

REPUBLIQUE DU RWANDA

Ministère de la Santé



Guide National pour le Soutien
et la Prise en Charge Alimentaire et
Nutritionnelle
Pour les Personnes Vivant
avec le VIH/SIDA
au Rwanda



PREFACE

La pandémie du VIH/SIDA a eu un impact dévastateur sur la sécurité alimentaire et la nutrition des ménages, à travers ses effets négatifs sur la disponibilité des aliments, l'accès aux vivres, et à leur usage pour une bonne nutrition. Le VIH/SIDA affecte la production agricole par l'affaiblissement et la diminution de la force productive. La santé, l'éducation et les services sociaux sont sous pression compte tenu du nombre croissant de professionnels et de patients affectés et/ou infectés par le VIH. Les personnes infectées par le VIH/SIDA (PVV+) perdent progressivement leur capacité à travailler et à produire, augmentant la pauvreté et empêchant aux autres membres de la famille d'obtenir assez de nourriture et de satisfaire d'autres besoins fondamentaux. Les partenaires et les enfants des PVV+ courent un plus grand risque d'être infectés et de subir la discrimination. Finalement, les enfants deviennent orphelins ou laissés à la charge de vieilles personnes indigentes.

Une bonne nutrition est essentielle pour avoir et préserver une bonne santé, en aidant le corps à créer une autodéfense contre des infections. Prendre un régime équilibré compense l'énergie et les nutriments perdus suite aux infections. Une bonne nutrition garantit le bien-être, augmente la détermination des personnes malades à améliorer leur état de santé et est de plus en plus reconnue comme une composante clé dans la prise en charge et le Soutien requis pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVV+) à tous les stades de la maladie. Couvrir dans l'immédiat les besoins alimentaires et nutritionnels et satisfaire en même temps d'autres besoins fondamentaux est essentiels pour les ménages affectés par le VIH/SIDA qui doivent maintenir leur dignité et sécurité.

Le Guide pour le Soutien Alimentaire et Nutritionnel des PVV+ au Rwanda a été développé par le Groupe de Travail du Rwanda pour la Nutrition et le VIH/SIDA [Rwanda Nutrition and HIV/AIDS Working Group (RNH-WG)], en collaboration avec le Secrétariat d'Etat chargé du VIH/SIDA et d'Autres Maladies épidémiques, le Ministère de la Santé (MINISANTE), suite à la revue documentaire existant dans plusieurs agences et pays. Le Guide offre quelques solutions simples pour les problèmes de nutrition de gestion de symptômes du VIH/SIDA et les infections opportunistes, ainsi que des effets secondaires des médicaments, y compris le TAR.

Le Guide est destiné à être utilisé par les Prestataires de Services, principalement dans le secteur de la santé, de l'agriculture, du genre et développement, l'administration locale, aussi bien que les prestataires des soins à domicile, qui ont la responsabilité première de soutien et de prise en charge des patients du VIH/SIDA. Il offre des recommandations pratiques pour des régimes sains et équilibrés en faveur des PVV+ et aborde les complications courantes rencontrées lors de l'infection à VIH. Le Guide reconnaît que la plupart du Soutien et de la prise en charge des PVV+ se fait dans les ménages. Là où c'est possible, les informations ont été données dans un langage facile à utiliser par les principaux Prestataires des Services, en utilisant les connaissances à jour dans le domaine de la nutrition et du VIH/SIDA. Nous espérons que les utilisateurs de ce Guide adapteront les informations et les recommandations pour les interventions adaptées à leur milieu pour assurer la meilleure prise en charge et appui aux PVV+.

Dr. Innocent Nyaruhirira
Secrétaire d'Etat en charge du VIH/SIDA
et les Maladies en Rapport .

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé voudrait exprimer ses sincères remerciements aux agences suivantes pour leur assistance financière et technique: CIAT, FANTA/AED, FAO, UNICEF, USAID, et PAM.

Des remerciements spéciaux vont aux membres du Groupe de Travail sur la Nutrition et le VIH/SIDA: Hategekimana D, Kaligirwa C, Kampirwa R, Kayumba J, Mihigo J, Ngabo F, Nkusi D, Nyagaya M, Omwega A, Oulare M, and Rwahungu J, pour leur apport technique, engagement et dévouement. Ils ont beaucoup contribué au développement de ce guide. Ce travail est le résultat de leur engagement sans relâche dans la compilation et examen des différents projets. Le Ministère de la Santé voudrait aussi exprimer sa gratitude à toutes ces personnes qui, d'une façon ou d'une autre, ont contribué à faire de ce Guide une réalité.

TABLE DES MATIERES

Préface.....	i
Remerciements.....	ii
Table des matières.....	iii
Acronymes.....	iv
I. Introduction.....	1
1. 1. Justification du guide.....	1
1. 2. Objectif de ce guide.....	1
1. 2. 1. Objectif général.....	1
1. 2. 2. Objectifs spécifiques.....	2
1. 3. Les groupes cibles.....	2
1. 4. Utilisateurs du guide.....	2
1. 5. Relation entre l'alimentation, la nutrition et le VIH/SIDA.....	3
2. Evaluation nutritionnelle.....	5
2. 1. Evaluation du statut nutritionnel.....	5
2. 1. 1. Enfants de moins de 5ans nés des mères VIH+.....	6
2. 1. 2. Enfants de 5 à 15 ans.....	7
2. 1. 3. Adolescents et adultes.....	7
2. 1. 4. Femmes enceintes.....	7
2. 1. 5. Femmes allaitantes.....	7
3. Counseling pour les PVV.....	8
3. 1. Alimentation du nourrisson né de mère séropositive.....	8
3. 1. 1. Enfant de 0 à 6 mois.....	8
3. 1. 2. Enfant de 6 à 24 mois.....	8
3. 2. Avantages et inconvénients de chaque option.....	9
3. 2. 1. Avantages de l'allaitement maternel exclusif.....	9
3. 2. 2. Inconvénients de l'allaitement maternel exclusif.....	9
3. 2. 3. Avantages de la méthode du lait chauffe.....	10
3. 2. 4. Inconvénients de la méthode du lait chauffé.....	10
3. 2. 5. Avantages de la méthode des Nourrices.....	11
3.2.6. Inconvénients de la méthode des Nourrices.....	11
3.2. 7. Avantages des préparations industrielles.....	11
3.2.8. Inconvénients des préparations industrielles.....	12
3.2.9. Préparation du lait industriel.....	12
3.2.10. Lait préparé à domicile.....	12
3.2.11. Avantages du lait préparé à domicile.....	12
3.2.12. Inconvénients du lait préparé à domicile.....	13
3.2.13. Préparation du lait modifié.....	13
3. 3. Enfant de 24 à 59 mois.....	14
3. 4. Femmes enceintes et allaitantes.....	14
3. 5. Adolescents et Adultes.....	16
3. 6. PVVIH sous ARV.....	18
3. 7. Counseling Nutritionnel pour les PVV+.....	19
4. Traitement nutritionnel thérapeutique.....	20
4.1. Types de traitement.....	20

