

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE
PUBLIQUE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

UNION-DISCIPLINE-TRAVAIL



DIRECTIVES NATIONALES DE NUTRITION

EDITION 2017

SOMMAIRE

PREFACE	ii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iii
INTRODUCTION	1
LES DIRECTIVES POUR LES BONNES PRATIQUES NUTRITIONNELLES	2
DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DES FEMMES ENCEINTES ET DES FEMMES ALLAITANTES	6
DIRECTIVES DE L'ALIMENTATION DU	11
NOUVEAU-NE, DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT	11
DIRECTIVES DE L'ALIMENTATION DU PREMATURE ET DU NOUVEAU-NE DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE	15_Toc496539086
DIRECTIVES POUR LE SUIVI ET LA PROMOTION DE LA CROISSANCE	Erreur ! Signet non défini.
DIRECTIVES POUR LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A CHEZ LES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS	20
DIRECTIVES POUR LA SUPPLEMENTATION EN ZINC COMME ADJUVANT AU TRAITEMENT DE LA DIARRHEE	22
DIRECTIVES POUR L'ALIMENTATION DE L'ADOLESCENT ET DU JEUNE ADULTE DE 10 A 24 ANS	23
DIRECTIVES POUR LA LUTTE CONTRE LES TROUBLES DUS A LA CARENCE EN IODE	25
DIRECTIVES POUR L'ENRICHISSEMENT EN MICRONUTRIMENTS : VITAMINE A, FER, VITAMINE B9, ZINC, MAGNESIUM ET CALCIUM	26
DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION PAR EXCES	29
DIRECTIVES NUTRITIONNELLES LORS DES ATELIERS ET SEMINAIRES	33
DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DANS LES SITUATIONS D'URGENCE	36
DIRECTIVES POUR L'ALIMENTATION DES PIAVIH/TUBERCULEUX	37
DIRECTIVES POUR LES SOINS ET SOUTIENS NUTRITIONNELS ET ALIMENTAIRES DES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES VIVANT AVEC LE VIH ET/OU MALADES DE LA TUBERCULOSE	44
DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DES ADOLESCENTS ET ADULTES VIVANT AVEC LE VIH ET/OU MALADES DE LA TUBERCULOSE	45
DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE	46
DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DES NOURRISSONS DE MOINS DE 06 MOIS ET/OU DE MOINS DE 3 KG	54
ANNEXES	56
REFERENCES	59

PREFACE

Une nutrition adéquate est un droit pour tous et une condition essentielle pour le bien-être physique, mental et psychoaffectif de l'enfant ainsi que pour la qualité de la vie de l'adulte.

Des efforts ont été consentis par le Gouvernement de Côte d'Ivoire à travers des interventions tant au niveau communautaire que national, pour l'amélioration de l'état nutritionnel des populations.

Cependant, la situation reste toujours préoccupante sur le plan national avec des prévalences de malnutrition et de carences en micronutriments toujours élevées, contribuant ainsi de manière directe ou indirecte à l'augmentation de la mortalité infantile, infanto juvénile et maternelle de la Côte d'Ivoire. La pandémie du VIH et la tuberculose aggravent cette situation nutritionnelle.

Les directives nationales de nutrition permettront de donner des orientations claires pour les bonnes pratiques nutritionnelles.

L'appropriation de ces directives et leur mise en pratique est le gage d'un meilleur état nutritionnel de la population ivoirienne.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ANF	Alliance Nationale de la Fortification
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ARV	Anti Retro Viraux
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CPN	Consultation Prénatale
ESPC	Etablissement Sanitaire de Premier Contact
EIS-CI	Enquête sur les Indicateurs du Sida en Côte d'Ivoire
Hb	Hémoglobine
IMC	Indice de Masse Corporelle
IP	Inhibiteurs de la Protéase
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JNN	Journées Nationales de Nutrition
JNV	Journées Nationales de Vaccination
MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
P/A	Poids-pour-Age
PB	Périmètre Brachial
PCR	Polymerase Chain Reaction
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PIAVIH	Personne Infectée et Affectée par le VIH
PF	Planification Familiale
PNN	Programme National de Nutrition
P/T	Poids-pour-Taille
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
SIDA	Syndrome d'Immuno- Déficience Acquise
SMART	Spécifique Mesurable Accessible Réaliste Temporel
TDCI	Troubles dus à la carence en iode
UI	Unités Internationales
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
EDS	Enquête Démographique de Sante

INTRODUCTION

En Côte d'Ivoire, la malnutrition est la cause sous-jacente de 33% de la mortalité infanto-juvénile. Selon les résultats de l'EDS 2012, la malnutrition aiguë au niveau national pour la tranche d'âge de 0 à 59 mois est de 7% (11% au Nord Est) avec 2% de forme sévère et la malnutrition chronique est à 28% au plan national avec des disparités régionales dépassant les seuils d'urgence (Nord, Nord Est et Ouest). La prévalence de l'anémie est régulièrement au-dessus de 50% chez les enfants d'âge préscolaire, les enfants d'âge scolaire et les femmes. Face à tous ces problèmes nutritionnels, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), à travers le Programme National de Nutrition (PNN), a mis en place des stratégies pour améliorer l'état nutritionnel de la population aux rangs desquelles on peut citer l'élaboration d'un document de directives nationales de nutrition en 2009 en vue d'orienter tous les intervenants et prestataires dans le domaine de la nutrition. Il a été révisé en 2013.

En 2016, il s'est avéré nécessaire de l'actualiser, afin de tenir compte des recommandations internationales tout en s'alignant sur les orientations du nouveau protocole national de prise en charge de la malnutrition.

Ce document de directives a pour objectif d'uniformiser les actions en fonction des niveaux de prise en charge et d'améliorer la qualité des services. Plus spécifiquement il permet de:

- ❖ définir le cadre d'intervention ;
- ❖ préciser les actions à mener ;
- ❖ suivre les interventions ;

Il est destiné aux:

- ❖ prestataires de soins,
- ❖ personnel des organisations communautaires (relais communautaires et ONGs),
- ❖ planificateurs des services de santé, des services sociaux, éducationnels et nutritionnels,
- ❖ personnel des agences internationales et nationales qui appuient les programmes de santé/nutrition,
- ❖ industriels agro-alimentaires,
- ❖ clients.

LES DIRECTIVES POUR LES BONNES PRATIQUES NUTRITIONNELLES

Les directives pour les bonnes pratiques nutritionnelles (BPN) visent à amener les populations à adopter un comportement nutritionnel adéquat selon l'âge, le sexe, les besoins énergétiques et l'activité physique.

Ces directives sont les suivantes :

❖ Directive 1

Prendre 3 repas équilibrés, variés et sains par jour (petit déjeuner, déjeuner et dîner) et 2 goûters à des heures fixes.

- a- manger équilibré en respectant les recommandations de la pyramide alimentaire. **(figure1)**
- b- manger au moins 5 fruits et légumes par jour (soit 02 fruits et 03 légumes, ou 03 fruits et 02 légumes,...).
- c- ne pas manger trop gras, trop sucré, trop salé.
- d- éviter de grignoter entre les repas.
- e- ajouter le sel en fin de cuisson (sel iodé)

❖ Directive 2

Respecter les mesures d'hygiène (les cinq clés) pour une alimentation sûre :

a. Restez propre

- Adoptez une hygiène corporelle et vestimentaire ;
- Lavez vos mains avant de toucher les aliments et relavez-les souvent surtout pendant que vous faites la cuisine ;
- Lavez vos mains après être allé aux toilettes, après avoir changé le bébé ou après un contact avec les animaux ;
- Lavez proprement toutes les surfaces et le matériel à utiliser pour la préparation de la nourriture et pour la servir ;
- Conservez la nourriture dans des récipients couverts ;
- Tenez les aliments à l'écart des insectes, des rongeurs et des animaux.

b. Séparez les aliments crus des aliments cuits

- Séparez la viande, la volaille, le poisson cru et les fruits de mer (crabes, crevettes...) des autres aliments ;
- Ne réutilisez pas pour d'autres aliments le matériel et les ustensiles (couteaux, planches à découper) que vous venez d'utiliser pour les aliments crus, si possible lavez les proprement à l'eau et au savon après chaque utilisation ;

- Evitez le contact entre les aliments crus et les aliments prêts à être consommés.

c. Faire bien cuire les aliments

- Faites bien cuire les aliments surtout la viande, la volaille, les œufs, le poisson et les fruits de mer ;
- Portez les mets tels que la soupe et les ragouts à ébullition pour vous assurer qu'ils ont dépassé 70 °C. Pour la viande et la volaille, assurez-vous que les jus sont clairs et pas roses ;
- Faites bien réchauffer les aliments déjà cuits (réchauffez entièrement, faites bouillir ou chauffer jusqu'à une température très élevée, remuez pendant le réchauffage).

d. Garder la nourriture à température sûre

- Ne laissez pas des aliments cuits plus de deux heures à la température ambiante;
- Ne conservez pas la nourriture trop longtemps même dans un réfrigérateur ;
- Réfrigérez rapidement tous les aliments cuits et les denrées périssables (de préférence à moins de 5°C) ;
- Décongelez progressivement les aliments surgelés (Congélateur, réfrigérateur, milieu ambiant) ;
- Maintenez les aliments cuits très chaud jusqu'au moment de les servir (60°C)

➤ **Conseil : La nourriture pour les nourrissons et les enfants devrait être préparée fraîchement et ne devrait pas être conservée après cuisson.**

e. Utiliser de l'eau et des aliments frais

- Utiliser de l'eau propre ou la traiter pour la rendre potable, sûre, de façon à écarter tout risque microbien ;
- Choisir des aliments frais et sains ;
- Préférer les aliments produits naturellement ;
- Préférer des aliments traités de telle façon qu'ils ne présentent plus de risque comme, par exemple, le lait pasteurisé ou stérilisé ;
- Laver les fruits et les légumes dans l'eau propre, surtout si vous devez les consommer crus ;
- Ne pas consommer d'aliments au-delà de sa date de péremption.

❖ Directive 3

Manger et bouger : pratiquer une activité physique modérée chaque jour soit :

- **l'équivalent de 30mn de marche rapide par jour**

- **au moins 10 000 pas par jour (Podomètre conseillé)**

Chez l'adulte comme chez l'adolescent et l'enfant, le surpoids et l'obésité sont souvent liés à une faible activité physique et à une diminution de la vie sociale.

➤ **Cas particulier : En cas de compétition sportive**

- a. Veillez à prendre un dernier repas riche en glucides la veille de la compétition ;
- b. Mangez léger jusqu'à quatre heures avant la compétition, sans se forcer ;
- c. Buvez avant, pendant et après la compétition ;
- d. Prévoyez des petits repas énergétiques faciles à digérer pendant les pauses s'il y a plusieurs épreuves dans la journée ;
- e. Consommez de l'eau et des glucides variés dans les deux heures qui suivent la fin des épreuves pour reconstituer vos réserves.

PYRAMIDE ALIMENTAIRE :

“La santé dans votre assiette”.

