommandations de l'OMS de 2010 sur l'alimentation des nourrissons exposés au VIH, il est désormais préconisé de les allaiter de façon exclusive pendant 6 mois, puis d'introduire l'alimentation complémentaire à partir du 7ème mois, tout en maintenant l'allaitement maternel jusqu'à 1 an (fin du sevrage précoce à 6 mois). Pendant toute la durée de son allaitement, la mère doit prendre une trithérapie ARV ou, à défaut, le nourrisson doit prendre une monothérapie par la Névirapine. Ces nouvelles recommandations se basent sur des études cliniques qui ont montré que, sous ces traitements, la contamination des nourrissons allaités au sein était très rare (entre 1 et 2%), et bien inférieure au risque de décès lié au sevrage précoce ou à l'alimentation par les SLM. L'introduction de l'alimentation complémentaire chez les enfants exposés au VIH allaités redevient donc comparable aux pratiques habituelles : introduction progressive des bouillies puis des aliments solides, sous couvert d'un allaitement à la demande.

Pour les enfants alimentés par des SLM dès la naissance ou dans les premiers mois de vie, il est possible d'introduire l'alimentation complémentaire progressivement dès 4 mois révolus : le nourrisson est alors capable de digérer les farines (sans gluten) et les légumes cuits. Attention toutefois à maintenir des apports lactés suffisants : les soupes de légumes sont pauvres en calories et les farines sont pauvres en protéines. Ainsi, la diminution trop rapide des apports lactés risque d'entraîner des carences.

Sevrage précoce et rapide de l'enfant exposé au VIH allaité : contre-indiqué

Il n'est plus conseillé de réaliser l'ab lactation (arrêt de l'allaitement) à 6 mois révolus, encore moins de le faire de façon "brutale", en quelques jours. L'arrêt précoce de l'allaitement maternel non protégé par les ARV diminue les risques de transmission du VIH en réduisant la durée de l'exposition du nourrisson au virus, mais est source de nombreuses difficultés pratiques. En effet, outre les problèmes d'acceptabilité sociale et culturelle, l'ab lactation précoce et brutale impose au nourrisson de changer soudainement beaucoup d'habitudes : arrêt de la tétée à la demande et du contact avec le sein (rôle nutritif mais aussi rassurant et protecteur), changement de goût du lait (maternel remplacé par du lait maternisé, quand il est disponible), apprentissage de la tasse, de l'alimentation semi-solide (textures et goûts nouveaux) et de la cuillère. Il peut cependant arriver qu'une mère vienne consulter après avoir réalisé précocement le sevrage de son bébé, par manque d'information. Ou parce qu'il paraît souhaitable d'arrêter l'allaitement maternel car la situation présente un risque très important de transmission du VIH au bébé (mère non suivie, sans TARV, avec une immunodépression profonde et une mastite, par exemple). Il faut alors accompagner le sevrage de l'allaitement maternel et la substitution par les SLM. On commence par proposer à l'enfant des substituts lactés, à la tasse. Dès que possible, on introduit l'alimentation complémentaire, progressivement sur un, puis sur deux repas. Tant que l'alimentation complémentaire n'est pas introduite, les besoins en SLM sont de l'ordre de 150 ml/kg/jour. Une fois l'alimentation bien établie, il faut maintenir entre 200 et 500ml de lait par jour, ce qui correspond à 2 à 4 boîtes de SLM2 ou 1 à 2 kilos de lait de vache en poudre (si les SLM ne sont pas disponibles), par mois.

Principes des repas à la cuillère

Il faut être vigilant, notamment au début, à ce que les repas à la cuillère se mettent en place dans de bonnes conditions, pour rassurer l'enfant :

- Nourrir le nourrisson en étant attentif à sa faim, sa satiété.
- Alimenter le nourrisson lentement, patiemment, en l'encourageant à manger. Utiliser pour cela la parole, les sourires, le contact visuel.
- Lui donner à manger dans sa propre tasse ou assiette.
- Pratiquer une bonne hygiène pour éviter à l'enfant de tomber malade (revoir Carte conseil 9 OMS).
- Attendre que le nourrisson ait fini de manger pour lui en donner encore. Ne pas le forcer, ce qui risquerait d'entraîner un conflit dans la relation avec sa mère (ou sa tutrice).
- Si l'enfant refuse certains aliments, essayer de les lui proposer à nouveau quelques jours plus tard, associer différentes combinaisons d'aliments, de goûts, de textures.
- Réduire les distractions au cours du repas. Se placer dans un endroit calme et profiter de ce moment pour établir une relation privilégiée, comme il pouvait exister pendant la mise au sein.
- Pour savoir si l'enfant a soif, lui offrir un peu d'eau bouillie après le repas.
- A chaque repas, donner au bébé un aliment de chaque groupe : aliment de base, enrichi d'une légumineuse (pois, bien écrasé) et/ou d'un produit animal (viande, poisson, oeuf), et de légumes/fruits + huile végétale.

- Diversifier l'alimentation, limite le risque de carences.
- A partir de 8 mois, donner des collations entre les repas (voir tableau).
- Ne pas donner de soda (boissons gazeuses), ni d'autres boissons sucrées, ni de bonbons/sucreries. Il en est de même pour le thé ou le café.
- Limiter les quantités de jus de fruits à moins d'un gobelet par jour, parce que cela peut diminuer l'appétit et provoquer une diarrhée.
- Éviter les aliments avec lesquels l'enfant pourrait s'étouffer (arachide non pilée, carotte non cuite par exemple).

Exemple de schéma d'introduction de l'alimentation complémentaire

Age	Consistance	Fréquence	Quantité (volume) d'aliments qu'un enfant mangera généralement à chaque repas
6 à 8 mois	Commencer par une bouillie épaisse à base de farine enrichie, préparée au lait ou à défaut à l'eau. (NB : si l'enfant est alimenté par SLM, la farine peut initialement être ajoutée aux repas lactés pour faire des bouillies liquides). Puis rajouter dans la bouillie des aliments bien écrasés (banane, courge, carotte...). Après quelques semaines, continuer avec les aliments écrasés donnés à part de la bouillie pour habituer l'enfant à leur goût.	A. 2 à 3 bouillies par jour selon l'appétit de l'enfant. + B. Si l'enfant est allaité, ces quantités s'ajoutent aux tétées fréquentes. Si l'enfant n'est pas allaité, donner en plus : 2 gobelets de 250 ml de lait par jour et de l'eau propre à volonté entre les repas. + C. on peut offrir une ou deux collations entre les repas : une portion de fruit écrasé par exemple.	Commencer par 2 ou 3 cuillères à soupe à chaque repas en plus du lait. Augmenter graduellement la bouillie jusqu'à une ½ tasse de 250 ml et diminuer parallèlement les quantités de lait seul pour ne donner 2 gobelets de 250 ml par jour (si enfant sous SLM).
9 à 11 mois	Donner une bouillie enrichie épaisse le matin puis des aliments coupés finement ou écrasés et des aliments que l'enfant peut prendre avec ses doigts.	A. 3 fois par jour selon l'appétit de l'enfant. + B. sein ou SLM (250 à 500 ml/jour). + C. 1 à 2 collations.	½ à ¾ de tasse de 250 ml.
12 à 23 mois	Aliments du repas familial coupés et écrasés si nécessaire. Maintenir une bouillie enrichie pendant la période du sevrage (vers 12 mois).	A. 3 fois par jour selon l'appétit de l'enfant. + B. sein ou SLM (250 à 500 ml/jour). + C. 1 à 2 collations.	Env. ¾ tasse de 250 ml.

Le sevrage du sein, quand ?

Dans la majorité des cas, les nourrissons seront allaités jusqu'à un an, le sevrage sera réalisé au cours du 12ème mois, progressivement.

Si l'infection du nourrisson par le VIH est prouvée (PCR positive), l'allaitement maternel sera poursuivi jusqu'à 24 mois.

Le sevrage vers 1 an, comment ?

La première étape consiste à arrêter de donner le sein, exprimer le lait et donner le lait à la tasse (le chauffage du lait, antérieurement préconisé, n'est en théorie pas utile si le TARV est pris correctement ; il n'est cependant pas contre-indiqué).

Si elle est bien réalisée, cette étape permet de préparer le sevrage du lait maternel tout en maintenant un apport de lait dont le goût est connu de l'enfant.

En pratique il est difficile de poursuivre longtemps l'expression manuelle du lait maternel. En effet, la production lactée a tendance à diminuer et, surtout, cette méthode est contraignante et prend du temps à la mère.

Après une à deux semaines, le lait maternel devrait idéalement être remplacé par du lait maternisé ou du lait de vache entier donné à la tasse.

Difficultés qui peuvent survenir au cours du sevrage ou lors de l'introduction de nouveaux aliments, et réponses qui peuvent être proposées

Incompréhension de la famille : devant un sevrage à 12 mois, les critiques de la famille seront probablement moindres que devant un sevrage précoce à 6 mois. Néanmoins, elles risquent de se manifester. L'implication du conjoint aux côtés de la femme est capitale pour faire accepter cette décision. Une excuse d'ordre médical, même si elle est fautive, peut être fournie par le médecin pour aider le couple à argumenter cette décision face à l'entourage.

Difficultés du côté maternel : il peut exister des douleurs mammaires liées à un engorgement des seins. On conseillera à la femme une restriction hydrique, des massages, et éventuellement un traitement médical, rarement nécessaire.

Pleurs et troubles du comportement de l'enfant : le nourrisson peut avoir des difficultés à comprendre l'interdiction de prendre le sein de sa mère et manifester des pleurs ou des difficultés à s'alimenter. Il faudra maintenir un contact étroit et rassurant avec sa mère pendant cette période. Mais les pleurs peuvent être aussi liés à la soif ou la faim, en raison d'une compensation insuffisante de l'arrêt de la lactation : les apports hydriques, antérieurement fournis par le lait maternel, doivent être compensés, au mieux par du lait de vache entier, au moins par de l'eau bouillie qui sera proposée régulièrement ; les apports caloriques du lait maternel, quant à eux, doivent être aussi compensés soit par du lait, soit par une augmentation de l'alimentation complémentaire. On privilégie les aliments que l'enfant préfère, en maintenant des apports les plus diversifiés possibles.

Enfin, il faut toujours, devant des pleurs inexplicables et/ou des troubles de l'alimentation, chercher une cause médicale, en particulier une douleur d'origine buccale ou pharyngo-oesophagienne.

Quelques notions nutritionnelles...

- 1. L'apport de lait de remplacement après le sevrage** est essentiel pour couvrir les besoins en protéines et en micronutriments du nourrisson (calcium, fer, zinc et vitamine B12 en particulier). Il faut donc tout faire pour apporter du lait ou des laitages. Sinon, ces micro-nutriments devront donc être apportés par des suppléments polyvitaminiques ou médicamenteux adaptés.
- 2. La quantité de lait nécessaire entre 6 et 12 mois, pour les enfants sous SLM**, dépend de l'apport en protéines animales (oeuf, viande, poisson) dans l'alimentation. En l'absence de protéines animales, il faut apporter environ 500 ml de lait par jour. Cette quantité est réduite de moitié (200-250 ml/jour) si le nourrisson consomme des protéines animales. Après 1 an, il est souhaitable de continuer de proposer au moins 250 ml de lait par jour à l'enfant, jusqu'à 2 ans.
- 3. Les besoins en liquides doivent être couverts.** En l'absence d'allaitement maternel, il est difficile à l'enfant d'éteindre sa soif. On estime que les besoins, dans les pays chauds, sont de l'ordre de 800 à 1200 ml par jour (soit 4 à 6 tasses). De l'eau claire et propre (bouillie si nécessaire) doit être proposée plusieurs fois par jour. Ces besoins sont augmentés en cas de fièvre et, bien entendu, en cas de diarrhée.
- 4. Les farines**, souvent réalisées à partir de céréales, apportent essentiellement des glucides. L'apport calorique est de l'ordre de 350 kCal pour 100 g de produit sec. Plus une céréale est raffinée (riz blanc décortiqué, par exemple), plus elle sera pauvre en protéines. Le mélange de farines (artisanal ou industriel) permet de multiplier par 2 ou 3 la teneur en protéines des farines par rapport à une farine de riz usiné blanchi. En pratique, ces farines peuvent être mélangées à la poudre de lait au début de la diversification (bouillies liquides données à la tasse), puis être préparées sous forme de bouillies épaisses et données à la cuillère dans un deuxième temps.
- 5. Viande, poisson, oeufs** : ces produits d'origine animale sont les meilleures sources de protéines, mais ces produits sont chers. Le jaune d'oeuf dur (cuit 10 minutes) peut être donné dès 6 mois, écrasé dans une bouillie ou une purée. Le blanc d'oeuf sera introduit après 9 à 12 mois. L'apport protéique d'un oeuf correspond à 250 ml de lait. La teneur en protéines de la viande ou du poisson est de l'ordre de 15 à 20 % : 50 g de produit apportent donc 8 à 10 g de protéines.
- 6. Les fruits et les légumes** : riches en micro-nutriments (vitamine A, C, folates, fer pour certaines feuilles), ces produits sont peu caloriques et contiennent peu de protéines et de lipides.
On classera à part les légumineuses (haricots, pois, lentilles) qui sont une source intéressante de protéines lorsqu'elles sont associées aux céréales, de même que le soja et les arachides (attention cependant aux terrains allergiques).
- 7. Les lipides** : sources de calories et d'acides gras essentiels, les lipides d'origine végétale peuvent être inclus dans l'alimentation du nourrisson. Une à deux cuillères à café par jour sont suffisantes en moyenne.

Réponse au cas d'étude

Il est probable que cette maman est mal suivie et qu'elle ait été mal conseillée. Il faut d'une part préciser avec elle si elle et son fils ont bénéficié de mesures de PTME, si elle prend des ARV, si elle a eu un contrôle récent de CD4, afin d'évaluer si la remise au sein d'Alphonse est souhaitable ou pas. Si Rose Marie pratiquait l'allaitement protégé, il faut tenter de le reprendre, afin de pouvoir introduire l'alimentation complémentaire dans de bonnes conditions. D'autre part, il faut chercher une cause aux pleurs d'Alphonse (faim ? soif ? douleur ? carence affective, besoin de téter ?) en l'examinant cliniquement.

Au terme de cette évaluation maternelle et infantile, on proposera soit de reprendre l'allaitement maternel, s'il existe encore une production lactée, que Rose Marie est sous ARV et ne présente pas d'immunodépression sévère ; soit de remplacer le lait maternel par des SLM, qui couvriront les besoins le temps d'introduire une alimentation complémentaire, progressivement, aliment par aliment. Dans tous les cas, un suivi clinique et nutritionnel rapproché, hebdomadaire au début, de cet enfant s'impose.

A retenir

- Après 6 mois, le lait seul ne suffit plus au nourrisson et il faut introduire une alimentation complémentaire.
- Les nouvelles recommandations de l'OMS préconisent de poursuivre un allaitement maternel protégé par les ARV pendant 12 mois (et pendant 24 mois si l'infection de l'enfant est confirmée). L'introduction de l'alimentation complémentaire débute après 6 mois d'allaitement exclusif. Le sevrage du sein doit être réalisé progressivement, sur un mois, au cours du douzième mois.
- Le sevrage précoce est déconseillé. S'il est néanmoins pratiqué, le lait maternel doit être remplacé par des SLM le temps que l'alimentation complémentaire soit en place. En quelques semaines, cette alimentation remplacera en partie les repas lactés, mais il faut maintenir un apport de 200 ml à 500 ml de lait par jour au moins jusqu'à l'âge de 1 an et si possible 2 ans.
- Le marqueur du succès d'une alimentation est une bonne croissance en poids et en taille, associée à un bon développement psychomoteur.



La malnutrition chez l'enfant infecté par le VIH

Savoir la détecter

Cas d'étude

Benjamin, 4 ans, récemment dépisté positif pour le VIH, vous est adressé en consultation. Il pèse 11,2 kg et mesure 86 cm. Lorsque vous calculez son rapport P/T, il apparaît normal. D'ailleurs cet enfant ne présente pas de maigreur excessive.