4.2. Traitement nutritionnel	21
4.3. Traitement médical systématique	23
4.4. Critères de sortie	29
4.5. Malnutrition modérée	30
5. Sécurité alimentaire pour les ménages affectés	31
5. 1. La sécurité alimentaires ménages	31
5. 2. Conduite à tenir par les prestataires de services	32
6. Suivi et évaluation de la mise en œuvre du guide	34
6. 1. Objectifs du suivi et Evaluation	34
7. Gestion de l'appui nutritionnel au niveau FOSA	38

ACRONYMES

AFASS	Acceptable, Feasible, Affordable, Sustainable, and Safe (Acceptable, Faisable, Abordable, Durable et Sûr)
ARV	Antirétroviral
CDC	Comité de Développement Communautaire
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
CIAT	Centro Internacional de Agricultura Tropical
FANTA	Food And Nutrition Technical Assistance Project (Projet d'Assistance Technique Alimentaire et Nutritionnelle)
Hb	Hémoglobine
IMC	Indice de Masse Corporelle
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
P/A	Poids/Âge = insuffisance pondérale
P/T	Poids/Taille = malnutrition aigue
PB	Périmètre brachial
PCR	Polymeres Chain Reaction
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVV+	Personnes Vivant avec le VIH/SIDA
RRP	Réseaux Rwandais des PVV
SIDA	Syndrome d'Immuno-déficience Acquise
SNG	Sonde Nasogastrique
TAR	Traitement anti-rétroviral
TRAC	Treatment and Research AIDS Centre (Centre de Traitement et de Recherche sur le SIDA)
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Acquise
VIH	Virus Immunodéficience Humain

1. INTRODUCTION

1. 1. Justification du Guide

Le Rwanda a adopté des politiques et des directives relatives à la prévention et au traitement du VIH/SIDA mais elles n'abordent pas de façon spécifique les questions de prise en charge et de soutien nutritionnels pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVV+). A ce jour, les initiatives pour offrir une telle prise en charge à l'instar de celles entreprises par les ONG et les programmes de lutte contre le SIDA sont limitées dans l'étendue de leur couverture et ne sont pas harmonisées. Des instructions supplémentaires s'avèrent donc nécessaires pour combler ce vide. Ce Guide pour le Soutien et la Prise en charge Alimentaire et Nutritionnelle des PVV+ va permettre aux programmes et services d'offrir des recommandations saines et consistantes pour les PVV+ et ceux qui les prennent en charge de contribuer à une plus grande prise de conscience de l'importance de l'appui alimentaire et du soutien nutritionnels dans l'atténuation de l'impact du VIH/SIDA.

1. 2. Objectif de ce Guide

1.2.1. Objectif général :

L'objectif général de ce guide est de présenter les actions que les prestataires de services ont besoin de prendre pour apporter une prise en charge et un soutien nutritionnels de qualité aux PVV+ à différents points de contact.

1. 2. 2. Objectifs spécifiques:

Les principaux objectifs spécifiques sont de:

- Donner les informations nécessaires pour aborder les aspects nutritionnels des PVV+.
- Donner des recommandations pratiques pour la prise en charge et appui alimentaire et nutritionnel au niveau des ménages, des hôpitaux et autres formations sanitaires.
- Donner les orientations sur les modalités de suivi et évaluation nutritionnel des actions en faveur des PVV+

1. 3. Les groupes cibles :

Les personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA

1. 4. Utilisateurs du guide

Le Guide sera utilisé par :

- Les prestataires des soins de santé y compris ceux impliqués dans l'examen, le conseil, le diagnostic, le traitement et la prise en charge à domicile,
- Les planificateurs des services de santé, des services sociaux, éducationnels et nutritionnels,
- Le personnel des organisations communautaires travaillant avec les PVV+
- Le Réseau Rwandais des personnes vivant avec le VIH/SIDA
- Le personnel d'agences internationales et nationales, qui appuient des programmes pour les PVV+
- Les instituts de formation et de recherche.

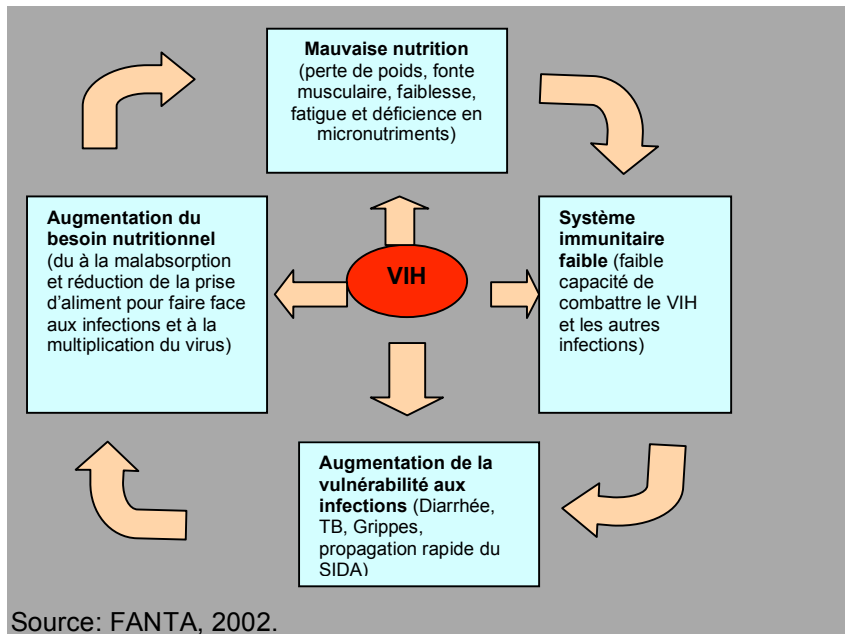
1. 5. Relation entre l'alimentation, la nutrition et le VIH/SIDA

La nutrition et le VIH/SIDA sont fortement interdépendants. La malnutrition peut à la fois contribuer à la progression du VIH et en résulter. Cette relation entre la malnutrition et le VIH/SIDA crée un cercle vicieux: le VIH affaiblit le système immunitaire, et en retour, entraîne plus d'infections (Figure 1).

