

Question 3 relative à la prise en charge

Comment l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (y compris l'allaitement) doit-elle être assurée dans les centres de traitement Ebola (CTE) ?

- Les jeunes enfants doivent faire l'objet d'une attention particulière dans les CTE. Ils sont souvent plus susceptibles d'être atteints de malnutrition au moment de leur admission. De plus, leurs réserves nutritionnelles étant faibles, ils risquent davantage de souffrir d'une malnutrition aiguë à cause de la maladie.
- S'ils sont allaités, il est possible que l'allaitement doive être arrêté brusquement, sans transition.
- Ils peuvent également être séparés des personnes qui s'occupent d'eux, une séparation qui peut avoir de graves conséquences émotionnelles, notamment une perte d'appétit.
- Même s'ils ne sont pas gravement malades, beaucoup de jeunes enfants ont besoin d'une aide physique pour s'alimenter.

Tous ces facteurs font des jeunes enfants des patients particulièrement vulnérables sur le plan nutritionnel.

Cette question traite de trois sujets fondamentaux, qu'il convient de prendre en considération dans le contexte de la MVE et de la gestion des CTE :

1. **Allaitement**
2. **Alimentation de remplacement avec un substitut du lait maternel**
3. **Alimentation de complément**

Des orientations plus détaillées sur ces trois sujets dans d'autres contextes que celui de la MVE sont disponibles dans d'autres documents.

