

This document was produced through support provided by the U.S. Agency for International Development, under the terms of Cooperative Agreement No. GPO-A-00-06-00008-00. The opinions here in are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the U.S. Agency for International Development.

IYCN is implemented by PATH in collaboration with CARE,
the Manoff Group, and University Research Co., LLC.

1800 K Street NW, Suite 800
Washington, DC 20006 USA
Tel: (202) 822-0033
Fax: (202) 457-1466

CARE - Haiti Building
92, rue Grégoire, Pétion-Ville, HAITI
PO Box 15546
Tel: (509) 22 57 80 39
(509) 22 57 57 69
Fax: (509) 22 57 90 88

TABLE DES MATIERES

LISTES DES SIGLES	
RESUME EXECUTIF	5
MISE EN CONTEXTE	9
IMPORTANCE ET OBJECTIFS DE L'ATELIER.....	11
CONTRIBUTION DE IYCN	12
PROPOS DES PARTENAIRES.....	13
Extrait du discours de la Directrice du département de Nutrition du MSPP, Dr. Joseline Marhôte Pierre	13
Extraits du discours de la Coordinatrice du projet IYCN en Haïti,.....	14
Mme Rose Mireille Exumé.....	14
Extraits du discours du Représentant de l'UNICEF en Haïti,	15
M. Adriano Gonzalès Regueral.....	15
Extraits du discours de la Responsable VIH/Sida à l'USAID,	15
Mme Judith Timyan.....	15
Extraits du discours du Représentant de l'OMS/OPS en Haïti,.....	16
Lecture par Dr. Karoline Fonck, HIV/AIDS Country Officer PAHO/WHO.....	16
Extraits du discours du Ministre de la Santé Publique et de la Population, Dr. Robert Auguste	17
RECOMMANDATIONS DE L'OMS/OPS.....	18
EXPERIENCES DE L'AFRIQUE, Dr. PETER ILIFF.....	21
ZVITAMBO, Zimbabwe.....	21
EXPERIENCES D'HAITI	25
Haitian Health Foundation (HHF), Jérémie.....	25
Mme Bette Gebrian Magloire	25
Hôpital de la Communauté Haïtienne, Pétion-Ville.....	26
Dr Marie Claude François.....	26
Centres GHESKIO, Port-au-Prince	27
Dr Rebecca Heidkamp	27
PALIH, Artibonite	29
Dr. Claude Jean Baptiste	29
LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS DANS LE CONTEXTE HAITIEN	30
DIFFICULTÉS D'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS DE L'OMS	31
<i>Difficultés socioculturelles</i>	31
<i>Difficultés structurelles</i>	32
<i>Difficultés économiques</i>	33
<i>Difficultés liées aux orientations programmatiques</i>	33
SOLUTIONS PROPOSÉES PAR LES PARTICIPANTS	34
<i>Elaboration et validation des normes et procédures nationales</i>	34
<i>Repositionnement de certains programmes</i>	35
<i>Renforcement institutionnel</i>	35
<i>Renforcement communautaire</i>	36
<i>Allocation de plus de ressources financières</i>	37
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	38
Extraits du Discours du Directeur Général du MSPP, Dr. Gabriel Thimothé.....	41
Annexes.....	42

LISTES DES SIGLES

AFADS	: Acceptable, Faisable, Abordable, Durable et Sûre
AFASS	: Acceptable, Feasible, Affordable, Sustainable, and Safe
AME	: Allaitement Maternel Exclusif
CDV	: Centre de Dépistage Volontaire
EMMUS	: Enquête sur la Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
GHESKIO	: Groupe Haïtien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des Infections opportunistes
IEC	: Information, Education, Communication
IST	: Infections Sexuellement Transmissibles
IYCN	: Infant and Young Child Nutrition
MSPP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
OPS/OMS	: Organisation Panaméricaine de la Santé/ Organisation Mondiale de la santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Groupe thématique des Nations Unies sur le SIDA
PEPFAR	: President's Emergency Plan for AIDS Relief
PF	: Planing Familial
PTME	: Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
UNICEF	: Fons des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le Développement International
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

RAPPORT D'ATELIER DU 2 AU 4 AVRIL 2008 SUR LA NUTRITION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT NES DE MERES SEROPOSITIVES

MONTANA, PORT-AU-PRINCE, HAITI

RESUME EXECUTIF

Les pratiques d'alimentation constituent les facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui à son tour, affecte la morbidité et la mortalité de ces enfants. Parmi ces pratiques, celles concernant l'allaitement revêtent une importance particulière.

Selon les données de l'EMMUS IV, à moins de 2 mois, 60 % des enfants bénéficient de l'allaitement maternel exclusif ; ce pourcentage passe à 41 % entre 2-3 mois et tombe à 24 % à 4-5 mois. L'allaitement mixte commence assez tôt ; à moins de 2 mois, 25 % des enfants ont déjà reçu un liquide autre que le lait maternel, constitué surtout de produits non lactés ou de jus de fruits (13 %) et d'eau plate (12 %) ; d'autres types de lait ont été donnés dans un pourcentage relativement élevé (8 %). L'introduction des aliments de complément se fait également assez tôt et de manière progressive; à partir de 2-3 mois, 25 % des enfants ont déjà reçu de la nourriture solide ou semi solide en plus d'autres liquides.

Parallèlement, le taux de prévalence du VIH/SIDA en Haïti est encore à 2,2 % chez les personnes de 15-49 ans, toujours selon EMMUS IV qui fait aussi état d'une séroprévalence de 2,3 % chez les femmes de 15-49 ans, donc les femmes en âge de procréer.

Avec cette situation liée au développement de l'épidémie de VIH/SIDA, s'est imposée l'urgence d'adopter des stratégies nationales pour renforcer les capacités de l'Etat, des familles et des collectivités à prendre en charge et à protéger les enfants en situation de vulnérabilité. Des engagements ont été pris en ce sens au niveau international et un certain nombre d'objectifs ont été énoncés visant à mettre en place des politiques et des stratégies de prise en charge de ces enfants, que ce soit sur le plan scolaire, nutritionnel, sanitaire ou social.

C'est dans ce contexte que se situe l'Atelier sur la Nutrition du nourrisson et du jeune enfant nés de mères séropositives, qui s'est tenu à Port-au-Prince du 2 au 4 avril 2008, avec la participation d'experts nationaux et internationaux sous le leadership du Ministère de la Santé Publique et de la Population et avec le support technique et financier de IYCN (Infant and Young Child Nutrition), un projet de la USAID. D'autres institutions tels que l'UNICEF, l'OMS, Le FOND MONDIAL à travers la Fondation SOGEBANK, ont aussi apporté leur participation financière à la réalisation de cet atelier.

L'objectif de cet Atelier était de faire la lumière sur les différentes hypothèses qui sont agitées tant au niveau national qu'international sur la question et de parvenir une fois pour toutes à un consensus national qui puisse être pris en compte dans la formulation de politiques publiques pour la prise en charge nutritionnelle des enfants nés de mères séropositives.

Pour atteindre cet objectif, l'Atelier a réuni sous l'égide du MSPP, les différents acteurs en santé, nutrition et VIH/SIDA en Haïti, tels que l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'OPS/OMS, la Fondation SOGEBANK, le projet IYCN et de multiples partenaires tant locaux qu'internationaux. Ainsi, on peut évaluer à cent dix le nombre des institutions représentées, soit quatre-vingt-six le premier jour, cent soixante-trois le deuxième jour, et cent vingt-neuf le troisième jour.

Pour débiter cet Atelier, ces principaux acteurs ont été invités à prendre la parole, et le contenu des différents discours n'a pas manqué de refléter l'engagement de tout un chacun à la cause des enfants vulnérables d'Haïti. Tour à tour, chacun d'eux a témoigné de l'importance du lait maternel et des avantages comparatifs de cet aliment chez les enfants, quel que soit le statut sérologique.

Dans ces propos de circonstance, la Coordinatrice du projet IYCN en Haïti a déclaré que dans l'esprit du projet qu'elle dirige, l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants fait partie d'un processus continu, relatif à des pratiques nutritionnelles et de santé qui commencent dès le début de la grossesse et se poursuivent jusqu'aux deux premières années de vie et au-delà. Selon elle, un dispositif composé d'interventions essentielles, fondées sur des preuves scientifiques et fortement encouragées à l'échelle internationale, visant à améliorer l'état nutritionnel des enfants, est disponible et peut être fourni à faible coût. Ce qui est moins bien connu, c'est la manière d'appliquer ces interventions avec efficacité. Aussi, IYCN veut contribuer à l'identification et à la mise en œuvre de solutions axées sur la demande et conçues pour répondre aux besoins spécifiques d'Haïti.

Pour présenter ces interventions essentielles, encouragées à l'échelle internationale, le Dr. Constanza Vallenias de l'OMS Genève a été invitée à prendre la parole à l'Atelier. Ce cadre international a commencé par un rappel de l'importance du lait maternel en citant plusieurs études démontrant l'impact de cette pratique sur la survie des enfants. Dr. Vallenias a poursuivi son intervention en établissant le lien entre l'allaitement maternel et le VIH/SIDA. Selon ces propos, s'il est vrai qu'il existe un risque d'infection par le lait maternel, ce risque est moins élevé qu'on ne le pense, et le fait de traiter le lait à la chaleur diminue considérablement ce risque.

Sur la base de ces évidences scientifiques, Dr. Vallenias a préconisé l'application des recommandations de l'OMS, tenant compte du contexte socio-économique de notre pays. Elle a d'ailleurs résumé en substance ces recommandations en disant : *« Le choix de la meilleure option qu'a une mère infectée par le VIH pour l'alimentation de son nourrisson continue de dépendre de sa situation personnelle, en particulier son état de santé et les circonstances locales. Ce choix devrait toutefois davantage prendre en compte que l'allaitement au sein exclusif durant les 6 premiers mois est recommandé pour les mères infectées par le VIH, à moins que l'alimentation de substitution ne soit acceptable, faisable, abordable financièrement, durable et sûre pour elle et l'enfant. »*

La question de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant nés de mères séropositives, a été abordée de manière plus académique et scientifique par des présentateurs qui ont été invités en la circonstance. Le Dr. Peter Iliff qui a partagé avec l'assistance les résultats de plusieurs études conduites en Afrique, a insisté sur la nécessité de promouvoir l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie, en mettant l'accent sur le counseling bien avant la naissance. Pour ce spécialiste, ce counseling doit être très intensifié après les six premiers mois afin de procurer aux mères le plus d'information possible sur l'introduction des aliments de compléments.

Ainsi, l'un après l'autre, chacun a fait part de ses expériences sur la base d'études ou de recherches conduites dans le cadre des interventions de l'organisation à laquelle il appartient.

Pour la Haitian Health Foundation (HHF) basée dans la commune de Jérémie, dans le sud d'Haïti, le programme de santé communautaire de cette organisation a contribué à faire chuter les taux de mortalité maternelle et néonatale dans la région en faisant de l'IEC son cheval de bataille. En 2005, soixante-huit (68) mères séropositives pratiquant l'allaitement maternel exclusif ont été régulièrement suivies depuis la grossesse ; 61 enfants ont été testés négatifs à 18 mois et 3 étaient séropositifs à la même période.

L'Hôpital de la communauté Haïtienne, a présenté un échantillon de 25 mères séropositives suivies de 2005 à 2007, dont la moitié a pratiqué l'allaitement maternel exclusif jusqu'à quatre mois. Pratiquement tous les enfants du groupe ont été testés négatifs dès le 9^{ie} mois.

Aux GHESKIO, 86% des femmes faisant partie du programme de PTME ont choisi l'allaitement de substitution et l'institution fournit du lait artificiel à ces femmes pour une période de 0-6 mois. Pour les femmes qui ont rejoint le programme après la 34^{ie} semaine de grossesse et qui n'ont pas reçu le même nombre de séances de counseling, les résultats disponibles ont montré qu'elles étaient à 70% moins aptes à utiliser l'allaitement de substitution. Pour la nutritionniste Rebecca Heidkamp qui a représenté les Centres GHESKIO à cet Atelier, il est essentiel de trouver des solutions qui adressent différentes perspectives et en ce sens, elle a déclaré considérer avec intérêt, la stratégie de prolonger l'allaitement maternel au-delà de six mois chez les mères séropositives qui ne peuvent pratiquer l'allaitement de substitution selon les conditions AFADS.