La hausse des infections (fréquence et acuité) conduit à une perte d'appétit puis à une mauvaise prise alimentaire et éventuellement à la malnutrition. Les personnes malnutries sont soumises à un grand risque d'infection, créant une plus grande vulnérabilité au VIH et le cycle continue ainsi.

Alors que le VIH peut prendre des années pour dégénérer en SIDA, les effets négatifs du virus sur la nutrition peuvent subvenir tôt dans la progression de la maladie. La perte de poids, la fonte musculaire et les dommages au système immunitaire, sont plus fréquents chez les adultes mais sont aussi répandus chez les enfants infectés par le VIH. Une PVV+ est plus soumise au risque de la malnutrition à cause de la prise insuffisante d'aliments, de la faible absorption, du changement dans le métabolisme du corps, des infections chroniques et maladies, de l'anorexie ou manque d'appétit, diarrhée, fièvre, nausée et vomissements fréquents, muguet et anémie.

Figure 1: Le Cycle de Malnutrition et Infection dans le Contexte du VIH/SIDA.



Une perte de poids excessive (plus de 10% du poids corporel sur une période de 6 mois) est un signe probable du début d'un cas clinique du SIDA. Un style de vie et un régime nutritionnel sain, un traitement précoce de l'infection et un rétablissement après l'infection peuvent arrêter la perte de poids et réduire les effets négatifs des futures infections.

2. EVALUATION NUTRITIONNELLE

Les PVV+ peuvent souffrir d'un manque d'appétit, des difficultés de manger et de malabsorption de nutriments, ce qui pourrait provoquer un amaigrissement, ou une fonte musculaire. Le syndrome d'amaigrissement du VIH/SIDA, une cause majeure de morbidité et de mortalité chez les PVV+, se rapporte à une perte de 10% du poids ou plus, par rapport au poids de la personne avant la maladie, plus une diarrhée chronique, une faiblesse, ou une fièvre.¹

2. 1. Evaluation du statut nutritionnel

Actuellement les mesures de l'âge, du poids et de la taille quand ils sont utilisés ensemble peuvent nous fournir d'importantes informations sur le statut nutritionnel d'un individu. Quand deux de ces variables sont utilisés ensemble, ils sont appelés indices. Plusieurs mesures anthropométriques peuvent être utilisés mais les plus usuels sont : P/T, IMC, P/A et PB.

Les PVV+ devraient être pesées chaque mois, et garder une liste de poids enregistré afin de détecter le plus vite possible les changements.

Critères d'Admission

Indicateurs	Malnutrition sévère			Malnutrition modérée		
	Adultes	Enfants moins de 5 ans	Enfants Adolescents	Adultes	Enfants moins de 5 ans	Enfants Adolescents
IMC	< 16			16 -18.4		
P/T		<70%	<70%		70-80%	70-85%
Oedèmes		Oui	Oui		Oui	Oui

Critères de Sortie

Indicateurs	Malnutrition sévère			Malnutrition modérée		
	Adultes	Enfants moins de 5 ans	Enfants Adolescents	Adultes	Enfants moins de 5 ans	Enfants Adolescents
IMC	≥ 18.5			≥ 18.5		
P/T		$>80\%$	$>85\%$		$>80\%$	$>85\%$
Oedèmes		Non	Non		Non	Non

2. 1. 1. Enfants de moins de 5 ans nés des mères séropositives.

A. Pour la surveillance de la croissance :

1. signes cliniques : Oedèmes, cheveux défrisés, amaigrissement, Plis cutanés, anémie

2. Indices anthropométriques:

- P/A :
 - $< 65\%$: malnutrition sévère (bande rouge)
 - $65-85\%$: malnutrition modérée (bande jaune)
 - $\geq 85\%$: bon état nutritionnel (bande verte)

B. Pour la prise en charge thérapeutique

1. Indices anthropométriques:

- P/T :
 - $< 70\%$: malnutrition sévère
 - entre $70-80\%$: malnutrition modérée

2. 1. 2. Enfants de 5 à 15 ans

1. Indices anthropométriques:

- P/T :
- < 70 % : malnutrition sévère
- entre 70-85 % : malnutrition modérée

2. 1. 3. Adolescents et adultes.

- BMI:
- < 16 : malnutrition sévère
- entre 16 et 18,5 : malnutrition modérée

2. 1. 4. Femmes enceintes

- Gain pondéral:
- S'assurer qu'il n'y a pas de perte de poids pendant le 1^{er} trimestre
- S'assurer qu'il n'y a un gain de plus de 1,5 kg /mois à partir du 2^{er} trimestre jusqu'à l'accouchement

N.B :

- Référer les femmes ayant repris moins de 1 kg par mois à partir du deuxième trimestre pour une prise en charge et un traitement appropriés.

2. 1. 5. Femmes allaitantes

- BMI :
- < 16 : malnutrition sévère
- entre 16 et 18,5 : malnutrition modérée

N.B : Référer les mères allaitantes qui perdent >10% de leur poids corporel (dans une période de six mois) pour une prise en charge et un traitement appropriés.