Que pensez-vous des mesures de cet enfant ?

Le VIH, un facteur de risque de malnutrition

La malnutrition est fréquemment observée en Afrique subsaharienne, en particulier chez les nourrissons et les jeunes enfants. Les causes en sont nombreuses : carence d'apports, erreurs diététiques, infections à répétition ou infections chroniques telles que la tuberculose.

L'infection par le VIH est un facteur de risque supplémentaire de développer une malnutrition. Les enfants nés de mère infectée par le VIH sont plus souvent prématurés et de faible poids de naissance. L'alimentation maternelle exclusive et le sevrage précoce sont des pratiques inhabituelles (la période de sevrage est à haut risque de développement d'une dénutrition et sera traitée dans une autre fiche), l'alimentation par les substituts du lait est difficile à conduire correctement (fréquence des complications digestives notamment en l'absence du respect des critères AFADS et d'un bon suivi). Chez les enfants infectés, les infections à répétition, les troubles digestifs chroniques et l'hypercatabolisme (dégradation accélérée des protéines de l'organisme) induit par le VIH lui-même déséquilibrent fréquemment un état nutritionnel fragile.

Différentes formes de malnutrition

La malnutrition est un état résultant du déséquilibre entre les apports protéino-énergétiques et en micro-nutriments, d'une part, et les besoins de l'organisme d'autre part. Chez l'adulte, elle se manifeste essentiellement par une perte de poids et par des signes liés à des carences en micronutriments (vitamines, fer, iode...). Chez l'enfant, la malnutrition peut se présenter sous des formes variables. Classiquement, on différencie le marasme, conséquence d'un déséquilibre global – en protéines et en énergie – et le **kwashiorkor** qui est secondaire à une carence protéique alors que l'apport énergétique est conservé. L'autre classification possible concerne le caractère aigu ou chronique de la malnutrition. La malnutrition **aiguë** est facile à diagnostiquer, dès qu'elle atteint une forme sévère. La **malnutrition chronique** est plus insidieuse : dans un contexte prolongé

de déséquilibre nutritionnel, l'enfant va diminuer puis arrêter sa croissance staturale (en taille). Il peut garder un rapport équilibré entre son poids et sa taille mais, par rapport aux enfants de son âge, il présentera un retard de croissance portant sur son poids et sa taille. Enfin, il existe des formes de malnutrition portant sur des micronutriments isolés, tels que le fer, l'iode, la vitamine A, C, PP, B1, etc. Les signes cliniques sont variables et dépendent du nutriment en cause.

Tableaux de malnutrition chez l'enfant infecté par le VIH

Les enfants infectés par le VIH peuvent présenter des malnutritions aiguës ou des malnutritions chroniques. Les malnutritions aiguës sont d'aspect assez semblable aux tableaux survenant chez les enfants non infectés. La fréquence du marasme semble plus fréquente que dans la population non infectée par le VIH. La réponse à la prise en charge nutritionnelle est souvent plus lente que chez l'enfant immunocompétent et la prise en charge nutritionnelle doit systématiquement s'accompagner d'une prise en charge médicale. L'indication des ARV doit être discutée à chaque fois. Les malnutritions chroniques s'observent fréquemment en Afrique chez les jeunes enfants, avant la mise sous ARV, et parfois chez les grands enfants et pré adolescents, même après la mise sous ARV. On estime que l'infection par le VIH, en dehors de toute infection, augmente les besoins caloriques de 10 % ; lorsqu'il existe une complication aiguë, les besoins caloriques peuvent augmenter de 50 à 100 %.

Enfin, les besoins protéiques sont augmentés (hypercatabolisme), et dans le même temps, les apports protéiques sont mal utilisés en raison de l'inflammation chronique. La prise en charge médicale retardée et les apports alimentaires insuffisants favorisent donc, dans le contexte du VIH en Afrique, la survenue de ces tableaux de malnutrition chronique.

Quels sont les indicateurs à surveiller chez les enfants infectés par le VIH ?

Poids, taille et indices

Indice Poids/Taille : la malnutrition aiguë se dépiste par l'indice Poids/Taille. En effet, si le déséquilibre nutritionnel est récent – de quelques jours à quelques semaines – la taille sera normale et le poids abaissé. Le rapport P/T sera donc abaissé.

On parle de malnutrition modérée si P/T < 80 % de la normale (ou Z Score < -2 Déviations Standards (DS)) et de malnutrition sévère si P/T < 70 % de la normale (ou Z score < -3 DS).

Indice Taille/Âge : la malnutrition chronique se dépiste sur l'indice Taille/Âge (T/A). On parle de malnutrition chronique modérée si T/A < 90 % de la normale (ou T/A < -2 DS) et de malnutrition chronique sévère si T/A < 80% de la normale (ou T/A < -3 DS).

Indice Poids/Âge (P/A) : cet indice est peu précis. Il peut avoir un intérêt, surtout lorsqu'il est représenté sur une courbe, pour attirer l'attention sur une situation qui se dégrade.

Dans le suivi des enfants infectés par le VIH, la mesure du poids et la mesure de la taille sont donc indispensables, mais doivent être rapportées à l'âge de l'enfant. En effet, l'indice P/T peut être normal alors que l'indice T/A montre une malnutrition chronique sévère.

Le périmètre brachial

Cette mesure est la plus sensible pour dépister les enfants à haut risque de décès parmi une population d'enfants dénutris de 6 à 59 mois. Elle peut venir en complément des mesures du poids et de la taille.

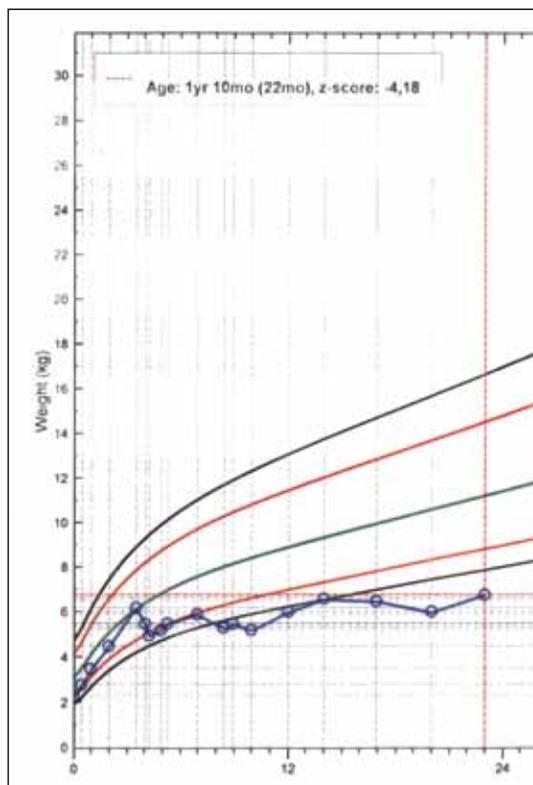
Les oedèmes

Aident à classer le type et la sévérité de la malnutrition, ils sont à rechercher sur les pieds, de façon bilatérale.

Comment analyser ces indices ?

En premier lieu, suivre les recommandations du pays (Programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, programme de lutte contre la malnutrition...). Si les indices à suivre concernent uniquement la malnutrition aiguë, il est souhaitable d'intégrer le suivi de l'indice T/A pour les enfants infectés. **L'analyse peut être faite de deux façons :**

- En comparant les mesures aux tableaux de référence nationaux ou à ceux de l'OMS.
- En traçant des courbes, selon les modèles du pays ou les courbes de l'OMS. Le tracé des courbes permet de mieux visualiser les évolutions (dégradation comme récupération) d'un enfant.



Réponse au cas d'étude

Benjamin présente une malnutrition sévère, chronique et harmonieuse. Le rapport P/T est normal (-0,8DS), mais l'indice P/A est <- 3DS et l'indice T/A est <-4DS. Un bilan clinique, immunologique et nutritionnel s'impose.

A retenir

- L'infection par le VIH augmente le risque de malnutrition chez l'enfant et les déficits nutritionnels aggravent le déficit immunitaire des enfants infectés par le VIH.
- Les mesures du poids et de la taille, rapportées à l'âge, sont indispensables chez les enfants exposés au VIH ou infectés par le VIH. Le tracé des courbes de croissance est très vivement recommandé.
- La malnutrition sévère chez l'enfant infecté par le VIH est une indication de traitement par les ARV.
- Toute dégradation de l'état nutritionnel ne répondant pas rapidement à une prise en charge adaptée doit conduire à réaliser un bilan clinique et immunologique.
- De la même façon, un test de dépistage du VIH devrait être proposé systématiquement à tout enfant présentant une malnutrition.



Le local de la pharmacie : Comment l'aménager et y stocker les médicaments ?

Cas d'étude

Un centre de prise en charge communautaire du VIH chez l'adulte souhaite ouvrir une clinique pédiatrique. Il est prévu que cette clinique dispose d'une pharmacie comprenant des médicaments essentiels et des ARV destinés aux enfants qu'elle va accueillir.

Quels conseils peut-on donner à la nouvelle gestionnaire qui vient d'être recrutée pour mettre en place cette pharmacie ?

Aménager le local de la pharmacie

La pharmacie doit présenter trois espaces bien séparés :

- Une zone de réception des colis, de stockage et du stock de réserve.
- Une zone où sera rangé le stock courant et où seront dispensés les médicaments aux patients.
- Une zone dédiée aux consultations d'éducation thérapeutique (ou au moins aux dialogues avec les patients).

Les étagères doivent être solides et stables (les structures métalliques sont plus adaptées que le bois dans les pays tropicaux). Placer les étagères de façon à éviter l'exposition directe des produits aux rayons du soleil, laisser un espace entre les murs et les étagères afin d'améliorer la ventilation.

Des armoires sécurisées (par une serrure ou un cadenas) sont recommandées pour le stockage des produits sensibles à la poussière ou à la lumière.

L'espace de dispensation : son aménagement doit être bien pensé pour que le personnel de la pharmacie et les patients se sentent à l'aise à la pharmacie.

La dispensation par une fenêtre ou un grillage est déconseillée car elle ne permet pas de réel dialogue. Elle peut cependant être appliquée pour certains médicaments courants ne nécessitant pas des conseils spécifiques (paracétamol, anti parasitaires...). **Mais il est indispensable de prévoir également un espace de dispensation dans la pharmacie permettant un dialogue avec l'enfant et ses accompagnants** pour tout traitement nouvellement prescrit et nécessitant des recommandations spécifiques (dispensation d'ARV, d'antibiotiques, d'antiviraux...).

Un comptoir ou un bureau doit être installé pour la dispensation des médicaments. Quand l'enfant et ses accompagnants entrent, ils doivent pouvoir s'y diriger et s'y asseoir en attendant que le personnel délivre la prescription (prévoir au moins deux sièges).

La confidentialité est particulièrement importante à la pharmacie, il faut en tenir compte pour l'aménagement de l'espace de dispensation. Pour éviter l'encombrement du comptoir, la file d'attente peut être aménagée à l'extérieur, devant la porte de la pharmacie (où sièges et ombre sont indispensables).

Focus sur le réfrigérateur : indispensable pour le stockage de tous les produits à conserver entre + 2°C et + 8°C !

- Il est utile de placer un thermomètre dans le réfrigérateur et de relever chaque jour la température. La température moyenne mensuelle doit se situer autour de + 4 °C et ne doit surtout pas passer en dessous de 0 °C ;
- Ne pas surcharger le réfrigérateur en médicaments car cela empêche l'air frais de circuler
- En cas de coupure de courant : ne pas ouvrir le réfrigérateur pour éviter de perdre la fraîcheur.

Ranger les médicaments en rayon

Les médicaments pédiatriques peuvent être mélangés à ceux des adultes lorsque la pharmacie est commune aux services adultes et enfants, ou bien rangés dans une zone réservée aux médicaments pédiatriques (cela peut être pratique si les médicaments pédiatriques sont achetés par un partenaire financier spécifique ou si un comptoir est dédié à la dispensation aux enfants). A chaque équipe de s'organiser comme elle le souhaite. Quelle que soit l'organisation choisie, le système de classification décrit ci-dessous doit être respecté.

Les étagères de stockage seront divisées en aires de rangement distinctes en fonction de la voie d'administration des médicaments et matériels :

- médicaments à administration orale (comprimés et solutions buvables) ;
- médicaments injectables et solutés de perfusion ;
- médicaments pour l'usage externe (pommades, crèmes, collyres...) et désinfectants, petit matériel consommable : pansements, bandes, seringues... ;
- produits d'allaitement (lait en poudre, biberons...).

Dans chaque catégorie, les médicaments sont classés par ordre alphabétique de leur Dénomination Commune Internationale (DCI). Une liste des correspondances DCI ↔ Noms commerciaux (ex : Paracétamol = Doliprane®) peut être affichée dans la pharmacie pour aider le personnel à se familiariser avec les DCI. Une place est attribuée à chaque médicament sur les étagères, délimitée et indiquée par une étiquette solide précisant : le nom de la molécule ou DCI du produit, sa forme et son dosage (Ex : ampicilline, comprimés, 250 mg).

Éviter la péremption des produits durant leur période de stockage

Appliquer la règle du "premier périmé, premier sorti", lors des mouvements de la réserve vers le stock courant et lors des sorties du stock courant vers les patients :

- Les produits qui se périment le plus rapidement sont à ranger à l'avant des étagères et ceux qui ont le plus long délai de péremption sont à ranger au fond ;
Attention : les produits livrés le plus récemment ne sont pas forcément ceux qui se périment le plus tard !
- Faire ressortir très lisiblement sur les boîtes leur date de péremption.

Maintenir des conditions de stockage évitant la détérioration des médicaments

Un produit endommagé ne doit jamais être délivré à un patient. Les formes galéniques pédiatriques (sirops, suppositoires, poudres...) se détériorent plus facilement que les formes comprimés. Cette détérioration est souvent facile à détecter grâce au changement d'aspect du produit (changement de couleur ou d'odeur ou sédiment au fond du flacon par exemple pour un sirop). En cas d'incertitude concernant la détérioration d'un médicament, le risque pour le patient est réel.

Il convient donc de prévenir au maximum la détérioration des produits stockés dans la pharmacie en respectant les conditions indiquées sur la notice et en surveillant les facteurs suivants dans l'environnement de stockage :

- **Température** : installer un ventilateur et si possible un climatiseur (20 - 25°C en permanence est l'idéal). Appliquer les recommandations de conservation indiquées sur la notice :
 - Au congélateur : - 15 °C à 0 °C.
 - Au réfrigérateur : + 2 °C à + 8 °C. Au frais : +8 °C à + 15 °C.
 - A température ambiante : + 15 °C à + 30 °C (mais mieux vaut rester à < 25 °C).
- **Humidité** : assurer une circulation d'air dans le local (fenêtres, ventilateur et climatiseur) ; tout récipient doit rester fermé par son couvercle, surtout pour les médicaments sous forme sèche ; les médicaments en vrac reconditionnés sous forme de petits sachets individuels ne doivent pas être déconditionnés plus d'un mois à l'avance car ils sont mieux protégés dans leur boîte en plastique opaque d'origine que dans des sachets transparents et peu hermétiques.
- **Lumière** : éviter l'exposition directe des médicaments aux rayons du soleil ; protéger spécialement tous les médicaments sous forme liquide, en les conservant dans leur emballage opaque à l'abri de la lumière. Attention, le verre coloré ne protège pas complètement de la lumière !
- **Propreté** : balayer et passer la serpillière quotidiennement dans les locaux de stockage ; nettoyer régulièrement étagères et boîtes de médicaments ; maintenir les poubelles à l'écart et les vider régulièrement. Ces tâches de nettoyage de routine sont à planifier et à afficher dans la pharmacie.