La dernière expérience haïtienne présentée à cet Atelier, est une étude réalisée de la fin de l'année 2007 au début de 2008 par le PALIH, dans la région du haut Artibonite dans le nord d'Haïti, sur la qualité des services de CDV/PTME. Selon cette étude qui a bénéficié du support de l'OPS/OMS et de la collaboration de la Direction sanitaire régionale, le taux d'acceptation du service de PTME varie entre 60 et 100% et le pourcentage de femmes enceintes séropositives mises en ARV était très faible, soit 5%. Dans l'ensemble, la qualité du contenu du conseil est jugée moyenne. Les informations sur les opportunités d'alimentation font beaucoup défaut aux prestataires de l'Artibonite et nous n'avons retrouvé aucune documentation sur la façon d'alimenter le nourrisson ou le jeune enfant au niveau de ces sites.

A coté des expériences haïtiennes, le Dr. Peter Iliff a présenté les trouvailles de l'ONG Zvitambo qui travaille au Zimbabwe aux côtés du Ministère de la santé publique, particulièrement avec le département de nutrition. Cette organisation a lancé une campagne de promotion de l'allaitement maternel exclusif avec en support un documentaire sur l'extraction et le traitement à la chaleur du lait maternel. Il s'agit d'un chauffage éclair qui permet de conserver les nutriments et la qualité des globulines du lait maternel. Une fois extrait et chauffé, ce lait peut être conservé. Cette expérience nous a enseigné qu'il était possible de faire une autre forme de substitution à l'allaitement au sein, aussi bien dans le cas des mères séropositives que dans celui des mères séronégatives.

Imprégnés de ces évidences scientifiques citées dans les propos de circonstance et relatées dans les présentations scientifiques qui ont suivi, les professionnels haïtiens et étrangers réunis lors de cet Atelier ont été invités à réfléchir sur l'applicabilité des recommandations de l'OMS en Haïti. Cinq groupes de près d'une vingtaine de membres ont ainsi été formés, et chacun devait identifier les difficultés d'application de ces recommandations en Haïti, et proposer des solutions en tenant compte des réalités du pays.

L'analyse des différents travaux de groupe nous a permis de regrouper les difficultés répertoriées par les participants, de même que les solutions envisagées. Ces difficultés sont d'ordre **socioculturelles, structurelles, économiques**, et liées aux **orientations programmatiques**. Les solutions envisagées concernent les **normes et procédures nationales**, le **repositionnement de certains programmes**, le **renforcement institutionnel et communautaire**, et l'**allocation de ressources financières plus élevées**. Les résultats d'observation et de recherche ainsi que les expériences présentées au cours de cet atelier ont été largement débattus en session plénière. L'allaitement maternel exclusif et la PTME ont été les sujets les plus discutés. Les recommandations techniques ont été insérées au fur et à mesure des échanges et des présentations.

Le but de cet atelier était justement de favoriser ce partage d'expérience pour collecter les bonnes pratiques devant être prises en compte dans l'élaboration de normes en matière de nutrition du nourrisson et du jeune enfant nés de mères séropositives.

Lors de la clôture, la Fondation SOGEBANK qui a participé à cet atelier, a proposé de faire du thème de la nutrition, une réponse sanitaire par rapport au VIH/SIDA, notamment dans la composante PTME. Le MSPP représenté par son Directeur général a pour sa part souhaité que les résultats de l'Atelier soient compilés dans un document de référence qui devra être largement diffusé afin de s'assurer que tout le monde parle le même langage.

RAPPORT D'ATELIER DU 2 AU 4 AVRIL 2008 SUR LA NUTRITION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT NES DE MERE SEROPOSITIVE.

MONTANA, PORT-AU-PRINCE, HAITI

MISE EN CONTEXTE

Les pratiques d'alimentation constituent les facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui à son tour, affecte la morbidité et la mortalité de ces enfants. Parmi ces pratiques, celles concernant l'allaitement revêtent une importance particulière. En effet, de par ses propriétés particulières (il est stérile et il transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires aux enfants dans les premiers mois d'existence), le lait maternel évite les carences nutritionnelles et contribue à éviter la survenue de la diarrhée et d'autres maladies.

Les différentes Enquêtes de Mortalité, Morbidité, et Utilisation des Services, conduites en Haïti depuis 1995, ont clairement montré que la plupart des enfants haïtiens étaient nourris au sein, en général dans les 24 heures ayant suivi la naissance, et que la durée moyenne de l'allaitement dépassait aisément 12 mois. Aussi, de l'avis de la Directrice du département de Nutrition du MSPP, le Dr. Joseline Marhôte Pierre qui a fait la mise en contexte de cet atelier, le problème ne se situe pas au niveau de l'allaitement à proprement parler, puisque cette pratique est considéré comme naturelle chez la femme haïtienne. Ce sont surtout les modalités de l'allaitement qui doivent susciter les réflexions des professionnels de la santé ; entendons par là, le moment du début de l'allaitement, sa durée, sa fréquence, l'âge des enfants lors de l'introduction des aliments de complément, le type d'aliments dont il s'agit, et enfin la fréquence à laquelle les différents types d'aliments étaient donnés à l'enfant.

Or, selon les données de EMMUS IV citées par le responsable, dans 72 % des cas, les mères ont débuté l'allaitement dans les 24 heures ayant suivi l'accouchement, contre 44% qui ont déclaré avoir débuté l'allaitement maternel dans l'heure ayant suivi l'accouchement. Cette période d'initiation ne diffère ni selon le sexe de l'enfant, ni selon le niveau d'instruction ou le niveau de bien-être économique de la mère.

Retenons toutefois que la pratique de l'allaitement immédiat est très fréquente parmi les femmes dont l'accouchement a été assisté par un professionnel de la santé (48 %).

Si à moins de 2 mois, 60 % des enfants bénéficient de l'allaitement maternel exclusif, ce pourcentage passe à 41 % entre 2-3 mois et tombe à 24 % à 4-5 mois. La durée médiane d'allaitement est de 18,8 mois, mais les durées de l'allaitement exclusif et de l'allaitement prédominant sont beaucoup plus courtes (respectivement, 1,5 et 3,6 mois). L'allaitement mixte commence assez tôt ; à moins de 2 mois, 25 % des enfants ont déjà reçu un liquide autre que le lait maternel, constitué surtout de produits non lactés ou de jus de fruits (13 %) et d'eau plate (12 %) ; d'autres types de lait ont été donnés dans un pourcentage relativement élevé (8 %).

L'introduction des aliments de complément se fait également assez tôt et de manière progressive; à partir de 2-3 mois, 25 % des enfants ont déjà reçu de la nourriture solide ou semi solide en plus d'autres liquides. Les aliments solides et semi solides donnés aux enfants sont surtout constitués de grains, de préparations cuites avec de l'huile, de la graisse ou du beurre, de préparations composées de légumes et de noix/pistache. Les racines et tubercules ainsi que les produits laitiers ne sont donnés que dans de faibles proportions.

Toujours dans sa mise en contexte, la Responsable a rappelé que sur le plan physiologique, le lait maternel demeure l'aliment de premier choix pour les nouveaux-nés, en particulier dans ce groupe d'âge où le système immunitaire est relativement fragile et tributaire des premières sécrétions lactées, le colostrum servant à la maturation de ce système immunitaire.

Cette évidence scientifique, constituera justement la base des réflexions qui seront soulevées tout au cours de cet atelier sur la nutrition des nourrissons et du jeune enfant nés de mères séropositives. En effet, il s'agira de faire la lumière sur les différentes hypothèses qui sont agitées tant au niveau national qu'international sur la question et de parvenir une fois pour toutes à un consensus national qui puisse être pris en compte dans la formulation de politiques publiques de prise en charge des enfants nés de mères séropositives.

IMPORTANCE ET OBJECTIFS DE L'ATELIER

L'intérêt de l'atelier ne fait aucun doute, quand on sait que le taux de prévalence du VIH/SIDA en Haïti est encore à 2,2 % chez les personnes de 15-49 ans, selon les chiffres de EMMUS IV. Quant à la séroprévalence chez les femmes de 15-49 ans, donc les femmes en âge de procréer, elle est estimée à 2,3 %, légèrement supérieure à celle observée chez les hommes du même groupe d'âges (2,0 %). Il en résulte un ratio d'infection entre les femmes et les hommes de 1,15 ; autrement dit, il y a 115 femmes infectées pour 100 hommes. Ce chiffre, comparable à d'autres ratios trouvés dans des enquêtes similaires, confirme que les femmes sont plus vulnérables que les hommes à l'infection au VIH.

Avec cette situation liée au développement de l'épidémie du VIH/SIDA, s'est imposé l'urgence d'adopter des stratégies nationales pour renforcer les capacités de l'état, des familles et des collectivités à prendre en charge et à protéger les enfants en situation de vulnérabilité. Des engagements ont été pris en ce sens au niveau international et un



certain nombre d'objectifs ont été énoncés visant à mettre en place des politiques et des stratégies de prise en charge de ces enfants, que ce soit sur le plan scolaire, nutritionnel, sanitaire ou social.

C'est dans ce contexte que s'est tenue cet atelier prévu, planifié et attendu

depuis bientôt deux ans selon le Dr. Joseline Marhôte, et dont l'objectif est de doter le MSPP d'outils nécessaires pour lui permettre d'élaborer les normes nationales ainsi que les curricula de formation. Pour accomplir cette tâche, les partenaires tels que l'ONUSIDA, l'UNICEF, l'OPS/OMS, la Fondation SOGEBANK, et le projet IYCN (Infant and Young Child Nutrition) de la USAID, ont apporté leur plein support au Ministère de la Santé Publique.

CONTRIBUTION DE IYCN

Présenté comme un nourrisson par la Coordonnatrice du projet en Haïti, Mme Rose Mireille Exumé, IYCN qui œuvre seulement depuis août 2007 dans le pays, a immédiatement offert son support au MSPP, à travers sa collaboration avec la Direction de Nutrition, et aspire à continuer à le faire pour le bien être des nourrissons, des jeunes enfants et de leurs mères que celles-ci soient séropositives ou non.

Ce responsable a présenté IYCN comme un projet de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID), visant à développer et à consolider l'expérience acquise durant les 20 dernières années dans les programmes de l'USAID. Ces programmes sont, entre autre, conçus pour améliorer a la fois la nutrition maternelle et infantile, et les pratiques d'alimentation du jeune enfant, notamment celles axées sur l'allaitement maternel, la promotion et le support à une alimentation complémentaire, la nutrition des enfants et des femmes dans les situations d'urgence et la programmation de la distribution des micronutriments.



En Haïti IYCN conçoit la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants comme partie intégrante d'une succession de pratiques optimales pour la santé et la nutrition qui débutent pendant la grossesse et qui doivent se poursuivre pendant au moins les deux premières années de la vie. Dans le cadre de cet Atelier, IYCN

apporte son support technique au MSPP pour permettre d'identifier et de soutenir la mise en œuvre de solutions taillées sur les besoins particuliers du pays, ainsi que son support financier en partenariat avec les autres agences mentionnées.

Ainsi, les différents partenaires présents à l'Atelier sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, ont pu faire avec les autorités sanitaires publiques, la lumière sur les différentes hypothèses qui sont agitées sur l'alimentation des enfants nés de mères séropositives. A la fin de l'atelier, un consensus a été dégagé, et les participants ont recommandé que les résultats soient pris en compte dans la formulation des politiques publiques de prise en charge des enfants nés de mères séropositives.

Ce rapport présente les propos de circonstance des acteurs présents à cet Atelier, les recommandations de l'OMS exprimant la position des institutions internationales et régionales en matière de nutrition et d'alimentation de ces enfants, le résumé des présentations scientifiques décrivant les expériences d'Haïti et de Zimbabwe, les plénières des travaux en atelier où les participants ont identifié les difficultés et proposé des solutions liées à l'application des recommandations de l'OMS en Haïti, et enfin, les conclusions et recommandations dégagant le consensus exprimé à la fin de l'atelier.

