



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
UNION - DISCIPLINE - TRAVAIL

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE  
CONTRE LE SIDA



**DIRECTIVES 2015 DE MISE SOUS  
ANTIRETROVIRAUX A VIE DES FEMMES  
ENCEINTES INFECTÉES PAR LE VIH/SIDA DANS  
LE CADRE DE LA PRÉVENTION DE LA  
TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH (PTME)  
EN CÔTE D'IVOIRE**

## SOMMAIRE

<b>1. Introduction.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Le dépistage du VIH chez la femme enceinte .....</b>	<b>2</b>
<b>3. Critères d'éligibilité au traitement antirétroviral .....</b>	<b>3</b>
<b>4. Traitement antirétroviral chez la mère .....</b>	<b>3</b>
a. En cas de VIH-1 .....	4
b. En cas de VIH-2 ou VIH-1 et 2 .....	4
<b>5. Prophylaxie antirétrovirale chez les enfants .....</b>	<b>4</b>
a. En cas de VIH-1 chez la mère.....	4
b. En cas de VIH-2 ou VIH-1 et 2 chez la mère.....	4
<b>6. Prophylaxie par le Cotrimoxazole .....</b>	<b>5</b>
a. Chez la femme enceinte/mère.....	5
b. Chez l'enfant exposé.....	5
<b>7. Cas particuliers.....</b>	<b>6</b>
<b>8. Le bilan biologique.....</b>	<b>7</b>
<b>9. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant né de mère porteuse du VIH .....</b>	<b>7</b>
<b>10. Diagnostic pédiatrique du nourrisson .....</b>	<b>8</b>
<b>11. Algorithme pour le diagnostic pédiatrique du VIH du nourrisson .....</b>	<b>10</b>
<b>12. Aspects opérationnels de la PTME .....</b>	<b>11</b>
<b>13. ANNEXES.....</b>	<b>14</b>

## **1. Introduction**

Dans le cadre de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH, toute femme enceinte, dépistée positive au VIH, doit bénéficier d'un traitement antirétroviral (TARV) à vie.

Les directives nationales sur la PTME sont issues des recommandations 2013 de l'OMS relatives à l'option B+, à savoir un Traitement ARV à vie pour toute femme enceinte infectée par le VIH, quel que soit le nombre de CD4, qui ont été adaptées.

Tout médecin, toute sage-femme ou tout agent de santé paramédical menant les activités de Consultations Périnatales (CPN) et ayant reçu une formation lui permettant d'offrir le traitement antirétroviral (TARV), est habilité à prescrire, dispenser le traitement antirétroviral et effectuer le suivi clinique et biologique des femmes enceintes séropositives sous traitement antirétroviral dans toutes les structures sanitaires de Côte d'Ivoire offrant la PTME.

L'option B+ présente des avantages importants résumés ci-dessous, à savoir :

- 1. Une protection étendue contre la transmission mère-enfant du VIH pour les grossesses ultérieures, et ce, dès le moment de la conception ;*
- 2. Une prévention de la transmission sexuelle dans les couples et chez les partenaires sérodifférents pour le VIH ;*
- 3. Une simplification de la prise médicamenteuse pour le plus grand nombre des femmes enceintes infectées (une seule prise quotidienne avec des formes combinées)*
- 4. Un bénéfice probable pour la santé de la femme enceinte infectée par l'initiation précoce du traitement et de la réduction des risques d'arrêt et de reprise d'un schéma associant trois antirétroviraux ;*
- 5. Une simplification des conditions à remplir pour recevoir les ARV dans le cadre de la PTME ; le nombre de CD4 n'étant plus un critère pour déterminer si la femme enceinte séropositive au VIH doit bénéficier d'un traitement antirétroviral ;*
- 6. Une simplification du message pour les communautés ; une fois initié, le traitement ARV doit être poursuivi à vie.*

## **2. Le dépistage du VIH chez la femme enceinte**

La PTME repose sur le dépistage de la femme enceinte qui doit se faire dans les Services de Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI), au cours des CPN, de préférence au cours de la première CPN.

Le dépistage devra se faire par tout personnel soignant selon l'algorithme national de dépistage du VIH en vigueur (**voir section dépistage du VIH chez les adultes**).