A retenir

- L'aménagement du local de la pharmacie doit permettre une meilleure conservation des produits et du matériel, une gestion rationnelle des stocks et un environnement agréable et confidentiel pour le personnel et les usagers.
- Un rangement rigoureux du stock doit permettre de repérer rapidement les médicaments et visualiser une rupture.
- Les médicaments pédiatriques se détériorent plus rapidement que les médicaments adultes si les conditions de conservation sont mauvaises. Les conditions de température, d'humidité, de lumière et de propreté dans la pharmacie sont des facteurs clés pour une bonne conservation.



A la pharmacie : gestion de stocks de médicaments pédiatriques

Cas d'étude

Un centre de prise en charge communautaire du VIH chez l'adulte a recruté une nouvelle gestionnaire pour mettre en place une pharmacie qui dispense des médicaments essentiels et des ARV pédiatriques. Après les notes sur l'aménagement du local, quels conseils lui donner pour gérer correctement ses stocks de médicaments ?

Pourquoi une bonne gestion des stocks ?

- Connaître à chaque instant l'état du stock de médicaments ;
- Connaître la consommation de chaque médicament ;
- Gérer efficacement le déclenchement, le suivi et la réception des commandes de médicaments ;
- Assurer une traçabilité des ordonnances dispensées ;
- Assurer un suivi thérapeutique efficace de la file de patients.

Quels outils ?

Deux outils sont nécessaires et suffisants pour une gestion des stocks claire et transparente :

1. La fiche de stock
2. Le registre de suivi des dispensations

Ils peuvent être créés sur papier et/ou par informatique sur Excel (dans ce cas il est indispensable, en plus de l'enregistrement des fichiers informatiques sur le disque dur de l'ordinateur, de procéder chaque soir à une sauvegarde sur une clé USB).

LA FICHE DE STOCK

Les 3 principes à retenir :

- 1 fiche par médicament
- 1 ligne doit être remplie pour chaque entrée d'unités de médicament ;
- 1 ligne doit être remplie pour chaque sortie d'unités de médicament.

Exemple (fiche de stock du Cotrimoxazole pédiatrique)

Nom (DCI) : Cotrimoxazole		Forme : Suspension buvable		Dosage : 200-40mg/5ml			
Conditions de stockage particulières ?		Reste produits dans la réserve ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
Fournisseur actuel : CAMEG		Prix à l'unité :					
Consommation moyenne mensuelle (CMM) : 50		Stock mini : 100		Stock maxi :			
Date du mouvement	Quantité reçue	Quantité sortie	Stock théorique	Stock physique	Date de péremption	Numéro de lot	Remarques
12/07/2009	100		100		11/2011	R4567	
13/07/2009*		3	97				
14/07/2009			97	97	11/2011		Inventaire

*Cette ligne peut correspondre au nombre total de flacons sortis dans la journée ou dans la semaine (total obtenu à partir du registre de dispensation ou des souches des ordonnances servies).

Comment la remplir ?

- Utiliser les noms de médicaments en Dénomination Commune Internationale (DCI) plutôt que les noms commerciaux de spécialités.
Ex : utiliser plutôt "Paracétamol 100 mg poudre pour solution buvable", que "Doliprane® 100mg poudre pour solution buvable".
- Enregistrer les quantités en nombre de comprimés plutôt qu'en nombre de boîtes (évite les confusions si la contenance des boîtes change). Pour les sirops compter en nombre de flacons et pour les poudres en nombre de sachets.
- La consommation moyenne mensuelle (CMM) correspond à : Consommation pendant 6 mois / 6. Elle doit être inscrite au crayon à papier sur la fiche de stock et recalculée environ tous les 3 mois.

Attention ! Il faut tenir compte des périodes de rupture de stock et ne pas compter de consommation pendant ces périodes. Si une rupture de stock a eu lieu en février et mars par exemple, le calcul de la consommation moyenne mensuelle sera : "Consommation en janvier, avril, mai, juin, juillet, août / 6"

Quand la remplir ?

- Enregistrer les entrées : à chaque fois que des médicaments sont ajoutés au stock (arrivée d'une commande ou transfert de stocks du magasin vers la pharmacie de dispensation).
- Enregistrer les sorties : chaque soir ou chaque semaine, en comptabilisant pour chaque médicament la quantité sortie dans la journée ou dans la semaine (à partir du registre des dispensations ou des souches des ordonnances servies). A chaque pharmacie de choisir son rythme en fonction de la charge de travail quotidienne.

- Enregistrer l'inventaire : à la fin d'un mois, un inventaire du stock doit être réalisé et la quantité comptée doit être notée sur la fiche de stock en utilisant une couleur spéciale (stylo rouge ou vert par exemple). Si cette quantité est différente du stock théorique inscrit sur la fiche de stock, il convient de chercher à comprendre quelle erreur de gestion en est la cause.

Comment l'utiliser pour passer les commandes ?

(exercices pratiques sur le site Internet Grandir)

C'est en se basant sur la fiche de stock que l'on peut savoir quand déclencher une commande et quelle quantité commander.

- **Déclenchement de la commande** : de façon générale, **il doit toujours rester au moins 1 mois de stock de sécurité dans les rayons** (donc 1 CMM).

Ainsi, si l'on sait que la commande met 1 mois à être passée et livrée, il convient de la lancer quand il reste 2 mois de stock en rayon (2 CMM), si la commande met 3 mois à être passée et livrée il faudra la déclencher quand il reste 4 mois de stock en rayon (4 CMM).

- **Quantité à commander** (spécificités pédiatriques à consulter en fin de fiche) : **elle doit être déterminée en fonction de la fréquence des commandes.**

Si la commande est passée tous les mois, il faut, au moment où la commande arrive, que soit reconstitué un stock de 2 CMM (1 mois de stock à consommer + 1 mois de stock de sécurité).

Si la commande est passée tous les 3 mois, il faut, au moment où la commande arrive, que soit reconstitué un stock de 4 CMM (3 mois de stock à consommer + 1 mois de stock de sécurité).

Où obtenir un modèle de fiche de stock ?

Il n'existe pas de modèle unique idéal de fiche de stock. Elle peut parfois être fournie par le ministère de la santé ou le programme national de lutte contre le sida, ou encore être achetée à la centrale d'achat de médicaments. Mais chaque pharmacie peut aussi créer sa propre fiche de stock sur ordinateur en s'inspirant de modèles, puis l'imprimer sur des fiches cartonnées. Le plus important est que la fiche de stock contienne toutes les informations essentielles (Cf. modèle proposé sur le site Internet Grandir) et que le personnel soit bien formé à son utilisation. A partir du modèle vierge de départ, il est ensuite facile de créer une fiche papier pour chaque produit (conserver en permanence un modèle vierge et l'imprimer ou le photocopier pour chaque nouveau produit inclus au stock).

Comment ranger les fiches de stock ?

L'idéal est de ranger chaque fiche de stock dans le rayon, au niveau de l'emplacement de rangement du produit. Il peut être utile de la protéger par une pochette en plastique transparent.

Si ce n'est pas possible ou pas pratique, les fiches de stock peuvent être rangées par ordre alphabétique dans un classeur (chaque fiche glissée dans une pochette en plastique perforée).

LE REGISTRE DES DISPENSATIONS

Les 3 principes à retenir :

- 1 grand registre où sont enregistrées toutes les ordonnances dispensées (possibilité de créer des registres séparés pour les ARV et les médicaments IO) ;
- 1 nouvelle ligne du registre doit être remplie pour chaque ordonnance délivrée ;
- 1 récapitulatif de la consommation de chaque médicament doit être réalisé en fin de journée ou de semaine grâce à ce registre.

Exemple (registre de dispensation ARV pédiatriques)

N°	Date	Code patient	Nom et prénom patient	Nom du médecin prescripteur	Médicaments ARV dispensés					
					Médicament A	Médicament B	Médicament C
1	11/01/09	AA05	AAAA	Dr M	60					
2	15/01/09	BB06	BBBB	Dr P		60	280			
3	20/01/09	BB07	CCCC	Dr M	60					
.....						
.....						
Total des consommations de la journée / de la semaine (nombre cp, flacons, sachets)					120	60	280			

Comment la remplir ?

- Utiliser les noms de médicaments en Dénomination Commune Internationale (DCI) plutôt que les noms commerciaux de spécialités.
- Enregistrer les quantités en nombre de comprimés, plutôt qu'en nombre de boîtes ; les sirops en nombre de flacons ; les poudres en nombre de sachets.
- Les registres avec une liste pré établie des médicaments disponibles permettent de totaliser plus facilement la consommation en fin de journée.
- Idéalement il faudrait conserver le double de toutes les ordonnances dispensées. Cela permet de réaliser un contrôle en cas de doute sur les enregistrements du registre.

A appliquer si le format des ordonnances le permet.

Quand le remplir ?

- A chaque fois qu'une ordonnance est dispensée par la pharmacie, une nouvelle ligne doit être enregistrée dans le registre.
- En fin de journée ou de semaine le total des consommations de chaque médicament doit être calculé à partir du registre, et si cela n'a pas déjà été fait, la quantité dispensée doit être reportée en sortie sur la fiche de stock.

Où obtenir un modèle de registre des dispensations ?

Comme pour la fiche de stock, il n'existe pas de modèle unique idéal de registre. Il peut parfois être fourni par le programme national de lutte contre le sida, ou être acheté à la centrale d'achat de médicaments ou bien créé par l'équipe de la pharmacie sur un registre papier vierge (Cf. modèle proposé sur le site Internet Grandir).

Où ranger le registre des dispensations ?

L'idéal est de l'avoir sous la main sur le bureau de dispensation des médicaments pendant la journée, car c'est l'outil clé où sont enregistrées toutes les ordonnances dispensées.

En fin de journée, il est conseillé de le ranger dans un placard ou dans un tiroir fermé à clé et réservé aux documents de gestion de la pharmacie.

L'INVENTAIRE

L'inventaire du stock de tous les médicaments est à réaliser 1 fois / mois (fréquence idéale) ou au moins tous les 3 mois.

Quelle est l'utilité de réaliser un inventaire régulier des stocks de médicaments ?

- Permet la **validation ou rectification des quantités théoriques** de médicaments en stock dans la pharmacie (stock du magasin et stock courant), afin de garantir ensuite une gestion de stock fondée sur des quantités exactes.
- Permet **d'éliminer des médicaments périmés ou altérés** (les sortir du stock, les enregistrer comme sortis en notant "périmés" dans la colonne "remarque" de la fiche de stock, puis les mettre en quarantaine avant leur destruction).
- Permet **d'évaluer des aptitudes de l'équipe** de la pharmacie dans la gestion de son stock.

Comment procéder ?

- Suspendre les activités de dispensation pendant la durée de l'inventaire (aucun mouvement de stock), c'est-à-dire fermer la pharmacie.
- Compter le nombre d'unités utilisables (physiquement présentes, non altérées, non périmées) de tous les médicaments contenus dans la pharmacie et reporter ce nombre dans la colonne "Stock physique" de la fiche de stock.
- Si la pharmacie comporte 2 lieux de stockage, réaliser l'inventaire des médicaments dans le stock courant et dans le magasin et reporter les quantités sur les fiches de stock de chaque lieu. C'est l'addition de ces deux inventaires qui donne le stock total.

NB : le rôle d'audit de l'inventaire est très utile pour améliorer les techniques de gestion de la pharmacie.

- Si des erreurs de gestion du stock sont détectées (écarts entre le stock théorique et le stock physique), cela témoigne d'une lacune dans la gestion du stock (problème de méthode ou d'application de la méthode par le personnel) : réunir l'équipe pour comprendre quelles sont les causes de ces dysfonctionnements et corriger ces problèmes.
- Si au contraire l'inventaire révèle une gestion du stock théorique reflétant parfaitement le stock physique : cela constitue un point positif et l'ensemble de l'équipe doit être félicitée.

Gestion des stocks de médicaments : quelles différences adultes/enfants ?

Les grands principes de gestion de stock sont finalement similaires pour les médicaments adultes et les médicaments pédiatriques.

Avec tout de même quelques spécificités propres à la gestion des stocks pédiatriques :

- Les formes buvables sont plus répandues : la gestion en nombre de flacons doit donc être parfaitement maîtrisée, et il est très important de tenir compte des dates de péremption car la durée de vie des formes buvables est souvent plus courte que celle des comprimés.
- Les produits stockés à la pharmacie tels que le lait en poudre ou le matériel d'allaitement pourront être gérés de la même façon que les médicaments.
- L'estimation des besoins doit tenir compte du nombre d'enfants mais également de leur poids (les posologies qui sont souvent proportionnelles au poids des enfants). Au moment du passage de la commande, l'estimation des besoins doit donc être très rigoureuse (elle doit se baser sur la consommation antérieure mais également tenir compte de l'augmentation du nombre d'enfants suivis* et du passage des plus grands enfants dans la file active "adultes").
- Pour se prémunir des ruptures de stock liées à des variations de file active pédiatrique (en nombre d'enfants ou en répartition par tranches de poids), l'idéal est de constituer pour chaque médicament un stock de sécurité de 2 mois. Un stock de sécurité de 1 mois reste la quantité minimum à assurer.

*Lorsque la file d'enfants suivis est peu importante, il est intéressant de commander selon le nombre d'enfants dans chaque grande catégorie de poids : en dépendent les formes (buvables ou comprimés) et les dosages à commander. Lorsque la file d'enfants est importante (> 50 enfants) : le calcul par catégories de poids devient compliqué, et en général la répartition par catégorie de poids est assez constante. Dans ce cas la commande peut être estimée en fonction de la consommation antérieure et de l'augmentation globale du nombre d'enfants suivis.



Memory Box : se souvenir pour surmonter les traumatismes

Cas d'étude

Moriba, 9 ans, habite le quartier. Sa maman est décédée à cause du VIH depuis 4 ans et il vit seul avec son père. Vous le connaissez car il accompagne régulièrement ce dernier au centre de prise en charge de PVVIH où vous travaillez. Pendant que son père est en consultation, Moriba aime bien retrouver des copains et profiter de l'espace de jeu mis à leur disposition.

A la fête de Noël organisée au centre, ni l'un ni l'autre ne viennent, ce qui vous étonne. Une semaine plus tard, alors que vous vous apprêtez à organiser une visite à domicile, la grand-mère de Moriba vient au centre vous confier que son fils est décédé il y a deux mois et que Moriba, qui vit désormais avec elle, pleure tout le temps. Elle sent qu'il veut poser des questions sur ses parents mais elle ne sait pas comment lui en parler.

Les "boîtes de la mémoire", qu'est-ce que c'est ?

Créé en 2000, le projet des "boîtes de la mémoire", inspiré des "cahiers de la mémoire" développés en Ouganda dans les années 90, fait partie d'un programme du Centre Si-nomlando en Afrique du Sud pour l'histoire orale et le travail de la mémoire, dirigé par Philippe Denis. Le terme de "boîtes" désigne à la fois, de façon imagée, la partie de la mémoire consacrée au souvenir de son histoire familiale, et l'objet concret qui va contenir des photos, documents (lettres, cartes, recettes, chants, poèmes...) ou petits objets ayant appartenu à un parent décédé ou malade qui nous est cher.

A quoi ça sert ?

L'objectif de ces boîtes du souvenir est de renforcer la résistance chez les enfants vulnérables et/ou orphelins affectés par le VIH/SIDA en leur permettant de mettre en mémoire leur histoire familiale : l'histoire de leurs parents, leur histoire avec leurs parents.

L'intérêt de la méthode des boîtes réside dans la mise à jour - par l'enfant ou pour l'enfant - de son histoire familiale, en particulier celle des personnes qui lui sont chères et qui ont disparu. L'idée est que l'enfant ne se souvienne pas seulement du traumatisme de la maladie et de la mort, mais aussi des moments joyeux avec ses parents, pour qu'il en conserve un souvenir apaisé. Cette histoire écrite, illustrée, conservée, devient une réalité qui accompagne l'enfant dans la définition de son identité et sur laquelle il peut s'appuyer.

Le travail de deuil est ainsi plus facile, la douleur de l'absence devient un peu plus supportable et la capacité de l'enfant à développer de la résilience est renforcée (aptitude à surmonter l'adversité pour mieux "rebondir").