PROPOS DES PARTENAIRES

L'Atelier sur la Nutrition du Nourrisson et du Jeune Enfant a réuni les principaux acteurs en santé, nutrition et VIH/SIDA en Haïti, qu'il s'agisse des hauts responsables du MSPP, des bailleurs, des organisations internationales, des ONGs, des experts tant nationaux qu'internationaux, ces derniers venus spécialement pour la circonstance. Cette mobilisation a été l'occasion pour tout un chacun d'exprimer son engagement à la cause des enfants vulnérables d'Haïti, et le contenu des différents discours n'a pas manqué de le refléter. Les paragraphes suivants présentent le résumé de ces interventions.



Extrait du discours de la Directrice du département de Nutrition du MSPP, Dr. Joseline Marhôte Pierre

Physiologiquement, biologiquement et nutritionnellement le lait maternel représente l'aliment de choix capable de satisfaire les besoins du nourrisson et du petit enfant. Ne pas l'utiliser revient à faire encourir des risques aux enfants, risques que nous devons endosser dans l'avenir. Ce premier maillon du cycle de vie d'un individu doit retenir toute notre attention et cette attention doit passer par la nutrition qui n'est que le miroir de sa santé.

Malheureusement, la situation nutritionnelle d'Haïti n'a pas changé depuis les dix dernières années et il semble même qu'elle ait empiré. En témoignent les chiffres d'incidence et l'expansion des maladies chroniques constatées actuellement en Haïti dans plusieurs groupes

d'ages.

Cette situation a ouvert la voie à la malnutrition qui, contrairement à ce que disent toutes les littératures, n'épargne pas nos enfants de moins de six (6) mois, comme cela est reporté dans l'EMMUS IV.

La nutrition ayant été jusqu'ici traitée en parent pauvre, les interventions ont surtout agi sur d'autres facteurs déterminants, permettant ainsi de contenir le taux de mortalité néonatale et infantile. Ceux qui se sont engagés à faire la promotion de stratégies spécifiques en matière de nutrition et d'alimentation des enfants doivent continuer à travailler pour la valorisation de ces programmes. C'est dans cet esprit que nous sommes réunis aujourd'hui avec nos partenaires nationaux et internationaux pour cet atelier scientifique prévu, attendu et planifié depuis deux ans déjà. L'objectif de cet Atelier est de doter le MSPP d'outils nécessaires pouvant lui permettre d'élaborer les normes nationales ainsi que les curricula de formation.

Cette initiative a été rendue possible grâce au support technique et financier d'IYCN, UCP/MSPP, l'UNICEF, l'OPS/OMS, et d'autres acteurs tels que le FOND MONDIAL à travers la Fondation Sogebank et PEPFAR.

C'est avec plaisir que je vais céder le micro à une institution, IYCN le dernier né, à date, parmi les acteurs du secteur de l'alimentation et de la nutrition de l'enfant haïtien qu'il soit infecté ou non. Nous avons pu trouver, avec IYCN, le souffle nécessaire pour agiter les idées et réaliser cet atelier international que nous ouvrons ce soir.



Extraits du discours de la Coordonnatrice du projet IYCN en Haïti, Mme Rose Mireille Exumé

Permettez que je vous présente IYCN (Infant and Young Child Nutrition) qui est le projet phare de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID). Ce projet consolide et développe l'expérience acquise durant les 20 dernières années dans les programmes de l'USAID conçus pour améliorer et la nutrition maternelle et infantile, et les pratiques d'alimentation du jeune enfant notamment ceux axés sur l'allaitement maternel et la promotion et le support à une alimentation complémentaire, la nutrition des enfants et des femmes dans les situations d'urgence et la programmation de la distribution des micronutriments.

IYCN est axée sur la livraison de services conduisant à des résultats mesurables comme l'amélioration de l'état nutritionnel et de la croissance du nourrisson et du jeune enfant, la survie sans VIH/SIDA des bébés et des jeunes enfants et la nutrition maternelle. IYCN désire apporter son support technique pour permettre d'étendre un paquet minimum de services clefs pour améliorer le statut nutritionnel de l'enfant sur la base d'évidences scientifiques solides. Ce qui est moins bien connu c'est comment fournir ces services de façon effective. Aussi, IYCN identifie et supporte la mise en œuvre de solutions taillées sur les besoins de chaque pays en particulier.

En Haïti IYCN est encore un tout jeune nourrisson puisque cette Organisation œuvre seulement depuis août 2007. IYCN a immédiatement offert son support au MSPP, à travers la Direction de nutrition, car si nous sommes ici ce soir c'est par la volonté du Ministère de la Santé Publique et de la Population que nous remercions, et aussi grâce à la synergie des différents partenaires tels que l'OPS/OMS, l'UNICEF, la Fondation SOGEBANK, pour ne citer que ceux-là.

Extraits du discours du Représentant de l'UNICEF en Haïti, M. Adriano Gonzalès Regueral



C'est avec empressement que l'UNICEF s'est joint au Ministère de la Santé Publique et aux autres partenaires pour soutenir cet atelier décisif dans l'élaboration de normes nationales en matière de nutrition particulièrement la nutrition du nouveau né et du jeune enfant né de mères séropositives.

Cet atelier est d'autant plus important qu'il apporte de la mouvance dans le secteur nutritionnel souvent trop silencieux alors qu'il reste essentiel et vital pour le développement et la croissance économique du pays. [...]

Nous parlons particulièrement en Haïti du présent et de l'avenir de plus d'un million de personnes de la population, car nous avons plus d'un million d'enfants de moins de 5 ans avec plus de 536,000 de moins de 2 ans.

Nous parlons particulièrement cette semaine d'environ 51.300 femmes de 15 à 49 ans séropositives et qui potentiellement devront faire un choix éclairé sur l'alimentation de leurs enfants.

Les bases scientifiques sont là, les réalités sont là, les expériences quotidiennes, individuelles et/ou communes sont là. Il faudra nous débarrasser des idées préconçues, nous emplir d'humanité et de réalisme. Il nous revient de faire des choix et de trouver des consensus qui serviront de base aux normes nationales, non pas régionales, communales ou sectorielles mais nationales et ce, au bénéfice de cette population haïtienne qui compte sur vous, sur nous tous.

Extraits du discours du Responsable VIH/Sida à l'USAID, Mme Judith Timyan

L'allaitement maternel dans le cadre de la PTME a été un sujet d'importance pour l'USAID et s'est concrétisé par le financement du projet AED/LINKAGES de 2003 à 2006 suivi actuellement du financement du projet IYCN de PATH.

On se retrouve face à une situation où la transmission du VIH par le biais de l'allaitement doit être confrontée à un risque de mortalité infantile élevé dans des pays comme Haïti où les ressources et les conditions socioéconomiques sont limitées.

De nombreux programmes destinés à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant par la fourniture de médicaments ARV doivent encore étendre leur couverture et s'assurer d'un accompagnement et d'un soutien communautaire qui fait encore défaut. Il y a encore du chemin à parcourir pour l'éducation des mères en vue de l'adoption, dans leur contexte, de la méthode la moins risquée d'alimentation du nourrisson.

Tout cela prend une importance particulière dans un contexte d'insécurité alimentaire. Durant les cinq dernières années, la tendance de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans s'est plutôt aggravée. Selon les données de l'EMMUS III (2000) et les récentes données de l'EMMUS IV (2005-2006), le pourcentage d'enfants en Haïti



avec un retard de croissance est passé de 23% à 24% en cinq ans et le pourcentage d' enfants de moins de cinq ans avec émaciation est passé de 5% à 9% . En ce qui a trait à l'insuffisance pondérale, il est passé de 17% à 22%.

Basé sur l'expérience déjà acquise mondialement, de concert avec le Ministère de la Santé Publique, de UNICEF /Haïti et en accord avec l'OMS, PEPFAR se réjouit de contribuer à cet atelier sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant en Haïti.

Extraits du discours du Représentant de l'OMS/OPS en Haïti, Lecture par Dr. Karoline Fonck, HIV/AIDS Country Officer PAHO/WHO

Au niveau international, l'OMS et UNICEF ont développé des recommandations sur la nutrition du nourrisson et jeune enfant né des mères séropositives. Ces recommandations ont été basées sur une multitude d'études et d'expériences dans des pays en voie de développement, et sont ainsi basées sur des évidences bien établies.

*Les pays en voie de développement ont tous en commun que l'accès à l'eau potable n'est pas garantie, qu'il est cher pour les ménages de faire bouillir de l'eau, qu'il est très cher d'acheter le lait en poudre, que l'hygiène est un problème, qu'il est difficile d'éviter la contamination du biberon, etc. Et dans ces conditions particulières, c'est-à-dire, **quand l'alimentation artificielle n'est pas faisable, ou pas praticable, ou pas financièrement à la portée des mères, ou pas sûre, ou pas durable (AFASS), l'allaitement maternel exclusif est recommandé.***



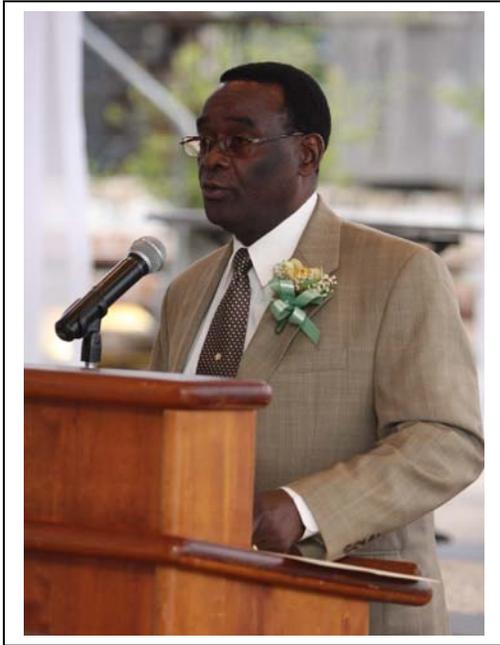
C'est la raison pour laquelle nous insistons sur le counseling systématique dont devraient bénéficier les mères séropositives pour leur permettre de prendre des décisions éclairées sur l'alimentation de leurs enfants.

Certes, il y a un problème de ressources humaines, comme dans la plupart des pays confrontés au problème du VIH. D'où l'intérêt, l'importance et l'urgence d'impliquer des conseillers laïques. Nous faisons ce plaidoyer depuis quelque temps déjà d'impliquer activement les PVVIH dans l'assistance-conseil. Ils peuvent discuter à un même niveau, en raison de leur vécu, et le message passera mieux.

Tel est le résultat, l'objectif que nous voulons tous, finalement atteindre. Que plus de femmes soient conseillées correctement, que moins d'enfant soient infectées par leur mère, et que plus d'enfants survivent, et de préférence sans infection au VIH.

Je suis sûre que cet atelier va aider à progresser dans la bonne direction.

Extraits du discours du Ministre de la Santé Publique et de la Population, Dr. Robert Auguste



En élaborant la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et jeune enfant, l'OMS et l'UNICEF ont mis l'emphase sur l'importance avérée de la nutrition dans les premiers mois et les premières années de vie ainsi que sur le rôle crucial des pratiques d'alimentation appropriée

Aussi, en fonction d'une recommandation de santé publique, l'allaitement maternel, pratiqué exclusivement, pendant les six premiers mois de vie, est le meilleur moyen de fournir une alimentation idéale pour la croissance et le développement du nourrisson ; surtout si après ces 6 mois, il est associé à une alimentation de complément adéquate, bien choisie et bien appliquée.

Chez les mères séropositives avec nourrissons, les recommandations de l'OMS stipulent :

« Quand l'aliment de remplacement (le lait artificiel) n'est pas AFADS (Acceptable, faisable, abordable (coût), durable, et sûre,

l'allaitement maternel exclusif est fortement recommandé pendant les 6 premiers mois de vie.

De plus dans le livre « le VIH et l'alimentation du nourrisson » publié en 2006 par l'UNICEF, l'OMS, l'ONUSIDA, et le FNUAP, il est demandé aux gouvernements des pays où le taux de prévalence du VIH est élevé, de protéger, d'encourager, et de soutenir l'allaitement exclusif au sein durant les six premiers mois de vie du nourrisson, puis l'allaitement jusqu'à l'âge de 24 mois en plus d'une alimentation complémentaire suffisante et saine.