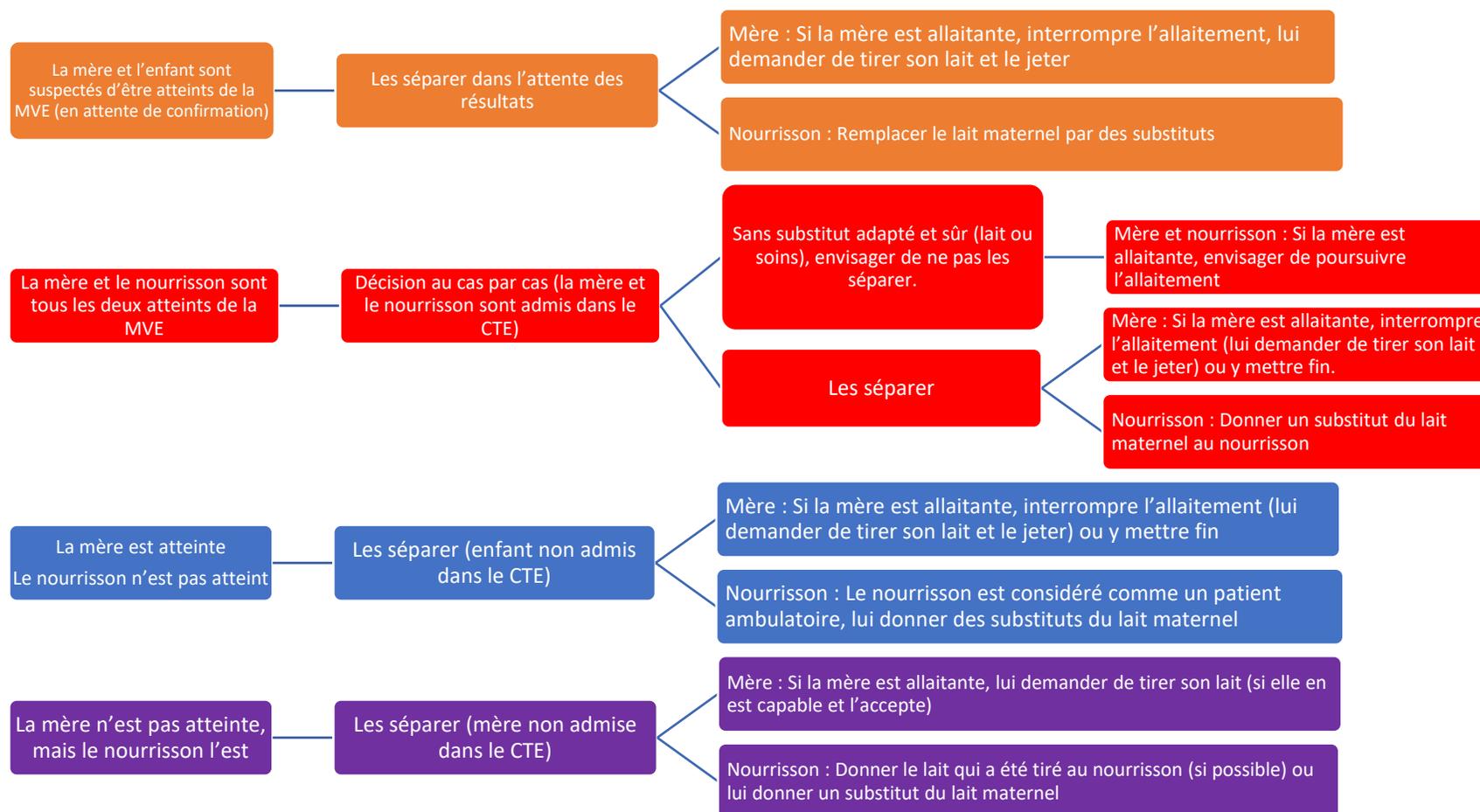
1. **ALLAITEMENT**

Quelles sont les recommandations actuelles concernant l'allaitement et la prise en charge des mères et des enfants âgés de moins de 24 mois dans les CTE ?

Les modalités de prise en charge des mères et des enfants âgés de moins de 24 mois dans les CTE dépendent du stade de la maladie chez chacun d'entre eux^{1,2}. Voir la figure 1 et sa description ci-dessous.

1 PC3. Comment l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (y compris l'allaitement) doit-elle être assurée dans les centres de traitement Ebola ?

Figure 1. Arbre de décision relatif aux couples mère-enfant dans les CTE



La mère et son enfant sont admis dans le CTE et attendent leurs résultats :

- Lorsque des couples mère-enfant sont admis dans un CTE et que le diagnostic n'a pas encore été confirmé, séparez-les dans l'attente des résultats du test RT-PCR^a.
- Si la mère est allaitante, interrompre immédiatement l'allaitement. Le lait maternel doit être tiré et jeté (selon les modalités applicables aux déchets dangereux) afin que la mère continue à produire du lait et qu'elle puisse recommencer à allaiter facilement au besoin.
- Les enfants âgés de moins de 24 mois qui étaient allaités ou nourris par d'autres laits doivent recevoir un substitut du lait maternel.

La mère et son enfant sont admis dans le CTE et leurs tests sont positifs à la MVE :

- Vous devez évaluer au cas par cas l'utilité de séparer un couple mère-enfant lorsqu'ils sont tous les deux malades. Vous devez prendre en compte l'âge de l'enfant, la gravité des symptômes et d'autres facteurs contextuels, ainsi que les bienfaits nutritionnels et immunologiques du lait maternel.
- Selon les recommandations de l'OMS, s'il s'agit d'un enfant âgé de moins de 6 mois et que vous n'avez pas accès à un substitut du lait maternel adapté et sûr, ou si personne ne peut correctement s'occuper de l'enfant, vous pouvez envisager de les laisser ensemble et de poursuivre l'allaitement².
- Les recommandations suggérant d'interrompre l'allaitement dans le cas où une femme allaitante et son enfant nourri au sein sont atteints d'une MVE aiguë se fondent sur « un risque hypothétique de "poussée" virale entre deux personnes infectées. Cette charge virale élevée pourrait théoriquement accroître la gravité de la maladie par une exposition virémique supplémentaire. » (ibid)^b
- Indépendamment du contexte, le choix de la mère doit être respecté et soutenu par les agents de santé : ils doivent lui donner des conseils clairs et personnalisés et ne pas la stigmatiser. Les risques liés à la poursuite de l'allaitement lorsque la mère et l'enfant sont malades sont très incertains. Vous devez en informer la mère lorsque vous lui donnez vos conseils³.
- Si l'état d'une mère qui a décidé d'allaiter s'aggrave et l'en empêche, vous devrez peut-être avoir recours à un substitut du lait maternel.
- Si l'allaitement doit être interrompu ou arrêté, le lait maternel tiré doit être jeté.

Seule la mère est atteinte de la MVE et admise dans le CTE :

- Seule la mère doit rester dans le CTE.
- Les mères allaitantes doivent interrompre l'allaitement ou y mettre fin. Le lait maternel tiré doit être jeté.