3. COUNSELING POUR LES PVV

3. 1. Alimentation du Nourrisson nés de mère séropositive

3. 1. 1. *Enfant de 0 à 6 mois:*

Trois options d'alimenter l'enfant sont possibles:

1. Allaitement maternel exclusif avec une *cessation précoce*
2. Allaitement maternel modifié
 - *Lait maternel exprimé et traité par chauffage*
 - *les nourrices allaitantes*
3. Alimentation artificielle
 - *préparations industrielles*
 - *lait préparé à domicile (Lait de vache, de chèvre, etc.)*

N.B. : Supplémentation en 50.000 UI de Vitamine A et autres multiples micronutriments pour ceux qui ont opté pour le lait à domicile

3. 1. 2. *Enfant de 6 à 24 mois*

➤ **Pour l'enfant HIV+ après la PCR :**

Deux options sont possibles:

1. *Allaitement maternel*
2. *Alimentation artificielle si c'était déjà le choix avant 6 mois.*
Plus aliments de complément

➤ **Pour l'enfant HIV- après la PCR :**

Deux options sont possibles :

1. *allaitement maternel modifié*
2. *alimentation artificielle*
Plus aliments de complément

N.B : l'alimentation de complément doit être à base d'aliments convenablement préparés et enrichis avec des protéines, énergie et micronutriments et donnés 5 fois par jour.

3. 2. Avantages et inconvénients de chaque option

3. 2. 1. Avantages de l'allaitement maternel exclusif

- Couvre la totalité des besoins en nutriments de l'enfant de la naissance à 6 mois ;
- Protège l'enfant contre les infections telles que les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques;
- Minimise les risques de transmission du VIH/SIDA ;
- Retarde le retour de la fécondité aidant ainsi à espacer les naissances ;
- Permet la proximité et le contact entre la mère et l'enfant

3. 2. 2. Inconvénients de l'allaitement maternel exclusif

Risque de transmission du VIH/SIDA à travers le lait maternel au cours des 6 premiers mois. Ce risque est très élevé si la bouche, gorge ou les intestins de l'enfant sont irrités, si les seins de la mère sont affectés (abcès, crevasses, mastite, engorgement).

3. 2. 3. Avantages de la méthode du lait chauffé

- Tue le virus du VIH/SIDA dans le lait d'une mère séropositive;
- Conserve la majeure partie des éléments nutritifs du lait maternel ;
- Permet de poursuivre l'allaitement maternel après 6mois ;
- Evite les engorgements et les mastites ;
- Beaucoup moins cher et à moins de risques que le lait artificiel ;
- Ne nécessite pas de gros moyens de laboratoire pour le faire, nécessité de pots, tasse, charbon ou bois.

3. 2. 4. Inconvénients de la méthode du lait chauffé

- Le chauffage réduit le niveau des facteurs anti-infectieux dans le lait maternel ;
- Demande beaucoup plus de temps pour la mère ou la personne en charge;
- Crée un stigma autour de la femme dans sa communauté;
- Exige un soutien important pour la mère pour surmonter les difficultés ;
- Le lait a besoin d'être refroidi 10-20mn avant d'être donné à l'enfant ;
- Exige la disponibilité du matériel.

3. 2. 5. Avantages de la méthode des Nourrices Allaitantes

Définition: C'est l'allaitement de l'enfant par une mère autre que sa propre mère (grand-mère, parent proche ou autre volontaire). Traditionnellement, cette méthode était pratiquée par les grand-mères ou les tantes quand la mère est morte ou absente.

3.2.6. Avantages :

- Idéale pour l'alimentation du nourrisson, car donne les mêmes avantages que le lait maternel;
- Confère la protection contre plusieurs maladies chez l'enfant ;
- Culturellement acceptable dans certaines régions ;
- Moins cher par rapport au lait de remplacement.

3.2.7. Inconvénients

- Peut être source de transmission du VIH/SIDA de la nourrice à l'enfant ou de l'enfant à la nourrice dans les zones avec haute prévalence de VIH et où le VCT ne fait pas partie des examens de routine ;
- Risque d'attachement avec une autre femme outre que la mère biologique;
- Risque de survenue de grossesse indésirée chez la mère biologique de l'enfant ;
- Peut être une source de stigmatisation chez la mère dans sa communauté.

3.2.8. Avantages des préparations industrielles pour nourrissons

Les préparations industrielles sont des produits à base de lait ou de protéines de soja enrichie en micronutriments qui sont donnés au nourrisson. Généralement, ils sont disponibles sous forme de poudre à dissoudre ou à reconstituer avec de l'eau. Il y a des formes génériques pour enfants normaux et des préparations pour prématurés. Les avantages sont :

- Pas de risque de contamination du VIH//SIDA après la naissance ;
- Option de choix si la famille remplit tous les facteurs AFASS.

3.2.9. Inconvénients des préparations industrielles pour nourrissons

- Coûte très cher pour la majorité des mères en milieu rural;
- Des erreurs de dilution peuvent survenir ;
- Risque élevé de contamination si les conditions d'hygiène sont précaires ;
- Risque de diarrhée, de malnutrition et de décès chez l'enfant si hygiène est inadéquate;
- Peut diminuer les liens entre la mère et l'enfant causant un retard de stimulation psychosociale;
- Risque de survenue d'une grossesse précoce chez la mère s'il n'y a pas de PF ;
- Peut être une source de stigmatisation chez la mère dans sa communauté.

3.2.10. Préparation des préparations industrielles pour nourrissons

- Respecter les instructions données sur l'emballage en matière de quantité et de qualité ;
- Se référer aux ustensiles de mesure disponibles chez la mère pour mesurer le lait et l'eau si celle-ci ne peut pas lire ;
- Encourager la mère à alimenter l'enfant avec une tasse au lieu du biberon.

3.2.11. Lait préparé à domicile

Le lait d'animal préparé à domicile est modifié et adapté aux besoins nutritionnels du nourrisson. Il s'agit du lait de vache, de chèvre, de mouton, de chameau, etc.

Il peut s'agir de:

- Lait d'animal modifié en ajoutant de l'eau et d'autres éléments nutritifs;
- Lait en poudre (lait entier, lait écrémé) ;
- Lait d'animal frais non modifié (entier),
- Lait condensé : n'est pas bon pour les nourrissons et la conservation est difficile.

3.2.12. Avantages du lait d'animal préparé à domicile

Pas de risque de contamination du VIH après la naissance.