Plus tard, d'après des familles, "certains enfants parviennent à gérer leurs propres sentiments générés par la perte des êtres chers et arrivent au stade d'aider les autres enfants qui éprouvent les mêmes difficultés. Ainsi les enfants sont devenus eux-mêmes des médiateurs de mémoire avec les autres enfants en difficulté !"

Comment les mettre en oeuvre ?

DE DEUX FAÇONS :

Au sein des familles

Les personnes impliquées dans ce processus sont alors l'enfant (ou les enfants) et les adultes de la famille ou de l'entourage proche des parents décédés. Un relais associatif qui connaît bien la famille introduit le "médiateur de mémoire". Cette personne est chargée d'accompagner la famille "en quête de mémoire" (ces deux personnes ne peuvent faire qu'une si le relais associatif est formé à la méthode).

Le processus se déroule suivant huit étapes :

- un premier contact avec la famille ;
- la présentation de la méthode et le recueil de leur consentement ;
- la création de la boîte proprement dite par l'enfant ;
- la réunion des objets significatifs qui la rempliront ;
- la prise de photos des membres de la famille ou de lieux évocateurs de l'histoire familiale ;
- l'écriture de son histoire par chacun des membres de la famille (éventuellement sous forme de lettre à un tiers) ;
- l'interview (avec ou sans magnétophone et avec ou sans prise de notes) qui sera retranscrite, éditée, illustrée de photos, corrigée avec la famille et finalisée ;
- la clôture, qui doit permettre au médiateur de la mémoire et à la famille, d'évaluer le travail fait et de discuter du suivi à donner.

Lors d'ateliers pour enfants

Ces ateliers concernent une quinzaine d'enfants maximum, répartis par groupes d'âge. Ils prennent la forme de 9 séances de 2h après l'école, ou de 3 week-ends, ou d'un camp de 5 jours lors des congés scolaires.

Le processus se déroule en plusieurs étapes :

- la préparation : obtention du consentement des adultes responsables des enfants, registre de présence aux sessions, formulaires d'évaluation, matériel utile ;
- le recueil d'informations sur les enfants : attitudes, comportements, niveau et résultats scolaires, éléments signifiants de leur vie...
- l'introduction des ateliers auprès des enfants : pourquoi ils se réunissent, comment se dérouleront les ateliers, combien de temps ils se réuniront ;

- quand on dispose d'animateurs formés, la constitution des boîtes de la mémoire s'accompagne d'un réel travail psychothérapeutique autour de modules thématiques qui vont permettre aux enfants (à partir du stade opératoire concret) :
 - * de mieux comprendre leur situation familiale,
 - * d'apprendre à identifier leurs sentiments pour mieux les gérer,
 - * de prendre conscience, particulièrement, de leurs sentiments de colère et de tristesse afin de trouver une manière positive de les exprimer,
 - * de prendre conscience d'évènements qui ont affecté leur vie pour leur donner un sens,
 - * de prendre conscience de leurs facultés à surmonter des problèmes et d'identifier leurs ressources internes et externes ;
- l'évaluation : permet aux animateurs de mesurer l'impact de leur travail ;
- la clôture : les enfants comprennent que les séances sont terminées et qu'ils vont devoir mettre en application dans leur vie les choses apprises.

Les boîtes de la mémoire sont constituées au fil des sessions : les boîtes sont fournies aux enfants, ils les décorent, puis les remplissent des objets produits au cours des modules (dessins, livrets, lettres...) ; elles contiennent également la liste des objets qu'ils pourront mettre ultérieurement dans la boîte (photos, bijoux, lettres...).

En quoi cet outil peut-il vous permettre d'aider Moriba ?

En perdant son père, Moriba perd de nouveau un être très cher, ce qui réactive des souffrances liées au décès de sa mère dont il ne s'est pas forcément affranchi. Il perd également un référent majeur de son vécu familial. En allant vivre chez sa grand-mère, il perd aussi son cadre de vie (sa maison, ses voisins, ses amis, peut-être son école...).

Les enfants concernés par le sida ou la mort à cause du sida, ne sachant pas à qui et comment en parler, ne grandissent pas sans difficulté. Ils ont besoin d'un cadre chaleureux et de confiance pour s'exprimer et ainsi faire leur deuil (cf. [fiche pratique Grandir n° 12 sur le deuil](#)).

L'impact positif de la méthode des boîtes de la mémoire auprès d'enfants orphelins ou dont les parents sont touchés par le VIH est reconnu et cet outil pourrait probablement aider Moriba. En effet cet enfant, qui a perdu sa mère à l'âge de cinq ans, a certainement peu de souvenirs avec elle en dehors de la période où elle était malade ; par ailleurs, dans la situation actuelle, il n'existe pas d'espace de parole avec son référent familial (la grand-mère).

Les deux approches – familiale ou en groupe – sont envisageables. Le travail au sein de la famille permettra plus facilement d'établir un dialogue avec la grand-mère, qui parlera de ses enfants à son petit fils ; d'un autre côté, être en groupe permettra à Moriba d'écouter l'histoire des autres et l'aidera à réaliser qu'il n'est pas le seul à être orphelin, ce qui peut l'aider à franchir l'étape du choc initial.

Si les deux options sont disponibles dans votre association, elles seront présentées à Moriba et à sa grand-mère, qui choisiront ce qui leur paraît le plus adapté à leur situation.

Une fois que le travail de mémoire aura été réalisé viendra le temps d'aborder la question de l'histoire du VIH au sein de la famille. Il serait bon d'amener la grand-mère à accepter que son petit-fils puisse bénéficier d'un test de dépistage. Et plus largement, que tous les membres de la famille soient associés à la démarche.

A retenir

- Il est vivement recommandé, avant d'entreprendre ce travail d'accompagnement, de se familiariser avec la méthode en étudiant les manuels de formation de l'Institut Sinomlando qui en détaillent la mise en oeuvre.
- Ce travail de mémoire peut aussi se réaliser avec un parent en fin de vie et ses enfants, pour les préparer au deuil et leur permettre d'avancer plus librement vers l'avenir.
- Les boîtes de la mémoire appartiennent aux enfants. Néanmoins, elles sont confiées par l'animateur aux adultes responsables de l'enfant qui sont amenés à en prendre soin. C'est une façon de rétablir ou d'améliorer la communication familiale : les enfants demandent à les ouvrir quand ils en ont besoin, elles sont prétexte à discussions.



A la pharmacie : dispensation des médicaments pédiatriques et suivi de la file active d'enfants

Cas d'étude

Un centre de prise en charge communautaire du VIH chez l'adulte a recruté une nouvelle gestionnaire pour mettre en place une pharmacie qui dispense des médicaments essentiels et des ARV pédiatriques. Une fois les notions sur l'aménagement du local et la gestion des stocks bien intégrées, il s'agit pour elle de transmettre les bonnes informations aux enfants et leurs accompagnants au moment de la dispensation des médicaments. Et de pouvoir bien suivre sa file active d'enfants sous traitement.

Quels sont les éléments d'une dispensation réussie ?

- Connaître les médicaments présents dans son stock et savoir les repérer rapidement en rayon.
- Connaître l'historique thérapeutique des enfants régulièrement suivis à la pharmacie.
- Respecter la prescription en quantité (le nombre d'unités délivré correspond à la prescription) et en qualité (les molécules dispensées sont bien celles qui ont été prescrites ; leur emballage est en bon état, il garantit une identification facile du médicament et une bonne conservation).
- Savoir comment réagir si le médicament prescrit n'est pas disponible en stock.
- Fournir aux enfants et leurs accompagnants des informations complètes et adaptées, et s'assurer qu'elles ont été bien comprises.

Conseils à donner aux enfants et leurs accompagnants à la pharmacie

La dispensation d'une ordonnance se déroule en 2 étapes :

- Un premier temps où la gestionnaire de pharmacie analyse et prépare l'ordonnance. Elle est alors concentrée sur la prescription et communique peu avec l'enfant et ses parents (elle les accueille, puis, leur propose de s'asseoir au calme au bureau des dispensations, avec éventuellement quelques jeux ou crayons de couleur pour occuper l'enfant).

- Une fois les médicaments déposés sur la table de dispensation, vient un second temps de communication avec l'enfant et ses accompagnants : dans un espace confidentiel, la gestionnaire de pharmacie fournit les informations essentielles sur le traitement prescrit ; elle recueille également toutes les informations qui peuvent influencer sur l'observance de l'enfant à ses ARV ou à son traitement IO (tolérance aux traitements, dates de rendez vous, dates d'un voyage programmé...).

PREMIER TEMPS : analyse de l'ordonnance et préparation de la prescription

- Récupérer l'original de l'ordonnance et laisser le double aux accompagnants (si l'ordonnance est en simple exemplaire, en faire si possible une photocopie, puis garder l'original à la pharmacie et rendre la copie au patient ; si aucun double n'est possible, laisser l'original au patient et enregistrer les informations dans le registre).
- Analyser l'ordonnance : Quel prescripteur ? Date de prescription ? Poids de l'enfant ? Doses prescrites ? Médicaments prescrits (DCI) ?...
- Vérifier que la dose prescrite correspond bien au poids de l'enfant (se référer aux tables de correspondances entre les posologies des ARV pédiatriques et le poids des enfants).
- Si l'ordonnance comporte des erreurs ou est incomplète : contacter le médecin pour compléter avec lui les informations manquantes ou rectifier les erreurs.
- Calculer pour chaque produit les quantités nécessaires pour la durée du traitement précisée sur l'ordonnance, ou pour les ARV et le Cotrimoxazole pour 1 mois de traitement (sauf pour certains patients pour qui la dispensation est autorisée pour 2 ou 3 mois).
- Sortir les produits des rayons du stock courant (les rayons doivent être organisés pour un accès facile et rapide aux médicaments) et enregistrer pour chacun la quantité sortie sur la fiche de stock.
- Déposer l'ensemble des médicaments à dispenser (avec les outils d'administration si nécessaire : seringue / gobelet / cuillère), sur la table de dispensation.
- L'emballage du médicament remis au patient doit être en bon état, et permettre une bonne identification et une bonne conservation du médicament pendant la durée du traitement.

SECOND TEMPS : dialogue avec l'enfant et ses accompagnants

Enregistrement de la dispensation en cours et dialogue sur le planning des RDV de l'enfant.

- Pour toute dispensation de médicaments (initiation / renouvellement de médicament ARV ou IO) :
 - Noter sur l'ordonnance la date de dispensation, les dates de début et de fin de traitement, et signer.
 - Enregistrer ces informations clés dans le registre des dispensations, puis noter la date théorique du prochain RDV de l'enfant (à calculer par rapport à la quantité de traitement délivrée, en prévoyant toujours plusieurs jours de marge entre le prochain RDV et la rupture en médicaments).
 - Remettre à l'enfant et ses accompagnants un aide-mémoire avec la date du prochain RDV.

- S'il s'agit d'un **renouvellement de prescription ARV** : rechercher les données (date, nom des médicaments et quantité délivrée) de la dernière dispensation à cet enfant. En cas de retard de l'enfant par rapport à son RDV théorique (retard entraînant une rupture de prise de ses ARV), en discuter avec lui et/ou ses accompagnants pour identifier les blocages (problèmes financiers pour le transport, familiaux, scolaires ?...) et les aider à résoudre ce problème d'observance. Noter dans le registre des dispensations (ou dans le dossier individuel de l'enfant s'il en existe un à la pharmacie), les difficultés d'observance détectées et les conseils apportés.

En cas de problème d'observance important et répété, il est utile que l'équipe de la pharmacie s'appuie sur les autres services. Le groupe de parole des enfants peut être proposé mais en complément, un suivi individuel de l'enfant est nécessaire, jusqu'à ce que le blocage soit levé. Si une consultation d'éducation thérapeutique individuelle existe, la pharmacie doit être en lien permanent avec l'équipe qui la conduit. D'autre part, selon les points de blocage identifiés, l'enfant et/ou ses accompagnants peuvent être référés vers une consultation psychologique, sociale ou des visites à domicile, au cours desquelles l'accent sera mis sur l'amélioration de l'observance de l'enfant.

Pourquoi et comment bien prendre le traitement : explications puis dialogue

- Expliquer à l'enfant et/ou ses accompagnants la posologie des médicaments dispensés et décider avec eux, en fonction de l'emploi du temps habituel de l'enfant, du meilleur plan de prise des traitements (exemples : si un intervalle de 12h doit être respecté entre chaque prise, les heures de prise peuvent être 6h et 18h, mais aussi 9h et 21h ; si le médicament doit être pris une fois par jour pendant un repas, prévoir de le prendre au repas où l'enfant mange le plus facilement... tout en évitant une dramatisation).
- Il est utile de "dessiner" la posologie du médicament sur l'emballage ou le flacon de sirop, au feutre indélébile, de façon simple et compréhensible par les patients analphabètes (exemples : 2 ronds séparés par un trait vertical symbolisent 1 comprimé matin et soir ; 3 cuillères séparées par des traits verticaux symbolisent 1 cuillère matin, midi et soir...). Les heures de prise décidées ensemble peuvent être écrites en dessous de chaque prise dessinée.
- Pour les solutions buvables, le marquage au feutre, sparadrap, stylo ou vernis à ongles sur l'extérieur de la seringue, de la cuillère ou du gobelet gradués est très recommandé pour indiquer le niveau de remplissage à chaque prise. Bien montrer comment les remplir, les nettoyer, les ranger.
- Interroger l'enfant et ses accompagnants sur la **prise éventuelle d'autres médicaments** en même temps que le traitement dispensé (achetés en pharmacie ou sur le marché ou chez le tradithérapeute). Si possible, vérifier ensuite qu'il n'y a pas de risque important d'interactions médicamenteuses [Cf. règlette des interactions médicamenteuses sur le site d'Actions Traitements]. Si besoin, adapter le plan de prise (exemple : décaler de 2 heures la prise de tout médicament avec la prise de pansement intestinal de type Smecta®). Noter ces éléments dans le registre des dispensations (ou dans le dossier individuel de l'enfant s'il en existe un à la pharmacie). Puis, si nécessaire, informer ultérieurement le médecin de ces associations de médicaments et discuter avec lui des risques d'interactions.
- Insister sur les **conditions de rangement et de conservation** des médicaments dispensés : comprimés et sirops sont à conserver à la maison, dans un endroit sécurisé (inaccessible aux visiteurs et hors de la portée des enfants), frais, propre et sec, et à l'abri de la lumière.

Pour les solutions buvables à conserver au réfrigérateur, vérifier avec les accompagnants la faisabilité. Si aucun réfrigérateur n'est présent au domicile de l'enfant, certains

sirops peuvent être conservés environ 1 mois à température < 25°C (près d'un canari par exemple).

- Bien revenir sur l'importance d'être toujours observant (que cela soit pour une semaine de traitement antibiotique, ou pour un traitement ARV chronique) : expliquer simplement pourquoi le médicament doit toujours être à la bonne dose dans le corps et préciser qu'il ne faut surtout pas arrêter /modifier son traitement sans venir en parler au médecin ou au pharmacien.

Si un groupe de parole dédié aux enfants sous traitement existe dans la structure, en informer l'enfant et ses accompagnants et leur proposer d'y participer. Leur remettre un aide-mémoire avec la date et l'heure du prochain groupe de parole.

- Reprendre les explications en demandant à l'enfant et ses accompagnants de vous réexpliquer les éléments clés (cf. encadré ci-dessous).
- Proposer à l'enfant et à ses accompagnants de poser à nouveau des questions si certains points ne leur semblent pas clairs.
- Saluer et raccompagner l'enfant et ses accompagnants ; ranger les documents et mettre la table de dispensation en ordre ; accueillir le patient suivant.