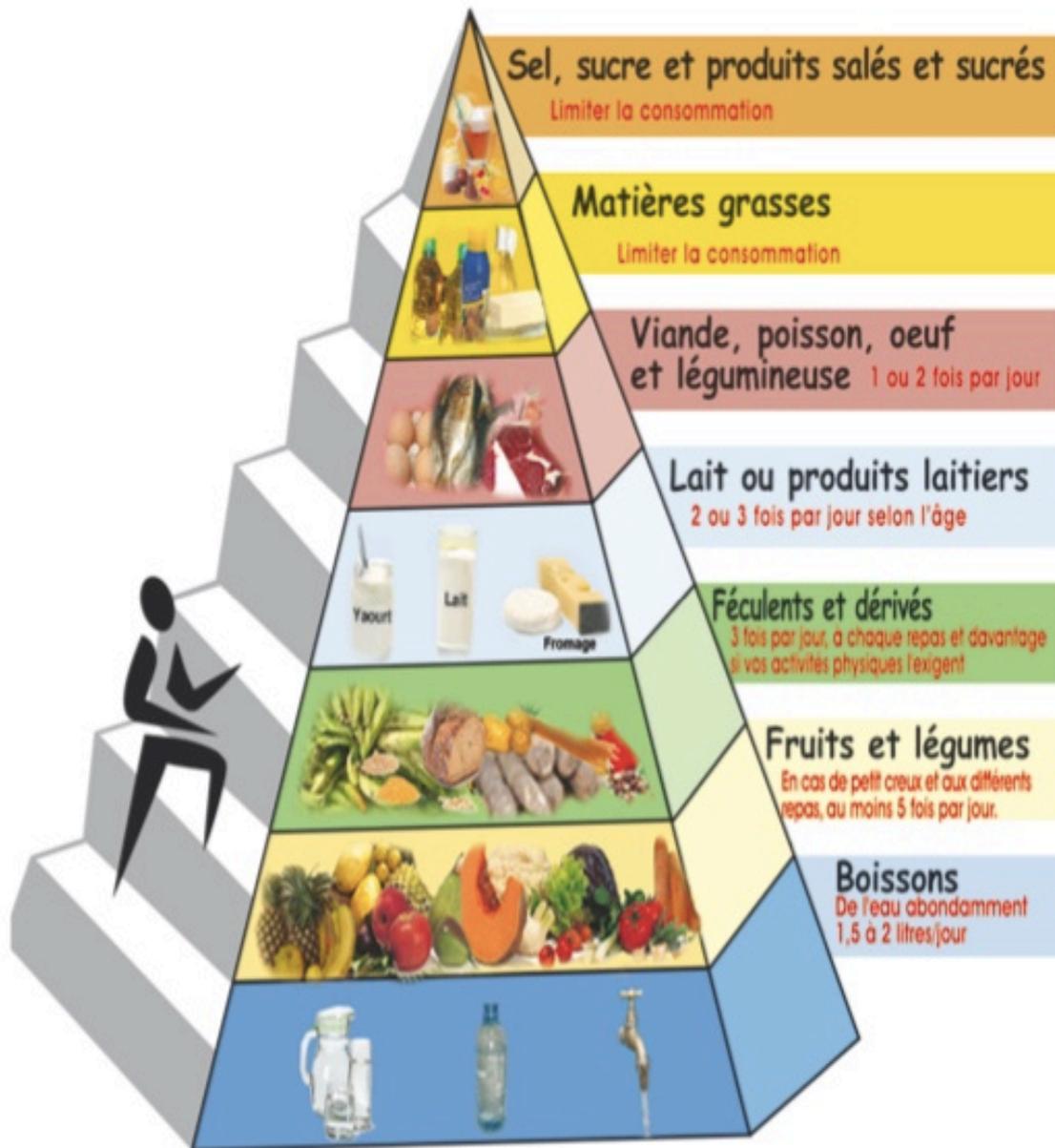


Figure 1 : pyramide alimentaire

Les aliments placés à la base de la pyramide (eau, boissons non sucrées, fruits et légumes) sont ceux qui doivent être ingérés en plus grande quantité. Plus on évolue vers le sommet plus la consommation des aliments doit être réduite (matières grasses, produits sucrés et salés). En plus de ces mesures, la pratique d'une activité physique régulière doit être associée.

NB : Cette pyramide exprime les recommandations nutritionnelles d'une alimentation équilibrée et non celle qui serait préconisée dans le cadre d'un régime particulier.

DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DES FEMMES ENCEINTES ET DES FEMMES ALLAITANTES

Les activités de prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes et allaitantes sont réalisées dans le but de réduire la mortalité maternelle, de prévenir les carences en micronutriments à la fois chez la mère et l'enfant, de réduire le faible poids de naissance et d'assurer la réussite de l'allaitement.

A. AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

1- FEMMES ENCEINTES

❖ Directive 1

Prendre **un (01) repas complet** supplémentaire en plus des trois principaux repas journaliers.

❖ Directive 2

Consommer des aliments riches ou enrichis en fer, en acide folique, en calcium, en iode, en vitamine A.

❖ Directive 3

Evaluer l'état nutritionnel des femmes enceintes : L'évaluation de l'état nutritionnel de la femme enceinte se fait sur la base de la mesure du PB

- $PB \geq 23$ cm : Etat normal,
- $PB < 23$ cm : Etat de malnutrition, référer la femme enceinte au centre de santé pour une prise en charge nutritionnelle.

- Conseil

Promouvoir d'autres mesures préventives :

- ☞ Utiliser les moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action (MIILDA)
- ☞ Promouvoir les mesures d'hygiène alimentaires (les cinq clés)

2- FEMMES ALLAITANTES

❖ Directive 4

Prendre **deux (2) repas complets** supplémentaires en plus des trois principaux repas journaliers.

❖ Directive 5

Consommer des aliments riches ou enrichis en fer, en acide folique, en calcium, en iode, en vitamine A.

❖ **Directive 6**

Evaluer l'état nutritionnel des femmes allaitantes : l'évaluation de l'état nutritionnel de la femme allaitante se fait sur la base de la mesure du PB

- $PB \geq 23$ cm : Etat normal,
- $PB < 23$ cm : Etat de malnutrition, référer la femme allaitante au centre de santé pour une prise en charge nutritionnelle.

- **Conseil**

Promouvoir d'autres mesures préventives :

- ☞ Utiliser les moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action (MIILDA)
- ☞ Promouvoir les mesures d'hygiène alimentaires (les cinq clés)

B- AU NIVEAU DES STRUCTURES DE SANTE

1- FEMMES ENCEINTES

❖ **Directive 7**

Prendre **un (01) repas complet** supplémentaire en plus des trois principaux repas journaliers.

❖ **Directive 8**

Consommer des aliments riches ou enrichis en fer, en acide folique, en calcium, en iode, en vitamine A.

❖ **Directive 9**

Evaluer l'état nutritionnel des femmes enceintes. Cette évaluation se fait lors des CPN et des autres consultations médicales.

- **Conseil**

Promouvoir d'autres mesures préventives :

- ☞ utiliser les Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides à Longue Durée d'Action (MIILDA)
- ☞ promouvoir les mesures d'hygiène alimentaires (les cinq clés)

❖ **Directive 10**

Suivre le bon développement de la grossesse :

- prendre le poids de la femme à chaque CPN;
- s'assurer qu'il n'y a pas de perte de poids tout le long de la grossesse ;
- s'assurer qu'il n'y a pas un gain de poids de plus de 1,5 kg/mois à partir du 2ème trimestre jusqu'à l'accouchement.
- Prescrire les suppléments en fer et en acide folique :
 - ☞ Donner systématiquement 60 mg de sulfate de fer par jour à partir du premier trimestre jusqu'à 3 mois après l'accouchement.
 - ☞ Donner systématiquement 500 µg d'acide folique par jour au premier trimestre jusqu'à 3 mois après l'accouchement.

❖ **Directive 11**

- Déparasiter à partir du troisième trimestre avec 500 mg du mébendazole pour réduire les pertes en fer.

❖ **Directive 12**

En cas d'anémie par carence en fer :

- ☞ donner 400 mg de sulfate de fer par jour pendant 3 mois
- ☞ associer 500 mg de Vitamine C à la prise de fer
- ☞ si nécessaire, transfuser selon le protocole national de transfusion sanguine.

❖ **Directive 13**

- Conseiller et soutenir la mère sur l'allaitement exclusif et l'alimentation de complément de l'enfant
- Conseiller et soutenir la mère sur son alimentation.

2- FEMMES ALLAITANTES

❖ **Directive 14**

Evaluer l'état nutritionnel jusqu'à 6 mois après l'accouchement. L'évaluation se fait à chaque contact avec la structure de santé :

- suivi/ promotion de la croissance de l'enfant
- vaccinations
- consultations médicales (mère et/ou enfant)

❖ **Directive 15**

- Prescrire les suppléments en fer, en acide folique.
- Promouvoir la consommation d'aliments riches ou enrichis en fer, en acide folique, en calcium, en iode, en vitamine A et magnésium

❖ **Directive 16**

- Donner systématiquement : 60 mg de sulfate de fer par jour pendant 3 mois après l'accouchement.

❖ **Directive 17**

- Donner systématiquement 500 µg d'acide folique par jour pendant 3 mois après l'accouchement ;

❖ **Directive 18**

- Conseiller et soutenir la mère sur l'allaitement exclusif et l'alimentation de complément de l'enfant
- Conseiller et soutenir la mère sur son alimentation.

C- CENTRES SOCIAUX

1- Femmes enceintes

❖ **Directive 19**

- Conseiller **un (1) repas complet** supplémentaire en plus des trois principaux repas journaliers.

❖ **Directive 20**

- Promouvoir la consommation d'aliments riches ou enrichis en fer, en acide folique, en calcium, en iode, en vitamine A et Magnésium.

❖ **Directive 21**

- Conseiller la mère sur l'allaitement exclusif dès la naissance et l'alimentation de complément de l'enfant après 6 mois.
- Conseiller et soutenir la mère sur son alimentation.

2- Femmes allaitantes

➤ **Femme pratiquant l'allaitement exclusif,**

❖ **Directive 22**

Conseiller et soutenir la mère :

- conseiller **deux(2) repas complets supplémentaires** en plus des trois principaux repas journaliers
- promouvoir l'allaitement exclusif
- sensibiliser l'entourage de la mère (Belle-Mère, Grand-Mère et Epoux,..) sur les bonnes pratiques de l'allaitement exclusif.
- faire le suivi et la promotion de la croissance
- faire des visites à domicile

❖ **Conseil :**

- promouvoir l'utilisation de Moustiquaire Imprégnée d'Insecticides à Longue Durée d'Action (MIILDA) ;
- réaliser le traitement du paludisme selon les directives nationales.
- déparasiter la femme allaitante au besoin.

➤ **Femme infectée par le VIH pratiquant l'alimentation de remplacement, ou femme ayant opté pour l'alimentation de remplacement**

❖ **Directive 23**

- Référencer dans les structures sanitaires rapporter les activités de nutrition dans :

- le carnet de santé,
- le registre de consultation,
- la fiche de pointage.
- noter les actes de nutrition effectués dans le rapport mensuel des activités.

NB : L'administration d'une supplémentation en vitamine A aux femmes pendant la période postnatale n'est pas recommandée.

DIRECTIVES POUR LE DÉPARASITAGE

Il s'agit d'éliminer les parasites (helminthes hématophages et protozoaires) chez les sujets de plus de 12 mois dans le but de lutter contre l'anémie par carence en fer.

Des activités de déparasitage sont réalisées de façon systématique (routine ou campagne) chez les enfants de 12 à 59 mois et chez les femmes enceintes.

Trois (3) directives sont formulées.

SUJET DE PLUS DE 12 MOIS

❖ Directive 1

Donner un comprimé de Mébendazole (500 mg) ou d'Albendazole (400 mg) tous les 6 mois

Cas particulier :

❖ Directive 2

Lors des campagnes de déparasitage de masse, déparasiter les enfants de 12 à 59 mois en leur donnant un comprimé de Mébendazole (500 mg) ou d'Albendazole (400 mg.)

FEMMES ENCEINTES

❖ Directive 3

Donner 1 comprimé de Mébendazole (500 mg) ou d'Albendazole (400 mg) dans la période allant du troisième trimestre de la grossesse à l'accouchement.

Inscrire le déparasitant administré dans :

- le carnet de santé,
- le registre de consultation,
- la fiche de pointage.

Noter les actes de nutrition dans le rapport mensuel des activités

DIRECTIVES DE L'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE, DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

La mise en application des directives de l'alimentation du nouveau-né, du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) permettra de prévenir la malnutrition et certaines maladies infectieuses de l'enfant et d'optimiser la croissance. Elles concernent les enfants sains âgés de 0 à 59 mois.

Tableau I : Directives ANJE

TRANCHE D'AGE	COMMUNAUTÉ	STRUCTURES DE SANTÉ
ENFANTS DE 0 À 6 MOIS	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Directive 1 Mettre le nouveau-né au sein dans l'heure qui suit la naissance ❖ Directive 2 Pratiquer l'allaitement exclusif dès la naissance jusqu'à 6 mois (sans ajout d'eau, ni d'autre boisson, ni de substitut du lait maternel sous quelque forme que ce soit sauf en cas de prescription médicale) ; Allaiter nuit et jour à volonté et à la demande ; vider un sein avant de donner l'autre sein ❖ Directive 3 Evaluer l'état nutritionnel ; Référer au centre de santé en cas de malnutrition. ❖ NB : - Sensibiliser l'entourage de la mère (Belle-Mère, Grand-Mère et Epoux,...) sur les bonnes pratiques de l'allaitement exclusif. - Promouvoir les mesures d'hygiène alimentaires (les cinq clés). 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Directive 4 - Mettre le nouveau-né au sein dans l'heure qui suit la naissance ; ❖ Directive 5 Promouvoir l'allaitement exclusif dès la naissance jusqu'à 6 mois (sans ajout d'eau, ni d'autre boisson, ni de substitut du lait maternel sous quelque forme que ce soit sauf en cas de prescription médicale) ; Allaiter nuit et jour à volonté et à la demande ; vider un sein avant de donner l'autre sein ❖ Directive 6 Faire le suivi de la croissance de l'enfant - Prendre le poids de l'enfant 1 fois par semaine de 0 à 1 mois puis 1 fois par mois jusqu'à 6 mois ; - Tracer et suivre les courbes de croissance dans le carnet de santé ; - Interroger la mère sur l'histoire de l'alimentation de l'enfant ; - Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé et dans le registre de consultation.