Il y a actuellement de nombreuses publications sur l'alimentation dans ces situations difficiles de cas de VIH, et qui renseignent sur les régimes de médicaments administrés pendant la grossesse, à l'accouchement et après. Ces informations sont prometteuses et nous invitent, nous haïtiens, à travailler ensemble pour la recherche et la

publication d'informations fiables et pertinentes capables de nous aider à faire des choix valables dans le cadre de l'alimentation des nourrissons nés de mères infectées par le VIH.

Il est vrai que l'allaitement au sein constitue l'une des principales causes de transmission du VIH mais il est tout aussi vrai que l'absence d'allaitement maternel comporte de graves risques pour la santé des nourrissons et des jeunes enfants.

Face à ce dilemme, nous devons donner à nos femmes séropositives, grâce à des conseils éclairés, la possibilité de faire le bon choix, c'est-à-dire de choisir la meilleure manière d'alimenter leur nourrisson. Il est grand temps que tous, secteur public, secteur privé, ONGs, partenaires nationaux et internationaux, nous conjuguions nos efforts pour appliquer les engagements pris par Haïti, à savoir : promouvoir la santé, la nutrition du nourrisson et du jeune enfant.

Dans cet ordre d'idées, le MSPP attend anxieusement les extrants de cet atelier combien important, pour des prises de décisions relatives aux normes et curriculum de formation, en un mot, en matière de politique d'alimentation de l'enfant nés de mères séropositives.

RECOMMANDATIONS DE L'OMS/OPS



Pour mieux situer les recommandations de l'OMS/OPS, le Dr. Constanza Vallenas de l'OMS Genève présente à l'Atelier, a commencé par un rappel de l'importance du lait maternel en citant plusieurs études démontrant l'impact de cette pratique sur la survie des enfants. Ce responsable a cité en exemple Jones et col, série Lancet 2003, qui atteste qu'avec l'allaitement maternel exclusif on peut prévenir 13% de mort chez les moins de 5 ans et si on ajoute à cela une alimentation adéquate, on est à 18%.

Le moment du début de l'allaitement revêt également une grande importance car plus on retarde la bonne pratique de l'initiation précoce de l'allaitement maternel exclusif, c'est-à-dire commencer l'allaitement à partir de la naissance dès la première heure, plus on est face au risque de mortalité (Edmond et al, Pediatrics, 2006). Après 6 mois d'allaitement maternel exclusif, il devient très important d'ajouter les aliments de complément afin d'éviter tout risque de malnutrition et la diarrhée.

Le Dr. Vallenas a poursuivi son intervention en établissant le lien entre l'allaitement maternel et le VIH/SIDA. Selon ces propos, s'il est vrai qu'il existe un risque d'infection généralement compris entre 30 à 45%, le virus n'est pas transmis à 100% comme beaucoup semblent le croire, et le fait de traiter le lait à la chaleur diminue ce risque. Elle a cité une récente étude, Doherty et al, AIDS 2007, selon laquelle l'enfant nourri au lait artificiel tandis que les conditions AFADS ne sont pas respectées, est exposé à la malnutrition et à la diarrhée.

Sur la base de ces évidences scientifiques, Dr. Vallenas a résumé les recommandations de l'OMS de la manière suivante :

« Il faut évaluer à plusieurs reprises l'état de santé de la femme. D'abord pendant la grossesse, puis il y a l'évaluation précoce pour la période de 0 à 6 mois, qui permet de

savoir si la mère peut allaiter son enfant au lait artificiel selon les conditions AFADS bien respectées. Si ces conditions ne sont pas réunies et ne seront pas respectées tout au long de l'allaitement, la mère doit allaiter son enfant exclusivement au sein jusqu'à 6 mois. Car l'allaitement maternel est faisable et acceptable. Et enfin on en arrive à l'évaluation après les 6 premiers mois. Si la mère n'a pas les moyens pour ajouter les aliments de complément dans l'alimentation de l'enfant, elle doit continuer l'allaitement pour éviter le double risque de malnutrition et de diarrhée. Dans le cas où l'enfant devient positif la mère doit continuer l'allaitement exclusif, car le taux de mortalité chez l'enfant allaité au sein est plus bas que l'enfant nourri au lait artificiel. Bien sûr la maman pourrait chauffer son lait en vue de diminuer le risque. »

Nous présentons ci-après la mise à jour des recommandations de l'OMS, à partir des consultations techniques tenues au nom de l'Equipe Spéciale Inter institutions, Genève 25 -27 octobre 2006.

1. Le choix de la meilleure option qu'a une mère infectée par le VIH pour l'alimentation de son nourrisson continue de dépendre de sa situation personnelle, en particulier son état de santé et les circonstances locales. Ce choix devrait toutefois davantage prendre en compte que l'allaitement au sein exclusif durant les 6 premiers mois est recommandé pour les mères infectées par le VIH, à moins que l'alimentation de substitution ne soit acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable pour elle et l'enfant plus tôt.
2. Lorsque l'alimentation de substitution est acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, il est recommandé aux mères infectées par le VIH d'éviter tout allaitement au sein.
3. Si l'alimentation de substitution n'est toujours pas acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable quand l'enfant atteint 6 mois, il est recommandé de poursuivre l'allaitement au sein accompagné d'aliments de complément, ainsi que de continuer d'évaluer régulièrement les conditions nutritionnelles de la mère et de l'enfant.
4. L'allaitement au sein doit cesser complètement dès qu'il est possible de nourrir l'enfant de manière nutritionnellement appropriée et sûre sans lait maternel.
5. Toutes les mères infectées par le VIH devraient bénéficier de conseil, comportant notamment des informations générales concernant les risques et les avantages de différentes options en matière d'alimentation du nourrisson, ainsi que des directives personnalisées lui permettant de choisir la solution la mieux adaptée à sa situation. Quelle que soit sa décision, la mère devrait être soutenue dans ses choix.

6. Il est nécessaire de former, de mettre en poste, d'encadrer et de soutenir un nombre suffisant de personnes en mesure de conseiller les femmes infectées par le VIH dans le domaine de l'alimentation du nourrisson. Ces personnels devront bénéficier de formation continue, au fur et à mesure de l'apparition de nouvelles informations et recommandations.
7. Lorsque les mères infectées par le VIH choisissent de ne pas allaiter au sein dès la naissance ou cessent d'allaiter plus tard, il convient de leur apporter conseil et soutien pendant les deux premières années de vie de l'enfant au moins, afin d'assurer une alimentation de substitution adéquate. Les programmes devraient s'efforcer d'améliorer les conditions susceptibles de rendre plus sûre l'alimentation de substitution pour les mères infectées par le VIH et leurs familles.
8. Il est urgent de fournir au grand public, aux communautés et aux familles touchées une information et un enseignement concernant la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
9. Les mères infectées par le VIH qui allaitent au sein devraient :
 - a. être aidées pour faire en sorte qu'elles utilisent une bonne technique d'allaitement afin d'éviter les problèmes au niveau des seins, qui devraient être rapidement soignées le cas échéant.
 - b. recevoir un conseil et un soutien particuliers lorsqu'elles cessent d'allaiter, afin d'éviter des conséquences nutritionnelles et psychologiques négatives et de préserver la santé de leurs seins.
10. Quel que soit le mode d'alimentation choisi, les services de santé devraient suivre tous les nourrissons exposés au VIH et continuer d'offrir des conseils et un soutien concernant leur alimentation, surtout aux moments clés, quand les décisions relatives à l'alimentation peuvent être reconsidérées, par exemple lors du diagnostic précoce du nourrisson et à six mois.
11. Il faut encourager vivement la mère d'un nourrisson ou d'un jeune enfant dont on sait qu'il est infecté par le VIH à continuer de l'allaiter, en suivant les recommandations pour la population générale, c'est à dire jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.
12. Les programmes nationaux devraient fournir à tous les nourrissons exposés au VIH et à leurs mères l'éventail complet de soins de santé infantile et de santé génésique de la mère, en lien avec les services de soins de prévention et de traitement des infections par le VIH. En outre, les services de santé devraient s'efforcer de prévenir l'infection VIH chez les femmes dont les tests sérologiques VIH étaient négatifs

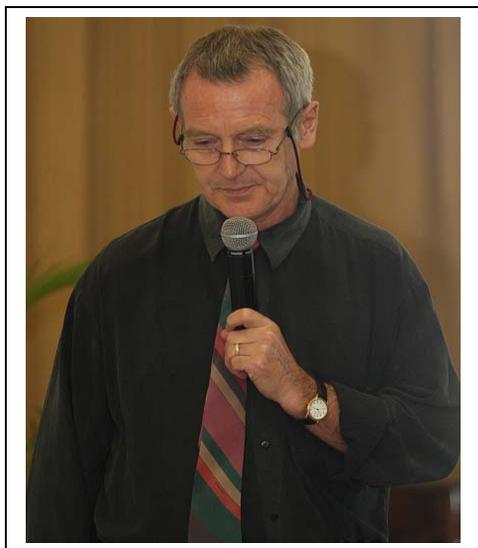
avant l'accouchement, tout particulièrement pendant la période d'allaitement au sein.

13. Les autorités devraient veiller à ce que la gamme des interventions mentionnées ci-dessus soit disponible et que les conditions décrites dans les directives et recommandations en vigueur soient remplies avant d'envisager de fournir gratuitement une alimentation de substitution.
14. Les gouvernements, les parties prenantes et les donateurs devraient œuvrer davantage et fournir beaucoup plus de ressources pour la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et le Cadre d'actions prioritaires concernant le VIH et l'alimentation de l'enfant, afin de prévenir efficacement les infections postnatales par le VIH, d'augmenter le taux de survie sans VIH et d'atteindre les objectifs fixés lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS).

EXPERIENCES DE L'AFRIQUE, Dr. PETER ILIFF

ZVITAMBO, Zimbabwe

Le Zvitambo est une ONG qui travaille au Zimbabwe aux côtés du Ministère de la santé publique et surtout avec le département de nutrition. Nous avons lancé une campagne de promotion de l'allaitement maternel exclusif avec en support un documentaire sur l'extraction et le traitement à la chaleur du lait maternel. Et le Ministère de la santé avait pensé que ceci devait faire partie intégrante du programme. Car au Zimbabwe, l'une des plus grandes préoccupations des mères allaitantes est le fait de devoir laisser



l'enfant seul pendant quelque temps ; elles estiment par conséquent nécessaire d'arrêter l'allaitement.

Pour être plus précis, il s'agit d'un chauffage éclair qui permet de conserver les nutriments et la qualité des immunoglobulines du lait maternel. Une fois extrait et chauffé, ce lait peut être conservé. C'est la même chose qu'avec le lait de vache et au Zimbabwe, ils en ont déjà la pratique. La recherche montre que cette extraction et le chauffage sont faisables et acceptables.

Cette expérience nous a enseigné qu'il était possible de faire une autre forme de substitution à l'allaitement au sein, en associant l'extraction et le traitement à la chaleur du lait maternel, aussi bien dans le cas des mères séropositives que dans celui des mères séronégatives. Cette technique permet de garder la mère et l'enfant en santé.

Dans le projet de Zvitambo nous avons eu beaucoup d'exposition avec des dépliants définissant la PTME, le counseling individuel, ou l'éducation en groupe. On a trouvé que la possibilité de l'allaitement maternel exclusif avait augmenté avec cette exposition. Et cela a donné un bon résultat très important dans le cadre du VIH.

L'ONG Zvitambo qui travaille au Zimbabwe aux côtés du Ministère de la santé publique, particulièrement avec le département de nutrition, a lancé une campagne de promotion de l'allaitement maternel exclusif avec en support un documentaire sur l'extraction et le traitement à la chaleur du lait maternel. Pour être plus précis, il s'agit d'un chauffage éclair qui permet de conserver les nutriments et la qualité des globulines du lait maternel. Une fois extrait et chauffé, ce lait peut être conservé. Cette expérience nous a enseigné qu'il était possible de faire une autre forme de substitution à l'allaitement au sein, en associant l'extraction et le traitement à la chaleur du lait maternel, aussi bien dans le cas des mères séropositives que dans celui des mères séronégatives.

Autres expériences africaines

Nous savons que le taux de transmission durant l'allaitement maternel est de 25 à 40% et au Zimbabwe il a été constaté que le taux de transmission est plus élevé chez les filles que chez les garçons. Ainsi, un bébé pourrait être infecté après avoir bu 1500 litres de lait maternel.