Questions clés sur lesquelles il faut systématiquement revenir en fin d'entretien

Le plus efficace est d'inverser les rôles (le dispensateur devient spectateur, l'enfant et ses accompagnants apportent les explications ou miment la scène), et de reprendre ensemble, à la fin, les éléments mal intégrés :

- comment prendre le médicament ?
- combien prendre de comprimés ou de cuillères de sirop à chaque prise ?
- à quel moment de la journée et pendant combien de temps prendre les médicaments ?
- quel est l'objectif du traitement : pourquoi prendre les ARV toute sa vie, les antibiotiques pendant dix jours, ou des analgésiques jusqu'à ce que les douleurs cessent ?
- quelles sont les précautions d'emploi à respecter pour une efficacité maximale (conserver le médicament au réfrigérateur, associer la prise du sirop avec un repas consistant...) ? Quels sont les risques si ces précautions ne sont pas respectées ?
- selon le niveau de compréhension et d'appréhension de l'enfant et ses accompagnants, leur décrire, en adaptant le ton, quels événements peuvent survenir au moment de prendre le médicament et pour lesquels il ne faudra pas s'alarmer (vomissement, oubli de prise, prise de médicament en public...) ?
- quels sont les effets indésirables possibles non sévères, pour lesquels il ne faudra pas s'alarmer ni arrêter le traitement (fatigue, troubles digestifs bénins, nausées...) ?
- que faire en cas d'effet indésirable inattendu et très gênant (ne pas arrêter le traitement, mais venir consulter en urgence le médecin ou en parler au pharmacien le plus rapidement possible) ?
- pour les médicaments susceptibles d'entraîner une réaction sévère d'hypersensibilité (NVP et ABC notamment) : prévenir les accompagnants, les rassurer sur la rareté de ces réactions, décrire les signes auxquels être attentifs en début de traitement (rougeurs cutanées, forte fièvre...), et les inciter à consulter impérativement leur médecin avant de reprendre le médicament si ces signes surviennent.

Conduite à tenir si un médicament prescrit est absent du stock

- **Le médicament prescrit fait partie de la liste des médicaments habituellement en stock, mais il est actuellement en rupture de stock.** (Cf fiche originale sur site Internet de Grandir).
- **Le médicament prescrit ne fait pas partie de la liste des médicaments habituellement en stock.**

Le problème des prescriptions ne respectant pas la liste de la pharmacie est fréquent. Le prescripteur doit être consulté, soit pour modifier sa prescription "hors liste", soit pour justifier cette prescription.

Si la prescription "hors liste" est maintenue, car considérée comme exceptionnelle et nécessaire, le personnel de la pharmacie doit savoir réagir face au patient :

Solution 1 : la structure considère que toute prescription "hors liste" est à la charge des personnes responsables de l'enfant. Ces derniers doivent l'acheter dans une officine privée (avec le risque important qu'ils n'achètent pas des médicaments trop coûteux).

Solution 2 : la pharmacie passe une commande exceptionnelle chez un grossiste et demande aux responsables de l'enfant de revenir chercher gratuitement les médicaments quand ils seront arrivés.

Solution 3 : un budget réservé aux prescriptions exceptionnelles "hors liste" est prévu et permet aux personnes responsables de l'enfant de retirer gratuitement ces prescriptions dans une officine voisine. Ceci implique un partenariat entre la structure et une officine voisine qui accepte le système de crédit pour les médicaments "hors liste". A la fin de chaque période (mois, trimestre...) l'officine fournit la liste des produits vendus aux patients pris en charge par l'organisation. La pharmacie vérifie que cette liste de produits correspond bien aux produits prescrits, puis sa direction paye l'officine.

Cette dernière solution est la plus simple pour les patients mais elle n'est ni simple ni économique, car les produits vendus en officine sont plus chers (marges élevées par rapport aux grossistes).

Si elle est instaurée, il convient donc de faire confiance aux patients ou de les accompagner à l'officine (vérifier qu'ils n'ajoutent rien sur les ordonnances présentées à l'officine). Il convient également de négocier des remises avec l'officine, et d'actualiser régulièrement la liste des médicaments présents dans la pharmacie en y intégrant les médicaments régulièrement prescrits.

Si un produit est cher mais s'avère indispensable : mieux vaut l'intégrer à la liste et en commander de petites quantités chez le grossiste plutôt que le payer très cher à l'unité en officine !

Suivi de la file d'enfants sous traitement (TARV ou IO)

Outil recommandé : un tableau général résumant les caractéristiques de chaque enfant fréquentant régulièrement la pharmacie, à créer dès le démarrage des activités de la pharmacie.

Un tel tableau permet :

- une vision d'ensemble de cette file d'enfants ;
- une estimation plus facile des besoins en médicaments ;
- une collecte plus facile des données au moment de rédiger les rapports d'activités.

Ce tableau devient encore plus intéressant à exploiter s'il est créé sur un tableur (de type Excel).

- S'il est établi sur un ordinateur réservé à la pharmacie, il peut être rempli en temps réel et sauvegardé régulièrement sur un Cd-Rom. Il n'est alors pas nécessaire d'en créer une version papier.
- Si la pharmacie ne bénéficie pas de son propre ordinateur mais d'un accès quotidien à un ordinateur partagé dans la structure, il est prudent de créer un registre manuel pour enregistrer les données directement à la main puis les reporter le soir dans le tableur informatisé.
- Si aucun ordinateur n'est disponible, un registre manuel peut être créé, il permettra de visualiser le panorama de la file d'enfants fréquentant la pharmacie. En revanche, le filtrage des données sur un tableur, qui permet de générer facilement des statistiques, sera impossible.

Exemple de tableau de suivi de la file d'enfants sous ARV et/ou Cotrimoxazole

Les éléments intégrés dans ce tableau ou registre peuvent être par exemple (données fictives) :

N°	Code	Date inscription	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Adresse	Date d'inclusion ARV	Combinaison ARV	Date du dernier RDV et quantité délivrée	Date fixée pour le prochain RDV
1	M1	07/08/2008	A	a	M	10/01/00	Ville X	01/01/2009	AZT+3TC+NVP	23/11/09 1 mois ARV	18/12/09
2	F2	04/10/2008	B	b	F	12/08/08	Ville X	01/03/2009	AZT+3TC+NVP	16/11/09 3 mois ARV	Début 02/2010
3	F3	04/10/2008	C	c	F	24/11/05	Banlieue C		Cotrimoxazole	05/11/09 3 mois CMX	Début 02/2010
4	M4	14/10/2008	D	d	M	14/03/02	Ville X	01/06/2009	AZT+3TC+EFV Cotrimoxazole	25/11/09 1 mois ARV 1 mois CMX	20/12/09
5	M5	17/02/2009	E	e	F	12/12/02	Banlieue D		Cotrimoxazole	03/12/09 3 mois CMX	Début 03/2010

En utilisant le filtre automatique d'Excel il est possible de trier ensuite ces données selon des requêtes personnalisées : afficher et compter les enfants inscrits l'année passée ; afficher et compter les enfants de sexe masculin ; afficher et compter les enfants d'âge < 18 mois ; afficher et compter les enfants traités par une combinaison précise de médicaments ARV...



La douleur de l'enfant mieux la comprendre pour mieux la soulager

Cas d'étude

Mohamed, 6 ans, a été reçu en consultation il y a quelques jours pour une mycose orale floride. On lui a prescrit un traitement anti mycosique. Il revient trois jours plus tard. Il est déshydraté, refuse le traitement, refuse de s'alimenter, est totalement opposant et craintif lorsque vous vous approchez de lui.

Que pensez-vous de ces symptômes et comment abordez-vous la consultation ?

Le sida pédiatrique, maladie douloureuse

Comme chez les adultes, les causes des douleurs sont multiples chez les enfants infectés par le VIH : infections bactériennes (méningites, pleuro-pneumopathies, infections cutanées, buccales...), encéphalites, douleurs abdominales (pancréatite, oesophagites, diarrhées incoercibles, subocclusions : mécanismes variés et causes parfois difficiles à diagnostiquer), douleurs ostéo articulaires diffuses notamment dans les sida avancés avec dénutrition.

Selon la précocité de la prise en charge, l'enfant peut avoir des expériences douloureuses plus ou moins nombreuses et traumatisantes.

A ces douleurs liées aux complications, il faut ajouter les douleurs liées aux effets secondaires des médicaments (céphalées, neuropathies, douleurs abdominales) et les douleurs liées aux soins (ponctions, pansements...).

Ces douleurs sont très peu décrites et étudiées, il n'existe pas de recommandations ; en pratique clinique, la douleur est trop rarement recherchée et évaluée.

Finalement, les douleurs chez l'enfant sont insuffisamment prises en compte et traitées. Pourtant, avec quelques principes et des antalgiques souvent simples, il est possible de diminuer les douleurs, en particulier celles qui sont liées aux soins.

Symptomatologie de la douleur chronique : survenue précoce chez l'enfant

La douleur chronique est définie chez l'adulte par une douleur qui persiste depuis plus de 3 à 6 mois. Chez le nourrisson et le jeune enfant, les manifestations bruyantes (pleurs, agitation) d'une douleur aiguë peuvent faire place à des signes de douleur chronique en 48 heures. L'enfant présente alors des signes plus discrets, qui associent de façon variable :

atonie psychomotrice, repli en position antalgique, geignements, demandes itératives de changement de position, demande à manger mais n'arrive pas à avaler, pleurs à l'approche d'un adulte, voire perte de toute communication verbale et hypervigilance (focalisation de l'enfant sur sa douleur qui majore la sensation douloureuse).

Douleur par excès de stimulus douloureux, douleur neuropathique, douleur psychogène : des mécanismes différents dont la prise en charge thérapeutique n'est pas identique

Différents mécanismes peuvent être mis en cause dans la survenue d'un processus douloureux. Ils sont parfois associés. Il est important de les reconnaître car le traitement est différent.

- Les douleurs par excès de stimulus douloureux (douleurs nociceptives) : l'exemple type est une fracture non déplacée. Il existe des lésions tissulaires et une inflammation locale qui stimulent certains nerfs et envoient un message de douleur au cerveau.
- Dans les douleurs neuropathiques, le tissu nerveux (nerf périphérique ou système nerveux central) lui-même est abîmé et un stimulus non douloureux peut entraîner une sensation désagréable (picotement, décharge électrique) ou douloureuse. On rencontre ces douleurs après un zona, une encéphalite ou dans les neuropathies liées aux ARV.
- Dans les douleurs psychogènes, on ne trouve pas de cause organique et il existe souvent un contexte psychologique traumatisant. Elles peuvent être invalidantes et sont plus difficiles à prendre en charge.

Les différents types d'antalgiques

Pour les douleurs nociceptives, on utilise les antalgiques classiques. Le paracétamol et l'ibuprofène (pallier I de l'OMS) peuvent être associés et donnés en alternance.

En cas d'inefficacité, il faut les associer aux antalgiques du pallier II. La codéine peut être proposée à partir de 1 an. La codéine est métabolisée dans le foie et 10% de la dose est transformée en morphine. On la trouve seule (Codéfan) ou en association avec le paracétamol (les formes associées peuvent être utilisées à partir de 3 ans). L'alternative à la codéine est le tramadol (utilisable sous forme de gouttes à partir de 3 ans).

Pour des douleurs plus intenses, la morphine et ses dérivés (pallier III de l'OMS) **doivent être proposés**. Il n'existe pas de risque de toxicomanie (ni à court, ni à long terme) si la morphine est prescrite à un enfant douloureux. Il existe des formes orales (immédiates et retard), injectables et en patch.

Pour les douleurs neuropathiques, d'autres classes médicamenteuses doivent être proposées. Les antidépresseurs tricycliques (amitryptiline, après 4 ans), les benzodiazépines (Clonazépam) et la gabapentine peuvent être utilisés. Ces indications ne sont pas classiques chez l'enfant, car souvent les laboratoires n'ont pas pris la peine de monter des dossiers d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour les enfants, en raison du faible nombre d'enfants concernés. Mais de nombreuses études ont montré l'efficacité de ces traitements, dont les effets secondaires sont proches de ceux des adultes. Il faut les

proposer devant des neuropathies (en changeant les ARV et médicaments responsables de neuropathies), en cas d'encéphalite ou d'atteinte nerveuse (zona). Les posologies seront augmentées progressivement, afin d'atteindre les doses efficaces en quelques jours à quelques semaines.

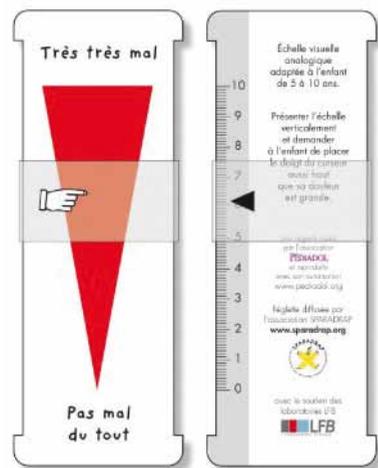
Les douleurs psychogènes sont parfois très invalidantes, souvent difficiles à soigner. Il convient d'éliminer une cause organique. Une prise en charge pluridisciplinaire (soignants, psychologue mais aussi assistant social et conseillers) est indispensable et la prise en compte du contexte culturel et familial est fondamentale. En effet, l'enfant peut ressentir et présenter des symptômes qui reproduisent des manifestations douloureuses qu'il a déjà observées dans la famille (douleurs articulaires chez un enfant dont le père a eu un accident aux jambes, douleurs thoraciques après le décès du grand-père par infarctus, par exemple).

Pour ces différents types de douleur, en dehors des moyens médicamenteux, les massages, les applications locales d'anesthésiques ou d'emplâtres peuvent avoir une réelle efficacité s'ils sont effectués ou appliqués par des personnes compétentes. La prise en charge psychologique a une place importante dans les douleurs chroniques, quel qu'en soit le type.

Comment évaluer la douleur chez l'enfant ?

Auto-évaluation

A partir de 6-7 ans, on utilise des échelles visuelles d'auto-évaluation de la douleur. On demande à l'enfant de montrer sur une échelle de 1 à 10 "combien" ça fait mal. Cette évaluation doit se faire avant l'administration d'antalgiques et 1 heure après. On estimera que l'antalgique est efficace si l'évaluation est inférieure ou égale à 3.



EVA : Echelle Visuelle Analogique

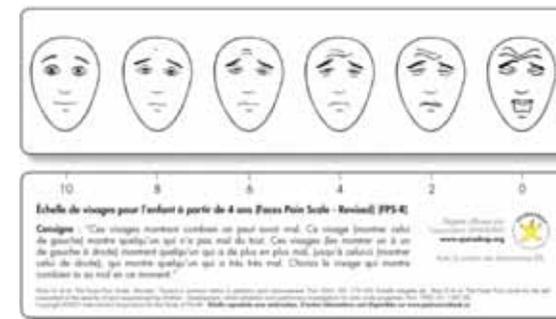
- De 0 à 1 Simple inconfort
- De 1 à 3 Douleur légère
- De 3 à 5 Douleur modérée
- De 5 à 7 Douleur intense
- De 7 à 10 Douleur très intense

Entre 4 et 6 ans, on peut coupler l'EVA à une échelle non chiffrée, comme l'échelle des visages, par exemple.

"Montre-moi le visage qui a mal comme toi ?"

Le recto de l'échelle : correspond au côté présenté à l'enfant.

Le verso de l'échelle : correspond au côté vu par le soignant.



Comment utiliser l'échelle des visages :

"Ces visages montrent combien on peut avoir mal. Ce visage (montrer celui de gauche) montre quelqu'un qui n'a pas mal du tout. Ces visages (les montrer un à un de gauche à droite) montrent quelqu'un qui a de plus en plus mal, jusqu'à celui-ci (montrer celui de droite), qui montre quelqu'un qui a très très mal. Montre-moi le visage qui montre combien tu as mal en ce moment."

Les scores sont de gauche à droite : 0, 2, 4, 6, 8, 10. 0 correspond donc à "pas mal du tout" et 10 correspond à "très très mal". Exprimez clairement les limites extrêmes : "pas mal du tout" et "très très mal". N'utilisez pas les mots "triste" ou "heureux". Précisez bien qu'il s'agit de la sensation intérieure, pas de l'aspect affiché de leur visage.

Si l'évaluation des visages et le chiffre de l'EVA sont dissociés (EVA à 8 et visage souriant), il faudra considérer que l'enfant est trop jeune pour comprendre les consignes et utiliser alors une hétéro-évaluation (voir infra).