3.2.13. Inconvénients du lait préparé à domicile

- Ne contient pas tous les micronutriments dont l'enfant a besoin à cet âge : besoin d'ajout de sucre, de multiple micronutriments ;
- Trop riche en protéines, sodium, calcium par rapport au lait maternel ;
- Peut coûter cher ;
- Peut diminuer les liens affectifs entre la mère et l'enfant ;
- Peut avoir des erreurs de dilution occasionnant la déshydratation ;
- Risque élevé de contamination si les conditions d'hygiène sont précaires ;
- Risque de survenue de diarrhée, de malnutrition et de décès chez l'enfant ;
- Risque de survenue d'une grossesse précoce chez la mère qui ne fait pas de Planning familial ;
- Peut être une source de stigmatisation chez la mère dans sa communauté.

3.2.14. Préparation du lait modifié pour un enfant entre 0 et 6 mois

Lait de vache : 100 ml de lait de vache + 50 ml d'eau bouillie + 10 g de sucre (2 morceaux de sucre ou 2 cuillères à café rases) ou 2 volumes de lait + 1 volume d'eau bouillie + 2 morceaux de sucre ou 2 cuillères à café rases) ; le tout porté à ébullition pour obtenir 150 ml de lait préparé pour le nourrisson.

Lait de chèvre : Même préparation que le lait de vache, mais supplémenter l'enfant en acide folique.

3. 3. Enfant de 24 à 59 mois

Il est recommandé de :

- Donner 3 à 4 repas équilibré à base d'aliments locaux.
- Donner deux collations entre les repas
- Supplémentation en micronutriments selon les besoins de l'enfant

Les apports alimentaires en fonction de la phase de la maladie (asymptomatique ou symptomatique) sont repris dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Apports alimentaires recommandés par phase de la maladie

Groupe de Population	Phase du VIH	Besoins en énergie
Enfants	Asymptomatique	10% de plus
	Symptomatique (sans perte de poids)	20-30% de plus
	Symptomatique (avec perte de poids)	50-100% de plus

* Ceci en supplément d'énergie, de protéines et de micronutriments nécessaires.

3. 4. Femmes enceintes et allaitantes

Un bon état nutritionnel est particulièrement important pour le bien-être de toutes les femmes ainsi que la survie et le développement des enfants. A cause des demandes accrues de nutriments pour le VIH/SIDA, les femmes enceintes et les mères allaitantes et vivant avec le VIH/SIDA courent un plus grand risque de malnutrition.

L'infection du VIH/SIDA aggrave les problèmes de santé des mères mal nourries. Les besoins nutritionnels des femmes enceintes et allaitantes augmentent en fonction de leur état physiologique et leur statut sérologique. Concernant les conseils nutritionnels, il est recommandé de :

- Augmenter leurs besoins comme repris dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Augmentation des besoins par catégories et par phase

Groupe de Population	Normale	Phase du VIH Asymptomatique +10%	Phase du VIH Symptomatique +20%
Adulte	2100	2300	2500
Femmes enceintes	2400	2600	2900
Femmes allaitantes	2600	2800	3100

- Conseiller les femmes enceintes et allaitantes à :
 - ✚ Prévenir l'infestation parasitaire et les maladies alimentaires en suivant les pratiques de sécurité alimentaire et d'hygiène recommandées telles que se laver les mains de façon régulière avec du savon et de l'eau, éliminer les matières fécales dans les endroits appropriés, boire de l'eau potable.
 - ✚ Chercher un traitement précoce pour toute infection (fièvre et diarrhée) pour minimiser l'impact sur l'état nutritionnel.
 - ✚ Maintenir une activité et des exercices physiques réguliers pour améliorer l'appétit et pour le développement physique.
 - ✚ Éviter le surmenage et le stress. Un travail physique lourd, des soucis, et la fatigue augmentent la susceptibilité à attraper des maladies. Les femmes devraient avoir un repos adéquat, un temps de relaxation et une assistance dans l'accomplissement de tâches fatigantes.
 - ✚ Conseiller aux femmes sur le besoin d'avoir une consultation prénatale et postnatale précoce et périodique (par ex., suivi fréquent de poids – idéalement une fois par mois, un supplément de micronutriments, examen d'IST et d'hémoglobine).

- ✚ Les encourager à utiliser les services gratuits de PTME et de TAR disponibles au Rwanda.
- ✚ Expliquer l'importance de la pesée régulière pour déterminer si une mère gagne assez ou perd du poids ;
- ✚ Expliquer à la mère de l'enfant comment faire la cessation précoce entre 4 à 6 mois.
- ✚ Donner à la mère les conseils sur la supplémentation en micronutriments
- ✚ Encourager la mère à faire tester l'enfant pour vérifier son statut sérologique.

3. 5. Adolescents et Adultes

- Expliquer les besoins nutritionnels

Tableau 3 : Les besoins nutritionnels pour adultes

Groupe de Population	Normale	Phase du VIH Asymptomatique +10%	Phase du VIH Symptomatique +20%
Adulte	2100	2300	2500

- Donner les informations sur le repas équilibré qui convient : Conseiller les PVV+ à améliorer leur énergie et leur prise de nutriments, en:
 - Augmentant la quantité et la fréquence de la prise des repas riches en énergie, protéines et beaucoup de fruits et de légumes.
 - Prenant des snacks nutritifs entre les repas le plus souvent possible.
 - Consommant des aliments qui sont enrichis en micronutriments essentiels tels que les vitamines A, C, E, K et le fer, le zinc (Annexes 1) et le sélénium

- Si une PVV+ enregistre une perte de poids de plus de 10 % de poids corporel initial, remplir le formulaire de suivi de la prise des repas sur une période d'une semaine, et revoir l'historique de sa maladie. Sur base des résultats, faire des recommandations pour les actions visant la reprise du poids et éviter une perte supplémentaire de poids.
- Si les niveaux d'hémoglobine (Hb) sont moins de 11 mg/dl, encourager le patient à chercher une prise en charge médicale immédiatement. Il devrait être conseillé à prendre des repas diversifiés et consommer des aliments riches en micronutriments.
- Aider le client à faire des plans de repas en utilisant les aliments disponibles localement pour améliorer la consommation de nutriments ;
- Prendre en compte l'accessibilité, la disponibilité, la conservation, le stockage, les besoins en carburant ; les goûts et les préférences du patient, le ménage et la communauté; et si le client prend des médicaments ou a des infections.
- Conseiller ceux qui prodiguent des soins aux PVV+ à superviser régulièrement leurs repas pour s'assurer qu'elles mangent un repas équilibré et nutritif ;
- Renseigner sur l'hygiène alimentaire
- Encourager à faire contrôler périodiquement leur état nutritionnel.
 - Faire le suivi du poids chaque mois
 - Faire le suivi de l'anémie par l'évaluation et l'enregistrement des niveaux d'hémoglobine
 - Enregistrer le régime alimentaire complet pendant une semaine pour évaluer les besoins nutritionnels
- Conseiller au patient à chercher promptement un traitement pour des symptômes relatifs au VIH/SIDA, particulièrement ceux qui affectent la prise de repas telles que, la fièvre, le muguet, les plaies dans la bouche, la diarrhée, les vomissements, la nausée et la perte d'appétit.