Seul l'enfant est atteint de la MVE et admis dans le CTE :

- Seul l'enfant doit rester dans le CTE.

^a Test par amplification en chaîne par polymérase après transcription inverse

^bAucune donnée probante n'étaye directement cette théorie. La recommandation de l'OMS d'interrompre l'allaitement se fonde sur des données de très faible qualité.

- Les mères allaitantes sont encouragées à tirer leur lait. Il pourra ainsi être donné à l'enfant admis tant que les mesures de prévention et de lutte contre les infections adéquates seront en place.
- Il convient d'aider les mères à tirer leur lait et, si possible, de leur fournir un tire-lait manuel. (Remarque : le lait tiré doit être conservé dans un endroit réfrigéré et jeté après un jour, ou après une heure au chevet du patient).
- Si la mère ne peut pas tirer son lait, il convient de donner un substitut du lait maternel à l'enfant.

Quelle aide proposer aux femmes prises en charge dans les CTE dont l'allaitement a été interrompu ou arrêté ?

- Dès leur arrivée au CTE (que la maladie soit suspectée ou confirmée), les femmes allaitantes doivent bénéficier d'une consultation portant spécifiquement sur l'allaitement. Il convient de s'efforcer de protéger, de promouvoir et de soutenir la reprise de l'allaitement.
- Si les femmes allaitantes souhaitent recommencer à allaiter une fois que toutes les conditions de sécurité seront réunies, il convient de les aider à maintenir leur production de lait maternel. Elles doivent apprendre à tirer leur lait régulièrement, soit manuellement, soit à l'aide d'un tire-lait.
- Les femmes qui souhaitent arrêter d'allaiter doivent pouvoir bénéficier d'une assistance pour tirer leur lait, afin de soulager leurs douleurs et prévenir les risques d'engorgement et d'inflammation.
- Vous pouvez proposer un médicament (la cabergoline, par exemple) aux femmes enceintes et allaitantes, s'il est adapté et disponible, afin d'arrêter la production de lait. Idéalement, ce traitement doit être proposé aux femmes enceintes peu de temps après l'accouchement ou l'interruption de grossesse.

Remarque : Le lait maternel d'une patiente atteinte de la MVE doit être considéré comme un produit contaminé et être manipulé conformément aux lignes directrices sur la prévention et la lutte contre les infections relatives à la MVE afin de réduire les risques de transmission du virus³.

Quelles sont les recommandations en matière d'allaitement pour les femmes allaitantes guéries et sorties d'un CTE ?

- Les femmes allaitantes qui ont arrêté d'allaiter, sont guéries de la MVE et ont un jeune enfant asymptomatique ou testé négatif doivent d'abord soumettre leur lait maternel à deux tests RT-PCR et obtenir des résultats négatifs (deux tests à 24 heures d'intervalle).
- Le lait maternel doit être testé immédiatement, juste avant ou au moment de la sortie de la patiente du CTE. De même, toutes les femmes allaitantes qui ont été malades lors de leur grossesse doivent également soumettre leur lait maternel à un test RT-PCR. Si le test a détecté l'ARN du virus Ebola, le lait maternel devra être testé toutes les 48 heures, jusqu'à ce que deux résultats négatifs consécutifs soient obtenus.
- Si une femme allaitante sort guérie, mais qu'elle est dans l'incapacité de faire tester son lait maternel, elle ne doit pas reprendre l'allaitement. En effet, dans certains cas, le risque de transmission au nourrisson peut toujours exister un certain temps après la rémission clinique².

2. ALIMENTATION DE REMPLACEMENT AVEC DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

Quel substitut du lait maternel utiliser ?

Pour les nourrissons âgés de moins de 6 mois :

- Les préparations pour nourrissons prêtes à l'emploi doivent être privilégiées pour les enfants de ce groupe d'âge dans les CTE^c. Aucun autre aliment ni aucune autre boisson ne doivent être consommés, à l'exception des liquides administrés par voie orale (par exemple, une solution de réhydratation orale) prescrits par un clinicien.
- Si les préparations pour nourrissons prêtes à l'emploi ne sont pas disponibles, il convient alors d'utiliser des préparations en poudre pour les nourrissons âgés de moins de 6 mois.