La question de l'allaitement maternel exclusif, étant essentiellement liée aux mères séropositives, nous avons plusieurs études qui attestent que l'allaitement maternel exclusif est aussi bon pour ces mères là et leurs enfants. Ceci est important parce que cela veut dire que l'allaitement maternel exclusif ne fait pas nécessairement de tort aux femmes atteintes du VIH+.

La question maintenant est de savoir pourquoi nous devons prendre autant de précautions en ce qui concerne l'introduction des aliments de complément.

Généralement il a été constaté que le taux de mortalité chez les enfants de 18 mois recevant le lait de substitution était plus élevé que chez les enfants qui sont allaités exclusivement au sein.

Dans le contexte d'une étude bien fondée, bien équilibrée, de cas d'allaitement mixte, à Butaca, ils ont reparti les mères en 2 groupes : un groupe qui sevrerait à 4 mois et l'autre qui continue d'allaiter les enfants au sein autant que la mère le voulait. Deux ans après nous avons remarqué qu'il n'y avait aucune différence de survie libre de VIH. Les enfants n'étaient pas infectés au VIH. L'infection au VIH ou la mortalité était à peu près la même chose à 24 mois. Les bébés qui ont été sevrés précocement ont un taux de mortalité plus élevé à 12 mois ; ce taux de mortalité était réduit de deux fois pour ceux qui continuaient à être nourris au sein exclusivement.

Au Kenya, une étude a été réalisée sur le sevrage précoce des bébés exclusivement allaités au sein. Selon cette étude, ces nouveaux-nés qui étaient sevrés précocement, avaient davantage de risque d'infection au VIH. Cette conclusion a été tirée d'une étude soigneusement faite. Je crois que beaucoup de ces études ne se sont pas rendues compte que nous avons à faire face à un grand problème avec le sevrage brusque de l'allaitement maternel avant six mois.

Dans le cadre d'un programme national qui a été réalisé en Botswana, un petit pays d'Afrique pas très peuplé mais qui a beaucoup d'argent, nous avons réalisé qu'il y a un taux très élevé de VIH. Cela fait un an qu'il donne du lait artificiel.

A la fin de 2005 et au début de 2006 ils ont eu des pluies diluviennes et l'approvisionnement en eau publique a été contaminé. Il y a eu 56000 cas de diarrhée et 830 décès durant le premier trimestre de 2006. Normalement durant cette période, il y a 30 décès causés par la diarrhée. On en a dénombré à peu près 500 décès de plus.

Toujours pour vous montrer comment l'allaitement au lait artificiel est une cause de soucis, je prends en exemple une étude effectuée en Afrique du Sud. Sur un échantillon d'environ 200 ménages où les enfants ont été allaités au lait artificiel, 85% des aliments de complément utilisés n'étaient pas aptes à la consommation humaine. Ainsi, 81% de ces aliments contenaient des bactéries fécales de même que 64% des mets préparés et prêts à la consommation contenaient ces bactéries là.

Nous sommes sûrs que certaines choses fonctionnent. Nous savons que nous devons enregistrer plus de mères pour les soins prénataux. Nous savons aussi qu'il faut absolument tester les mères pour le VIH. Et celles qui sont séropositives nous devons

évaluer le CD4 afin qu'elles obtiennent des traitements antirétroviraux. Et nous devons faire en sorte que les femmes qui ont besoin du service PTME accèdent à ces services. L'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois est quelque chose de bien établi. Cependant il faut renforcer le counseling et si possible prévoir un support pendant l'allaitement comme ceci est fait au Bangladesh par exemple. Et ce counseling doit commencer avant même la naissance. Il faut par ailleurs considérer la possibilité de traiter le lait maternel soit en le chauffant soit en y ajoutant des micronutriments. Nous devons également identifier les mères qui peuvent faire l'alimentation de substitution AFADS, tout en augmentant la quantité et la qualité des aliments complémentaires après les 6 premiers mois. Il est important que les bébés infectés au VIH soient allaités au sein. De plus, nous devons rendre disponible les ARV pour les mères testées positives, le traitement prophylactique pour les bébés et les mères séropositives pendant et après l'accouchement.

Généralement il a été constaté que le taux de mortalité chez les enfants de 18 mois recevant le lait de substitution était plus élevé que chez les enfants qui sont allaités exclusivement au sein. En Afrique du Sud par exemple, sur un échantillon d'environ 200 ménages où les enfants ont été allaités au lait artificiel, 85% des aliments de complément utilisés n'étaient pas aptes à la consommation humaine. Ainsi, 81% de ces aliments contenaient des bactéries fécales de même que 64% des mets préparés et prêts à la consommation contenaient ces bactéries là. Nous devons également identifier les mères qui peuvent faire l'alimentation de substitution de manière AFADS. L'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois est quelque chose de bien établi. Cependant il faut renforcer le counseling et si possible prévoir un support pendant l'allaitement comme ceci est fait au Bangladesh par exemple. Et ce counseling doit commencer avant même la naissance. Il faut par ailleurs considérer la possibilité de traiter le lait maternel soit en le chauffant soit en y ajoutant des micronutriments.

EXPERIENCES D'HAITI

Pour aborder la question de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant nés de mères séropositives, de manière plus académique et scientifique, des présentateurs ont été invités en la circonstance. Chacun a fait part de ses expériences sur la base d'études ou de recherches conduites dans le cadre des interventions de l'organisation à laquelle il appartient.

Nous présentons ci-après le résumé de ces expériences.

Haitian Health Foundation (HHF), Jérémie **Mme Bette Gebrian Magloire**



Haitian Health Foundation (HHF) est une organisation basée à Jérémie dans le département de la Grande'Anse depuis 1992. Cette organisation a implanté dans la région, un projet de santé communautaire qui adresse particulièrement les besoins des femmes et des enfants, parmi la population la plus démunie de la zone.

HHF fait la promotion de l'allaitement maternel exclusif et grâce au travail accompli par la fondation, les taux de mortalité maternelle et infantile ont diminué dans la région. En 1987, HHF comptait 28.000 bénéficiaires et actuellement, dans sa base de données, l'organisation a répertorié plus de 200.000 bénéficiaires, grâce notamment au travail des agents de santé qui supportent énormément le projet. Des visites domiciliaires (au moins 3) effectuées pendant la période périnatale, nous renseignent sur l'état de santé de la parturiente et permettent ainsi un meilleur accompagnement psychosocial de ces femmes.

La majorité de la population haïtienne vit en milieu rural et c'est la raison pour laquelle la fondation étend ces services dans les communautés en travaillant avec les mères, les pères, les grand-mères sur les programmes d'IEC.

Traditionnellement, beaucoup de femmes utilisaient les bains de vapeur après l'accouchement et ne quittaient pas la maison avant une période d'un mois après la naissance. Grâce aux efforts consentis par HHF, certaines de ces pratiques tendent à disparaître ; à titre d'exemple, le nombre les femmes qui viennent en consultations postnatales avec les nouveaux-nés, a considérablement augmenté.

La promotion de l'allaitement maternel qui a commencé bien avant l'accouchement est intensifiée au fur et à mesure qu'on approche de la date d'accouchement, et se poursuit en période de post-partum. Dans le cadre du programme IEC, le staff de HHF enseigne aux mères que le colostrum issu des premières sécrétions lactées, est le meilleur purgatif (lòk) que l'enfant puisse recevoir.

La fondation a réalisé des entrevues avec 134 mères bénéficiaires du programme en 2005. Les résultats obtenus montrent que 74% d'entre elles pratiquent l'allaitement exclusif au sein, 87% reçoivent de l'aide alimentaire pendant 6 mois, 53% des mères séropositives pratiquent l'allaitement au sein. Soixante-huit (68) mères séropositives ont été régulièrement suivies depuis la grossesse ; de ce groupe, 61 enfants ont été testés négatifs à 18 mois et 3 étaient séropositifs à la même période.

La Haitian Health Foundation (HHF) basée dans la commune de Jérémie, dans le sud d'Haïti, dispose d'un staff dynamique et d'un réseau d'agents de santé dévoués à la tâche. Pour Bette Gebrian Magloire, le programme de santé communautaire de la HHF a contribué à faire chuter les taux de mortalité maternelle et néonatale dans la région, en faisant de l'IEC son cheval de bataille. En 2005, soixante-huit (68) mères séropositives ont été régulièrement suivies depuis la grossesse ; de ce groupe, 61 enfants ont été testés négatifs à 18 mois et 3 étaient séropositifs à la même période. Une promotion soutenue de l'allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois, quel que soit le statut de la mère, la distribution de rations alimentaires aux mères allaitantes, un accompagnement psychosocial à la famille, la PTME, et des soins obstétricaux de qualité sont autant d'éléments ayant permis d'atteindre ce résultat.



Hôpital de la Communauté Haïtienne, Pétion-Ville, Dr. Marie Claude François

Nos données portent sur un groupe de 25 enfants nés de mères séropositives entre 2005 et 2007. Ces mères ont été régulièrement suivies et leurs enfants ont également été suivis à l'hôpital jusqu'à l'âge de 24 mois. Naturellement, ces femmes ont toutes bénéficié du programme PTME puisque nous avons les ARV nécessaires.

De ces 25 femmes, nous avons compté 9 accouchements physiologiques hospitaliers, 11 à domicile, et 5

césariennes. A rappeler que toutes ces femmes ont eu un traitement préventif avant l'accouchement et l'enfant à la naissance a lui aussi reçu un traitement préventif.

Douze (12) enfants ont été mis au sein exclusivement, mais les mères ont arrêté brusquement à 4 mois. On n'a pas remarqué de problème ni pour les femmes ni pour les enfants. Parmi celles qui ont eu la section césarienne, 3 ont opté pour le lait artificiel, car elles en avaient les moyens. Autrement dit, ces 3 enfants là sont nés par césarienne et ont de plus été nourris au lait artificiel. Les 10 autres avaient eu un allaitement mixte, car les mères qui étaient soumises à de fortes pressions dues aux informations qui circulaient dans la communauté, n'arrivaient pas à se décider.

Dans nos trouvailles, nous avons constaté que les 25 enfants du groupe ont été testés négatifs, le plus souvent à partir du 9^{ie} mois, parfois à 12 mois et à 18 mois, et dans de rares cas à 24 mois.

En conclusion, les données recueillies à l'Hôpital de la Communauté Haïtienne, ne montrent pas d'augmentation du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant lorsque l'allaitement maternel exclusif est pratiqué.

A l'Hôpital de la communauté Haïtienne, les soins obstétricaux associés à la PTME constituent le paquet de services offerts aux mères séropositives. De l'échantillon présenté, la moitié des mères suivies de 2005 à 2007, ont pratiqué l'allaitement maternel exclusif jusqu'à quatre mois. Quelques rares femmes enceintes qui en avaient les moyens, ont choisi la section césarienne et le lait artificiel pour protéger leur enfant de l'infection au VIH. Pratiquement tous les enfants du groupe ont été testés négatifs dès le 9^{ie} mois.

Centres GHESKIO, Port-au-Prince Dr. Rebecca Heidkamp



Un peu plus de 5000 femmes enceintes séropositives viennent aux Centres GHESKIO depuis 1990. De cette population, 12.3% sont infectées au VIH par rapport à la moyenne nationale qui à peu près 3%. Il est important de noter qu'à peu près ¼ de ces femmes savaient qu'elles étaient séropositives avant de tomber enceintes. En outre, GHESKIO est un centre de proximité qui travaille essentiellement avec une population urbaine. Beaucoup de femmes qui viennent

à GHESKIO sont très mobiles, elles ne restent pas toujours dans la même zone ou dans la même maison. Ces précisions expliquent le fait que l'expérience GHESKIO ne puisse pas forcément s'appliquer à d'autres endroits ou à d'autres contextes.

Et maintenant je vais vous parler un peu de ce que fait GHESKIO en terme de nutrition de l'enfant à diverses étapes de la vie. D'abord pour les femmes enceintes qui viennent et qui sont séropositives ce que nous faisons c'est le counseling avec comme message que l'allaitement maternel exclusif est la chose la plus importante pendant les six premiers mois de la vie, tout en les conseillant sur deux options : l'allaitement maternel exclusif et l'allaitement de substitution. Quelque soit le choix de la mère il faut lui fournir une bonne assistance-conseil. Lorsqu'elle choisit l'allaitement de substitution, ce counseling doit être renforcé car elle a besoin de directives bien définies.