- Conseiller le patient à éviter (ou minimiser) les pratiques qui pourraient interférer avec la prise de repas, l'absorption et l'utilisation tels que la consommation d'alcool, fumer ou mâcher le tabac, l'utilisation des drogues illicites, et la consommation de trop de thé, de café ou de soda – boissons contenant de la caféine ;
- Assurer la sécurité alimentaire et en eau, suivre des mesures d'hygiène personnelle (laver les mains avec du savon et de l'eau avant de manger et de prendre des aliments, cuire à point les produits venant des animaux, bouillir l'eau potable, laver les fruits et les légumes frais dans de l'eau propre et conserver les aliments de façon appropriée (Annexe 4) ;
- Développer un plan d'exercices avec le patient afin de s'assurer qu'il fait des exercices physiques régulièrement pour prévenir l'amaigrissement, tonifier le corps et stimuler l'appétit. si fonte musculaire persiste en dépit des exercices réguliers, le patient devrait être référé pour assistance médicale.

3. 6. PVVIH sous ARV

Les interactions entre le TAR et l'alimentation peuvent influencer de façon significative le succès du TAR en affectant l'efficacité des médicaments, l'adhérence aux régimes de traitement et l'état nutritionnel des PVV+. Par conséquent, la gestion des interactions entre le TAR et l'alimentation est un facteur important pour que le degré d'action du TAR soit efficace dans le ralentissement de la progression du VIH/SIDA et l'amélioration de la qualité de vie des PVV+.

- Conseiller sur les médicaments qui devraient être pris avec ou sans repas
- Etablir un horaire de la prise des repas et des prises de médicaments pour minimiser les effets secondaires des médicaments.
- Suivre les instructions des médicaments et continuer jusqu'à les terminer complètement.
- Faire le suivi des effets des médicaments sur sa santé et son état nutritionnel.
- Tous les symptômes ne sont pas nécessairement dus aux effets secondaires des médicaments.
- Les conseiller à prendre un traitement immédiat pour toute infection, allergie, ou autre condition.
- S'enquérir sur les effets secondaires et les actions entreprises au sujet de ces effets secondaires.
- Conseiller le patient sur l'utilisation du traitement à base de plantes.

Les recommandations ci-dessus s'appliquent aussi aux enfants âgés et aux adolescents sous TAR et d'autres médicaments.

3. 7. Counselling Nutritionnel pour les PVV+

Le counselling fait partie intégrante de la prise en charge et du soutien nutritionnel des PVV+. Un counselling positif, efficace peut produire des améliorations dans le comportement nutritionnel et aider à améliorer la qualité de vie des PVV+. La plupart des prestataires de services au Rwanda ne sont pas des conseillers formés, il est besoin de développer leurs connaissances de base dans le counselling.

- **Evaluer les besoins du patient, et fournir des informations pour aider à la prise de décision.**

- ✓ *Rassurer les patients de la confidentialité*
- ✓ *Aider le patient à se sentir confortable pour raconter son histoire et exprimer ses besoins et ses désirs pendant la séance de counselling ;*
- ✓ *Exprimer de la compassion avec les patients, surtout ceux qui sont en état de choc déprimés ou effrayés ;*
- ✓ *Faire attention aux besoins spéciaux de certains groupes, par ex., les femmes enceintes, les adolescents, et les écoliers.*

- **Aider le patient à prendre des décisions pratiques.**

- ✓ *Demander au patient d'utiliser les informations données afin de prendre une décision correcte ;*
- ✓ *Aider le patient à formuler un plan qui fonctionnera selon le contexte donné ;*

4. TRAITEMENT NUTRITIONNEL THERAPEUTIQUE.

4. 1. Types de traitements

Il y a deux types de traitement nutritionnel :

- traitement des cas sévères ;
- traitement des cas modérés.

4. 1. 2 Intensif : Malnutrition sévère

Pour la malnutrition sévère, la prise en charge se fait au niveau des hôpitaux

4. 1. 3. Ambulatoire : Malnutrition modérée

Pour la malnutrition modérée, il est préconisé que la prise en charge se fasse au niveau communautaire.

4. 2. Traitement nutritionnel

4. 2. 1. *Malnutrition aigue :*

Le traitement de la malnutrition aigue se fait sur base du lait thérapeutique, en 3 phases pour chaque catégorie et ce, pendant 21 jours. Il faut promouvoir l'utilisation du lait thérapeutique reconstitué sur base des produits disponibles localement et suivant la formule de l'UNICEF. Au cas où le lait thérapeutique de l'Unicef est disponible, il peut être utilisé.

4. 2. 1. 1. Enfants

- Se référer au protocole de l'OMS.

- Les critères de base qu'il faut considérer : Si un enfant HIV+ se présente avec P/T < 70% avec autres signes de la malnutrition liée au HIV+ ou avec oedèmes, il faut donc immédiatement le mettre dans la 1^{ère} phase de traitement diététique.

Phase I : 8 repas par jour (= 8 laits) en utilisant **exclusivement le lait thérapeutique F75 pendant 5 jours à raison de 130 ml/Kg/jour qui donne 100 kcal.**

- Formule pour reconstituer localement le lait F-75. Mélanger :

- 25 gr de lait écrémé en poudre
- 100gr de sucre
- 27ml d'huile végétale
- 1 l d'eau
- Ajouter si possible 20 mg de solution d'électrolytes (Na+, Cl-, K+),
- Mélanger le tout de façon homogène.