		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Directive 7 - Assurer la prise en charge des cas de malnutrition. ❖ NB : - si une mère vivant avec le VIH opte pour l'alimentation de remplacement, s'assurer que les conditions AFADS (Acceptable, Faisable, Abordable, durable et sûre) sont réunies ; - sensibiliser l'entourage de la mère (Belle-Mère, Grand-Mère et Epoux,..) sur les bonnes pratiques de l'allaitement exclusif ; -promouvoir les mesures d'hygiène alimentaires (Les cinq clés).
<p>ENFANTS A PARTIR DE 6 A 9 MOIS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Directive 8 - Poursuivre l'allaitement. ❖ Directive 9 - Donner 2 à 3 repas*par jour en plus des tétées fréquentes : <ul style="list-style-type: none"> ○ donner une bouillie épaisse et enrichie* (2 fois/jour) ; ○ donner une purée de fruits et légumes (une fois/jour) ; ❖ Directive 10 -Donner en fonction de l'appétit de l'enfant, 1 ou 2 collations, et introduire les aliments de compléments en respectant la quantité (2 à 3 cuillère à soupe par repas et augmenter graduellement jusqu'à une demi-tasse de 250 ml par repas), ❖ Directives11 -Evaluer l'état nutritionnel avec le MUAC(PB) et rechercher les œdèmes. - Référer au centre de santé en cas de malnutrition. Conseil - Mettre en place les groupes de soutien à l'allaitement. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Directive 12 <i>Faire le suivi de la croissance de l'enfant :</i> - prendre le poids de l'enfant 1 fois par mois ; - tracer et suivre les courbes de croissance dans le carnet de santé, interpréter et faire le retour d'information à la mère. - interroger la mère sur l'histoire de l'alimentation de l'enfant. - Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé et dans le registre de consultation. - promouvoir les mesures d'hygiène alimentaires (Les cinq clés) ; ❖ Directive 13 - Assurer la prise en charge des cas de malnutrition.

* Voir guide national de recette pour l'alimentation de complément

	- Promouvoir les mesures d'hygiène alimentaires (Les cinq clés) ;	
ENFANTS A PARTIR DE 09 A 24 MOIS	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Directive 14 - Poursuivre l'allaitement et même jusqu'au-delà de 24 mois; ❖ Directive 15 - Donner 3 à 4 repas en plus de la tétée ; Donner une demi-tasse de 250 ml à une tasse pleine par repas et pratiquer une alimentation active. ❖ Directive 16 - Donner à partir de 12 mois le repas familial sans épices et deux bouillies épaisses; - Donner des aliments variés. ❖ Directives 17 - Evaluer l'état nutritionnel, - Référer au centre de santé en cas de malnutrition. <p>NB : promouvoir les mesures d'hygiène alimentaire (Les cinq clés) ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Directive 18 <i>Faire le suivi de la croissance de l'enfant :</i> - prendre le poids de l'enfant 1 fois par mois jusqu'à 12 mois puis 1 fois tous les 3 mois jusqu'à 24 mois ; - tracer et suivre les courbes de croissance dans le carnet de santé, interpréter et faire le retour d'information à la mère ; - interroger la mère sur l'histoire de l'alimentation de l'enfant ; ❖ Directive 19 - Assurer la prise en charge des cas de malnutrition. ❖ NB : - Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé et dans le registre de consultation ; - Promouvoir les mesures d'hygiène alimentaires (Les cinq clés) ;
ENFANTS A PARTIR 24 A 59 MOIS	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Directive 20 - Donner à manger à l'enfant 3 à 4 fois par jour en plus de 2 collations (goûter) par jour; ❖ Directive 21 - Evaluer l'état nutritionnel avec le MUAC (PB) et rechercher les œdèmes - Référer au centre de santé en cas de malnutrition <p>NB : promouvoir une bonne hygiène alimentaire (Les cinq clés) ;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Directive 22 <i>Faire le suivi de la croissance de l'enfant :</i> - Prendre le poids et la taille de l'enfant 1 fois tous les 3 mois ; - Tracer les courbes de croissance dans le carnet de santé, interpréter et faire le retour à la mère ; - Interroger la mère sur l'histoire de l'alimentation de l'enfant ; ❖ Directive 23 - Assurer la prise en charge des cas de malnutrition. ❖ NB : - Accompagner la mère pour l'arrêt de l'allaitement après 24 mois ;

		<ul style="list-style-type: none"> - Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé et dans le registre de consultation. - Promouvoir les mesures d'hygiène alimentaires (Les cinq clés) ;
--	--	---

Conseil : A l'intention des prestataires de santé :

Rappel des Modalités d'arrêt de l'allaitement

- Arrêt brutal de l'allaitement non recommandé sauf si prise d'un traitement nocif pour l'enfant par la mère.
- Arrêt de l'allaitement doit être graduel sur une période d'un mois sauf si l'enfant a moins de six (06) mois de vie.
- Le repas familial doit être équilibré, varié et sain.
- Faire des démonstrations pratiques de l'allaitement et des démonstrations culinaires;
- Encourager la consommation d'aliments enrichis à partir de 6 mois.
- Promouvoir, soutenir et protéger l'allaitement.
- Rapporter les activités de nutrition dans :
 - le carnet de santé,
 - le registre de consultation,
 - la fiche de pointage.
- Noter les actes de nutrition dans le rapport mensuel des activités.

DIRECTIVES DE L'ALIMENTATION DU PREMATURE ET DU NOUVEAU-NE DE FAIBLE POIDS DE NAISSANCE

La prématurité se définit comme la naissance avant terme. Elle est associée à une immaturité organique. En Côte d'Ivoire, la prématurité constitue un problème de santé publique de par son ampleur et sa forte association à la morbidité et à la mortalité souvent liées à la malnutrition (risque d'hypoglycémie, troubles digestifs pouvant gêner l'apport normal de nutriments).

Ces directives orientent les prestataires de santé dans la prise en charge nutritionnelle de ces nouveau-nés prématurés.

❖ Directive 1

Evaluer la possibilité du bébé à tirer le sein car sa prise en charge nutritionnelle va dépendre de sa capacité à téter correctement.

❖ Directive 2

Alimenter le bébé : le lait maternel est "l'aliment" de choix pour le prématuré ou le nouveau-né de faible poids de naissance car il présente de nombreux avantages notamment le renforcement du système immunitaire et le système gastro-intestinal.

- Dans le cas où le bébé peut téter, pratiquer l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois.

- Dans le cas où le réflexe de succion est faible, il faut extraire le lait et le donner à la tasse ou le gaver selon le degré de prématurité.

- Dans le cas où le bébé ne peut pas téter (absence de réflexe de succion), référer vers une structure spécialisée.

DIRECTIVES SUR LA MISE EN PLACE DES ETABLISSEMENTS AMIS DES BEBES (EAB)

Lancée en 1991 par l'OMS et l'UNICEF, l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) est une stratégie mondiale destinée à encourager l'adoption et l'application de mesures en faveur de l'allaitement en milieu hospitalier, professionnel, communautaire et familial.

En Côte d'Ivoire, la mise en œuvre de l'IHAB de 1991 à 1995 a permis de décerner le label « hôpital ami des bébé » à 115 établissements sanitaires et la création de 116 groupes de soutien. Cependant, elle a connu une régression.

Le vocable Etablissements Amis des Bébé (EAB) regroupe les hôpitaux et les établissements sanitaires de premier contact (ESPC) qui font la promotion de l'allaitement.

Les directives suivantes sont mises en place pour promouvoir l'allaitement.

➤ **Communauté**

❖ **Directive 1**

Encourager la pratique de l'allaitement par la création de groupes de soutien à l'allaitement.

➤ **Structures de santé**

❖ **Directive 2**

Mettre en œuvre les 12 conditions des EAB en vue d'obtenir le label.

Chaque établissement assurant des prestations de maternité et de soins pédiatriques doit remplir les douze conditions pour le succès de l'allaitement.

Respecter les 12 conditions de l'EAB

- 1.** Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
- 2.** Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- 3.** Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement et de sa pratique, qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement. Informer les femmes enceintes hospitalisées à risque d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade des bénéfices de l'allaitement, de la conduite de la lactation et de l'allaitement.

4. Placer le nouveau-né peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. Pour le nouveau-né né avant 37 SA, il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né quand leur état médical le permet.

5. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment mettre en route et entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né ou s'il ne peut pas téter. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né.

6. Privilégier l'allaitement exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment, ni aucune boisson, ni substituts du lait maternel sous quelque forme que ce soit autre que le lait maternel, sauf indication médicale. Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé ; privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

8. Encourager l'alimentation « à la demande » de l'enfant. Observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade pour déterminer sa capacité à téter. Proposer des stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.

9. Pour les bébés allaités, réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières.

10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau.

11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel (CCSLM).

12. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

En sus : Proscrire toute forme de promotion des substituts du lait maternel (se référer à la réglementation nationale en vigueur)

DIRECTIVES POUR LE SUIVI ET LA PROMOTION DE LA CROISSANCE

La mise en application des directives pour le suivi et la promotion de la croissance du nouveau-né, du nourrisson et du jeune enfant permettra d'apprécier le gain de poids et de taille, de dépister précocement la malnutrition pour une croissance optimale. Ces directives concernent **les enfants sains âgés de 0 à 59 mois**.

❖ Directive 1

- **Accueillir la mère, son enfant et l'examiner :**

1. Interroger la mère sur :

- l'état de santé de l'enfant ;
- le régime alimentaire de l'enfant depuis la naissance : apprécier la quantité, la qualité, la fréquence, la diversité et le type de repas.

2. Vérifier l'état vaccinal ;

3. Prendre l'âge et les mesures anthropométriques (Poids, Taille, PB), et rechercher les œdèmes bilatéraux des membres inférieurs.

❖ Directive 2 :

Déterminer les indices anthropométriques et interpréter les données :

Tableau II : Etat nutritionnel à partir du Poids et de la taille (tableau de Zscore en annexe)

Valeur du Z score	Taille pour Age	Poids pour Age	Poids pour Taille
Au-dessus de 3		Possible problème de croissance (se référer à l'indice P/T pour une évaluation précise)	Obèse
Au-dessus de 2			En surpoids
Au-dessus de 1			Risque possible de surpoids
Médiane (0)			Normal
En dessous de -1		Normal	Normal
En dessous de -2	Retard de croissance	Poids insuffisant	Emacié
En dessous de -3	Retard de croissance important	Poids gravement insuffisant	Gravement Emacié

• Etat nutritionnel à partir du PB

- Si $PB < 11.5$ cm ou bande rouge : malnutrition aigüe sévère
- Si $11.5 \text{ cm} \leq PB < 12.5$ cm ou bande jaune : malnutrition aigüe modérée
- Si $PB \geq 12.5$ cm ou bande verte : état nutritionnel satisfaisant.

• Présence d'œdèmes bilatéraux des membres inférieurs

- Prendre en charge l'enfant selon le protocole de PEC de la malnutrition aigue

❖ **Directive 3**

- **Prendre des décisions avec la mère dans le but de corriger les erreurs et/ou la féliciter**

La prise de décision sera fonction des résultats obtenus après l'utilisation des courbes de croissance et des indicateurs rapportés à des normes².

Un enfant dont la courbe de croissance est normale bénéficiera, à travers sa mère, des félicitations et des encouragements de la part du personnel de santé pour continuer dans cette voie.

Les situations ci-après peuvent signaler un problème ou laisser supposer un risque :

- La courbe de croissance d'un enfant coupe une courbe de valeur du z score
 - Il y a un changement brusque – redressement ou fléchissement – dans l'orientation de la courbe de croissance.
 - La courbe de croissance de l'enfant reste plate (stagne) ; c'est-à-dire qu'il n'y a ni gain de poids ni gain de taille.
- Après un interrogatoire pointilleux à la recherche de causes éventuelles, il faut donner les conseils nutritionnels nécessaires pour corriger les erreurs de régime ou au cas échéant, le référer vers une structure spécialisée.
 - Rapporter les activités de nutrition dans :
 - le carnet de santé,
 - le registre de consultation,
 - la fiche de pointage.

Noter les actes de nutrition dans le rapport mensuel des activités

DIRECTIVES POUR LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A CHEZ LES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS

Les activités de supplémentation en vitamine A sont réalisées de façon systématique en routine comme en campagne et visent à lutter contre les troubles de la vision chez les enfants et à renforcer leur immunité.

La vitamine A est actuellement disponible sous forme de capsules bleues dosées à 100.000 UI et de capsules rouges dosées à 200.000 UI.

La vitamine A doit être administrée soit en routine (en stratégie fixe, en stratégie avancée/mobile) ou en stratégie porte à porte soit lors de toute opportunité de renforcement des activités de santé: (visites postnatales/soins postnataux, planification familiale, suivi promotion de la croissance, consultations pour enfant malade, consultation pour malnutrition, activités de masse de dépistage de la malnutrition etc.)

- Deux (2) directives sont formulées.

ENFANT DE 6 A 11 MOIS

❖ Directive 1

Donner 1 capsule de 100.000 UI (bleue) ou trois gouttes de la capsule de 200 000 UI (rouge) dès 6 mois.