Pour les enfants âgés de 6 à 23 mois :

- Il est possible d'utiliser des préparations en poudre, des préparations pour nourrissons prêtes à l'emploi et du lait entier UHT (lait entier pasteurisé à ultra-haute température). Le choix dépend des produits disponibles et des produits qui peuvent être utilisés.

Les préparations prêtes à l'emploi et les préparations en poudre reconstituées doivent être utilisées dans un délai de deux heures suivant leur ouverture, avant d'être jetés. Un carton de lait UHT doit être utilisé dans un délai de deux heures suivant son ouverture, s'il a été conservé à température ambiante, avant d'être jeté. Les produits conservés dans un endroit réfrigéré doivent être consommés dans un délai de sept jours suivant leur ouverture.

Laits thérapeutiques : F-75 et F-100

Ces laits doivent être utilisés en priorité pour soigner les enfants âgés de 6 à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë sévère. Si les équipes ne disposent d'aucun autre substitut du lait maternel pour les enfants qui ne souffrent pas de malnutrition, elles peuvent utiliser temporairement le F-100, jusqu'à ce qu'un autre substitut approprié soit disponible.

REMARQUE : dans la plupart des cas, nous ne recommandons pas de recourir à une nourrice. En effet, le risque de transmissions du virus Ebola entre la nourrice et le nourrisson, et inversement, est élevé en cas d'infection³.

Quelle quantité de substitut du lait maternel fournir et à quelle fréquence ?

La quantité de lait et la fréquence des repas dépendent de l'âge de l'enfant. La quantité de lait administrée à des enfants âgés de 6 à 23 mois dépend également de leur capacité à consommer des aliments semi-solides ou solides. Les enfants qui suivent un régime liquide doivent uniquement

^cLes préparations pour nourrissons prêtes à l'emploi ne nécessitent pas de préparation supplémentaire. Elles coûtent cher et exigent certaines conditions de stockage ; ces aspects doivent être pris en considération dans chaque contexte.

consommer du lait, alors que ceux qui suivent des régimes semi-solides et solides peuvent également consommer d'autres aliments. Voir les tableaux ci-dessous.

Tableau 1. Quantité recommandée de substitut du lait maternel pour les nourrissons âgés de moins de 6 mois

Âge	Quantité totale journalière	Nombre de repas par jour	Quantité par repas
Moins d'un mois	450 ml	8	60 ml
1 mois	600 ml	7	90 ml
2 à 3 mois	750 ml	6	120 ml
4 à 5 mois	900 ml	6	150 ml

Tableau 2. Quantité recommandée de substitut du lait maternel pour les enfants âgés de 6 à 23 mois

Âge	Quantité totale journalière	Nombre de repas par jour	Quantité par repas
<i>Lait + aliments complémentaires</i> (régime semi-solide ou solide)			
6 à 23 mois	500 ml	5	100 ml

Le substitut du lait maternel doit être servi dans un gobelet jetable ou dans une tasse aseptisée. Si un nourrisson (âgé de moins d'un an) éprouve des difficultés avec une tasse normale, il convient d'essayer une tasse conçue spécifiquement pour faciliter son alimentation (paladai)^d. En l'absence de tels outils, il convient d'utiliser une seringue que devra être remplacée à chaque repas.

Besoins en alimentation de remplacement lors de la sortie et du suivi

Compte tenu du temps nécessaire pour que le lait maternel soit négatif à la MVE (la médiane rapportée à ce jour est de 36 jours après la sortie du CTE), les CTE doivent envisager de fournir aux familles qui ont besoin d'une alimentation de remplacement une réserve de deux mois d'un substitut du lait maternel approprié. Ils doivent également les orienter vers des services capables d'évaluer et de soutenir les décisions relatives à l'alimentation des nourrissons après cette période. La faisabilité et l'acceptabilité d'une telle distribution de substitut du lait maternel doivent être examinées pour chaque CTE, ainsi que pour les systèmes de santé et d'assistance qui lui sont associés. La distribution de substitut du lait maternel doit toujours être complétée par des instructions sur la préparation, l'administration et la conservation en toute sécurité du substitut à domicile.