Un test de contrôle devra être proposé avant l'accouchement ou dans les suites de couches des femmes dépistées négatives au VIH lors des consultations prénatales, compte tenu de la période de séroconversion ou du risque de survenue nouvelle infection au VIH par transmission du virus par le conjoint/partenaire infecté, en cas de rapports sexuelles non protégés.

Qui dépister pour le VIH ?	Quand dépister?
<ul style="list-style-type: none"> <li>Toutes les femmes enceintes venues dans un centre de santé pour une consultation prénatale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendant les consultations prénatales (de préférence à la CPN-1) ou à l'accouchement</li> <li>Faire un deuxième test du VIH <u>au troisième trimestre de grossesse, voir en salle d'accouchement ou en suites de couches</u>, chez les femmes enceintes séronégatives.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Partenaires/conjoints des femmes enceintes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pendant toute la durée des consultations prénatales ; inviter les partenaires/conjoints pour un dépistage du VIH</li> </ul>

### 3. Critères d'éligibilité au traitement antirétroviral

Il n'y a plus de critères d'éligibilité pour mettre la femme enceinte séropositive au VIH sous traitement antirétroviral.

*Toute femme enceinte infectée par le VIH, quels que soient le taux des CD4 et le stade clinique, doit initier le traitement antirétroviral et à vie.*

### 4. Traitement antirétroviral chez la mère

Le traitement antirétroviral chez la mère commence pendant la grossesse et se poursuit pendant toute la vie.

#### a. En cas de VIH-1

Le régime thérapeutique préférentiel est la combinaison (**Tenofovir/Lamivudine/Efavirenz**) : **TDF<sup>1</sup> + 3TC<sup>2</sup> + EFV<sup>3</sup>** dès que la femme est dépistée séropositive au VIH-1, en une prise quotidienne. Ce traitement existe sous forme d'un comprimé à doses fixes combinées.

Soir	<b>TDF 300mg + 3TC 150mg + EFV 600mg* (1 comprimé)</b>
------	--

\* La prise de l'Efavirenz est recommandée le soir à cause des effets secondaires tels que les étourdissements, les difficultés à se concentrer et la somnolence

---

<sup>1</sup> Tenofovir

<sup>2</sup> Lamivudine

<sup>3</sup> Efavirenz

## **b. En cas de VIH-2 ou VIH-1 et 2**

Le régime thérapeutique préférentiel est (**Tenofovir/Lamivudine/Lopinavir/ritonavir**) : **TDF + 3TC +LPV/r<sup>4</sup>** dès le diagnostic de l'infection à VIH, en 2 prises quotidiennes.

Matin	<b>LPV/r 200/50mg (2 comprimés)</b>
Soir	<b>TDF 300mg + 3TC150mg (1 comprimé) + LPV/r 200/50mg (2 comprimés)</b>

*NB: Deux comprimés de LPV/r à prendre le matin et deux comprimés à prendre le soir.*

## **5. Prophylaxie antirétrovirale chez les enfants**

### **a. En cas de VIH-1 chez la mère**

Le schéma prophylactique préférentiel est la Névirapine (**NVP<sup>5</sup>**) dès la naissance, voir dans les 72 heures qui suivent la naissance, ceci tous les jours pendant quatre (04) semaines (**2mg /kg/jour**)

Matin	<b>NVP sirop 0,6 ml / jour pendant 4 semaines</b>
-------	---

*NB : Dose à donner une fois par jour et de préférence le matin à la même heure*

### **b. En cas de VIH-2 ou VIH-1 et 2 chez la mère**

Le schéma prophylactique préférentiel est la Zidovudine (**AZT<sup>6</sup>**) à raison de 4 mg /kg x 2 /jour), dès la naissance, voir dans les 72 heures qui suivent la naissance, ceci tous les jours pendant quatre (04) semaines.

Matin	<b>AZT sirop : 1,2 ml pendant 4 semaines</b>
Soir	<b>AZT sirop : 1,2 ml pendant 4 semaines</b>

---

LPV/r<sup>4</sup> : Lopinavir boosté par le Ritonavir

NVP<sup>5</sup> : Névirapine

AZT<sup>6</sup> : Zidovudine

## 6. Prophylaxie par le Cotrimoxazole

La prophylaxie par le Cotrimoxazole est recommandée chez toutes les femmes enceintes/mères séropositives, pendant la grossesse, après l'accouchement et chez les enfants exposés.