ENFANT DE 12 A 59 MOIS

❖ Directive 2

Donner 1 capsule de 200.000 UI (rouge) ou deux capsules de 100.000UI (bleues) tous les 6 mois jusqu'à 59 mois.

Tableau III : Récapitulatif des directives de supplémentation en vitamine A.

Cibles	Capsules de Vitamine A		Nombre de capsules
	Couleur	Dosage	
Enfants âgés de 6 à 11 mois	Bleue	100.000 UI	1
	Rouge	200.000 UI	Trois gouttes (03 gouttes)
Enfants âgés de 12 à 59 mois	Rouge	200.000 UI	1
	Bleue	100. 000 UI	2

- Rapporter les activités de supplémentation dans :
 - le carnet de santé,
 - le registre de consultation,
 - la fiche de pointage.
- Noter les actes de supplémentation de la vitamine A dans le rapport mensuel des activités

DIRECTIVES POUR LA SUPPLEMENTATION EN ZINC COMME ADJUVANT AU TRAITEMENT DE LA DIARRHEE

La supplémentation en Zinc comme adjuvant au traitement de la diarrhée doit être réalisée de façon systématique. Elle vise à réduire la durée et la gravité de la diarrhée et prévenir les épisodes ultérieurs.

Administrer à l'enfant de :

Directive 1- 0 à 6 mois, 10 mg/j (1/2 comprimé) pendant 10 à 14j

Directive 2- 6 à 59 mois, 20 mg/j (1 comprimé) pendant 10 à 14j

NB :

- Dissoudre le comprimé dans un peu de lait maternel, SRO ou eau propre dans un gobelet.
- La prise en charge de la diarrhée par le Zinc se fait en même temps que la réhydratation.

Inscrire la supplémentation administrée dans :

- le carnet de santé,
- le registre de consultation,
- la fiche de pointage.

Noter les actes de nutrition dans le rapport mensuel des activités.

DIRECTIVES POUR L'ALIMENTATION DE L'ADOLESCENT ET DU JEUNE ADULTE DE 10 A 24 ANS

Les besoins nutritionnels des adolescents sont semblables à ceux des enfants mais fortement augmentés par la puberté.

La mise en application des directives de l'alimentation de l'adolescent permettra de maintenir ou de rétablir une alimentation équilibrée. Elles concernent les adolescents sains âgés de 10 à 24 ans.

❖ Directive 1

Pour assurer sa santé l'adolescent doit avoir une alimentation équilibrée et variée capable de couvrir ses besoins qui sont :

- Besoins en énergie :

Les besoins énergétiques de l'adolescent varient en fonction de l'âge, du sexe et du niveau d'activité physique. (Voir annexe II)

- Besoins quantitatifs en nutriments

➤ Macronutriments

- * les glucides : 5g/kg /J
- * les lipides : 8 à 16 g/J
- * les protéines : 1g/kg/J

➤ Micronutriments

* les vitamines (A, D, E, K et C) jouent un rôle fondamental dans la croissance et le développement de l'adolescent.

* les sels minéraux : les plus importants sont

- Calcium : 1200 mg /jour comme chez l'adulte du fait de la puberté et de la croissance qui l'accompagne

- Potassium : nécessaire à la croissance

- Magnésium : les besoins quotidiens en magnésium sont couverts par une alimentation riche en légumes frais ou secs et en céréales :

- chez le garçon : 410 mg/ jour
- chez la fille : 370 mg/jour

***Tableau IV : les besoins en oligoéléments**

Apports nutritionnels conseillés d'oligoéléments chez l'adolescent					
Age	Fer (mg)	Zinc (mg)	Iode (mg)	Cuivre (mg)	Sélénium (mg)
10 à 24 ans	13 (garçons) 16 (filles)	13 (garçons) 10 (filles)	150 (garçon et fille)	1,5(garçon et fille)	50(garçon et fille)

(Source OMS 2011)

- Besoins en eau et fibres

* les fibres (25 à 30 g de fibres par jour dont la moitié issue des céréales et des fruits **contenance...**)

* l'eau (70 à 90 ml d'eau par kilo de poids). Ces chiffres incluent l'eau apportée par les aliments.

- s'assurer que des aliments à forte densité énergétique ne dominent pas le régime alimentaire (confiture, glaces, charcuteries, frites, boissons sucrées)

- Conseil

S'assurer des apports alimentaires en quantité et en qualité de l'adolescent :

- s'assurer des apports en calcium et en vitamine D, en fer et en minéraux car l'adolescence est une période essentielle pour la minéralisation du squelette.
- s'assurer qu'il pratique une bonne hygiène alimentaire (voir les cinq clés)
- s'assurer que les repas sont bien structurés sur la journée (petit déjeuner le matin, déjeuner à midi, dîner le soir et deux collations entre les repas)
- s'assurer qu'il pratique au moins une demi-heure à une heure d'activité physique d'intensité modérée chaque jour ;
- dispenser à l'adolescent une éducation nutritionnelle, afin qu'il acquiert de bonnes habitudes pour construire un équilibre alimentaire durable.

NB : rapporter les activités de nutrition dans :

- le carnet de santé,
- le registre de consultation,
- la fiche de pointage,

Noter les actes de nutrition dans le rapport mensuel des activités.

DIRECTIVES POUR LA LUTTE CONTRE LES TROUBLES DUS A LA CARENCE EN IODE

Elles concernent toute la population et plus particulièrement les enfants de moins de 15 ans et les femmes en âge de procréer.

La consommation des aliments riches en iode vise à lutter contre les Troubles Dus à la Carence en Iode (TDCI) tels que le goître ou le crétinisme.

- Promouvoir la consommation de sel iodé ;
- Promouvoir la consommation d'aliments riches ou enrichis en iode ;
- Contrôler la teneur en iode du sel consommé dans les ménages et du sel vendu dans l'aire de santé à l'aide des kits de tests qualitatifs rapides ;
- Orienter les personnes présentant un goître endémique, un nanisme... vers une structure de santé ;
- Conserver le sel iodé loin de la chaleur, de la lumière et de l'humidité dans un bocal bien fermé.

Noter les actes de nutrition dans le rapport mensuel des activités.

DIRECTIVES POUR L'ENRICHISSEMENT EN MICRONUTRIMENTS : VITAMINE A, FER, VITAMINE B9, ZINC, MAGNESIUM ET CALCIUM

L'enrichissement (fortification) obligatoire est l'adjonction de micronutriments dans un aliment ou une denrée alimentaire, que ces éléments nutritifs soient originellement ou non dans l'aliment avant sa transformation en vue d'améliorer la qualité nutritionnelle.

Il doit contribuer à l'objectif de santé publique de couvrir les quantités journalières recommandées en micronutriments.

A cet effet, les directives suivantes devraient être suivies pour l'orientation des entreprises du secteur agroindustriel, dans l'enrichissement et servir de guide au personnel de santé et aux consommateurs dans le conseil et le choix des aliments. Elles sont au nombre de seize (16).

AUX INDUSTRIES ALIMENTAIRES

L'enrichissement des produits alimentaires doit cibler en priorité les produits suivants selon le micronutriment :

❖ Directive 1

- Les huiles végétales raffinées doivent être enrichies en vitamine A à une teneur de 16 à 24 mg/kg au cours de la production et 11 à 24 mg/kg dans le circuit de production en remplacement de l'ancienne valeur fixée à 8ppm sous la forme de Palmitate de Rétinol

❖ Directive 2

Les farines de blé tendre doivent être enrichies en :

- Fer dans les proportions de 60 parties par million (60 ppm±10%) sous la forme de sulfate ferreux ou fumarate remplaçant la forme électrolytique de l'ancien arrêté.
- Acide folique dans les proportions d'au moins deux points six de parties par million (2.6 ppm±10%) sous la forme de folacine en remplacement de la valeur de 1.5 ppm dans l'ancien arrêté.

❖ Directive 3

Le sel de consommation humaine et animale doit être enrichi en iode (iodate de potassium) à une teneur de

	EN IODE (ppm)
A la production, à l'importation et à l'exportation	30 - 60
A la vente	20 - 60

NB : En Côte d'Ivoire, la farine de blé est supplémentée en fer/folate, l'huile de table est supplémentée en vitamine A, le sel en iode.

Les aliments enrichis doivent être reconnus par les consommateurs à travers des logos bien définis.

AUX PERSONNELS DE SANTE

❖ **Directive 4**

Intégrer la promotion des aliments enrichis dans les séances d'IEC/CCC

❖ **Directive 5**

Recommander la consommation des aliments enrichis aux patients à risque de carence en micronutriments.

❖ **Directive 6**

Recommander la consommation des aliments naturellement riches aux patients à risque de carence en micronutriments.

AUX CONSOMMATEURS

❖ **Directive 7**

Pour accroître la biodisponibilité du fer, il faut consommer des aliments riches en fer couplé à la consommation d'aliments riches en vitamine C (fruits et légumes,..).

❖ **Directive 8**

Pour avoir une bonne biodisponibilité du zinc, il faut consommer des aliments riches en protéines animales (Viande de bœuf, volaille, poisson, œuf,...).

❖ **Directive 9**

Pour avoir une bonne absorption du calcium, il faut consommer des aliments riches en vitamine D (poisson gras, abat (foie), œuf, fromage et beurre, fruits et légumes).

❖ **Directive 10**

Pour améliorer l'assimilation et les actions du magnésium, il faut consommer des aliments riches en vitamine B6 et vitamine C (fruits et légumes,...)

❖ **Directive 11**

Consommer les aliments enrichis : le sel en iode, l'huile végétale en vitamine A et la farine de blé en fer/acide folique

Conseils

- Savoir identifier les aliments enrichis par des logos définis par les industriels
- Savoir identifier les aliments naturellement riches.

TABLEAU V : Micronutriment et sources alimentaires

Vitamine A	Céréales infantiles, Sucre, Lait en poudre, Lait entier,
Fer	Farines de blé dur, Riz, Lait, Sel, Sucre, Céréales infantiles
Acide folique	Foie de porc, Épinards bouillis, Pâtes alimentaires cuites, Haricots, Soja
Iode	sel de mer, sel iodé, poissons de mer
Zinc	Céréales infantiles, Farine de blé, Riz
Calcium	Lait, Haricots blancs, Yaourt, Poisson, Epinard
Magnésium	Produit alimentaire dérivé du cacao

AUX MEDIAS

❖ Directive 12

- Contribuer à la promotion de la consommation des aliments enrichis en micronutriments.

AUX AGRICULTEURS

❖ Directive 13

Eviter les Organismes Génétiquement Modifiés (OGM).

❖ Directive 14

Utiliser des semences améliorées pour des productions bio-fortifiées.

AUX INSTITUTS DE RECHERCHE

❖ Directive 15

Mettre à la disposition de l'ANEA, les données de recherche pour une meilleure orientation des stratégies.

❖ Directives 16

Contribuer au contrôle des aliments à fortification obligatoire (Sel, Huile végétale raffinée, Farine de blé tendre)

DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION PAR EXCES

Les activités de prise en charge visent à promouvoir des mesures préventives et curatives possibles pour réduire le risque de surpoids et d'obésité.

❖ Directive 1

En cas de suspicion de malnutrition par excès, il faut la confirmer :

a- Evaluer l'état nutritionnel

- Déterminer l'indice anthropométrique selon la tranche d'âge

➤ *Chez les adultes,*

- prendre le poids et la taille des patients, puis **calculer l'IMC** :

$$\text{IMC} = \frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m}^2\text{)}}$$

Tableau VI : classification de la malnutrition par excès selon l'IMC chez l'adulte

IMC (kg/m ²)	Etat nutritionnel
18,5 - 24,9	Normal
25 - 29,9	Surpoids
30 - 34,9	Obésité classe 1 (modérée)
35 - 39,9	Obésité classe 2 (sévère)
≥ 40	Obésité classe 3 (très sévère)

- **Le périmètre ombilical** : l'obésité abdominale est définie par un périmètre abdominal supérieur ou égal à 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme.

➤ *Chez les enfants de 5 à 18 ans,*

L'IMC pour l'âge permet d'évaluer le surpoids et l'obésité

➤ **Chez les enfants de moins de 5 ans,**

La valeur du **Zscore (poids/taille)** permet d'évaluer la malnutrition par excès.

Tableau VII : classification de la malnutrition par excès chez l'enfant de moins de cinq ans.