Enfin, pour aider l'enfant à localiser sa douleur, en particulier pour une douleur neuropathique, on peut lui proposer de colorier, sur des schémas corporels de face et de dos, les zones douloureuses.

Hétéro-évaluation

Chez le nourrisson et l'enfant plus jeune, il faut utiliser une hétéro-évaluation ; plusieurs grilles ont été validées : Echelle de la Douleur et de l'Inconfort du Nouveau-né (EDIN), HEDEN pour l'enfant de 2 à 7 ans. Chaque équipe peut choisir quelle grille convient le mieux en fonction des suivis et du mode de prise en charge (ambulatoire, hospitalière, fin de vie). Ces grilles sont remplies par un assistant du soignant, s'il s'agit d'évaluer une douleur liée aux soins ; par les infirmières s'il s'agit d'un enfant hospitalisé, ou par les parents (souvent très perspicaces pour diagnostiquer une douleur chez leur enfant).

Dans toutes les tranches d'âge, mais encore plus chez les nourrissons et les jeunes enfants, l'examen clinique chez un petit patient douloureux doit être réalisé dans un climat calme et serein. Il faut commencer par établir une relation de confiance avec l'enfant, l'observer, rechercher l'existence de position antalgique, d'attitudes d'évitement. On peut lui demander de marcher sur quelques mètres, se tourner, se baisser (noter la distance main-sol), de marcher sur la pointe des pieds puis sur les talons (déficit neurologique ?). L'examen clinique peut être fait en partie dans les bras de la maman. Il commence par des zones non douloureuses et doit être systématique.

La douleur liée aux soins, pourquoi la prendre en charge ?

Les douleurs sont ressenties par l'enfant très précocement, dès le deuxième trimestre de la vie intra utérine. Le nouveau-né ressent donc les stimuli douloureux, avec une intensité probablement plus forte que l'enfant ou l'adulte, car le système inhibiteur (sorte de rétro-contrôle autonome de la douleur) n'est pas encore mature.

Des études ont montré que des stimuli douloureux ressentis précocement entraînaient une sensibilisation à la douleur. Ainsi, les enfants qui ont ressenti des douleurs dans les premières semaines ou mois de vie seront plus sensibles ultérieurement à la douleur, contrairement à certaines idées reçues.

Dans le cadre des enfants infectés par le VIH, la prise en charge précoce de la douleur, en particulier de la douleur liée aux soins, est donc un impératif.

La douleur liée aux soins, comment la prendre en charge ?

Les moyens sont variables selon l'âge et le type de soins.

Chez les nouveaux-nés et jusqu'à l'âge de 3 mois, des solutions de saccharose (ou de glucose) concentré sont efficaces sur des douleurs d'intensité modérée (voir Zoom Grandir Info n° 23). Si l'enfant est allaité, la succion du sein est encore plus efficace.

Chez les enfants plus grands, trois moyens peuvent être associés : anesthésie locale, antalgiques par voie générale et moyens non médicamenteux.

- Pour les ponctions veineuses, le produit de choix est la crème EMLA (association de lidocaïne et de prilocaïne), sous pansement occlusif, utilisable dès la naissance (éviter cependant l'association EMLA-Bactrim avant l'âge de trois mois) mais probablement pas accessible partout. Cette crème doit être appliquée une heure avant le geste.
- Les antalgiques par voie générale ont une efficacité réduite et doivent dans tous les cas être anticipés : le paracétamol donné par voie orale est pleinement efficace 1 heure après la prise.
- Le dernier moyen est gratuit, probablement plus accessible, mais rarement mis en oeuvre. Il concerne toutes les techniques de distraction, d'hypnose, de relaxation, auxquelles les enfants sont particulièrement sensibles. Au lieu de dire à un enfant "attention, je vais te piquer", il vaut mieux qu'un assistant du soignant (ou le parent), pendant que le soignant réalise le geste, détourne l'attention de l'enfant par une chanson, une histoire ou un conte, ou propose à un adolescent de regarder la télé ou une vidéo.

Tous ces moyens peuvent être associés pour des gestes peu à moyennement douloureux.

Pour les gestes très douloureux, d'autres moyens plus lourds doivent être envisagés (anesthésie au bloc opératoire, gaz MEOPA : Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxide d'Azote, gaz proposé en auto inhalation, qui permet une analgésie de surface, largement utilisée en Europe pour les gestes tels que ponction lombaire, ponction veineuse, réduction de fracture peu déplacées...).

Mohamed : prendre en charge la douleur en même temps que la mycose

Mohamed a probablement une douleur oro-pharyngée intense non prise en compte. Chez cet enfant, il aurait fallu évaluer dès la première consultation la douleur liée à la mycose, évoquer une possible oesophagite surajoutée et prescrire un traitement antalgique en association avec le traitement antimycosique.

Lors de la présente consultation, il faut lui expliquer que l'on s'intéresse à ce qu'il ressent, que l'on va prendre en compte sa douleur, lui expliquer pourquoi il a mal, ne pas lui mentir, et chercher à obtenir sa participation aux soins.

Le traitement antalgique associera des soins locaux (bicarbonates + mycostatine ou fungizone suspension +/- xylocaïne gel) et des antalgiques par voie générale (paracétamol +/- codéine ou tramadol, selon l'intensité de la douleur, à réévaluer) donnés de façon systématique pendant les premiers jours.

A retenir

- La douleur chez l'enfant est fréquente, sous-estimée, et insuffisamment prise en charge.
- Les douleurs infligées aux nouveaux-nés et aux nourrissons modifient profondément les voies de conduction de la douleur et sensibilisent les enfants qui deviendront plus sensibles ensuite.
- Les manifestations douloureuses intenses deviennent rapidement peu bruyantes.
- L'auto-évaluation de la douleur par l'enfant n'est pas possible avant 6 - 7 ans.
- Les thérapeutiques médicamenteuses doivent être prescrites selon le mécanisme douloureux en cause.
- L'association des moyens médicamenteux entre eux (ex : paracétamol et morphine) et avec des moyens non médicamenteux (relaxation, massages) potentialisent l'efficacité de chaque moyen.



La diarrhée aiguë chez le nourrisson exposé au VIH sous SLM : des particularités à connaître

Cas d'étude

Kevin, 4 mois, exposé au VIH et alimenté par des substituts du lait maternel (SLM) depuis la naissance, a présenté une gastroentérite il y a 8 jours. L'épisode aigu des vomissements et des selles très liquides est passé mais la maman signale qu'après une amélioration, il présente à nouveau une alternance de selles molles et de selles liquides. Vous constatez qu'il a du mal à prendre du poids depuis cet épisode.

Quelle est votre attitude thérapeutique ?

Etiologies (causes) des diarrhées aiguës du nourrisson

La diarrhée est une des premières pathologies observées chez le nourrisson. Elle est le plus souvent d'origine virale (rotavirus+++, adénovirus), plus rarement bactérienne (Salmonelle, Shigelle, Yersinia, Campilobacter), toxique (E.Coli, Choléra) ou parasitaire (amibiase, giardiase). Par ailleurs, des infections extra-digestives (otite, mastoïdite, méningite, paludisme...) peuvent s'accompagner de diarrhée chez le nourrisson. Enfin, les traitements antibiotiques souvent prescrits chez les enfants infectés, peuvent déclencher ou aggraver une diarrhée.

Attention : en cas d'immunosuppression sévère, d'autres germes (Cryptosporidium et Isospora belli) peuvent être responsables de diarrhée ; et, pour les immunosuppressions encore plus avancées, les microsporidies ou le Cytomégalovirus peuvent être en cause. Dans ces cas, le tableau est plutôt celui d'une diarrhée chronique.

Les diarrhées virales sont contagieuses et surviennent par épidémie, y compris dans les pays occidentaux. Elles se caractérisent par des selles liquides et un risque élevé de déshydratation. Leur prise en charge, chez les enfants alimentés par les SLM, comporte, par rapport aux nourrissons allaités au sein, des spécificités qu'il faut connaître.

Prise en charge de la déshydratation initiale : orale ou intra-veineuse (IV) ?

La prise en charge initiale doit évaluer l'état d'hydratation de l'enfant. S'il existe une déshydratation, le traitement sera appliqué selon les protocoles nationaux, par voie orale (de façon préférentielle si possible) ou intra veineuse.

L'évaluation initiale prend en compte 3 aspects : le degré de déshydratation, la présence ou l'absence de vomissements, la capacité de la famille à conduire une réhydratation orale.

Le degré de déshydratation est évalué sur des signes cliniques : la soif est le premier signe, parfois difficile à diagnostiquer chez le petit nourrisson ; la fontanelle creuse, les yeux cernés, la bouche sèche, l'absence de larme, apparaissent au-delà de 5 % de déshydratation ; le pli cutané persistant, les marbrures, le temps de recoloration cutané allongé, les urines rares et concentrées (ou absentes), puis les troubles de la conscience surviennent au-delà de 10 % ; le risque de décès est majeur à 15 % de déshydratation.

Classifier le niveau de déshydratation de l'enfant		
Déshydratation sévère	Déshydratation légère	Aucune déshydratation
<p>Si au moins 2 des signes suivants sont présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Léthargie ou inconscience • Yeux enfoncés • Incapacité ou difficulté à boire • Pli cutané s'effaçant très lentement 	<p>Si au moins 2 des signes suivants sont présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitation, irritabilité • Yeux enfoncés • Boit avidement, assoiffé • Pli cutané s'effaçant lentement 	<p>Si au moins 2 des signes de "déshydratation sévère ou légère" NE SONT PAS PRESENTS</p>

En dehors de ces signes cliniques, si le nourrisson est pesé régulièrement, on complète l'évaluation par le calcul du pourcentage de perte de poids, qui peut être assimilé au pourcentage de déshydratation à la phase aiguë, dans les premières heures de la diarrhée aiguë.

Il est basé sur la formule :

$$\% \text{ Perte de poids} = \frac{\text{Poids théorique} - \text{poids actuel}}{\text{Poids théorique}}$$

Le poids théorique peut être délicat à déterminer : il faut tracer la courbe de croissance de l'enfant et extrapoler le poids qu'il aurait eu en l'absence de diarrhée. Si le nourrisson n'est pas pesé régulièrement (cas fréquent) ou si le dernier poids est ancien, cette évaluation est très imprécise.

Il faudra par ailleurs se méfier de la constitution d'un "troisième secteur" liquidien dans la cavité abdominale. Cette complication n'est pas constante mais lorsque cela se produit, les enfants présentent des signes de déshydratation sans perte de poids (ou avec perte de poids très modérée).

Dans tous les cas, les signes cliniques de déshydratation doivent primer sur l'évaluation de la perte de poids. La décision thérapeutique sera orientée par la gravité de ces signes. Elle devra par ailleurs prendre en compte la présence éventuelle de vomissements et l'entourage familial.

Schématiquement, en cas de déshydratation supérieure à 10 %, on mènera la réhydratation par voie intra-veineuse (utiliser les protocoles nationaux ou les directives de l'OMS). Si la déshydratation est inférieure à 5 % et que l'enfant ne vomit pas, on proposera une réhydratation par voie orale par des Sels de Réhydratation Orale (SRO) à osmolarité réduite (teneur en Sodium 2,6 g/l soit 75 mmol/l et teneur en Glucose 13,5 g/l soit 75mmol/l) qui sont plus efficaces et mieux tolérés que les SRO ancienne formule.

NB : si l'enfant présente une malnutrition aiguë sévère, on utilisera le Resomal dont la composition, appauvrie en Sodium et enrichie en potassium, est plus adaptée).

Il faut proposer la solution régulièrement. En général, tant que l'enfant a soif, il acceptera de boire. Entre 5 et 10 % de déshydratation, surtout en présence de vomissements, l'attitude doit être prudente, car la situation peut s'aggraver brutalement secondairement. L'enfant doit être mis en observation en hôpital de jour et la réhydratation orale débutée sous surveillance clinique et surveillance du poids.

En présence de vomissements persistants, il faut proposer des apports fractionnés (20 à 30 ml toutes les 15 minutes) de SRO frais (non glacés). En effet, le jeûne peut entraîner des vomissements (cétose de jeûne) qui céderont lorsque la glycémie (taux de sucre dans le sang) sera normalisée.

Parfois aussi, les symptômes semblent s'aggraver de façon paradoxale : à chaque prise de SRO, le nourrisson émet une selle liquide. Ce phénomène est lié à un réflexe gastro-colique : le remplissage de l'estomac entraînant une stimulation du colon et l'émission d'une selle (en aucun cas, il n'est possible que le SRO avalé par l'enfant "ressorte" après seulement quelques minutes). Il faut poursuivre la réhydratation orale s'il semble que la déshydratation se corrige progressivement (disparition des vomissements, des signes cliniques de déshydratation, reprise de diurèse, prise de poids) avant d'autoriser l'enfant à rentrer chez lui. Dans le cas contraire, si la déshydratation s'aggrave, il faut hospitaliser l'enfant en milieu pédiatrique et le réhydrater par voie veineuse. De même, si les vomissements ne cèdent pas, une réhydratation intra veineuse est incontournable (attention : des vomissements persistants sans diarrhée doivent faire évoquer une autre cause : médicale - trouble métabolique, acidocétose diabétique par exemple - ou chirurgicale - sténose du pylore, hernie compliquée, invagination intestinale aiguë...).

Particularités initiales de la prise en charge chez les nourrissons sous SLM

Contrairement à l'allaitement maternel qu'il faut généralement poursuivre, il peut être utile d'arrêter transitoirement les SLM. L'hydratation sera assurée pendant les premières heures par des SRO. Cette pratique permet en général d'améliorer les symptômes tout en assurant des apports hydriques, glucosés et sodés. L'arrêt des SLM ne doit pas excéder 6 à 12 heures.

Reprise de l'alimentation

Une fois ce cap aigu passé, les SLM seront repris, en association aux SRO s'il persiste un degré de déshydratation. On conseille parfois de reconstituer le lait avec de l'eau de riz (l'eau de cuisson du riz est récupérée et sert à préparer le lait) ; cette mesure n'a pas scientifiquement fait ses preuves, mais elle assure au moins que l'eau utilisée aura bouilli.

Certains préconisent de reprendre l'alimentation avec des SLM dilués. Cette pratique est discutable car les apports protéino-énergétiques sont en dessous des besoins et cette dilution constitue une source d'erreur de reconstitution du lait par les parents. Il vaut mieux réintroduire les SLM reconstitués normalement.

En revanche, si la diarrhée réapparaît ou s'aggrave lors de la réintroduction des SLM, il peut s'agir d'une intolérance alimentaire transitoire. Dans ce cas, on peut proposer un lait de régime, dont le coût est élevé mais c'est parfois l'unique possibilité de faire cesser les symptômes. Avant 3 mois, on préfère les hydrolysats de protéines du lait de vache (nutramigen®, pregestimil®), après 3 mois un lait sans lactose (AL110®, OLAC®, Diargal®). Ces laits de régime seront proposés pendant 2 à 4 semaines puis le lait utilisé avant la diarrhée sera réintroduit. Ces problèmes sont rares chez les nourrissons de plus de 6 mois : chez eux, le lait habituel peut être réintroduit généralement sans problème.

Au décours de l'épisode diarrhéique, la surveillance pondérale sera renforcée et l'alimentation augmentée (en ajoutant un repas lacté par jour, par exemple) jusqu'à récupération de la courbe de croissance qui existait avant l'épisode aigu. On peut aussi enrichir ou concentrer l'alimentation (voir FP Prise en charge de la malnutrition).

Bien entendu, les conseils d'hygiène autour de la préparation des repas lactés seront repris.

Conduite à tenir devant une diarrhée aiguë chez un nourrisson sous alimentation diversifiée

La prise en charge initiale est identique à celle des plus petits nourrissons (réhydratation orale ou IV, hydratation fractionnée, surveillance rapprochée initiale), même si les situations évoluent moins vite chez les grands nourrissons. Le lait pourra être poursuivi ou reproposé après quelques heures de réhydratation exclusive par les SRO.