Ainsi, 86% des femmes faisant partie du programme de PTME, ont choisi l'allaitement de substitution et GHESKIO fournit du lait artificiel à ces femmes sur une période de 0-6 mois.

Pour les femmes qui ont rejoint le programme après 34 semaines de grossesse et qui n'ont pas reçu le même nombre de séances de counseling, on a constaté qu'elles étaient à 70% moins aptes à utiliser l'allaitement de substitution. Néanmoins, ces mêmes femmes étaient 3 fois plus aptes à faire l'allaitement mixte que celles qui avaient reçu plus d'éducation. Ceci montre combien il est important d'être exposé à ce counseling, et beaucoup de femmes disent que les conseils des travailleurs de santé avaient une grande influence sur leurs décisions.

En ce qui concerne la tranche d'âge 6 à 24 mois, nous savons que les enfants ont plus de besoins à partir de 6 mois, et actuellement GHESKIO travaille sur un projet de recherche d'un supplément fortifié qui fournira en calorie la moitié des besoins énergétiques de cette catégorie d'âge.

Aux GHESKIO, 86% des femmes faisant partie du programme de PTME, ont choisi l'allaitement de substitution et l'institution fournit du lait artificiel à ces femmes sur une période de 0-6 mois. Pour les femmes qui ont rejoint le programme après 34 semaines de grossesse et qui n'ont pas reçu le même nombre de séances de counseling, les résultats disponibles ont montré qu'elles étaient à 70% moins aptes à utiliser l'allaitement de substitution. Néanmoins, ces mêmes femmes étaient 3 fois plus aptes à faire l'allaitement mixte que celles qui avaient reçu plus d'éducation. Ceci montre combien il est important d'être exposé à ce counseling, et beaucoup de femmes disent que les conseils des travailleurs de santé avaient une grande influence sur leurs décisions.

PALIH, Artibonite

Dr. Claude Jean Baptiste



Cette étude qui a été réalisée de la fin de l'année 2007 au début de 2008 dans la région du haut Artibonite, sur la qualité des services de CDV/PTME en partenariat avec l'OPS/OMS et la Direction sanitaire départementale.

Les objectifs de cette étude étaient d'arriver d'abord à définir les normes de qualité à utiliser pour l'analyse des services CDV/PTME en fonction des prescrits internationaux et nationaux, d'analyser la qualité des services proprement dit, et de décrire la prise en charge. La méthodologie utilisée consistait en observation des infrastructures, et entrevues

individuelles ou en groupe avec les femmes enceintes pour recueillir leurs perceptions. Les résultats que vous allez avoir proviennent des données de douze (12) institutions qui délivraient des services de PTME. Le rapport a été publié en février 2008 et sanctionné par un atelier de validation.

En termes d'infrastructure et d'équipement on a constaté que 50% des espaces pour accueillir des femmes enceintes n'étaient pas adéquat pour offrir des services de qualité. Pour les ressources humaines et la formation, 33% des conseillers n'avaient reçu aucune formation en PTME, et 55% du personnel s'adonnaient à d'autres activités dans l'institution. Dans 95% des cas, les frais de services ne permettent pas d'avoir tout le paquet de services offert le même jour ; 68% des institutions visitées ne disposaient pas des normes et protocoles ; 58% n'ont jamais reçu de supervision. Parmi les centres évalués, 84% réalisaient effectivement le dépistage et dans 74% des cas, le test était positif pour la syphilis.

En termes de couverture et d'utilisation des services, voyons rapidement certains indicateurs en PTME. Taux d'acceptation du service entre 60% et 100% et le pourcentage de femmes enceintes séropositives mises sous ARV étaient très faibles soit 5%. Seulement 41% de l'échantillon offrait un bon service de PTME et une bonne prise en charge.

Dans l'ensemble, la qualité du contenu du conseil est jugée moyenne, plusieurs éléments essentiels ne sont pas pris en compte dans le counseling, et les conseillers n'accordaient pas assez de temps aux discussions avec les clients. Les questions en rapport avec la sexualité du partenaire ou du mari sont les moins abordées. Et les indicateurs concernant la référence des partenaires sont encore plus faibles. Les conseillers et conseillères étaient plus à l'aise à fournir des informations dans le sens verticale. Ils n'établissaient pas les bases de dialogue. Les conseillers n'avaient aucune information sur la suite des références.

Il n'y avait pas de support pour aider les femmes après l'accouchement (frais de transport, et autres incitatifs). Les informations sur les opportunités d'alimentation font beaucoup défaut aux prestataires de l'Artibonite et nous n'avons retrouvé aucune documentation sur la façon d'alimenter le nourrisson ou le jeune enfant au niveau de ces sites.

Selon une étude réalisée de la fin de l'année 2007 au début de 2008 dans la région du haut Artibonite, sur la qualité des services de CDV/PTME, le taux d'acceptation du service de PTME varie entre 60 et 100% et le pourcentage de femmes enceintes séropositives mises en ARV était très faible, soit 5%. Seulement 41% des sites évalués offraient un bon service de PTME et une bonne prise en charge. Dans l'ensemble, la qualité du contenu du conseil est jugée moyenne, plusieurs éléments essentiels n'étant pas pris en compte dans le counseling. Les informations sur les opportunités d'alimentation font beaucoup défaut aux prestataires de l'Artibonite et nous n'avons retrouvé aucune documentation sur la façon d'alimenter le nourrisson ou le jeune enfant au niveau de ces sites.

LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS DANS LE CONTEXE HAITIEN

Les recommandations de l'OMS sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant nés de mères séropositives, ont fait l'objet de discussions de groupes auxquels ont pris part les professionnels haïtiens et étrangers réunis lors de cet Atelier. Cinq groupes de près d'une vingtaine de membres ont ainsi été formés, et chacun était invité à identifier les difficultés d'application de ces recommandations en Haïti, puis de proposer des solutions en tenant compte des réalités du pays.

L'analyse des différents travaux de groupe nous permet de présenter les difficultés répertoriées par les participants, de même que les solutions envisagées.

DIFFICULTÉS D'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

Nous avons compilé en quatre grandes catégories, les réflexions des participants sur les difficultés d'application des recommandations de l'OMS en Haïti. Ces difficultés sont d'ordre **socioculturelles**, **structurelles**, **économiques**, et liées aux **orientations programmatiques**.

Difficultés socioculturelles



Le poids des **croyances culturelles** n'a pas échappé au souci des professionnels présents à l'Atelier. En effet, certaines pratiques haïtiennes relatives à la nutrition des enfants, peuvent constituer un obstacle à l'application des recommandations de l'OMS. En exemple, les participants ont cité

la fameuse concoction purgative de la grand'mère, le « lòk », destinée à débarrasser le nouveau né des débris de la vie intra-utérine.

Ils ont également pointé du doigt l'**introduction précoce des aliments de substitution** dans la nutrition des enfants, qu'il s'agisse simplement de l'eau de boisson, ou d'aliments semi solides ou solides ; le lait maternel étant souvent jugé peu nutritif par les communautés. Or l'influence de la communauté et de l'entourage immédiat sur les pratiques des mères, demeure assez considérable. Dans le même ordre d'idées, les participants ont déploré le **manque d'implication des pères** dans les questions relatives à la santé de la famille.

Parallèlement aux croyances culturelles, le **manque d'instruction des mères** peut constituer un facteur limitant dans l'application des recommandations, car les moins instruites peuvent éprouver une certaine confusion par rapport aux conseils prodigués, indépendamment de la qualité du counseling dont elles auront bénéficié.

Par ailleurs, les cas de dépression du post-partum et certaines considérations esthétiques liées à la pratique de l'allaitement maternel, sont aussi des contraintes à adresser par les prestataires.

Autres facteurs jugés important par les participants, **le déni du VIH** et/ou **le secret autour du statut sérologique**, susceptibles de compromettre le travail de counseling qui représente la base des recommandations de l'OMS. Ces attitudes sont des conséquences de la **stigmatisation** et du manque de support aux PVVIH, que l'on retrouve dans la population, et qui s'explique par la grande appréhension que soulève encore la maladie. Cette même appréhension fait craindre aux participants le refus d'utiliser le lait maternel par une certaine frange de la population, sans toutefois disposer d'autre alternative.

Difficultés structurelles

L'**insuffisance de la couverture sanitaire** générale et la **faiblesse des structures existantes** ont été évoquées par les participants comme des contraintes pouvant nuire à l'application des recommandations de l'OMS en Haïti. L'offre de services fait sérieusement défaut dans les communautés rurales où vit la majeure partie de la population haïtienne, et Il se pose par conséquent un double **problème d'accès géographique et économique** pour les mères séropositives.

Cette situation explique la prédominance de **l'accouchement à domicile** que les participants ont répertorié dans la liste des contraintes à dresser dans l'application des recommandations. En effet, lorsque la femme accouche à domicile, elle perd le bénéfice de l'encadrement par du personnel sanitaire apte à la conseiller. Beaucoup de femmes sont ainsi privées des services de PTME. Ajouter à cela, **l'inexistence d'infrastructures de base** telles que système d'adduction d'eau potable, système d'évacuation des déchets, qui accentue les problèmes d'hygiène dans ces communautés.

Sur le plan organisationnel, **le manque de personnel sanitaire** et **la formation du personnel** disponible, notamment en matière de nutrition constituent des pierres d'achoppement du système. Quand les services CDV/PTME sont disponibles, l'insuffisance du personnel se répercute souvent sur la **qualité de ces services**.

Dans le même registre, les participants ont cité **l'absence de système de référence, contre référence** qui caractérise la plupart de nos institutions, et parfois le manque de **lien entre les niveaux communautaires et institutionnels**, rendant difficile le suivi des

mères et des nouveaux-nés. Ils ont déploré la **situation des agents de santé** dont le travail n'est pas assez valorisé et dont le nombre restreint ne permet pas l'accompagnement des mères vers les structures sanitaires.

Difficultés économiques



La **situation socio-économique précaire** qui prévaut dans le pays de façon générale empêche aux autorités sanitaires publiques d'honorer leurs engagements. Les maigres ressources de l'Etat et l'utilisation parfois peu rationnelle des ces ressources, limitent l'offre de services

au niveau national et ouvre la voie à un important **déséquilibre du système de santé** où les interventions sont différentes d'un acteur à un autre.

Ainsi, **le lait artificiel n'est pas disponible** lorsque la santé de la mère ou les conditions le recommanderait. De plus les **coûts liés à sa préparation** ne sont souvent pas à la portée des ménages. Ces derniers subissent cette situation sans avoir véritablement d'alternative. Les enfants sont nourris au sein et/ou à partir des denrées locales disponibles selon la saison et accessibles aux familles. Souvent ces dernières évitent les structures sanitaires car, comme il a été souligné précédemment, **l'accessibilité aux services** nécessite souvent un débours qu'elles ne peuvent consentir.

Difficultés liées aux orientations programmatiques

A côté du manque de ressources financières de l'Etat, les participants ont évoqué les **problèmes de gouvernance** et le **manque de leadership du MSPP** qui parfois délaisse les initiatives aux partenaires. En fonction de leurs orientations programmatiques et des moyens dont ils disposent, ces derniers réalisent parfois des interventions qui ne sont pas tout à fait adaptées à la réalité du pays.

En outre, **des programmes sont traités en parents pauvres**, comme c'est le cas pour la nutrition, la planification familiale, qui sont pourtant étroitement liés à la santé maternelle et infantile. Les participants ont aussi déploré le **manque d'information** disponible pour la population et adressant spécifiquement la nutrition et l'alimentation

des enfants nés de mères séropositives, ainsi que **l'implication limitée des pères dans les questions de santé de la famille.**

Des idées novatrices sur la **durée du congé maternel**, la **création de crèches** dans les lieux de travail, un **mécanisme d'approvisionnement en lait maternel** (don de lait) ou la possibilité d'avoir des **nourrices au niveau des communautés**, ont aussi été agitées, traduisant le niveau de réflexions exprimé lors de ces travaux.