Etat nutritionnel	Malnutrition par excès
Obésité classe 3 (très sévère)	> +3 Z Score
Obésité classe 2 (sévère)	Entre +3 Z Score et +2 Z Score
Obésité classe 1 (modérée)	Entre +1 Z Score et +2 Z Score
Etat nutritionnel Normal	Entre -1 Z Score et +1 Z Score

❖ **Directive 2**

Après la confirmation, faire la prise en charge

a- En cas de surpoids

- Donner des conseils hygiéno-diététiques ;
- Réduire la consommation d'huile et de graisses ;
- Consommer davantage de fruits, de légumes et de légumineuses ;
- Limiter la consommation de sucre, de céréales complètes, de tubercules;
- Pratiquer une activité physique : pratiquer chaque jour une activité physique modérée (bouger l'équivalent de 30mn de marche rapide par jour soit 10 000 pas par jour) ;
- Si l'on est réfractaire au sport, on peut préférer les escaliers aux ascenseurs, stationner à distance pour s'obliger à marcher, jardiner, faire des balades en fin de semaine.

b- En cas d'obésité

❖ **Chez l'enfant**

Le traitement de l'enfant obèse doit se faire précocement. Il repose sur une approche pluridisciplinaire associant pédiatre, pédopsychiatre, nutritionniste, diététicien, psychologue... en fonction des évaluations.

Les déséquilibres nutritionnels de l'enfant ou de l'adolescent obèse consistent le plus souvent en une consommation excessive d'aliments à haute densité énergétique (lipides) mais à faible potentiel satiétogène et une consommation en excès de glucides (sucrées et boissons sucrées).

- ✓ **Repérer les facteurs qui interviennent dans le développement de l'obésité de l'enfant**
 - Les facteurs épigénétiques :
 - l'environnement nutritionnel du fœtus (rôle programmeur)
 - la transmission de caractère acquis à la descendance
 - Les facteurs psychoaffectifs qui favorisent une alimentation obésogène
 - Les facteurs environnementaux (faible niveau socio-économique ne permettant pas une alimentation variée, utilisation des aliments comme récompense ou comme consolation, enfant seul à la maison au retour de l'école, décès d'un proche, séparation des parents, naissance d'un enfant, modification du mode de garde, secrets de famille, inceste, maltraitance, violence, discrimination, rejet par les pairs, pressions sociales...).
- ✓ **Rechercher un déséquilibre nutritionnel et/ou des troubles du comportement alimentaire et les corriger** (peur de consommer des aliments nouveaux, apport alimentaire excessif, augmentation de la vitesse de consommation alimentaire, grignotage, crises boulimiques, syndrome d'alimentation nocturne...).

❖ **Chez l'adulte**

Il est recommandé de :

- ✓ **retracer l'histoire pondérale du patient**
 - ✓ **réaliser un bilan initial comportant une évaluation :**
 - des signes fonctionnels et des facteurs favorisant le surpoids et l'obésité ;
 - des comorbidités (diabète de type 2, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires) ;
 - des habitudes alimentaires du patient et de son niveau d'activité physique ;
 - du stress psychologique et social et du style de vie ;
 - de l'environnement ;
 - des facteurs familiaux et sociaux, incluant l'origine ethnique, les antécédents familiaux d'obésité, de surpoids et de certaines maladies (maladies cardiovasculaires) ;
 - de l'envie et de la motivation à changer de mauvaises habitudes.
 - ✓ **Référer le patient chez le spécialiste selon les résultats de l'évaluation.**
- **Pour prévenir la malnutrition par excès, il faut connaître les grands axes de la prévention et de l'attitude thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent obèses. ces axes sont :**
- a- réaliser une surveillance annuelle de l'évolution de l'indice de masse corporelle par rapport à la courbe du carnet de santé ;
 - b- repérer les enfants à risque de développer une obésité ;

c- donner une information nutritionnelle aux parents et à l'enfant :

Allaitement prolongé, diversification alimentaire à partir du sixième mois, alimentation saine et diversifiée, éveil du goût de l'enfant, tenir compte de ce que l'enfant mange à la cantine pour établir les repas du soir, apprendre à l'enfant à choisir quand il peut manger et ce qu'il veut.

Eviction des biberons d'eau sucrée ou de lait pour aider à l'endormissement, ne pas interpréter tous les pleurs des bébés comme une manifestation de faim, ne pas utiliser les aliments comme récompense ou comme cadeau, comme compensation lors de frustration matérielle ou affective, éviter les chantages alimentaires.

d- Promouvoir une activité physique minimale dans toutes les familles et lutter contre la sédentarité :

activité physique ludique chez le tout petit, activité physique spontanée et de loisirs chez l'enfant, activité de loisirs et pratique d'un sport chez l'adolescent, temps limité devant la télé, l'ordinateur ou les jeux-vidéos (dépense énergétique quasi nulle) à substituer par une activité agréable.

TABLEAU VIII : exemple d'activités physiques :

Pour un enfant de 12 à 18 ans, 30 minutes de marche rapide correspondent à...
45 minutes de promenade
30 minutes de volley-ball
18 à 20 minutes de basket-ball
15 à 20 minutes de danse ou de gymnastique
15 à 20 minutes de football
45 minutes de promenade à vélo
15 à 20 minutes de vélo à 20 km/h (pratique sportive)
13 à 20 minutes de jeux avec course (chat perché, quatre coins, etc.)
13 à 20 minutes de rollers
18 à 30 minutes de natation à petit rythme
13 à 16 minutes de natation à rythme soutenu

e- assurer un rééquilibrage de l'alimentation chez les enfants à risque

NB : Rapporter les activités de nutrition dans :

- le carnet de santé,
- le registre de consultation,
- la fiche de pointage

Noter les actes de nutrition dans le rapport mensuel d'activité.

DIRECTIVES NUTRITIONNELLES LORS DES ATELIERS ET SEMINAIRES

Les repas et les collations lors des ateliers doivent respecter les bonnes pratiques alimentaires. Ces directives devraient être suivies par les hôteliers, les restaurateurs et les séminaristes.

Les ateliers et séminaires sont souvent des occasions au cours desquelles l'organisme humain dépense moins de calories qu'il n'en consomme. Les participants peuvent être considérés comme étant en situation de sédentarité.

Les menus généralement proposés lors des pauses café et du déjeuner sont très riches en calories.

Les apports excédentaires sont le plus souvent le fait des boissons sucrées, des pâtisseries, des viennoiseries, des charcuteries et aliments gras, exposant ainsi les participants aux risques de surpoids.

En conséquence, nous recommandons pour :

1-LES PAUSES CAFE

Atelier résidentiel

❖ Directive 1

- Remplacer les aliments à forte teneur énergétique par des fruits, sous forme de jus naturellement sucrés ou sous forme de portions de fruits ou des boissons chaudes (café, thé, produit dérivés du cacao et lait).

❖ Directive 2

- Réserver ces aliments, en particulier les croissants et autres viennoiseries pour le petit déjeuner.

❖ Directive 3

- Réduire les aliments énergétiques lors des pauses déjeuner en optimisant les fibres.

➤ Atelier non résidentiel

❖ Directive 4

- Pour la pause du matin, remplacer une partie des aliments à forte teneur énergétique par des fruits, sous forme de jus naturellement sucrés ou sous forme de portions de fruits ou des boissons chaudes (café, thé, produits dérivés du cacao et lait).

❖ Directive 5

- Pour la pause de l'après-midi, remplacer les aliments à forte teneur énergétique par des fruits, sous forme de jus naturellement sucrés ou sous forme de portions de fruits ou des boissons chaudes (produits dérivés du cacao, café, thé et lait).

- Conseil : Comment bien composer la collation ?

La collation permet de bien répartir l'apport en énergie et en nutriments dans la journée et présente l'avantage de lutter contre le grignotage et donc le surpoids.

Les éléments qui doivent la composer sont : Eau, Produits laitiers, Fruits, et produits dérivés du cacao

2-LE PETIT-DEJEUNER

Le petit déjeuner est un repas indispensable. Il permet de faire le plein d'énergie après plusieurs heures de jeûne (dernier repas du soir au lever du jour) et devrait couvrir environ le quart des besoins énergétiques et nutritionnels de la journée.

❖ Directive 6

Pour être équilibré, le petit-déjeuner doit comporter :

- Une boisson :** eau, café, thé, lait, jus de fruit naturel, au choix. Le sommeil déshydrate, nous éliminons de l'eau en respirant, en transpirant et en évacuant les déchets du métabolisme dans les urines.
- Un produit à base de céréales :** pain, croissant, galette ..., bouillie (mil, riz, maïs, sorgho...), prêts à consommer, par exemple. Grâce à leurs glucides, les produits à base de céréales fournissent l'énergie dont le corps a besoin pour bien commencer la journée.
- Un produit laitier ou ses dérivés :** lait, yaourt,... Ce produit apporte le calcium indispensable à la santé des os, mais également des protéines et des vitamines (A, D et B) essentielles à l'entretien de notre organisme.
- Un fruit :** papaye, orange, ananas ... Il fournit les fibres essentielles à notre transit intestinal, de la vitamine C et des sels minéraux indispensables à notre vitalité.

Choisissez-le de préférence frais, pour profiter au mieux de ses qualités nutritionnelles.

- e- **Un peu de matières grasses et de sucre.** Quelques noisettes de beurre riche en vitamine A, et quelques cuillères de miel ou de confiture permettent de concilier - équilibre alimentaire et plaisir.

LE DEJEUNER ET LE DINER

❖ Directive 7

Pour être équilibré, le déjeuner comme le dîner doit comporter :

a- Une entrée

Elle se compose de légumes frais ou secs (cruautés, salades) ou encore de fruits tels que la banane, l'orange etc. Ces aliments apportent des fibres qui vont commencer à remplir l'estomac. La distension de celui-ci permettra, si le repas n'est pas pris à la hâte, à la mise en place progressive de la satiété.

N'oubliez pas qu'une entrée est sensée ouvrir seulement l'appétit. La portion ne doit pas être démesurée ; 100 à 150 g (2 à 3 petites boites de tomate) suffisent largement pour ne pas couper la faim trop rapidement et empêcher de ce fait l'apport d'autres nutriments essentiels.

b- Un plat principal

Il se compose de 100 à 150 g de viande, de poisson, ou d'œufs, accompagnés de 200 à 300 g de légumes frais, de légumes secs ou de féculents. Pour diversifier vos aliments, n'hésitez pas à mélanger par exemple : Riz- haricots rouges ; pommes de terre- haricots verts ; carotte- petits pois ; épinard-pâtes.

Utiliser de façon modérée l'huile et le sel.

c- Le dessert

Essentiellement des portions de fruits ou un yaourt.

DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

La prise en compte de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants en situation d'urgence renvoie à des actions pratiques immédiates en appui aux mères ; de manière à ce qu'elles puissent allaiter leurs enfants aussi longtemps que possible, tout en aidant les dispensateurs de soins et les familles à fournir une alimentation de complément aux enfants ainsi qu'à soutenir la nutrition et le bien-être des mères.

A- ANJE-URGENCE

L'ANJE-Urgence réunit toute une série d'activités et de solutions pour différentes situations :

❖ Directive 1

- Allaiter exclusivement au sein les nouveaux nés dans les populations touchées par des situations d'urgence jusqu'à l'âge de 6 mois.

❖ Directive 2

- Créer et maintenir un environnement qui encourage l'allaitement fréquent pour les enfants jusqu'à 24 mois ou au-delà.

❖ Directive 3

- Assurer une prise en charge psychosociale adéquate afin de faciliter la pratique de l'allaitement.

❖ Directive 4

- Contrôler la quantité, la distribution et l'utilisation des substituts du lait maternel.

❖ Directive 5

- Donner des aliments préparés dans des conditions salubres et faciles à digérer qui complètent sur le plan nutritif le lait maternel.

❖ Directive 6

- Organiser l'accès aux ingrédients nécessaires à la préparation de repas riches en nutriments pour les nourrissons plus âgés et les jeunes enfants par les accompagnants.

❖ Directive 7

- Protéger la santé et la vigueur des nourrissons afin qu'ils puissent téter fréquemment et correctement, et qu'ils maintiennent leur appétit pour les aliments complémentaires.

❖ Directive 8

- évaluer constamment l'état nutritionnel et traiter les enfants souffrant de malnutrition.

DIRECTIVES POUR L'ALIMENTATION DES PIAVIH/TUBERCULEUX

L'infection à VIH/Tuberculose provoque de profonds changements métaboliques entraînant une détérioration de l'état nutritionnel. Ce mauvais état nutritionnel peut être aggravé par les effets secondaires des ARV/ antituberculeux (anorexie, nausées, vomissements...).

Aussi, un individu infecté par le VIH/Tuberculose a plus de risques d'avoir une malnutrition induite par le manque d'appétit, la malabsorption alimentaire, les infections chroniques et la survenue des maladies.

Toutefois, une bonne nutrition peut ralentir la survenue d'infections opportunistes, retarder la progression de la maladie et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/Tuberculose. Par ailleurs, dans le cadre de la prise en charge holistique des PVVIH/Tuberculeux, il est important de renforcer et rendre fonctionnel le système de référence et contre référence permettant d'assurer un continuum de soins efficace entre les structures sanitaires, sociales et communautaires.

➤ ENFANTS SEROPOSITIFS OU EXPOSES AU VIH

Enfants de 0 à 6 mois

❖ Directive 1

Pour les enfants nés de mère séropositive, deux options d'alimentation sont proposées :

- Allaitement exclusif.
- Alimentation de remplacement.