Lorsque l'alimentation orale est à nouveau possible, un régime sera proposé pendant quelques jours. Celui-ci exclura certains aliments difficiles à digérer : graisses cuites, légumes crus, plats en sauce. Jusqu'à normalisation du transit, on proposera des purées de carottes, de pomme de terre, du riz à l'eau, des bananes (bien mûres) écrasées. La réintroduction des autres aliments se fera progressivement. Jusqu'à récupération du poids antérieur à l'épisode diarrhéique, on proposera au moins un repas complémentaire par jour à l'enfant. Dans tous les cas on restera flexible et on cherchera à s'adapter au rythme de l'enfant, en lui proposant, quand c'est possible, les aliments qu'il préfère.

Autres traitements

Il a été montré que le Zinc réduit la sévérité des diarrhées et diminue le risque de récurrence dans les semaines qui suivent. On traite pendant 10 à 14 jours :

- 10 mg/j entre 2 et 6 mois
- 20 mg/j entre 6 mois et 5 ans

Les traitements médicamenteux sont d'utilité secondaire par rapport à la réhydratation

- Les anti-sécrétoires : le racécadotril ou acétorphan (Tiorfan®) peut être utilisé dès l'âge de 1 mois (1,5 mg/kg x 3/jour pendant 1 semaine au maximum) en cas de diarrhée très liquide.
- Les silicates : le Smecta (1/2 sachet x 2/jour) peut être proposé pendant quelques jours. Il faut le donner à distance (2 heures) des autres médicaments, car le Smecta risque de diminuer leur absorption.
- Les probiotiques : l'ultra-levure (*Saccharomyces boulardii*) est d'efficacité discutée, et est à éviter selon certains auteurs s'il existe une immunodépression sévère.
- Les antibiotiques sont rarement indiqués, sauf en cas de diarrhée invasive (fièvre + selles glairo-sanglantes). L'antibiothérapie peut être orientée par la coproculture. Si une infection extra-digestive s'accompagne de diarrhée, l'antibiothérapie reste bien entendu indiquée.

Attention : les ralentisseurs du transit, type loperamide (Imodium®), sont contre-indiqués avant l'âge de 2 ans et ne doivent pas être utilisés dans les diarrhées bactériennes. Ils sont globalement à éviter chez l'enfant.

Dans tous les cas, évitez la sur-médication, inutile et source d'erreur chez les parents.

Diarrhée traînante de Kevin

Il convient d'abord d'éliminer une erreur hygiéno-diététique (hygiène de l'eau, des mains, reconstitution inadéquate du lait), une réinfection, ou une cause extra-digestive ; puis d'évoquer une intolérance au lactose. Pendant une à deux semaines, on pourra proposer de donner à Kevin un lait sans lactose (la reconstitution est identique à celle des SLM standards). Si la récupération pondérale reste lente après guérison de la diarrhée, on pourra secondairement enrichir le lait (avec des farines sans Gluten - par exemple farine de riz, ou farine de maïs - ou de l'huile végétale) ou introduire l'alimentation complémentaire plus précocement. Une évolution vers une diarrhée chronique devra faire craindre une immunodépression et faire réaliser un bilan immunitaire. Dans tous les cas, il faut revoir Kevin de façon rapprochée jusqu'à guérison clinique et récupération nutritionnelle.

A retenir

- Les diarrhées aiguës sont fréquentes chez les enfants sous SLM.
- Les virus constituent la première cause de diarrhée aiguë.
- Le traitement initial repose sur la réhydratation (orale fractionnée ou intraveineuse).
- L'arrêt des SLM (remplacés par des SRO) permet souvent une amélioration rapide des symptômes, mais cet arrêt ne doit pas être prolongé au-delà de 6 à 12h.
- Une intolérance alimentaire (au lactose ou aux protéines du lait de vache) peut s'observer dans les suites d'une gastroentérite aiguë et nécessite un lait de régime.
- Toute diarrhée traînante doit faire évoquer une infection VIH évolutive.
- Les consultations médicales doivent être plus rapprochées pendant et au décours de l'épisode de gastroentérite.



La malnutrition aiguë sévère chez l'enfant infecté par le VIH ou exposé au VIH

Savoir la prendre en charge

Cas d'étude

Arthur, vous est adressé pour "maigreur" à l'âge de 6 mois et 3 semaines. Vous suivez sa mère, infectée par le VIH, sous traitement ARV, bien observante, même si elle travaille beaucoup. Elle raconte que son bébé a eu un paludisme sévère à l'âge de trois mois, une broncho-pneumopathie à 4 mois, et une diarrhée à 6 mois 1/2. Arthur pèse 5600gr et mesure 66 cm. Il est toujours allaité au sein de façon exclusive.

La maman demande conseil sur l'alimentation de son bébé.

La malnutrition aiguë sévère est définie par un indice Poids/Taille inférieur à -3 DS (ou Déviation Standard, qui représente l'écart par rapport à la moyenne pour l'âge et le sexe), chez les enfants de 6 mois à 5 ans. Avant 6 mois, il n'existe pas de critère "officiel". Les pédiatres utilisent en général l'analyse de l'évolution de l'indice Poids/Âge. Une cassure de la courbe, avec perte de 2 déviations standards est considérée comme sévère.

Prise en charge d'une malnutrition aiguë sévère compliquée

Quel que soit l'âge, les malnutritions aiguës sévères avec signes de gravité (oedèmes, troubles de la conscience, fièvre élevée, diarrhée profuse, anorexie) doivent être prises en charge en milieu hospitalier ou spécialisé. Le traitement ne sera pas détaillé ici ; il repose sur une réhydratation par des solutés spécifiques (ReSoMal, par exemple) qui sont moins riches en sodium que les solutés de réhydratation orale (SRO) et sur des laits thérapeutiques (F75 puis F100), une antibiothérapie probabiliste (cotrimoxazole ou amoxicilline en première intention) ou spécifique (si localisation particulière) et une surveillance rapprochée.

Nutrition thérapeutique des nourrissons de moins de 6 mois exposés au VIH : adapter les protocoles

Devant un nourrisson de moins de 6 mois, allaité au sein et malnutri, les protocoles standards (en dehors du contexte du VIH) conseillent un allaitement mixte. Le nourrisson continue alors à téter le sein, tout en recevant du lait thérapeutique, souvent par sonde. Cette méthode a pour but d'augmenter les apports caloriques, tout en maintenant ou en restimulant la lactation maternelle.

Lorsque cette situation se présente chez un nourrisson exposé au VIH, exclusivement allaité au sein, plusieurs questions doivent être posées avant de proposer cet allaitement mixte :

- La mère reçoit-elle un traitement ARV efficace, a-t-elle une Charge Virale (CV) élevée, des CD4 abaissés ? Présente-t-elle des lésions mammaires (crevasses, mastite, abcès) ?
- L'enfant est-il déjà infecté, (a-t-il eu une PCR positive ?) ou suspect d'infection (antécédents d'infections opportunistes, d'infections bactériennes sévères, présente-t-il des signes neurologiques évocateurs d'encéphalite, des poly adénopathies, des signes cutanés) ?
- Quelle est la cause probable de la malnutrition ? mère sévèrement malade et dénutrie (insuffisance de production lactée), trouble de la relation mère enfant (manque de soins, abandon source d'anorexie infantile), mauvaise technique d'allaitement (responsable d'une production lactée insuffisante), trouble de la succion / déglutition (prématuré, trouble neurologique, fente palatine), lésions buccales chez le bébé, infections aiguës répétées mal prises en charge, infection chronique active (tuberculose) ou sida évolutif ?

Cette analyse permet de choisir la meilleure option pour le nourrisson :

- Si le nourrisson est déjà infecté, l'allaitement mixte n'est pas contre indiqué, l'allaitement maternel étant recommandé jusqu'à 24 mois. Les protocoles nationaux peuvent donc être appliqués. Le traitement ARV doit être débuté parallèlement.
- Si le nourrisson n'est pas infecté, ou si son statut est inconnu, il n'y a pas de recommandation officielle. La prise en charge doit être adaptée aux possibilités locales.

Différentes situations schématiques peuvent se présenter :

1. La mère est à haut risque de contamination : charge virale élevée (primo-infection ou au contraire stade clinique III ou IV, pas de traitement ARV) et/ou immunodépression marquée ($CD4 < 200/mm^3$) et il existe des possibilités d'alimentation du nourrisson par les substituts du lait (possibilités financières de la famille et/ou appui par un programme étatique ou associatif).
 - Le sevrage de l'allaitement maternel est le plus logique. Le nourrisson doit être renutri par les laits thérapeutiques (F75 puis F100), le relais étant pris par les substituts du lait maternel (SLM). L'introduction de l'alimentation complémentaire pourra éventuellement être réalisée avant l'âge de 6 mois (farines sans gluten à partir de 4-5 mois).
2. La mère est à bas risque de contamination : TARV débuté depuis plusieurs mois, cliniquement asymptomatique, charge virale indétectable et $CD4 > 500/mm^3$ et il n'existe pas de possibilité de substitution ultérieure par les SLM.
 - Le protocole standard de l'allaitement mixte peut être proposé pour la phase initiale de renutrition, et l'allaitement maternel exclusif protégé repris dès que possible, jusqu'à l'âge de 6 mois.
3. La mère est à risque de contamination et il n'existe pas de possibilité de substitution ultérieure par les SLM (situation qui rend souhaitable la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 12 mois). Aucun protocole n'est totalement satisfaisant. Il faut choisir des options réduisant au maximum le risque de transmission tout en garantissant la possibilité de survie de l'enfant dans le moyen terme, par exemple :
 - Débuter un TARV chez la mère (dont l'efficacité peut être retardée).
 - Débuter un TARV préventif chez le nourrisson (Névirapine), et le poursuivre jusqu'à exclusion du risque de contamination par le lait maternel.

→ Débuter la renutrition du nourrisson exclusivement avec des laits thérapeutiques.

Pour maintenir la production lactée maternelle, on peut proposer à la mère de tirer son lait pendant quelques jours, éventuellement de le faire chauffer et de le donner à son enfant (sinon, le jeter). Le bébé sera à nouveau mis au sein quelques jours après le début des traitements ARV.

Nutrition thérapeutique des nourrissons de plus de 6 mois et des enfants : utiliser les produits thérapeutiques prêts à l'emploi si possible

En l'absence de signes de gravité, la thérapeutique nutritionnelle de la malnutrition aiguë sévère peut être basée sur les Ready to Use Therapeutic Food (les RUTF sont des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi), dont la composition est proche des laits thérapeutiques (voir Grandir Info n°20). Ces produits sont de plus en plus accessibles et ont démontré une efficacité supérieure aux autres produits.

Cependant, avant de décider de traiter une malnutrition aiguë sévère en ambulatoire, il est primordial de vérifier que l'enfant sera capable de manger suffisamment. Un test de l'appétit doit être réalisé (voir tableau).

TEST DE L'APPÉTIT			
Ceci est le volume minimum qu'un enfant sévèrement malnutri doit prendre pour considérer le test comme positif			
PLUMPY'NUT®		BP100®	
Poids corporel (kg)	Sachets	Poids corporel (kg)	Sachets
Moins de 4 kg	1/8 à 1/4	Moins de 5 kg	1/4 à 1/2
4 - 7	1/4 à 1/3	5 - 10	1/2 à 3/4
7 - 10	1/3 à 1/2		
10 - 15	1/2 à 3/4	10 - 15	3/4 à 1
15 - 30	3/4 à 1	15 - 29	1 à 1 et 1/2
Plus de 30 kg	> 1	Plus de 30 kg	> 1 et 1/2

Ce test permettra d'évaluer la capacité de l'enfant à ingérer les RUTF et l'alimentation orale au domicile. S'il est négatif (enfant anorexique), l'hospitalisation s'impose.

S'il est positif, une prise en charge ambulatoire peut être proposée.

S'il existe des recommandations nationales sur les posologies à prescrire, elles doivent être appliquées. En leur absence, le tableau suivant donne des doses indicatives.

Classes de poids (kg)	PLUMPY'NUT® (500 kCal/sachet)	BP100® (300 kCal/sachet)
	Sachet / jour	Sachet / jour
3.0 - 3.4	1 1/4	2
3.5 - 4.9	1 1/2	2 1/2
5.0 - 6.9	2	4
7.0 - 9.9	3	5
10.0 - 14.9	4	7
15.0 - 19.9	5	9
20.0 - 29.9	6	10
30.0 - 39.9	7	12
40 - 60	8	14

Ces RUTF seront donnés en complément de l'alimentation normale.

Une surveillance hebdomadaire du poids sera réalisée, voire plus souvent si l'évolution n'est pas favorable (vomissements, diarrhée, infection intercurrente).

Ce soutien nutritionnel peut être arrêté lorsque l'indice P/T est → 85 % lors de 2 pesées réalisées à 15 jours d'intervalle.

Il est à noter que ces produits sont très sucrés et qu'ils sont mieux acceptés par les nourrissons et les jeunes enfants que par les adolescents.

Enfin, si l'enfant présente une malnutrition sévère avec complications et/ou une anorexie, la prise en charge ambulatoire par les RUTF pourra être proposée secondairement, après un traitement initial en milieu hospitalier.

Autres mesures : le traitement étiologique

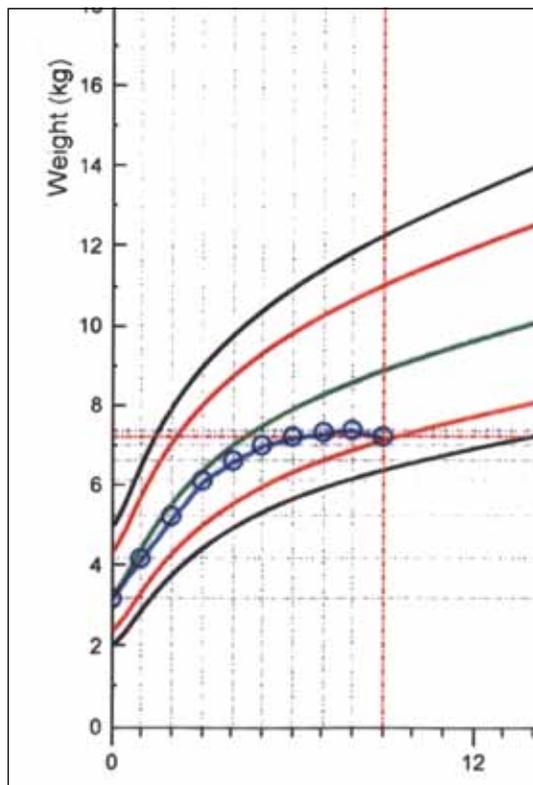
En dehors de ces RUTF, un certain nombre d'autres mesures doivent être réalisées.

La cause de la malnutrition doit toujours être recherchée.

Dans le cadre des enfants exposés ou infectés par le VIH, on distingue schématiquement 3 grandes causes : les carences d'apports, les infections banales répétées, les infections chroniques telles que la tuberculose et l'infection par le VIH elle-même.

Les carences d'apport :

D'origines variées, elles sont toujours à chercher. La collaboration entre médecins et nutritionnistes peut être utile pour distinguer une insuffisance de production lactée maternelle, une anorexie liée à des lésions buccales, une introduction mal conduite de l'alimentation complémentaire chez les nourrissons, une pauvreté familiale chez les plus grands (voir courbe en exemple). Il est nécessaire de corriger ces causes par un traitement médical et/ou nutritionnel adapté.



Les infections banales répétées :

Il est habituel de constater, lors des infections aiguës, une perte de poids plus ou moins importante. Après guérison, il faut augmenter les rations proposées à l'enfant : une ou plusieurs tétées supplémentaires par jour avant l'âge de 6 mois, et une ou deux collations additionnelles après l'âge de 6 mois, par exemple. En l'absence de cette "suralimentation de la convalescence", on peut observer une reprise de la croissance dans un couloir inférieur à celui que l'enfant suivait avant sa maladie (voir courbe d'Arthur à la fin de la fiche).