^dDes informations supplémentaires sur le paladai sont disponibles à l'adresse suivante : <https://shop.laerdalglobalhealth.com/product/nifty/>

3. ALIMENTATION DE COMPLÉMENT

En plus du lait, les enfants âgés de 6 à 23 mois devraient être nourris avec des repas complets et variés sur le plan nutritionnel, adaptés à leur développement. La consistance des aliments doit évoluer progressivement, en fonction de l'âge de l'enfant, de son état de santé général et de sa capacité à manger. Écraser, réduire en purée et ramollir les aliments destinés aux plus jeunes leur permet de mastiquer et de déglutir plus facilement. Les enfants plus âgés peuvent consommer des aliments coupés en très petits morceaux, afin d'éviter les risques d'étouffement.

Fréquence des repas en fonction de l'âge :

- Enfants âgés de 6 à 8 mois : Servir deux à trois repas et une à deux collations par jour.
- Enfants âgés de 9 à 23 mois : Donnez trois à quatre repas et une à deux collations par jour.

Si un enfant manque d'appétit, il est possible de diminuer la taille de ses repas et collations, tout en augmentant leur fréquence. Il convient de prévoir des options d'alimentation pour la nuit.

Chaque repas doit inclure des aliments issus de deux à trois groupes d'aliments différents, en veillant à ce que tous les groupes soient couverts chaque jour :

- Aliments de base : céréales, racines et tubercules.
- Aliments d'origine animale : viande, poulet, poisson, foie, œufs et produits laitiers.
- Légumineuses : haricots, lentilles, pois et graines. (Faites tremper les haricots et les légumineuses avant de les cuire afin qu'ils soient fondants et que les enfants puissent les consommer plus facilement.)
- Fruits et légumes (en particulier ceux riches en vitamine A) : papayes, mangues, fruits de la passion, oranges, légumes à feuilles vert foncé, carottes, potirons et patates douces.

Les plus jeunes enfants peuvent avoir besoin de repas préparés spécifiquement à leur intention, tandis que les enfants plus âgés peuvent généralement manger les mêmes aliments que leurs aînés et les adultes, mais en plus petites quantités et en respectant la consistance appropriée.

Les collations peuvent comprendre des fruits, du pain ou d'autres produits alimentaires simples et traditionnels (sains).

Les régimes jugés insuffisants pour couvrir les besoins quotidiens en micronutriments doivent être enrichis avec des micronutriments en poudre. Comme pour les patients plus âgés, il convient de privilégier les spécialités locales.

Les aliments et suppléments thérapeutiques prêts à l'emploi doivent être réservés aux enfants qui souffrent de malnutrition aiguë sévère (aliments thérapeutiques prêts à l'emploi) ou modérée (suppléments thérapeutiques prêts à l'emploi). Toutefois, faute d'autres collations ou compléments appropriés pour les enfants ne souffrant pas de malnutrition, ces produits peuvent être utilisés en tant

que compléments, si cela est nécessaire et si l'enfant l'accepte. Les aliments thérapeutiques prêts à l'emploi sous forme de barres ou de biscuits doivent être servis sous forme de bouillie. Les versions pâteuses des aliments et suppléments thérapeutiques prêts à l'emploi ne conviennent pas aux enfants qui présentent des difficultés à déglutir¹.

Ne pas servir de jus de fruits transformés, de sodas ou d'autres boissons non nutritives, car ils risquent d'aggraver la diarrhée et sont pauvres en éléments nutritifs.

Références

1. Ministère de la santé de la République démocratique du Congo. *Manuel d'orientation sur la promotion, la protection et le soutien à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en communauté dans le contexte de l'épidémie de la maladie à virus Ebola à l'est de la République démocratique du Congo*. Programme national de nutrition « PRONANUT », mené avec le soutien du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2019.
2. Organisation mondiale de la Santé. *Lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge des cas de femmes enceintes et allaitantes dans le contexte de la maladie à virus Ebola*. Organisation mondiale de la Santé, 2020.
3. Organisation mondiale de la Santé. *Prise en charge clinique des cas de fièvre hémorragique virale : Guide de poche pour l'agent de santé de première ligne : Guide d'urgence provisoire à adapter aux conditions d'exercice dans les différents pays*. Organisation mondiale de la Santé, 2016.