- En cas de présence d'oedèmes, la durée de cette période dépendra du début de la fonte des oedèmes et du gain de poids. Ce gain de poids doit être consécutif pendant 3 jours. Les critères de passage de la phase 1 à la phase de transition sont la reprise de l'appétit et le début de la fonte des oedèmes.

Phase de transition : 8 repas par jour (8 laits) en utilisant exclusivement le lait thérapeutique F100, 2 à 3 jours à raison de 130ml/Kg/jour qui donne 100 kcal:

- Formule pour reconstituer localement le lait thérapeutique F100.
Mélanger :

- 80 gr de lait écrémé
- 50 gr de sucre
- 60 gr d'huile
- 1l d'eau
- Mélanger le tout jusqu'à en faire un mélange homogène.

- Les critères de passage de la phase 1 à la phase 2 sont :

- pour les marasmes : séjourner environ 2 à 4 jours en Phase de transition ;
- pour les kwashiorkor : séjour en phase de transition jusqu'à la fonte complète des œdèmes.

Phase II : 6 repas par jour (= 4 laits + 2 bouillies) en utilisant le lait thérapeutique F100, 14 jours à raison de 150ml à 200ml/Kg/jour

- Formule pour reconstituer localement le lait thérapeutique F100.
Mélanger :

- 80 gr de lait écrémé
- 50 gr de sucre
- 60 gr d'huile
- 1l d'eau
- Mélanger le tout jusqu'à en faire un mélange homogène.

- En plus de la consommation du F100, il faut y associer également :

- 1 bouillie + 1 repas équilibré ou
- 2 bouillies + 1 fruit

4. 3. Traitement médical systématique

Tout traitement nutritionnel de cas sévèrement malnutris doit être systématiquement accompagné d'un traitement médical.

Vitamine A : prise unique à l'admission (J1)

- Enfant âgé de 6 mois à 12 mois ou ayant un poids inférieur à 8 kg : 100.000 UI (capsule bleue)
- Enfant de plus de 12 mois et ayant un poids supérieur ou égal à 8 kg : 200.000 UI (capsule rouge)
- Ne pas donner de Vit A aux enfants de moins de 6 mois

Acide Folique : 5 mg en dose unique à J1

N.B. : Si l'on utilise de la sulfadoxy-pyriméthamine (Fansidar) pour le traitement du paludisme, on ne donnera pas d'acide folique.

Mebendazole : cp 100 mg

- Sera donné en phase II
- Enfant de 6 à 12 mois : ½ comprimé 2 fois par jour pendant 3 jours
- Enfant de plus de 12 mois : 1 comprimé 2 fois par jour pendant 3 jours
- Le traitement peut être renouvelé 15 jours plus tard.

Fer sulfate (comprimé à 200mg)

- Pas avant J₁₅ à cause de l'infection sous-jacente fréquente des malnutris
- 3 mg/kg/j – en 2 prises
- de J15 à J45

NB :

- . Si pendant le séjour l'enfant présente une hyperthermie, arrêter le fer sulfate et le reprendre lorsque l'hyperthermie est jugulée.
- . Si le Centre de réhabilitation nutritionnel n'a que le Fer Acide Folique (FAF) à sa disposition, ne pas l'administrer avant J15
- . Contre indication : drépanocytose

Antibiotiques

- L'antibiothérapie doit être systématique à tout patient sévèrement malnutri, même en absence de tout signe infectieux.
- Amoxicilline 100mg / Kg / Jour en 2 prises pendant 5 jours en absence de tout signe infectieux
- Mais devant les signes d'infection, adapter les antibiothérapies en fonction de l'infection suspectée cliniquement et vérifiée par les résultats biologiques

Traitement anti-fongique

La plupart des enfants ont besoin de nystatine oral ou amphotéricine B (fungizone). Il faut en donner de façon standard à tout enfant durant la phase 1. Pour des enfants très malades et ceux qui ont un choc septique, des rétentions gastriques, qui vomissent ou qui ont du muguet (candidose), un anti-fongique plus puissant comme le ketoconazole devrait être donné. Le violet de gentiane ne devrait être utilisé que si d'autres médicaments ne sont pas disponibles.

Traitement curatif du paludisme selon le protocole national.

- En l'absence de test rapide (genre paracheck5), traiter systématiquement les enfants selon le protocole national de traitement du paludisme, à savoir l'utilisation de l'association de la sulfadoxy-pyriméthamine (Fansidar) + Amodiaquine en prophylaxie.
- En cas de disponibilité de test rapide :
 - a / Si le test est négatif : ne pas faire de traitement. Mais si présence de signes cliniques évocateurs d'un paludisme dès l'admission, voir avec un médecin ; répéter le test en cas d'apparition de symptômes au cours de la prise en charge.
 - b / Si le test est positif : traiter avec l'association de la sulfadoxy-pyriméthamine (Fansidar) + Amodiaquine

Vaccination rougeole

Si le patient n'a pas de preuve écrite de vaccination rougeole, vacciner le jour de l'admission tous les enfants à partir de 6 mois. Les enfants de 6 à 9 mois ainsi que ceux qui ont plus de 11 mois devront aussi être vaccinés.

Déshydratation (gastro-entérite)

La diarrhée accompagne presque toujours la malnutrition

- Evaluer le degré de déshydratation et traiter l'enfant
- En cas de ballonnement, donner du potassium 1g/jour, surveiller le liquide à administrer
- Mettre en place une fiche de surveillance.

NB : Pour évaluer la déshydratation chez les malnutris

- Ne pas confondre les signes de malnutrition et les signes de pli de déshydratation
- Attacher plus d'importance au nombre des selles et/ou de vomissements et à l'état général de l'enfant
- continuer l'allaitement maternel
- continuer l'alimentation.
- évaluer l'état de déshydratation selon les normes de l'OMS chez les enfants malnutris aigus sévères

En cas de déshydratation, le Résomal, solution de réhydratation spéciale pour malnutris sévères, doit être utilisé pendant toute la durée du traitement.