La surveillance anthropométrique régulière et prolongée, des apports nutritionnels hypercaloriques et la prise en charge rapide des infections intercurrentes permettent de récupérer ce type de malnutrition, dont le meilleur traitement est préventif.

La tuberculose et l'infection par le VIH :

Les infections chroniques augmentent les besoins caloriques (fièvre, polypnée...), entraînent souvent une anorexie, pendant que le processus inflammatoire détourne le métabolisme protéique. Il en résulte des apports diminués, moins bien utilisés, alors que les besoins sont augmentés. L'amaigrissement peut être rapide.

En pratique clinique, il peut être difficile de faire la part des choses entre les signes liés à la malnutrition et les signes de la maladie sous-jacente, et l'indication d'un TARV (ou d'un traitement anti-TB) est parfois délicate.

Si l'enfant a moins de 12 mois, il faut chercher à déterminer s'il est infecté ou pas. Une PCR positive ou une affection significative d'une infection sévère à VIH (stade 4) indiquent formellement, chez les nourrissons, un traitement par ARV; en l'absence de PCR, un pourcentage de CD4 inférieur à 15 %, ou deux des trois infections parmi candidose orale, infection pulmonaire sévère et sepsis (infection généralisée sévère), dans un contexte de malnutrition, doivent faire discuter le début du TARV, dans l'attente de la confirmation biologique.

Le traitement anti tuberculeux sera indiqué en cas de bascilloscopie positive (difficile chez le nourrisson), et sera discuté devant la notion de contagé (contact avec une personne contagieuse), de toux chronique, de fièvre prolongée et de signes radiologiques.

Traitement médicamenteux, vitamines et minéraux

Lors de la prise en charge initiale, en ambulatoire, certains traitements peuvent être prescrits.

Antibiotiques, anti parasitaires, anti fongiques :

On prescrit assez facilement du cotrimoxazole (à dose curative, 25 mg/kg/jour en 2 prises) ou de l'amoxicilline (50 à 100 mg/kg/jour en 3 à 4 prises) pendant 5 à 7 jours.

La prescription de métronidazole est proposée par certains auteurs (intérêt non prouvé).

Un déparasitage est souvent réalisé après 1 à 2 semaines de prise en charge, par albendazole 400 mg en prise unique chez les enfants de plus de 2 ans et par mebendazole 100 mg deux fois par jour pendant 3 jours chez les enfants de moins de 2 ans. Un traitement antifongique (nystatine, amphotéricine B ou fluconazole) sera institué en cas de mycose orale et/ou pharyngée.

Vitamine A :

Les enfants gravement malnutris sont très exposés au risque de cécité consécutive à une avitaminose A. Une forte dose de vitamine A doit être administrée le premier jour, sauf si une dose leur a été donnée au cours du mois écoulé. Les doses sont de 50 000 unités internationales (UI) avant 6 mois, 100 000 UI entre 6-12 mois et 200 000 UI après 1 an. En présence de signes cliniques d'avitaminose A (cécité nocturne, xérosis conjonctival ou cornéen, ulcération cornéenne...), référer ou prendre avis pour un traitement curatif.

Acide folique :

Donner une dose initiale de 5mg d'acide folique le premier jour. Ensuite les laits thérapeutiques et les RUTF (200 µg/barre) en contiennent assez pour compenser les besoins. A l'arrêt des RUTF, on peut poursuivre la supplémentation à raison de 0.5 à 1 mg/jour jusqu'à correction de l'anémie (en assurant un apport en fer suffisant).

Autres vitamines et minéraux :

Les autres carences classiques (en riboflavine, acide ascorbique, pyridoxine, thiamine, vitamines D, E et K liposolubles) seront compensées par les laits thérapeutiques ou les RUTF. En cas de prise en charge sans ces produits, une supplémentation de l'alimentation par des complexes de vitamines et minéraux doit être systématique. Le C.M.V. thérapeutique (qui ne contient pas de fer) et le C.M.V. Supplementary (qui en contient) peuvent être utilisés. A défaut, un supplément en Zinc (10 à 20 mg/jour) pendant 1 mois peut être donné.

Fer :

Une supplémentation en fer est recommandée en cas d'anémie, mais doit être débutée une fois que la phase initiale de prise en charge thérapeutique nutritionnelle (après 10 à 15 jours) est terminée.

La dose standard est de 2 à 5 mg/kg/jour en 2 prises, à poursuivre pendant plusieurs mois (3 à 6 mois).

NB : Les RUTF sont enrichis en fer (11 mg par sachet de Plumpy Nut) et correspondent grossièrement aux besoins d'un enfant carencé en fer. On pourra donc attendre l'arrêt du Plumpy Nut pour débiter la supplémentation en fer.

Comment faire en cas d'absence de laits thérapeutiques ?

En l'absence de lait thérapeutique (non disponible localement ou dans le pays), il est possible de le reconstituer à partir de produits locaux :

Possibilités	Ingrédients	Quantité pour reconstituer du F 75	Quantité pour reconstituer du F 100
A partir de poudre de lait écrémé	Lait en poudre écrémé	25gr	80gr
	Sucre	100gr	50gr
	Huile végétale	30ml	60ml
	CMV	3,2gr (1/2 cuillère mesure)	3,2gr (1/2 cuillère mesure)
	Eau (1 litre)	1000ml	1000ml
A partir de poudre de lait entier	Lait en poudre entier	35g	110g
	Sucre	100g	50g
	Huile végétale	20g	30g
	CMV*	20ml=3.2 g de CMV	20ml
	Eau (1 litre)	1000 ml	1000 ml

*CMV : Complexe Minéraux Vitamines.

Autres possibilités, en relai des laits thérapeutiques ou en traitement des malnutritions modérées

Après la prise en charge thérapeutique initiale, pour terminer la récupération nutritionnelle, ou au contraire chez les nourrissons sous SLM, qui présentent une malnutrition modérée et chez qui on veut augmenter l'apport calorique, il est possible d'utiliser 2 moyens, au choix : la concentration ou l'enrichissement des SLM.

La concentration consiste à augmenter la proportion de poudre par rapport au volume d'eau. Par exemple, avec les SLM standard, pour un volume de 180 ml d'eau, il faut mettre normalement 6 cuillères mesures ; en mettant 7 cuillères / 180 ml, on obtient un apport proche de 80 kCal / 100 ml et avec 8 cuillères / 180 ml, un apport proche de 90 kCal / 100 ml (variable selon la composition du SLM utilisé).

L'enrichissement consiste à reconstituer les SLM de façon standard et à ajouter ensuite de l'huile végétale (1 à 2 ml/100 ml de lait) et/ou du sucre (3 g/100 ml).

Attention : un excès de concentration ou d'enrichissement du lait réalise un mélange hypercalorique (>1 kCal/ml) susceptible de déclencher une diarrhée osmotique par dépassement des capacités de digestion du bébé. Dans tous les cas, ne pas utiliser ces méthodes en phase aiguë, car certains apports (protéiques et en fer, notamment) seront trop élevés chez un enfant malnutri sévère.

Comment faire en cas d'absence de RUTF

En l'absence de RUTF, les nourrissons et enfants souffrant de malnutrition sévère doivent être pris en charge en milieu hospitalier ou en centre de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN), avec des laits thérapeutiques.

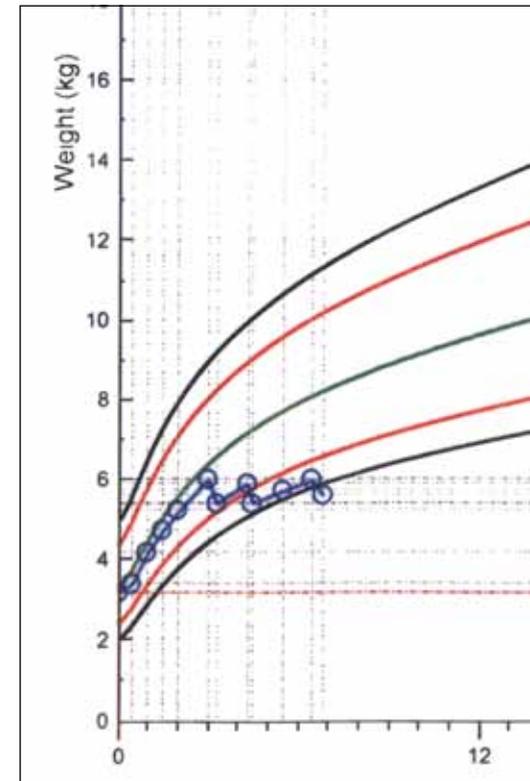
Il conviendra de coordonner la prise en charge avec ces équipes car elles connaissent souvent encore peu les spécificités des enfants exposés au VIH ou infectés par le VIH.

La prise en charge ambulatoire pourra être envisagée dans un deuxième temps, lorsque l'enfant aura récupéré et présentera "seulement" une malnutrition modérée.

Arthur : prendre en charge sa malnutrition, poursuivre l'allaitement et accompagner sa maman

Arthur présente un indice P/A<-3DS et un indice P/T<-3DS. Il s'agit d'une malnutrition aiguë sévère. En traçant sa courbe, vous constatez qu'il n'a pas grossi depuis 3 mois ; ou plutôt que, après chaque épisode infectieux, il reprend une croissance sans rattraper sa courbe antérieure. Il est possible que cela soit la seule cause à sa malnutrition.

On cherchera cependant à savoir s'il existe des arguments pour une infection par le VIH (examen clinique, CD4, PCR) ou par le bacille de Koch (BK).



La prise en charge dépendra des ressources locales, mais prendra en compte la période délicate de l'introduction de l'alimentation complémentaire dans laquelle se trouve l'enfant. Les laits thérapeutiques et les RUTF sont théoriquement utilisables. Dans la mesure où la maman est sous ARV et observante, il paraît logique de proposer la poursuite de l'allaitement maternel (jusqu'à 12 mois selon les nouvelles recommandations OMS), en complément de la thérapeutique nutritionnelle.

La première partie de la prise en charge sera réalisée en hospitalisation ou en ambulatoire, si les RUTF sont disponibles et si Arthur arrive à en ingérer suffisamment. Sinon, une prise en charge classique par les laits thérapeutiques sera proposée. Le suivi sera rapproché et tout échec nutritionnel ou évolution trainante indiquera un bilan immunitaire à la recherche d'une infection VIH évolutive. Si la PCR est disponible et n'a pas encore été réalisée, il faut la demander.

Après récupération, un accompagnement prolongé, jusqu'à introduction d'une alimentation largement diversifiée, sera proposé.

A retenir

- Les malnutritions sévères avec complications doivent être prises en charge à l'hôpital.
- La prise en charge classique des malnutritions aiguës du nourrisson est basée sur un allaitement mixte. Pour les enfants exposés au VIH, on choisira le protocole optimal entre prévention de l'infection et récupération nutritionnelle.
- La prise en charge ambulatoire, par les produits thérapeutiques prêts à l'emploi (RUTF), est possible dans les malnutritions sévères sans complication ni anorexie marquée.
- La cause de la malnutrition (carence d'apport, infections banales à répétition, infection chronique évolutive par le BK ou le VIH) doit toujours être recherchée.
- Un traitement médicamenteux et des suppléments en minéraux et vitamines doit être instauré en début de prise en charge (avec un apport retardé pour le fer). Les RUTF apportent ces minéraux et vitamines.
- Si les RUTF sont indisponibles, l'enfant doit être référé vers un centre spécialisé ou vers l'hôpital. Le F 75 et le F 100 peuvent être reconstitués à partir de lait en poudre, de sucre, d'huile et de Complexes Vitaminiques. Pour les malnutritions modérées, les SLM standards peuvent être concentrés ou enrichis.
- Dans tous les cas, la coordination entre services et la prise en charge pluridisciplinaire est primordiale pour réussir le traitement nutritionnel et médical chez les enfants malnutris infectés par le VIH. Et pour prévenir la récurrence.



CLASSIFICATION CLINIQUE DU VIH/SIDA PÉDIATRIQUE, OMS

STADE I

- Asymptomatique
- Syndrome de lymphadénopathie généralisée (SLG)

STADE II

- Hépatosplénomégalie persistante inexpliquée
- Éruptions papulaires prurigineuses
- Infection disséminée secondaire au virus de la verrue humaine
- Infection étendue à Molluscum Contagiosum
- Mycoses des ongles
- Aphtes buccaux récidivants
- Gonflement parotidien persistant inexpliqué
- Érythème gingival linéaire
- Zona
- Infection des voies respiratoires supérieures

STADE III

- Malnutrition modérée inexpliquée.
- Diarrhée chronique inexpliquée.
- Fièvre chronique inexpliquée (température > 37,5° C intermittente ou constante, pendant plus d'un mois).
- Candidose buccale (après les 6 à 8 premières semaines de vie).
- Leucoplasie buccale velue, Gingivite ou stomatite ulcéreuse nécrosante aiguë, ou parodontite ulcéreuse nécrosante aiguë.
- Tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire.
- Pneumonie bactérienne chronique grave.
- PIL symptomatique.
- Maladie pulmonaire chronique associée au VIH (y compris bronchectasie).
- Anémie inexpliquée (< 8 g/dl), neutropénie (< 500 cells/mm³), ou thrombopénie* chronique (< 50 000 cells/mm³).

STADE IV

- Amaigrissement, arrêt de croissance prématuré ou malnutrition grave inexpliqués ne répondant pas correctement au traitement standard.
- Pneumonie à Pneumocystis.
- Infection bactérienne grave récidivante, p. ex., empyème, pyomyosite, infection osseuse ou articulaire, méningite mais sans pneumonie.
- Infection herpétique chronique; (orolabiale ou cutanée pendant plus d'un mois, ou viscérale sur un site quelconque).
- Candidose œsophagienne (ou candidose trachéale, bronchique ou pulmonaire).
- Tuberculose extrapulmonaire/disséminée.
- Sarcome de Kaposi.
- Rétinite causée par le CMV ou infection à CMV affectant un autre organe, apparaissant après l'âge d'un mois.
- Toxoplasmose du SNC installée après l'âge d'un mois.
- Cryptococcose extrapulmonaire (y compris méningite).
- Encéphalopathie à VIH.
- Mycose disséminée (coccidioïdomycose, histoplasmosse, pénicilliose).
- Mycobactériose disséminée, non tuberculeuse (atypique).
- Cryptosporidiose chronique.
- Isosporidiose chronique.
- Lymphome cérébral ou lymphom à cellules B non hodgkinien.
- Leucoencéphalopathie multifocale progressive (LMP).
- Cardiomyopathie symptomatique associée au VIH.
- Néphropathie symptomatique associée au VIH.

Crédits photos et dessins :

Initiative Développement, CRIPS-Togo, Sidaction, Narcisse Blaise Massamba, Audrey Leclere.

Note sur les photos du guide :

La représentation de toute personne sur les photos de cette publication ne doit pas être interprétée comme une indication du statut du VIH de cette personne.

Ce manuel est téléchargeable sur le site internet de Grandir www.grandir.sidaction.org

© 2010 Sidaction. Tous droits réservés. Interdit à la vente.

grandir



Les défis de la prise en charge du VIH pédiatrique sont actuellement doubles : développer l'offre de soins par l'implication de nouvelles équipes et améliorer la qualité de la prise en charge au long cours des enfants atteints par cette maladie chronique.

Sur la base de son expérience d'accompagnement d'associations communautaires africaines, le programme Grandir propose un guide de capitalisation destiné aux équipes qui veulent s'impliquer dans cette prise en charge mais aussi aux équipes déjà opérationnelles.

Les premières – équipes inexpérimentées en pédiatrie ou équipes pédiatriques novices dans la prise en charge du VIH - trouveront des repères et des conseils très pratiques pour débiter cette activité spécifique. Les équipes déjà opérationnelles trouveront, quant à elles, des chapitres sur les aspects nutritionnels, l'annonce du diagnostic à l'enfant, l'accompagnement des adolescents, entre autres thématiques qui posent régulièrement des difficultés en pratique quotidienne.

Avec le soutien de