- **Chez la femme enceinte/mère :**

Elle doit être initiée chez la femme enceinte séropositive au VIH, à partir de la 14<sup>ème</sup> semaine de grossesse (2<sup>ème</sup> trimestre) pour la prévention des infections opportunistes et du paludisme.

*NB : Ne pas donner de traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme*

Critères d'initiation : Toutes les femmes enceintes/mères séropositives au VIH quel que soit le taux de CD4

Posologie : Sulfadoxine Pyriméthamine (Cotrimoxazole 800/160 mg) : 1 comprimé par jour

Règle d'arrêt :

Aucune règle d'arrêt n'est envisagée chez les femmes enceintes séropositives.

Après la période d'allaitement se conformer aux conditions d'arrêt du Cotrimoxazole pour les adultes sous traitement ARV<sup>7</sup>

- **Chez l'enfant exposé :**

Chez l'enfant exposé, la prophylaxie au Cotrimoxazole sera initiée dès la 6<sup>ème</sup> semaine de vie, puis arrêtée, en cas de statut VIH négatif.

---

<sup>7</sup> Dans le cas où une femme infectée par le VIH et préalablement sous prophylaxie au Cotrimoxazole déclare une grossesse au 1<sup>er</sup> trimestre, il faut distinguer deux cas de figure en fonction du taux des CD4 :

- CD4 > 200 Cellules/mm<sup>3</sup>, interrompre la prophylaxie au Cotrimoxazole (faire une fenêtre thérapeutique) et le réintroduire dès la 14<sup>ème</sup> semaine, comme le stipule les directives
- CD4 ≤ 200 Cellules/mm<sup>3</sup>, il est recommandé de maintenir la prophylaxie au Cotrimoxazole en vue de réduire le risque de mortalité liée aux infections opportunistes.

## 7. Cas particuliers

Situation clinique	Traitement de la mère	Prophylaxie de l'enfant
<b>Selon le moment du dépistage</b>		
❖ Femme connue séropositive au VIH sous traitement antirétroviral qui contracte une grossesse (devenue enceinte)	Continuer le traitement antirétroviral avec le nouveau protocole	NVP ou AZT pendant 4 semaines selon le type de VIH
❖ Femme dépistée séropositive au moment de l'accouchement ou dans les 48 à 72 h après l'accouchement	Initier le traitement antirétroviral (TDF+3TC+EFV), puis l'adapter en fonction du type de VIH	NVP ou AZT pendant 4 semaines selon le type de VIH
❖ Femme enceinte séropositive au VIH ayant déjà commencé une prophylaxie ARV (sous ancien protocole)	Continuer l'ancien protocole jusqu'à la fin de la prophylaxie recommandée et prendre le relais avec le nouveau protocole de traitement	
<b>Coïnfection Tuberculose et VIH</b>		
Femme enceinte séropositive au VIH sous traitement antirétroviral qui présente une tuberculose pulmonaire	Initier ou Continuer le traitement antirétroviral (TDF+3TC+EFV)	NVP ou AZT pendant 4 semaines selon le type de VIH
<b>Coïnfection hépatite B et VIH</b>		
Femme enceinte séropositive au VIH sous traitement antirétroviral qui présente une hépatite virale B	Initier ou Continuer le traitement antirétroviral (TDF+3TC+EFV)	NVP ou AZT pendant 4 semaines selon le type de VIH

## 8. Le bilan biologique

Le bilan biologique sera réalisé chez toute femme enceinte ou allaitante, séropositive au VIH

### ❖ **Bilan initial de toute femme enceinte infectée par le VIH**

Le jour du dépistage au VIH de la femme enceinte ou allaitante, un prélèvement sanguin doit être réalisé pour le bilan initial en cas de séropositivité. Cependant, la réalisation de ce bilan ne doit pas retarder la mise sous traitement antirétroviral de la femme enceinte ou allaitante séropositive au VIH. Le bilan initial doit comprendre :