SOLUTIONS PROPOSÉES PAR LES PARTICIPANTS

Après avoir identifié les difficultés, il revenait aux participants de proposer des solutions qui pourraient aider à l'application des recommandations de l'OMS en Haïti. Ces solutions ont été regroupées par thèmes et concernent les **normes et procédures nationales**, le **repositionnement de certains programmes**, le **renforcement institutionnel et communautaire**, et **l'allocation de plus de ressources financières**. Ces thèmes sont présentés dans les paragraphes suivants.

Elaboration et validation des normes et procédures nationales



Il est évident pour tout un chacun que les **normes et procédures en matière de nutrition du nourrisson et du jeune enfant nés de mères séropositives**, doivent être élaborées et validées par les principaux acteurs impliqués dans la santé infantile et le VIH/SIDA. Cet

Atelier veut justement contribuer à l'atteinte de cet objectif, et les participants en appellent au MSPP pour la **prise en compte de leurs recommandations dans la formulation des politiques publiques** en la matière. Ces normes et procédures devraient être dans le curriculum de formation des professionnels de la santé.

Ils ont aussi plaidé en faveur de **procédures standards pour les femmes séropositives et séronégatives** indépendamment du statut social et économique, tout en considérant les options les plus acceptables culturellement par la population.

Une **approche multisectorielle et intersectorielle** des secteurs de la santé, de l'éducation, de la protection sociale, de l'agriculture, et de la justice, est préconisée pour

permettre l'application pleine et entière de ces recommandations. Ceci permettrait d'en arriver à la mise en place d'un **programme national d'alimentation** des différentes catégories de la population.

Enfin, les professionnels du secteur ayant participé à cet Atelier, estiment nécessaire de parvenir à une **législation portant sur le VIH/SIDA** et qui stipulerait les droits et devoir des autorités sanitaires et de chaque citoyen dans la problématique de cette épidémie.

Repositionnement de certains programmes

Avec le spectre du VIH/SIDA ayant concentré la plus forte attention au cours de ces vingt dernières années, des programmes tels que la **planification familiale, la nutrition, l'assainissement, la construction et la réhabilitation des infrastructures sanitaires**, ont été quelque peu négligés. Pour rééquilibrer le système de santé dans son ensemble, il est impératif de repositionner ces programmes, tout en continuant à adresser les plus urgents. Par ailleurs, il faut travailler à une véritable synergie entre les différents programmes afin de mieux utiliser les ressources disponibles.

Renforcement institutionnel



Le renforcement institutionnel tel que perçu par les participants, s'échelonne sur deux niveaux : le niveau central et le niveau périphérique.

D'abord le niveau central représenté par la Direction générale du MSPP, les Directions centrales et départementales.

Le MSPP selon eux doit **définir les axes d'interventions** et s'approprier le **leadership des initiatives** en matière de santé de la mère et de l'enfant. Cette démarche doit s'accompagner d'une véritable **décentralisation du système de santé** permettant aux directions départementales de **coordonner et de superviser** les activités des différents partenaires et institutions.

Au niveau périphérique, ce renforcement passe par l'**augmentation du nombre de structures sanitaires**, et l'**opérationnalisation des structures existantes**. Car, certaines structures sanitaires sont dans un piteux état, et sont complètement dépourvues.

Or lorsque les équipements et les intrants ne sont pas disponibles, le personnel est démotivé et les usagers fréquentent l'institution de moins en moins.

De l'avis des participants, la **formation continue du personnel sanitaire** doit également retenir l'attention du MSPP. A côté de la formation technique en counseling, nutrition, PF, CDV, PTME, IST/VIH/SIDA, les responsables des institutions pourraient être entraînés à la **gestion de stock** afin d'éviter les ruptures trop fréquentes qui pénalisent la population. Ils préconisent également de prodiguer un **support nutritionnel et en micronutriments** aux mères qui le nécessitent, toutes les fois que l'institution dispose des moyens de le faire.

Sur le plan organisationnel, ils ont plaidé pour une **meilleure intégration des services et programmes** destinés aux femmes et aux enfants afin de rendre plus efficaces ses services et d'utiliser au mieux le personnel existant. Toutefois, les participants reconnaissent qu'il est nécessaire d'**augmenter en nombre ce personnel** si l'on veut offrir des services de qualité à la population. En outre, il faudra mettre un **système de référence, contre référence** et améliorer notre système d'information sanitaire.

Renforcement communautaire

Conscient du poids de la communauté dans les pratiques liées à la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, les participants à l'Atelier ont estimé nécessaire d'adresser les communautés par des **campagnes de sensibilisation de masse** sur l'allaitement maternel et l'alimentation de substitution. Selon eux, les autorités sanitaires pourraient à travers le CONATEL (Conseil National des Télécommunications) négocier des temps d'antennes dans les stations de radio et de télévision privées et communautaires pour la diffusion des messages.

Ils ont aussi plaidé pour le **développement et/ou l'adaptation d'outils IEC** à diffusion nationale ; ce matériel ainsi que les normes de procédures devraient être disponible dans les institutions sanitaires et les prestataires en assureraient la diffusion effective. Ce personnel inciterait également la **participation des communautés** à travers des structures telles que les clubs de mères, les clubs de parents (pères, mères, grands-parents).

Les groupes organisés de la communauté, et les leaders pourraient bénéficier de **séances d'éducation sur l'alimentation** en général et la nutrition du nourrisson et du jeune enfant en particulier. Il faut surtout avoir à l'esprit que la démonstration concrète (préparation du lait de substitution, ou de recettes à partir des denrées disponibles) a une grande valeur didactique dans ces communautés.

La **valorisation du rôle de l'agent de santé** qui a déjà été évoqué, est revenue avec le renforcement communautaire. De l'avis général, ce prestataire devrait être mieux encadré du point de vue de la formation et en termes de salaires et d'avantages sociaux. Par ailleurs, ils ont réclamé de **l'aide pour les substituts parentaux** qui s'occupent des orphelins du SIDA.

Cette aide consisterait en **éducation, distribution de ration alimentaire** et de **produits destinés aux soins de ces enfants** et des autres membres de la famille.

Enfin, tenant compte de la proximité qui existe entre les ménages particulièrement dans le milieu rural, les participants estiment que le **don de lait** ou **l'utilisation des nourrices**, seraient des pistes à explorer dans l'alimentation des nouveaux-nés. Ces stratégies seraient bien évidemment accompagnées de mesures de contrôle comme le dépistage par exemple.

Allocation de plus de ressources financières

Des programmes de **subvention du lait artificiel** permettraient aux mères séropositives qui le nécessitent et aux orphelins, d'avoir véritablement une alternative à l'allaitement maternel. Pour les familles les plus démunies, les participants sont d'avis de **promouvoir le micro crédit** afin de soutenir des **activités génératrices de revenus** et rendre ainsi autonome les PVVIH. Parallèlement, ils conseillent au gouvernement d'**agir** si possible **sur les prix du lait artificiel** dans le commerce.

Par ailleurs, la promotion de l'allaitement maternel devrait aussi s'accompagner de **support aux femmes qui optent pour l'AME**.

En effet, ces femmes pourraient bénéficier d'incitatifs (frais de transport, ration alimentaire, distribution de micronutriments) selon les stratégies et moyens des intervenants. Il serait également nécessaire d'explorer les possibilités de **subvention des aliments de compléments** destinés à enrichir la diète des enfants de plus de six mois.

Enfin, les participants à l'Atelier sont unanimes à reconnaître que les ressources disponibles ne permettent pas à l'Etat d'honorer ses engagements.

Ils préconisent un **plaidoyer soutenu et intense** auprès des instances nationales et internationales pour mobiliser davantage de ressources afin d'adresser valablement les besoins des femmes et des enfants haïtiens. L'**augmentation de l'enveloppe budgétaire allouée au MSPP** serait à leur avis, un témoignage concret de la volonté des autorités publiques d'améliorer les conditions de santé de la population.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La tenue de cet Atelier international sur la Nutrition du nourrisson et du jeune enfant nés de mères séropositives, constitue un élément important dans la recherche de stratégies de prise en charge globale de ces enfants. Car, comme nous l'avons déjà souligné, les pratiques d'alimentation sont des facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui à son tour, affecte leur morbidité et leur mortalité. Le leadership du MSPP tout au long de ce processus, témoigne de la volonté des autorités sanitaires publiques, de se doter des outils permettant d'élaborer les normes nationales en la matière, de même que les curricula de formation y afférant.

Dans ce contexte, IYCN a dès le départ offert un accompagnement technique à la Direction de nutrition du MSPP, dans la conception et la préparation de cet Atelier, tout en contribuant financièrement à la réalisation de l'évènement. Et cette initiative rejoint les objectifs de l'organisation qui sont :

- *Déterminer, intensifier et institutionnaliser les interventions rentables permettant d'améliorer l'état nutritionnel des nourrissons et des jeunes enfants, et notamment accroître la couverture des pratiques optimales en matière d'allaitement, d'alimentation complémentaire, ainsi que la couverture des pratiques essentielles en matière de soins.*
- *Identifier, intensifier et institutionnaliser les bonnes pratiques en matière de soins et d'alimentation des nourrissons et jeunes enfants dans le contexte du VIH/SIDA.*
- *Elaborer et mettre en œuvre des partenariats, des stratégies et des interventions entre le secteur public et privé dans le but d'accroître la disponibilité des aliments de qualité élevée à destination des nourrissons et des jeunes enfants.*
- *Renforcer l'engagement au niveau national et celui des donateurs pour améliorer l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.*

Ainsi, les professionnels haïtiens et étrangers ont pu travailler pendant deux journées consécutives afin de faire la lumière sur les différentes hypothèses agitées autour de ce sujet.

Les résultats d'observation et de recherche ainsi que les expériences présentées au cours de cet atelier ont été largement débattus en session plénière. L'allaitement maternel exclusif et la PTME ont été les sujets les plus discutés. Ce qui a porté un Responsable du Ministère à déclarer que l'éducation devrait être le cheval de bataille de cette démarche en faveur du nourrisson et du jeune enfant.

Les effets à long terme de l'allaitement maternel sur la santé des enfants, prouvés de façon scientifique, ont conforté les participants dans l'idée que cet aliment reste et demeure le meilleur choix pour la nutrition des enfants, indépendamment du statut sérologique de la mère. Certes, il existe bel et bien un risque de transmission du VIH lors de l'allaitement qui est souvent surévalué par les prestataires eux-mêmes.

Cependant, en l'absence de toute intervention, la transmission du VIH par l'allaitement au sein survient dans 5 à 20 % des cas. Des chiffres de transmission inférieurs sont obtenus grâce à différentes mesures. A Durban par exemple, on a trouvé que l'allaitement au sein exclusif à partir d'environ six semaines et jusqu'à six mois présente un risque d'environ 4 % (Coovadia et al, 2007). Au Zimbabwe, on a retrouvé un taux de transmission du VIH entre six semaines et six mois de 1,3 % chez les enfants ayant reçu un allaitement au sein exclusif pendant au moins trois mois (Iloff et al, 2005). La période analysée ne commence pas à la naissance mais aux environs de six semaines, car c'est le moment à partir duquel il est habituellement possible de différencier les cas de transmission au moment de l'accouchement de ceux ayant lieu au cours de l'allaitement.

Sur la base de ces données, les participants à l'Atelier ont évalué l'applicabilité des recommandations de l'OMS en Haïti. Des difficultés d'ordre socioculturelles, structurelles, économiques et programmatiques ont été identifiées. Toutefois, ils reconnaissent que ces recommandations représentent la meilleure opportunité pour notre pays en terme d'approche stratégique face au VIH et à la nutrition de nos enfants. Pour assurer leur pleine et entière application, nous devons néanmoins adresser les difficultés qui ont été identifiées en validant les normes et procédures qui seront formulés dans nos politiques publiques.

Nous devons en même temps promouvoir certains programmes connexes, renforcer nos capacités institutionnelles et communautaires, et mobiliser davantage de ressources financières pour permettre à l'Etat d'honorer ces engagements.

Les recommandations techniques ont été insérées au fur et à mesure des échanges et des présentations au cours de l'atelier. Le but de cet atelier était justement de favoriser un partage d'expérience pour collecter les bonnes pratiques devant être prises en compte dans l'élaboration de normes en matière de nutrition des nourrissons et du jeune enfant. Le MSPP, en particulier la Direction de Nutrition, et beaucoup de partenaires ont pris part à la réalisation de cet atelier.