NB : le prestataire doit pouvoir donner toutes les informations concernant les bénéfices et les risques de chaque option afin d'aider les mères à faire le meilleur choix adapté à leur situation.

❖ Directive 2

L'alimentation de remplacement ne peut se faire que si les conditions AFADS sont réunies.

Les conditions AFADS indispensables pour une alimentation de remplacement sont:

- Acceptable**: la mère ne voit aucun obstacle, stigmatisation, discrimination à l'alimentation de remplacement.
- Faisable**: la mère peut comprendre et suivre les instructions de préparation de l'alimentation de remplacement avec l'aide de la famille.
- Abordable financièrement**: la mère et la famille peuvent supporter le coût d'achat du lait prescrit à l'enfant.
- Durable** : l'approvisionnement du lait prescrit doit être continu et ininterrompu.

•**Sûre:** les aliments de remplacement peuvent être préparés, bien conservés, donnés correctement et avec hygiène, en qualité et en quantité convenables du point de vue nutritionnel.

❖ Directive 3

Si la mère ne remplit pas une seule des conditions AFADS (Acceptable, Faisable, Abordable, Durable et Sûre)

- Mettre le nouveau-né au sein dans l'heure qui suit la naissance ;
- Pratiquer l'allaitement exclusif dès la naissance jusqu'à 6 mois ;
- Prendre le poids de l'enfant 1 fois par semaine de 0 à 1 mois puis 1 fois par mois jusqu'à 1 an et suivre la courbe de poids ;
- Aider et soutenir la mère pour la réalisation de l'allaitement exclusif ;
- Conseiller la fréquentation des services de planification familiale à la mère ;
- Vérifier la prise de cotrimoxazole et d'ARV chez l'enfant selon le protocole national jusqu'à la détermination du statut sérologique de l'enfant ;
- Vérifier la prise des ARV et du cotrimoxazole par la Mère (Directives PTME 2015)
- Prendre en charge précocement les problèmes de santé de la mère (crevasses et lésions mammaires) et de l'enfant (candidoses oropharyngées, diarrhées, épisodes infectieux...) avant que des répercussions surviennent sur l'état nutritionnel de l'enfant ;
- Assurer un continuum de soins efficace entre les structures sanitaires, sociales et communautaires.

❖ Directive 4

Si la mère remplit les conditions AFADS (Acceptable, Faisable, Abordable, Durable et Sûre)

- Pratiquer l'alimentation de remplacement ;
- Vérifier les pratiques d'alimentation de l'enfant (donner le lait à la tasse) et conseiller la mère de façon adéquate en insistant particulièrement sur les bonnes pratiques nutritionnelles ;
- Conseiller la fréquentation des services de planification familiale à la mère ;
- Vérifier la prise de cotrimoxazole et d'ARV chez l'enfant selon le protocole national jusqu'à la détermination du statut sérologique de l'enfant ;
- Vérifier la prise des ARV et du cotrimoxazole par la Mère (Directives PTME 2015)
- Prendre en charge précocement les problèmes de santé de la mère (crevasses et lésions mammaires) et de l'enfant (candidoses oropharyngées, diarrhées, épisodes infectieux...) avant que des répercussions surviennent sur l'état nutritionnel de l'enfant.
- Assurer un continuum de soins efficace entre les structures sanitaires, sociales et communautaires.
- Faire l'évaluation des conditions AFADS à chaque contact avec la mère.

❖ Directive 5

Prise en charge et soutien nutritionnel des enfants de 6 à 24 mois vivant avec le VIH

- Prendre la taille et le poids de l'enfant, tracer et analyser les courbes (P/T, T/A) pour le suivi de la croissance et l'évaluation systématique de l'état nutritionnel ;

- Recueillir l'histoire de l'alimentation de l'enfant ;
- Vérifier les pratiques d'alimentation de l'enfant et conseiller la mère de façon adéquate ;
- Vérifier l'état de santé de l'enfant depuis la dernière visite ;
- Faire l'évaluation des conditions AFADS pour l'arrêt ou la poursuite de l'allaitement à chaque contact ;
- Apporter une aide à la mère pour la réussite de l'arrêt de l'allaitement ;
- Insister sur l'introduction appropriée des aliments de complément ;
- Vérifier la bonne conduite de l'alimentation de complément ;
- Apporter des suppléments en micronutriments ;
- Déparasiter l'enfant ;
- Conseiller à la mère de fréquenter un groupe de soutien ;
- Remettre la brochure et informer la mère sur les aliments de complément;
- Vérifier le calendrier vaccinal de l'enfant et encourager la mise à jour des vaccins non faits pour l'âge (administrer ou référer pour la vaccination) ;
- Vérifier la prise de cotrimoxazole et d'ARV chez l'enfant selon les directives nationales PTME;
- Vérifier la prise des ARV et du cotrimoxazole par la Mère selon les Directives Nationales PTME;
- Conseiller à la mère, la fréquentation des services de planification familiale ;
- Prendre en charge précocement les problèmes de santé de la mère (crevasses et lésions mammaires) et de l'enfant (candidoses oropharyngées, diarrhées, épisodes infectieux...) avant que des répercussions surviennent sur l'état nutritionnel de l'enfant ;
- Reprendre le test de dépistage des enfants allaités 6 semaines après l'arrêt complet de l'allaitement selon les Directives Nationales PTME;
- Assurer un continuum de soins efficace entre les structures sanitaires, sociales et communautaires.

❖ Directive 6

Prise en charge et soutien nutritionnel des enfants de 24 à 59 mois vivant avec le VIH

- Donner 3 à 4 repas équilibrés (privilégier les aliments locaux*)
- Donner deux collations entre les repas ;
- Prendre le poids tous les trois (3) mois et évaluer systématiquement l'état nutritionnel à chaque contact ;
- Recueillir l'histoire de l'alimentation de l'enfant à chaque consultation de routine ou quand l'enfant est malade ;
- Donner des conseils nutritionnels à la mère ;
- Effectuer des démonstrations culinaires à partir des produits locaux ;
- Vérifier la prise de cotrimoxazole et d'ARV chez l'enfant selon les Directives Nationales PTME;
- Vérifier la prise des ARV et du cotrimoxazole par la Mère (Directives PTME 2015) ;
- Prendre en charge précocement les problèmes de santé (candidoses oropharyngées, diarrhées, épisodes infectieux...) avant que des répercussions surviennent sur l'état nutritionnel de l'enfant ;

- Apporter des suppléments en micronutriments ;
- Déparasiter selon les directives nationales de nutrition ;
- Vérifier le calendrier vaccinal et encourager la mise à jour des vaccins non faits pour l'âge ;
- Assurer un continuum de soins efficace entre les structures sanitaires, sociales et communautaires.

❖ **Directive 7**

Prise en charge et soutien nutritionnel des enfants vivant avec le VIH, symptomatiques et asymptomatiques.

Les enfants vivant avec le VIH sont plus exposés aux maladies telles que la diarrhée, les otites, la pneumonie, les gastro-entérites chroniques qui peuvent affecter les apports en nutriments conduisant à la malnutrition.

Tableau IX : prise en charge et soutien nutritionnel des enfants vivant avec le VIH, symptomatiques et asymptomatiques.

Age	Enfants asymptomatiques/ Enfants symptomatiques (avec ou sans traitement ARV)
0-6 mois	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois ; ❖ Prendre le poids de l'enfant 1 fois par semaine jusqu'à 1 mois puis 1 fois par mois et évaluer systématiquement l'état nutritionnel à chaque contact ; ❖ Tracer et suivre la courbe de poids dans le carnet de santé, ❖ Vérifier la prise de cotrimoxazole et d'ARV chez l'enfant selon le protocole national jusqu'à la détermination du statut sérologique définitif de l'enfant ; ❖ Vérifier la prise des ARV et du cotrimoxazole par la Mère (Directives PTME 2015) ; ❖ Vérifier le calendrier vaccinal de l'enfant et encourager la mise à jour des vaccins non faits pour l'âge (administrer ou référer pour la vaccination) ; ❖ Conseiller à la mère de fréquenter un groupe de soutien ; ❖ Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé ; ❖ Notifier les activités dans le registre de consultation curatif, les outils en rapport avec le VIH.
6-12 mois	<p>Poursuite de l'allaitement</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Donner 2 à 3 repas d'abord de bouillie, puis de purée d'aliments (de préférence aliments locaux*) avec des fruits ❖ Donner la Vitamine A deux fois par an ❖ Prendre le poids de l'enfant 1 fois par mois jusqu'à 12 mois puis 1 fois tous les 3 mois et évaluer systématiquement l'état nutritionnel à chaque contact ; ❖ Tracer et suivre la courbe de poids dans le carnet de santé, ❖ Vérifier la prise de cotrimoxazole, des ARV et faire le bilan de suivi (Cf. Directives de PEC VIH 2015) ; ❖ Vérifier la prise des ARV et du cotrimoxazole par la Mère (Directives PTME 2015) ; ❖ Vérifier le calendrier vaccinal de l'enfant et encourager la mise à jour des vaccins non faits pour l'âge (administrer ou référer pour la vaccination) ; ❖ Conseiller à la mère de fréquenter un groupe de soutien ; ❖ Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé,

Age	Les enfants asymptomatiques	Les enfants symptomatiques	
		Sous traitement ARV	Pas sous traitement ARV
12-24 mois	<p>Poursuite de l'allaitement</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 4-6 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas ; ❖ Vitamine A et déparasitant deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multi-vitaminiques ; ❖ Prendre le poids de l'enfant 1 fois tous les 3 mois et évaluer systématiquement l'état nutritionnel à chaque contact ; ❖ Tracer et suivre la courbe de poids dans le carnet de santé ; ❖ Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé ; ❖ Vérifier la prise de cotrimoxazole, des ARV et faire le bilan de suivi (Cf. Directives de PEC VIH 2015) ; ❖ Vérifier la prise des ARV et du cotrimoxazole par la Mère (Directives 	<p>Poursuite de l'allaitement</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 5-7 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas ; ❖ Prendre le poids de l'enfant 1 fois tous les 3 mois et évaluer systématiquement l'état nutritionnel à chaque contact ; ❖ Tracer et suivre la courbe de poids dans le carnet de santé ; ❖ Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé ; ❖ Donner la vitamine A et déparasitant deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multi-vitaminiques ; ❖ Vérifier la prise de cotrimoxazole, des ARV et faire le bilan de suivi (Cf. Directives de PEC VIH 2015) ❖ Vérifier le calendrier vaccinal de l'enfant et encourager la mise à jour des vaccins 	<p>Poursuite de l'allaitement</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 6-8 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas. ❖ Donner la vitamine A et déparasitant deux fois par an. ❖ Ajouter d'autres complexes multi-vitaminiques ; ❖ Prendre le poids de l'enfant 1 fois tous les 3 mois et évaluer systématiquement l'état nutritionnel à chaque contact ; ❖ Tracer et suivre la courbe de poids dans le carnet de santé, ❖ Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé, ❖ Vérifier la prise de cotrimoxazole, des ARV et faire le bilan de suivi (Cf. Directives de PEC VIH 2015) ; ❖ Vérifier la prise des ARV et du cotrimoxazole par la Mère (Directives PTME 2015) ; ❖ Vérifier le calendrier vaccinal de l'enfant et encourager la mise à jour des vaccins non faits pour l'âge (administrer ou référer pour la vaccination) ; ❖ Conseiller à la mère de fréquenter un groupe de soutien ; ❖ Notifier les activités dans le

	<p>PTME 2015) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Vérifier le calendrier vaccinal de l'enfant et encourager la mise à jour des vaccins non faits pour l'âge (administrer ou référer pour la vaccination) ; ❖ Conseiller à la mère de fréquenter un groupe de soutien ; ❖ Notifier les activités dans le registre de consultation curatif, les outils en rapport avec le VIH et le rapport mensuel des activités ; <p>Assurer un continuum de soins efficace en lien avec les structures communautaires, sociales et à domicile.</p>	<p>non faits pour l'âge (administrer ou référer pour la vaccination) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Vérifier la prise de cotrimoxazole, des ARV et faire le bilan de suivi (Cf. Directives de PEC VIH 2015) ; ❖ Vérifier la prise des ARV et du cotrimoxazole par la Mère (Directives PTME 2015) ; ❖ Conseiller à la mère de fréquenter un groupe de soutien ; ❖ Notifier les activités dans le registre de consultation curatif, les outils en rapport avec le VIH et le rapport mensuel des activités ; <p>Assurer un continuum de soins efficace en lien avec les structures communautaires, sociales et à domicile.</p>	<p>registre de consultation curatif, les outils en rapport avec le VIH et le rapport mensuel des activités ;</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Assurer un continuum de soins efficace en lien avec les structures communautaires, sociales et à domicile.
--	---	---	---