- \*Sérologie VIH
- Numération CD4
- Numération Formule Sanguine (NFS)
- Transaminases : ALAT
- Glycémie
- Créatinémie

*\*Sérologie de confirmation et de sérotypage*

### ❖ **Bilan de suivi de toute femme enceinte ou allaitante infectée par le VIH**

Désignation de l'examen biologique	M6	M12
CD4	X	X
NFS	X	X
Transaminases ALAT	X	X
Glycémie	X	X
Créatinémie*	X	X
Charge virale	X	X

*\*Utilisation des bandelettes urinaires est recommandée en alternative de la créatinémie pour mesurer la protéinurie des patients sous TDF.*

## 9. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant né de mère porteuse du VIH

Les recommandations sur l'alimentation de l'enfant n'ont pas été modifiées.

Deux options d'alimentation sont recommandées :

- **Allaitement exclusif de 0 à 6 mois**
- **Alimentation de remplacement exclusive de 0 à 6 mois**, si les conditions AFADS (Abordable, Faisable, Acceptable, Durable et Sûr) sont réunies (*Annexe 1*)



## ❖ Pratique et durée de l'allaitement

- Nourrissons non infectés par le VIH ou nourrissons avec statut VIH inconnu :
  - De 0 à 6 mois : allaitement exclusif
  - Dès 6 mois : alimentation de complément appropriée
  - Poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de **1 an**

*NB : Des alternatives alimentaires nutritionnellement appropriées et sûres doivent être fournies par la famille avant l'arrêt de l'allaitement.*

- Nourrissons infectés par le VIH
  - De 0 à 6 mois : allaitement exclusif
  - Dès 6 mois : alimentation de complément appropriée
  - Poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de **2 ans ou plus**

## ❖ Modalités d'arrêt de l'allaitement

- L'arrêt brutal de l'allaitement n'est pas recommandé
- L'arrêt de l'allaitement doit se faire progressivement sur une période d'un mois

*NB : Si la mère décide d'arrêter l'allaitement, s'assurer que les conditions AFADS sont réunies.*

L'arrêt de l'allaitement doit être progressif et pourra se faire à partir de 6 mois de vie de l'enfant :

- Réduire le nombre de tétées et les remplacer par du lait 2ème âge qui sera donné à la tasse
- Introduire l'alimentation de complément.

## 10. Diagnostic pédiatrique du nourrisson

### Les outils de diagnostic

Le diagnostic biologique est indispensable pour confirmer une infection à VIH. Chez l'enfant, deux types de tests biologiques peuvent être utilisés :

- Le test virologique par PCR permettant le diagnostic précoce de l'infection
- Le test sérologique (test rapide)

Le but du diagnostic biologique est de réaliser un diagnostic pédiatrique précoce des nourrissons infectés par le VIH et d'initier immédiatement le traitement antirétroviral chez les enfants infectés par le VIH.

### En cas d'allaitement

En cas d'allaitement, il existe un risque de contamination par le VIH de l'enfant. Ce risque est permanent pendant toute la durée de l'allaitement. Ce risque est résiduel lorsque la mère infectée est sous traitement antirétroviral. Ainsi, un enfant allaité est considéré définitivement

comme non infecté si la PCR ou la sérologie réalisée six semaines après la fin de l'allaitement est négative.

### **Stratégie de diagnostic de l'enfant**

Le diagnostic repose sur l'application de l'algorithme ci-dessous.

Le diagnostic initial repose sur la PCR qui doit être réalisée à partir de la 6<sup>ème</sup> semaine de vie, de préférence à 6 semaines de vie.

Si le nourrisson est allaité, le test biologique définissant son statut final devra être réalisé 6 semaines après l'arrêt de l'allaitement.

A partir de 9 mois, réaliser le test sérologique chez tous les enfants exposés n'ayant pas bénéficié de la PCR. En cas de sérologie positive, réaliser une PCR de confirmation.

Chez les enfants symptomatiques du Sida, un test sérologique positif est fortement évocateur de son statut VIH positif et doit permettre d'initier le traitement. Le statut positif sera confirmé ou infirmé par une PCR avant 18 mois ou un deuxième test sérologique à partir de 18 mois.