Nous citerons les organismes du système des Nations Unies, dont l'UNICEF, l'OMS/OPS, l'ONUSIDA, et les acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA tels que le Fonds Mondial, PEPFAR et l'USAID à travers son projet phare sur la Nutrition des Nourrissons et Jeunes Enfants : IYCN.

La Fondation SOGEBANK avait été représentée à cet atelier, dans une logique de coordination et de synergie avec toutes les autres institutions présentes qui ont supporté l'évènement.

Le Directeur Exécutif de la Fondation a proposé de faire du thème de la nutrition, une composante importante de la réponse sanitaire par rapport au VIH/SIDA, notamment en matière de PTME.

Par ailleurs, la tenue de cet atelier a été perçue par ce Responsable tout d'abord comme un mécanisme de coordination, ensuite une occasion d'harmoniser les différentes interventions, afin d'atteindre des objectifs fixés. Les recommandations techniques qui permettront aux prestataires de pouvoir améliorer la qualité de soins



en la matière sont d'une grande importance et devons être considérés comme des indicateurs pouvant permettre de mesurer les progrès accomplis.

Pour sa part, le Directeur général du MSPP a salué la réalisation de cet atelier et la contribution de tous les partenaires présents aux côtés de la Direction de Nutrition. Le responsable du MSPP exprime sa satisfaction devant l'adhésion de tous les participants à la position entérinée de longue date par le Ministère.

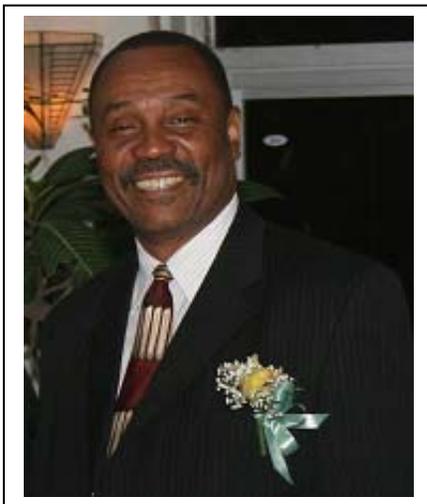
La PTME a été à nouveau évoquée par Dr. Gabriel Timothée qui recommande une intensification du counseling pour atteindre des résultats comparables au déploiement des sites ARV.

Pour lui, la question de l'accouchement à domicile reste un défi majeur que nous devons adresser dans nos stratégies de promotion des normes et procédures en matière de nutrition. Le Dr. Timothée a plaidé pour l'intégration de ces normes et procédures au curriculum de formation des centres d'enseignements supérieur de santé.

Le Directeur général a souhaité que les résultats de l'Atelier soient compilés dans un document de référence qui devra être largement diffusé afin de s'assurer que tout le monde parle le même langage. La contribution de la Société Haïtienne de Pédiatrie a été saluée en la circonstance pour leur engagement envers l'AME.

Nous reproduisons ci-après un extrait du discours prononcé par le Directeur général du MSPP lors de la clôture de l'Atelier sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant né de mères séropositives.

Extraits du discours du Directeur Général du MSPP, Dr. Gabriel Timothé



Au cours de cet atelier, rendu possible grâce aux partenaires tels que IYCN, les Nations Unies, OPS/OMS, L'ONUSIDA, l'UNICEF, des institutions intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA en Haïti, dont le FONDS MONDIAL et PEPFAR, il s'agissait aussi de parvenir à un consensus de sorte que tout le monde puisse parler d'une seule voix. IYCN par son expertise et son accompagnement a permis non seulement de développer l'aspect scientifique, mais a aussi contribué financièrement à la réalisation de cet atelier.

La tendance générale qui s'est dégagée des différents travaux en atelier que j'ai pu suivre, est ce consensus autour de l'allaitement maternel, consensus entériné par le Ministère en raison des avantages scientifiquement prouvés à la fois pour la mère et le nourrisson. Certes, nous sommes conscients que des efforts restent à entreprendre en terme de mesures d'accompagnement de cette stratégie, particulièrement en ce qui concerne la PTME. Nous devons tenir compte également de la

formation des professionnels de la santé en matière de nutrition, de la verticalité de la prestation des soins aux mères et aux enfants, du support social aux femmes enceintes par les incitatifs...

Au nom du Ministère de la santé publique et de la population il m'échet de réitérer mes remerciements à tous les partenaires, que j'ai déjà cités, tous les participants, pour leur contribution. Et nous pensons que, le document final de l'Atelier exprimant le consensus général et compilant les différentes recommandations, fera l'objet d'une large diffusion, car je crois que ce document servira de référence pour tous les prestataires quel que soit le groupe auquel ils puissent appartenir, pour contribuer à l'amélioration des conditions de santé du nourrisson et du jeune enfant nés de mères séropositives.

ANNEXES

Agenda Atelier sur la Nutrition du nourrisson et du jeune enfant nés de mères séropositives

JOUR I : JEUDI 3 AVRIL 2008

Heure Activité

8:00 Enregistrement des participants

8:30 Propos d'ouverture

Session I

8:35 Mise en contexte

8:45 VIH et Alimentation du nourrisson: Recommandations de l'OMS

Constanza Vallenias (OMS, Genève)

9:15 The needs for caution and humility when changing how mothers feed their babies

(Le besoin d'être prudent et humble quand on change la façon dont les mères donnent des aliments à leurs bébés)

Peter Iliff (Zwitambo, Zimbabwe)

10:00 Discussions

10:30 Pause-café

Session II

10:45 Les expériences haïtiennes

1. GHESKIO
2. PIH (Partners in Health)
3. HHF (Haitian Health Foundation)
4. HCH (Hôpital de la Communauté Haïtienne)
5. PALIH (Projet d'appui à la lutte contre les IST/VIH/ SIDA en Haïti)

12:00 Discussions

12:30 Introduction aux travaux de groupe

1:00 Lunch

Session III

2:00 Travaux de groupe

3:00 Plénière

4:00 Discussions

4:30 Clôture de la journée

JOUR II : VENDREDI 4 AVRIL 2008

Heure Activité

8:00 Accueil des participants

8:30 Résumé du jour précédent

9:00 Travaux en atelier

10:00 Pause-café

10:15 Plénière

11:15 Discussions

12:00 Recommandations de l'atelier par le Directeur Général du MSPP Dr Gabriel Thimothe

12:45 Cérémonie de clôture

1:00 Lunch

LISTE DES DOCUMENTS DISTRIBUES A L'ATELIER DU 2 AU 4 AVRIL 2008

1. Déclaration de consensus de l'OMS sur le VIH et l'alimentation du nourrisson (Déclaration Commune de Genève 25-27 Octobre 2006)
2. Faits d'alimentation de 0 à 6 mois
3. Faits d'Alimentation de 6 à 24 mois
4. HIV and Infant feeding and more perils for poor people...
5. Comment préserver la pratique de l'allaitement maternel
6. Preserving breastfeeding practice
7. Le VIH SIDA et l'Alimentation du Nourrisson
8. IYCN Brief
9. Objectifs clés de l'alimentation du Nourrisson
10. Communiqué du 5 Février 2008 : première preuve que la transmission virale à travers le lait maternel peut être évitée par un produit pharmaceutique.
11. De Nouvelles Etudes suggèrent une Réduction du Risque de Transmission postnatale du VIH pendant L'Allaitement Maternel
12. Principales directives pour l'Alimentation du Nourrisson
13. Le projet IYCN (Janvier2008)
14. Autres documents, poster, dépliants :
 - Alimentation ti bebe lakay manman ki gen viris Sida
 - Poster avec le thème de l'Atelier
 - Dépliant Nutrition et du Jeune Enfant nés de mères séropositives
 - Dépliant Bon teknik pou bay tete
 - Dépliant Kouman poum bay ti bebe m tete
 - Dépliant Kouman poum rale lèt la epi chofel
 - Dépliant Kouman poum bay ti bebe m manje

LISTE DES INSTITUTIONS AYANT PARTICIPE A L'ATELIER

1. ADAH
2. AEP
3. Albert Schweitzer
4. ANP
5. APF
6. ASDE/KF
7. ASPAL
8. Association des Oeuvres privées de Santé (AOPS)
9. Association Médicale Haïtienne (AMH)
10. CARE International Haïti
11. Catholic Relief Services (CRS)
12. CDS
13. Centre de développement de la Santé (CDS/PPC)
14. Centre de Recherche pour le Développement (CRD)
15. Centre pour la promotion de l'Allaitement Maternel (CEPAM)
16. CHOSCAL
17. Catholic Medical Mission Board (CMMB)
18. Commission Européenne
19. Commission Européenne/Bruxelles
20. Concern Worldwide
21. Coordination Nationale pour la Sécurité Alimentaire (CNSA/MARNDR)
22. CREDES (Mission MSPP/AFD)
23. CT/MSPP/Coopération Française
24. Département Sanitaire SUD
25. Direction Santé Familiale (DSF/MSPP)
26. DPSPE/MSPP
27. DSC/Hinche
28. DSGA/Jérémie Grande Anse
29. DSNE FL (Direction Sanitaire Nord'Est Fort-Liberté)
30. DSNO/MSPP
31. ENISF/MSPP
32. ENJSF
33. ESPOIR ANAISE
34. Faculté d'Agronomie et de Médecine Vétérinaire (FAMV/STA)
35. Faculté d'Agronomie et de Médecine Vétérinaire/STA
36. Family Health International (FHI)
37. FANTA/AED
38. FHL
39. FOCAS
40. Fondation Sogébank
41. FONDE VIH
42. GHESKIO
43. Haitian Health Foundation (HHF)
44. HAS/Pédiatrie
45. Hôpital Alma Mater /Gros-Morne
46. Hôpital Bienfaisance Pignon
47. Hôpital Bonne Fin
48. Hôpital de l'Université d'Etat d'Haïti/Pédiatrie (HUEH/Pédiatrie)
49. Hôpital de la Communauté Haïtienne (HCH)
50. Hôpital de la paix
51. Hôpital Fort Liberté (H.F.L)
52. Hôpital HAS (Jérémie)
53. Hôpital Immaculée Conception/Port de Paix
54. Hôpital Justinien/Département Nord
55. Hôpital PG/Artibonite
56. Hôpital St Michel
57. Hôpital St Michel de Jacmel
58. Hôpital Ste Famille
59. Hôpital Universitaire la Paix (HUP)
60. HPG/Gonaïves

61. HST/Miragoâne
62. HSTH Pédiatrie
63. HSTH/Maternité
64. HUEH-SHP
65. ICC-GCH
66. Initiative Développement (ID)
67. Institut Haïtien de Santé
Communautaire (INHSAC)
68. Intell Consult
69. I-Tech
70. JHPIEGO
71. JHU/CCP
72. L'Unique foyer des jeunes
d'Haïti (UFJH)
73. La Maison Arc-en-ciel
74. La Leche League
75. La Santé (OPS/OMS)
76. MARCH
77. MEBH/VODH
78. Médecin du Monde CANADA
79. Médecin du Monde Suisse
80. Médecins du monde/France
81. Meds+food for Kids (MFK)
82. Ministère de la Santé Publique et
de la Population (MSPP)
83. MOFADEL
84. MSPP/BID
85. MSPP/DSO
86. MSPP/PNLS
87. MSPP-DSSE
88. NUTRIPA
89. Nutrition/MSPP
90. OFTAC
91. ONUSIDA
92. Organisation Panaméricaine de la
Santé/ Organisation Mondiale de
93. PADESS
94. PALIH/DSA
95. PLAN Haiti
96. Pro-as-co
97. Programme d'Alimentation
Mondiale (PAM)
98. Promoteurs Objectif Zérosida
(POZ)
99. RJPARD
100. Save the Children
101. SERVEHAITI/Grand-Bois
102. SHSH
103. UNICEF
104. Unité de Coordination de Projet
(UCP/MSPP)
105. Unité de Coordination du
Programme National de
Nutrition/Ministère de la Santé
Publique et de la Population
(UCPNANu/MSPP)
106. Unity Orphanage M.
107. Université Notre Dame
D'Haïti/Ecole des infirmières
(UNDH/ESI)
108. USAID
109. VDH
110. World Concern

**Atelier sur la Nutrition du nourrisson et du jeune enfant
Nés de mères séropositives, Montana, 2 avril 2008**