Age	Enfants asymptomatiques/ enfants symptomatiques (Avec ou sans traitement ARV)
2-5 ans	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 5-7 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas ❖ Donner la vitamine A et déparasitant deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multi-vitaminiques ❖ Prendre le poids de l'enfant 1 fois tous les trois (3) mois et évaluer systématiquement l'état nutritionnel à chaque contact ; ❖ Tracer et suivre la courbe de poids dans le carnet de santé, ❖ Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé, ❖ Vérifier la prise de cotrimoxazole, des ARV et faire le bilan de suivi (Cf. Directives de PEC VIH 2015) ;

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vérifier la prise des ARV et du cotrimoxazole par la Mère (Directives PTME 2015) ; ❖ Vérifier le calendrier vaccinal de l'enfant et encourager la mise à jour des vaccins non faits pour l'âge (administrer ou référer pour la vaccination) ; ❖ Conseiller à la mère de fréquenter un groupe de soutien ; ❖ Notifier les activités dans le registre de consultation curatif, les outils en rapport avec le VIH et le rapport mensuel des activités ; ❖ Assurer un continuum de soins efficace en lien avec les structures communautaires, sociales et à domicile.
Plus de 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 6-8 repas par jour y compris des collations entre les principaux repas. ❖ Donner la vitamine A et déparasitant deux fois par an et, s'il est nécessaire, ajouter d'autres complexes multi-vitaminiques ❖ Prendre le poids de l'enfant 1 fois tous les trois (3) mois et évaluer systématiquement l'état nutritionnel à chaque contact ; ❖ Tracer et suivre la courbe de poids dans le carnet de santé ; ❖ Mentionner le mode d'alimentation de l'enfant dans le carnet de santé, ❖ Vérifier la prise de cotrimoxazole, des ARV et faire le bilan de suivi (Cf. Directives de PEC VIH 2015) ; ❖ Vérifier la prise des ARV et du cotrimoxazole par la Mère (Directives PTME 2015) ; ❖ Vérifier le calendrier vaccinal de l'enfant et encourager la mise à jour des vaccins non faits pour l'âge (administrer ou référer pour la vaccination) ;

NB : Notifier les activités dans le registre de consultation curatif, les outils en rapport avec le VIH et le rapport mensuel des activités ;

DIRECTIVES POUR LES SOINS ET SOUTIENS NUTRITIONNELS ET ALIMENTAIRES DES FEMMES ENCEINTES ET ALLAITANTES VIVANT AVEC LE VIH ET/OU MALADES DE LA TUBERCULOSE

❖ Directive 1

- Encourager les femmes enceintes et allaitantes à faire le suivi régulier de leur état nutritionnel.

❖ Directive 2

- Déparasiter les femmes enceintes à partir du troisième trimestre.

❖ Directive 3

- Apporter des suppléments aux femmes enceintes en fer et en acide folique.

❖ Directive 4

- Encourager la fréquentation des services de PTME et de traitement antirétroviral (ARV) disponibles en Côte d'Ivoire.

❖ Directive 5

- Développer un plan d'exercices physiques réguliers avec la patiente pour prévenir l'amaigrissement, tonifier le corps et stimuler l'appétit. Si la fonte musculaire persiste en dépit des exercices réguliers, le patient devra être référé pour assistance médicale.

❖ Directive 6

- Suivre les directives pour la prise en charge des symptômes associés au VIH/sida ;

❖ Directive 7

- Référer les PVVIH vers des groupes de soutien et/ou les organisations/services pour avoir des informations ou un soutien alimentaire et nutritionnel.

DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DES ADOLESCENTS ET ADULTES VIVANT AVEC LE VIH ET/OU MALADES DE LA TUBERCULOSE

Les directives suivantes constituent des activités préventives de malnutrition pour les PVVIH et les malades de la tuberculose.

Pour une prise en charge nutritionnelle adéquate des adolescents et des adultes vivant avec le VIH et/ou malades de la tuberculose, il faut :

❖ Directive 1

- Evaluer systématiquement l'état nutritionnel à chaque contact.

❖ Directive 2

- Vérifier la prise de médicaments (cotrimoxazole, ARV et/ou anti-TB) et faire le bilan de suivi. (Cf. Directives de PEC VIH 2015)

❖ Directive 3

- Donner des conseils nutritionnels et renforcer l'observance aux médicaments (cotrimoxazole, ARV et/ou anti-TB) à chaque contact.

❖ Directive 4

- Conseiller des aliments riches en micronutriments (Vitamines, Zinc, Fer, Magnésium, calcium,...).

❖ Directive 5

- Se référer au protocole national de prise en charge intégrée de la malnutrition aigüe en cas de malnutrition.

❖ Directive 6

- Référer à des programmes complémentaires en cas de nécessité (si incapacité d'offrir le service).

DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE

La prise en charge de la malnutrition vise à promouvoir le meilleur traitement possible de la malnutrition. Elle permet de réduire le risque de morbidité et de mortalité lié à la malnutrition au sein de la population. En plus, elle raccourcit la durée de l'hospitalisation et facilite la récupération et le plein rétablissement des malnutris. Cette prise en charge porte sur le dépistage, le niveau de prise en charge et les étapes de prise en charge.

I. DEPISTAGE DE LA MALNUTRITION

Il existe deux types de dépistage :

- **Le dépistage actif** se fait au niveau communautaire (ASC) lors des visites à domicile et au cours des stratégies avancées faites par les agents de santé.
- **Le dépistage passif** se fait au cours des activités de routine (pesées, consultations, vaccination, CPN).

II. NIVEAU DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION

❖ Directive 1

La prise en charge de la malnutrition se fait à deux niveaux :

- **Au niveau communautaire**, la prise en charge des cas de malnutrition aigüe modérée se fait au niveau des Foyers Fixes d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (FFARN) et des centres sociaux.
- **Au niveau des établissements sanitaires**,
 - **au niveau des ESPC** : la prise en charge concerne la malnutrition aigüe modérée (MAM) et la malnutrition aigüe sévère (MAS) non compliquées. Elle se fait en ambulatoire.
 - **au niveau des hôpitaux généraux, CHR, CHU**: la prise en charge concerne la malnutrition aigüe sévère (MAS) avec complications.

III. ETAPE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION AIGUE

❖ Directive 2

Il faut respecter les trois étapes suivantes pour une bonne prise en charge de la malnutrition :

- évaluer l'état nutritionnel ;
- déterminer le type de malnutrition ;
- prendre en charge la malnutrition selon le protocole national.

• *Evaluation de l'état nutritionnel*

Elle se fait selon trois méthodes :

1. la méthode anthropométrique
2. la méthode de l'alimentation
3. la méthode chimique et biochimique.

✓ *Pour la méthode anthropométrique*, il s'agit de prendre l'âge, les mesures anthropométriques (Poids, taille, PB) et déterminer les indices anthropométriques (P/T, P/A, IMC) selon les protocoles de nutrition en vigueur.

Cette méthode doit être complétée par un examen clinique minutieux à la recherche de signes évocateurs d'une malnutrition (œdèmes bilatéraux des pieds et des jambes) ou de signes de complications de la malnutrition.

✓ Pour la méthode de l'alimentation, il s'agit de :

- recueillir l'histoire de l'alimentation habituelle ;
- noter l'existence d'un sevrage brusque ;
- vérifier l'inclusion des suppléments vitaminiques ;
- faire le rappel des 24 heures.

✓ *Pour la méthode chimique et biochimique*, il faut faire le bilan biologique au niveau des hôpitaux dans le cadre de la détermination de la malnutrition et la prise en charge des complications.

• *Classification de l'état nutritionnel*

✓ *Classification de l'état nutritionnel selon les données anthropométriques.*

Tableau X : Etat nutritionnel chez les enfants de 0 à 59 mois selon le rapport poids-taille

Etat nutritionnel	POIDS /TAILLE
Malnutrition Aigüe Sévère	< -3 Z Score
Malnutrition Aigüe Modérée	-3 ≤ Z Score < -2
Etat nutritionnel normal	≥ -2 Z Score

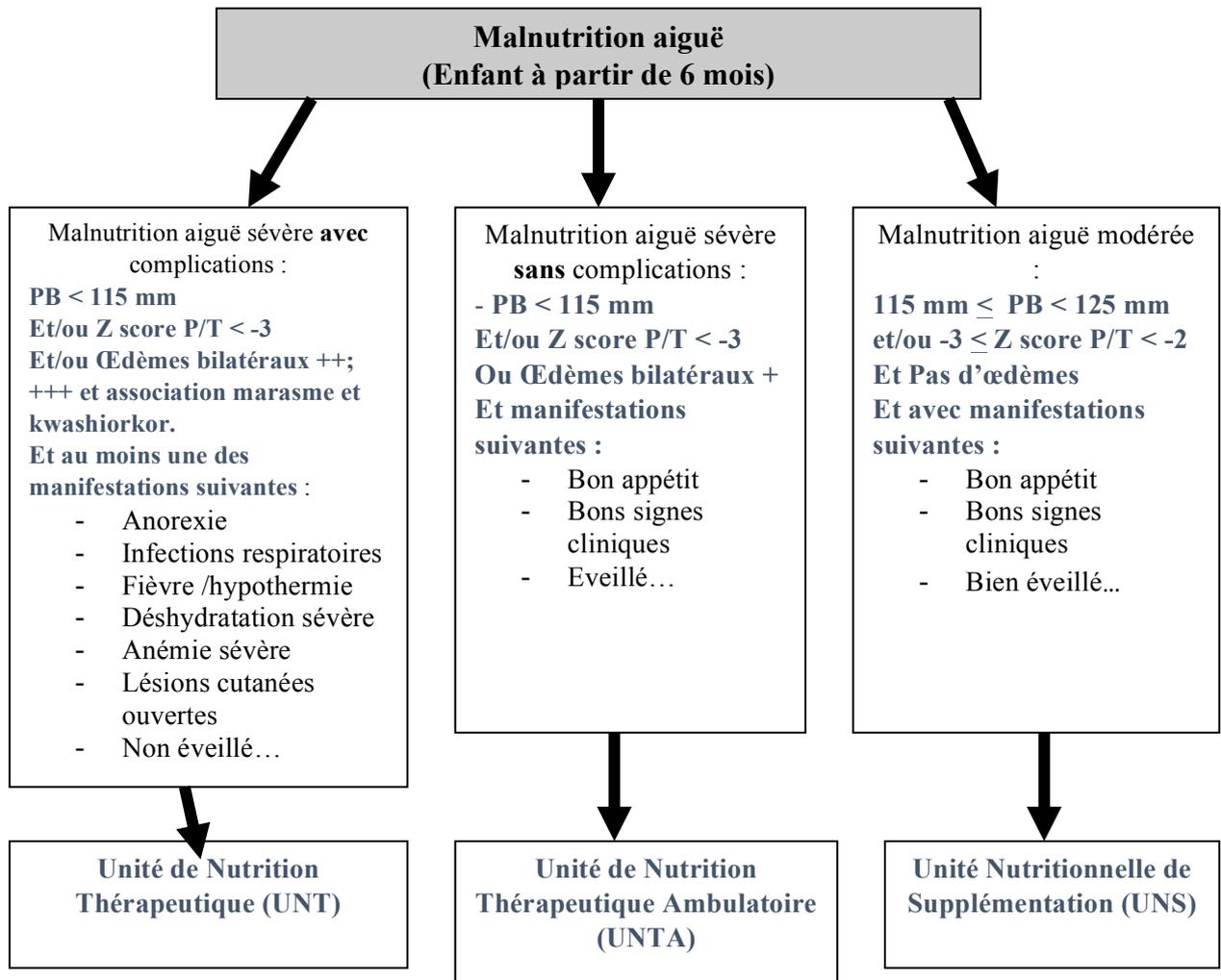
Tableau XI : Etat nutritionnel chez les enfants et chez les adolescents de 5 à 18 ans selon le Z Score IMC pour Age.

Etat nutritionnel	Malnutrition par carence (maigreur)
Malnutrition Aigüe Sévère	< -3 Z Score
Malnutrition Aigüe Modérée	-3 ≤ Z Score < -2
Etat nutritionnel Normal	≥ -2 Z Score

Tableau XII : Etat nutritionnel chez les adultes selon l'IMC

IMC (Kg/m ²)	Etat nutritionnel
<16	Maigreur sévère
16 - 18,4	Maigreur
18,5 - 24,9	Normal

- ✓ Classification de l'état nutritionnel selon les signes cliniques associés chez l'enfant à partir de 6 mois et site de PEC.



NB : l'état nutritionnel est connu à partir de la valeur des données anthropométriques et des signes d'évaluation clinique.

- ***La prise en charge de la malnutrition.***

✓ **Malnutrition aigüe modérée**

❖ **Directive 3**

La prise en charge se fait en communauté et dans les ESPC. Elle se compose d'un traitement nutritionnel en ambulatoire selon le protocole national de prise en charge de la malnutrition.