### **Statut final des enfants**

#### **Un enfant exposé au VIH est considéré comme infecté par le VIH**

- si la 1<sup>ère</sup> PCR est positive. Toutefois, une deuxième PCR de confirmation est nécessaire du fait des risques d'erreur de manipulation ou d'étiquetage. Le traitement devra être immédiatement initié et ce même avant les résultats de confirmation.<sup>8</sup>
- Si un test sérologique est positif après le 9<sup>ème</sup> mois de vie et confirmé par une PCR positive
- Si deux tests sérologiques sont positifs : un premier test positif après M9 et un deuxième test positif après M18.

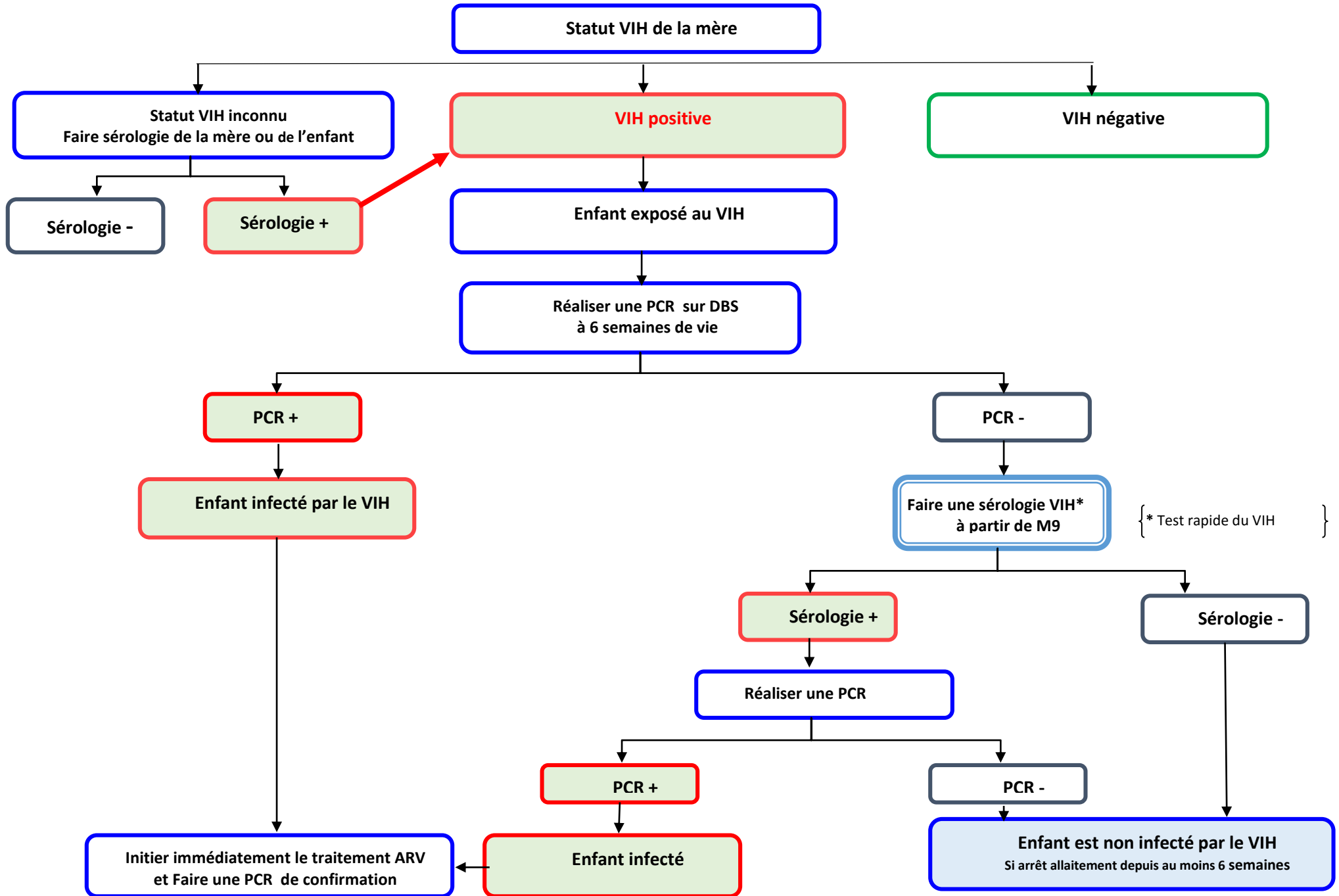
#### **Un enfant exposé au VIH est considéré comme non infecté par le VIH**

- Si l'enfant n'est plus allaité depuis au moins six semaines et si la PCR ou la sérologie est négative.