Traitement nutritionnel :

- conseils nutritionnels et fourniture de PAS :
 - Aliments Mélangés Fortifiés (AMF) : Supers Céréales (CSB, CSB +, CSB ++)
 - Aliments de Supplémentation Prêt à l'Emploi (ASPE) : Plumpy Sup
 - Aliments locaux.
- surveiller la croissance de l'enfant et revoir l'enfant une semaine après, puis toutes les 2 semaines, mais la mère devra revenir immédiatement si l'enfant présente des signes d'aggravation.
- VAD réalisée par les ASC en vue de s'assurer de la consommation correcte des PAS.

✓ **Malnutrition aigüe sévère sans complications.**

❖ **Directive 4**

La prise en charge se fait au niveau du centre de santé en ambulatoire (UNTA). Elle se compose d'un traitement nutritionnel et d'un traitement médical systématique selon le protocole national de prise en charge de la malnutrition.

Le traitement nutritionnel

Il consiste à donner l'Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi (Plumpy nut) selon le tableau suivant :

Tableau XIII : administration de Plumpynut en fonction du poids

CLASSE DE POIDS (KG)	ATPE – SACHETS (92G)		BP100®	
	SACHET PAR JOUR	SACHET PAR SEMAINE	BARRES PAR JOUR	BARRES PAR SEMAINE
3.0 – 4.9	1 ½	10	2 ½	17 ½
5.0 – 6.9	2	16	4	28
7.0 – 9.9	3	23	5	35
10.0 – 14.9	4	30	7	49
15.0 – 19.9	5	37	9	63
20.0 – 29.9	6	44	10	70
30.0 – 39.9	7	50	12	84
40 – 60	8	58	14	98
60 et plus	12	84		

*Le traitement médical systématique***Tableau XIV : Tableau résumé du traitement systématique**

MEDICAMENTS	POSOLOGIE ET DUREE
Amoxicilline	1 dose à l'admission + traitement pendant 7 jours à domicile pour les nouvelles admissions uniquement
Albendazole/Mébéndazole	1 dose au cours de la 4 ^{ème} semaine (4 ^{ème} visite) – tous les patients
Vaccin contre la rougeole (à partir de 9 mois)	1 vaccin au cours de la 4 ^{ème} semaine (4 ^{ème} visite) – tous les patients sauf ceux qui ont déjà été vaccinés auparavant
Vitamine A	1 dose durant la 4 ^{ème} semaine (4 ^{ème} visite) – tous les patients sauf ceux ayant déjà reçu une dose dans les 4 derniers mois
Acide Folique	1 dose de 5 mg peut être administrée au patient souffrant d'anémie clinique

Remarques importantes :

- ✚ Ne pas donner de doses élevées de vitamine A à l'admission à l'UNTA.
- ✚ Ne garder aucun enfant présentant des signes cliniques de déficiences en vitamine A à l'UNTA.
- ✚ Si une épidémie de rougeole se déclare, administrer la vitamine A à tous les enfants.
- ✚ Faire la vaccination contre la rougeole pour tous les enfants âgés de plus de 9 mois non vaccinés ou sans preuve de vaccination, si bonne évolution de l'état nutritionnel lors de la 4ème visite. Donner une 2^{ème} dose de vaccin aux patients transférés de l'UNT ayant déjà reçu une 1^{ère} injection à l'UNT.

NB : Echec de réponse au traitement des patients à l'UNTA se caractérise par les critères suivants :

Tableau XV : Critères d'échec au traitement en UNTA

CRITERES D'ECHEC AU TRAITEMENT	TEMPS APRES L'ADMISSION
Poids stable	21 jours
Perte de poids depuis l'admission dans le programme	14 jours
Pas d'amorce de la fonte des œdèmes	14 jours
Œdèmes encore présents	21 jours
Echec au test de l'appétit	Toute visite
Perte de poids de 5% du poids corporel	Toute visite
Perte de poids pendant deux visites consécutives	Toute visite
Echec à commencer à prendre du poids de manière satisfaisante après la fonte totale des œdèmes (kwashiorkor) ou à partir du 14ième jour (marasme)	Toute visite

Inscrire le traitement prescrit dans :

- le carnet de santé,
- le registre de consultation,
- la fiche de pointage
- la fiche individuelle de consultation.

Noter les actes de nutrition dans le rapport mensuel des activités.

✓ **Malnutrition aigüe sévère avec complications**

❖ **Directive 5**

Transférer d'urgence l'enfant dans une Unité de Nutrition Thérapeutique (UNT) pour la prise en charge des complications et la réhabilitation nutritionnelle en milieu hospitalier (Voir protocole national de prise en charge) :

- *Traitement médical systématique :*

- Antibiothérapie,
- Antipaludique,
- Vaccination contre la rougeole,
- La vitamine A, le déparasitant et l'acide folique seront donnés dans des circonstances spécifiques (voir protocole national de PCIMA)

-*Traitement médical spécifique pour les complications*

-*Traitement nutritionnel* : laits thérapeutiques F75 et F100.

DIRECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE DES NOURRISSONS DE MOINS DE 06 MOIS ET/OU DE MOINS DE 3 KG

Ces nourrissons malnutris sont trop faibles pour téter de manière efficace et stimuler une production adéquate de lait maternel.

L'objectif du traitement est la reprise de l'allaitement exclusif par la stimulation de l'allaitement ; tout en supplémentant l'enfant pour la reprise de forces nécessaires à la stimulation de la production de lait maternel et à une bonne croissance.

La production de lait maternel est stimulée par la Technique de Supplémentation par Succion (TSS) qui demande la mise au sein très fréquente de l'enfant.

➤ ADMISSION

❖ Directive 1

- *Prendre les mesures anthropométriques :*

- a- prendre le poids avec une balance de précision à 10 g près ;
- b- prendre la taille couchée avec une toise de qualité.

❖ Directive 2

- *Faire l'examen clinique du nourrisson et de la mère*

- a- examiner le nourrisson (présence d'œdèmes bilatéraux, infection) ;
- b- examiner les seins de la mère
- c- évaluer les critères d'admission

TABLEAU XVI: Critères d'admission

AGE	CRITERES D'ADMISSION
NOURRISSONS DE MOINS DE 6 MOIS étant allaités Ou DE MOINS DE 3 KG étant allaités	➤ Le nourrisson est trop faible pour téter de façon efficace (quel que soit son P/T, P/A ou autre mesure anthropométrique) ou ➤ Le nourrisson ne prend pas de poids à domicile (après une série de prise de poids lors du suivi de la croissance, par exemple changement d'indice P/A) ou ➤ P/T <-3 Zscore ou ➤ Présence d'œdèmes bilatéraux

NB : De la naissance à 6 mois, *l'indice P/A* est la mesure la plus appropriée pour évaluer le statut nutritionnel. A cet âge, ne pas prendre de poids peut être qualifié d'une malnutrition aiguë.

❖ Directive 3

S'il existe un programme de suivi de la croissance :

-admettre tous les nourrissons qui n'ont pas une croissance en P/A normale ;

-admettre tous les nourrissons qui perdent du poids ou passent d'un percentile P/A à un autre, du fait de leur poids stationnaire.

❖ Directive 4

S'il n'existe pas de programme de suivi de la croissance ou s'il n'y a pas de poids antérieur et que la mère se plaint de n'avoir pas assez de lait ou que le nourrisson n'aime pas son lait :

-vérifier le p/a,

-examiner le nourrisson cliniquement,

-examiner les seins de la mère,

-observer la façon dont la mère allaite.

❖ Directive 5

Si l'état clinique du nourrisson semble satisfaisant ainsi que l'allaitement, la mère doit pouvoir bénéficier d'un soutien psychosocial et d'un suivi sur une à deux semaines afin de surveiller les changements de poids du nourrisson (une balance précise à 10 gr près est nécessaire – ne pas utiliser une balance Salter avec une précision de 100 g).

❖ Directive 6

Si le nourrisson est malade ou semble cliniquement malnutri, ou l'allaitement de la mère n'est pas satisfaisant :

Admettre le nourrisson et la mère dans le programme pour prise en charge :

- a- prendre en charge dans une structure spécialisée
- b- hospitaliser les nourrissons uniquement en Unité Nutritionnelle Thérapeutique (UNT) avec une section qui leur est dédiée
- c- ne pas les admettre dans des services généraux de pédiatrie ou de nutrition
- d- en absence de structure spécialisée, les admettre au service de néonatalogie
- e- assister de façon spécifique les mères ayant des difficultés d'allaiter afin de rétablir l'allaitement exclusif et redonner confiance aux mères dans leur habilité à produire suffisamment de lait pour que leurs enfants grandissent bien.

ANNEXES

LES BESOINS ENERGETIQUES RECOMMANDES

Tableau I : Besoins énergétiques des enfants selon le sexe, l'âge et le niveau d'activité physique exprimés en calories par jour

Garçon				Fille			
Age (année)	Sédentaire	Modérément actif	Actif	Age	Sédentaire	Modérément active	Active
2	1000	1000	1000	2	1000	1000	1000
3	1000	1400	1400	3	1000	1200	1400
4	1200	1400	1600	4	1200	1400	1400
5	1200	1400	1600	5	1200	1400	1600
6	1400	1600	1800	6	1200	1400	1600
7	1400	1600	1800	7	1200	1600	1800
8	1400	1600	2000	8	1400	1600	1800
9	1600	1800	2000	9	1400	1600	1800
10	1600	1800	2200	10	1400	1800	2000
11	1800	2000	2200	11	1600	1800	2000
12	1800	2200	2400	12	1600	2000	2200
13	2000	2200	2600	13	1600	2000	2200
14	2000	2400	2800	14	1800	2000	2400
15	2200	2600	3000	15	1800	2000	2400

Homme				Femme			
Age (année)	sédentaire	Modérément actif	Actif	Age	sédentaire	Modérément active	active
16 à 18	2400	2800	3200	18	1800	2000	2400
19-20	2600	2800	3000	19-20	2000	2200	2400
21-25	2400	2800	3000	21-25	2000	2200	2400
26-30	2400	2600	3000	26-30	1800	2000	2400
31-35	2400	2600	3000	31-35	1800	2000	2200
36-40	2400	2600	2800	36-40	1800	2000	2200
41-45	2200	2600	2800	41-45	1800	2000	2200
46-50	2200	2400	2800	46-50	1800	2000	2200
51-55	2200	2400	2800	51-55	1600	1800	2200
56-60	2200	2400	2600	56-60	1600	1800	2200
61-65	2000	2400	2600	61-65	1600	1800	2000
66-75	2000	2200	2600	66-75	1600	1800	2000
> 75 ans	2000	2200	2400	>75 ans	1600	1800	2000

Sédentaire : moins de 30 minutes par jour d'activités physique soutenue en plus des activités quotidiennes

Modérément actif : entre 30 et 60 minutes par jour d'activité physique soutenue en plus des activités quotidiennes

Actif : plus de 60 minutes par jour d'activité physique soutenue en plus des activités quotidiennes

LES BESOINS EN PROTEINES RECOMMANDES

	BESOINS JOURNALIERS
Nourrisson	1,8 à 2,2 g/kg/jour
Enfants	1,2 à 1,6 g/kg/jour
Adolescent	1 g/kg/jour
Adulte	0,8g/kg/jour
Adulte sportif	1,5g/kg/jour
Sujet âgé	1,1gkg/jour

LES BESOINS EN GLUCIDES RECOMMANDES

L'apport glucidique recommandé est de 5g par kilogramme de poids corporel et par jour.

LES BESOINS EN LIPIDES RECOMMANDES

	BESOINS JOURNALIERS
Nourrisson	2,7 à 5,4 g/jour
Enfants	2,7 à 5,4 g/jour
Adolescent	8 à 16 g/jour
Adulte	8 à 16 g/jour
Sujet âgé	5 à 8 g/jour

NB : Les besoins des femmes enceintes et allaitantes se trouvent dans les directives femmes enceintes

REFERENCES

- ⊙ Ministère de la santé et de l'Hygiène publique, Politique Nationale de Nutrition, 2013, Abidjan
- ⊙ Ministère de la santé et de l'Hygiène publique, Le protocole national de PEC de la malnutrition aigue, 2014, Abidjan
- ⊙ Le guide national de soins et soutien nutritionnels et alimentaires pour les personnes infectées et affectées par le VIH et/ou la tuberculose ;
- ⊙ Le protocole national de PEC nutritionnels des personnes infectées et affectées par le VIH et/ou la tuberculose ;
- ⊙ Manuel pour l'alimentation sélective: la prise en charge de la malnutrition aigüe ; PAM et UNHCR, janvier 2011,
- ⊙ OMS, 2011. Directives sur l'enrichissement des aliments en micronutriments.
- ⊙ PNN, Aide-mémoire pour les soins et soutiens nutritionnelles des personnes vivants avec le VIH / Tuberculose.
- ⊙ OMS ,2015 Lignes directrice : mises à jour de la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère chez les nourrissons et chez l'enfant
- ⊙ OMS, 2010 La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant.
- ⊙ Commission de Nutrition de la Société Suisse de Pédiatrie, Recommandations pour l'alimentation du nourrisson 2009