---

<sup>8</sup> Si la PCR de confirmation revient négative, demander une troisième PCR dans le même laboratoire tout en gardant l'enfant sous traitement, cette dernière PCR déterminera le statut définitif de l'enfant

# Algorithme pour le diagnostic pédiatrique du VIH



## **11. Aspects opérationnels de la PTME**

Les aspects opérationnels de la PTME sont résumés dans le tableau ci-dessous. Ils décrivent le circuit des femmes enceintes infectées par le VIH qui initieront le traitement ARV. Ce circuit comprend cinq étapes qui sont les suivantes :

### **1) Le dépistage de la femme enceinte**

- La PTME repose sur le dépistage de la femme enceinte qui doit se faire dans le Service de SMNI au cours des CPN, de préférence au cours de la première CPN.
- Le dépistage devra se faire par tout personnel soignant selon l'algorithme national de dépistage du VIH en vigueur (voir section dépistage du VIH chez les adultes).
- Un test de contrôle pour les femmes enceintes séronégatives au VIH devra être proposé avant l'accouchement ou dans les suites de couches, afin de dépister des cas de séroconversion ou de nouvelle infection au VIH.

### **2) L'initiation du traitement antirétroviral**

- Une fois la femme dépistée séropositive, le traitement doit être initié par tout personnel soignant (médecin, sage-femme et infirmier).
- Le traitement antirétroviral repose sur l'association de Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC)+Efavirenz qui devra être initié quel que soit le taux de CD4 et l'âge gestationnel.
- La prévention des infections opportunistes par le Cotrimoxazole doit être également initiée
- Dans la mesure du possible, toute femme enceinte séropositive doit être suivie dans le centre de santé où elle a été dépistée ou suivie par le personnel médical ou paramédical (infirmier ou sage-femme).
- Un bilan initial doit être réalisé dès la connaissance du statut sérologique, une fois le prélèvement sanguin réalisé pour le bilan initial, l'attente des résultats biologiques n'est pas nécessaire pour débiter le traitement antirétroviral.

### **3) Suivi des femmes enceintes séropositives en consultation prénatale**

- Dès que la femme enceinte séropositive est dépistée, le suivi doit être mis en place dans la même structure, et doit s'étaler tout au long des CPN jusqu'à l'accouchement.
- Il doit être assuré par le personnel soignant (médecin, sage-femme et infirmier).

- Le traitement antirétroviral devra être administré au cours de son suivi et si possible au SMNI dans la même structure de santé.
- Devant tout cas de complication, effets secondaires graves liés au traitement et de co-infection, la sage-femme ou l'infirmier devront adresser la femme enceinte à un médecin prescripteur ARV.

#### **4) Suivi des femmes séropositives après l'accouchement**

- A l'issue de l'accouchement, le suivi doit se poursuivre jusqu'à la connaissance du statut définitif de l'enfant (au plus tard à 18 mois de vie).
- Le suivi doit être réalisé par personnel soignant (médecin, sage-femme et infirmier) selon le calendrier de visite suivi : S6, S10, S14, M6, M9, M12, M15, M18). Ce calendrier est à adapter au calendrier de vaccination (PEV) afin de coupler le suivi du couple mère-enfant dans le centre de santé.

#### **5) Suivi de la femme séropositive au VIH après la connaissance du statut final de l'enfant exposé au VIH**

- Dans la mesure du possible, toute femme enceinte séropositive au VIH doit être suivie dans le centre de santé où elle a été dépistée ou suivie par le personnel médical ou paramédical (infirmier ou sage-femme).
- Cependant, en cas d'absence de médecin ou infirmier pouvant assurer la prise en charge dans la structure, il est recommandé de référer la femme vers un autre centre de santé, si possible le plus proche, où il existe un médecin prescripteur ou infirmier capable d'assurer la prise en charge thérapeutique des PVVIH.

## Résumé des aspects opérationnels pour la PTME en Côte d'Ivoire

<b>Dépistage du VIH</b>		
	Où	Dans toutes les structures de Santé Maternelle, néonatale et infantile
	Par qui ?	Par le personnel médical : sage-femme, infirmier, médecin
	Quand ?	Pendant les consultations prénatales (de préférence à la 1 <sup>ère</sup> CPN)
<b>Initiation du traitement ARV</b>		
	Par qui ?	Par du personnel de santé qualifié (médecin, sage-femme et infirmier)
	Quand ?	Dès le diagnostic de l'infection à VIH, quel que soit l'âge gestationnel
	Quel régime ?	TDF-3TC-EFV : 1 comprimé par jour et à vie Cotrimoxazole 800/160 mg : 1 comprimé par jour à vie
<b>Suivi des femmes en CPN</b>		
	Où ?	Au lieu de dépistage dans le SMNI en CPN
	Par qui ?	Par le médecin, la sage-femme, ou l'infirmier
	Fréquence des CPN	Dès la 1 <sup>ère</sup> CPN jusqu'à l'accouchement en tenant compte du calendrier des CPN
	Dispensation des ARV	Se fera au lieu de dépistage dans le SMNI après la CPN
<b>Suivi post-partum</b>		
	Où ?	Au lieu de dépistage dans le SMNI ou CPN
	Par qui ?	Par le Médecin, la Sage-femme, l'Infirmier, le Pharmacien ou le PGP
	Période de suivi après accouchement	Jusqu'au 18 mois de vie de l'enfant, le suivi se fera dans les SMNI
	Calendrier de suivi	S6 - S10 - S14 - M6 - M9 - M12 - M15 - M18
<b>Suivi après M18*</b>		
	Où ?	Dans la même structure de santé lorsqu'il y a un infirmier ou 1 médecin prescripteur d'ARV dans la structure Dans une autre structure de santé lorsqu'il n'y a pas d'infirmier ou de médecin prescripteur d'ARV dans la structure
	Par qui ?	Par l'infirmier ou par le médecin
	Période de suivi	A vie
<b>Situation systématique de Référence vers un centre de prise en charge thérapeutique *</b>		
	Où ?	Vers le centre de référence le plus proche avec un médecin prescripteur
	Quand ?	Si effets secondaires graves Si suspicion d'échec clinique En cas de co-infection

\* après le diagnostic final VIH de l'enfant

## **12. ANNEXES**

### **Définition AFADS**

#### **Acceptable:**

- La mère ne voit aucun obstacle, stigmatisation, discrimination à l'alimentation de remplacement.
- La mère ne subit pas de pression sociale ou culturelle. Elle est soutenue par la famille et la communauté dans son choix de 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.
- Elle peut préparer correctement et suffisamment d'aliments de remplacement pour nourrir le bébé jusqu'à 12 fois par jour.

#### **Abordable financièrement:**

- La mère et la famille, avec l'appui de la communauté ou du système de santé si nécessaire, peut supporter le coût d'achat/production, de préparation et d'utilisation de l'alimentation de remplacement, y compris de tous les ingrédients, combustible, eau propre, savon et matériel, sans compromettre la santé et la nutrition de la famille.
- Ce concept comprend également l'accès aux soins médicaux en cas de diarrhée, si nécessaire, ainsi que la capacité à supporter le coût de ces soins.

#### **Durable :**

- La disponibilité d'un approvisionnement continu et ininterrompu, ainsi que d'un système fiable de distribution, pour tous les ingrédients et produits nécessaires à une alimentation de remplacement saine, tant que l'enfant en a besoin, jusqu'à l'âge d'un an ou plus.

#### **Sûre:**

- Les aliments de remplacement sont préparés, stockés et donnés correctement et avec hygiène, en quantités convenables du point de vue nutritionnel, avec des mains et des ustensiles propres, de préférence à la tasse.

# Guide d'évaluation des conditions AFADS pour une alimentation de remplacement