Tableau 4 : Conduite à tenir devant un état de déshydratation

Degré de déshydratation	Clinique	Traitement
Prévention de la déshydratation	<ul style="list-style-type: none">➤ <i>diarrhée (> 3 selles liquides) sans déshydratation et/ou</i>➤ <i>vomissements répétés</i>	Résomal : après chaque selle : Enfant < 10kg : 50ml Enfant 10-20kg : 100 ml Enfant > 20kg : 200 ml

Déshydratation modérée	<p>➤ <i>notion de diarrhée et/ou vomissement avec 2 des signes suivants:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ soif ▣ perte de poids 5 à 10% ▣ irritable, fatigue ▣ ↓ diminution diurèse 	<p>Résomal : 10 ml/kg/heure pendant 2 heures puis 5 ml/kg/heure jusqu'à disparition des signes de déshydratation. Privilégier le Per Os sinon utiliser la sonde nasogastrique</p>
Déshydratation sévère sans état de choc	<p>➤ <i>notion de diarrhée et/ou vomissement avec un signe :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ boit difficilement ▣ perte de poids > 10% ▣ léthargie, inconscient ▣ ↓ ↓ diminution diurèse 	<p>Donner Résomal par sonde nasogastrique ou gastroclyse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5ml/kg toutes les 30mn pendant les 2 premières heures. Puis évaluer l'enfant. ⇒ Si évolution favorable : 5ml/kg/h et arrêt dès la correction des signes de déshydratation. ⇒ Si absence d'amélioration continuer 10ml/kg/h. Si la réhydratation est toujours en cours à 3 - 4h, rechercher une complication (choc septique).
Déshydratation sévère avec état de choc hypovolémique Penser aussi à un choc septique	<p>➤ <i>notion de diarrhée et/ou vomissement avec un signe :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ boit difficilement ▣ perte de poids > 10% ▣ léthargie, inconscient ▣ ↓ ↓ diminution diurèse <p>➤ <i>pouls faible, ou rapide et filant, imprenable</i></p> <p>➤ <i>extrémités froides</i></p>	<p>Perfusion : Solution de Darrow ou RL 500cc + 9g de glucose + 0,5g de KCL. 15 ml/kg/heure pendant une heure.</p> <p>Et flash de glucose 0,3 - 0,4g/kg/h.</p> <p>Surveillance : FC, FR toutes les 15 minutes, nombre de selles, vomissements, diurèse, coloration cutanée. Après une heure de perfusion, si amélioration relais par Résomal, si absence amélioration renouveler la perfusion une fois et envisager une autre cause (choc septique)</p>

Remarques : l'allaitement maternel et l'alimentation seront poursuivis pendant la réhydratation de l'enfant.

NOTES IMPORTANTES :

Tout en respectant l'évaluation des signes et les classifications précitées, il faut insister et plus encore au cours de la surveillance d'une réhydratation sur les paramètres suivants :

- ◆ nombre de selles et surtout le caractère liquide, nombre et abondance des vomissements.
- ◆ Etat de la conscience, état général
- ◆ Sécheresse de la langue
- ◆ les yeux enfoncés et les plis cutanés peuvent être trompeurs quand il s'agit d'un marasme cachectique.
- ◆ Assurer une surveillance stricte
- ◆ Soyez aux aguets d'une pâleur palmaire sévère en cours de réhydratation par hémodilution (anémie grave) surtout si à l'admission une pâleur légère a été évaluée
- ◆ Si l'enfant vomit, attendre 10 minutes puis donner 1 cuillère à café de Résomal toutes les 3 minutes en faisant participer la maman
- ◆ Eviter la SNG tant que l'enfant peut avaler, la SNG est indiquée en cas de : muguet (difficulté à avaler), vomissement à répétition, refus de boire.
- ◆ Maîtriser la quantité exacte de liquide totale à passer et le débit de la perfusion suivant la formule et quantité restante au cours de la surveillance.

$$\frac{\text{Vml}}{\text{Tp en H} \times 3} = \text{gouttes/minute}$$

Vml : volume de liquide à perfuser (ml)
Tp : temps de perfusion
H : heure de perfusion

4. 3. 1. Adolescents et adultes PVVIH avec signes de malnutrition sévère

- Se référer au protocole OMS
- Il faut lui prescrire une alimentation équilibrée à base des produits locaux : bouillies des céréales complètes enrichies.
- Mélanger :
 - 50 gr de sosoma
 - 10 gr de lait écrémé
 - 30 gr de sucre
 - 20 gr d'œuf
- En cas d'incapacité de manger, installer une sonde naso-gastrique et le nourrir de liquides nutritifs tels que les bouillies, lait, potage...
- Utiliser le lait en alternance avec l'œuf pour l'enrichissement de la bouillie.
- Alternner également dans sa diète avec une soupe des légumes variées enrichie de bouillon de viande, de poisson, d'œuf, ou de lait.
- Ces personnes seront traitées jusqu'à ce que leur poids se stabilise et augmente.

4. 3. 2. Femmes enceintes et allaitantes:

Phase I :

- 8 repas par jour (= 8 laits) en utilisant exclusivement le lait thérapeutique F75, pendant 5 jours à raison de 150ml à 200ml/Kg/jour:
- Formule pour reconstituer localement le lait thérapeutique F100 :
 - 25 gr de lait écrémé
 - 100 gr de sucre
 - 27 ml d'huile végétale
 - 1l d'eau
 - Mélanger le tout jusqu'à avoir un mélange homogène

Phase II :

- 6 repas par jour (= 4 laits + 2 bouillies)
- Utiliser le lait thérapeutique F100, pendant 2 à 3 jours à raison de 300ml/Kg/jour:
- Formule pour reconstituer localement le lait thérapeutique F100.
Mélanger :

- 80 gr de lait écrémé
- 50 gr de sucre
- 60 ml d'huile végétale
- Diluer dans 1l d'eau pour en faire un mélange homogène.

- En plus du lait F100, il faut y associer également:
1 bouillie + 1 repas équilibré ou
2 bouillies + 1fruit

Remarque : Après les phases de réhabilitation nutritionnelle, procéder à une alimentation équilibrée avec supplémentation en calories entre 10 – 30% pour les adultes et 50-100% de plus pour les enfants symptomatiques avec perte de poids.

4. 4. Critères de sortie

- ✓ Enfants: P/T supérieur ou égal à 85%.
- ✓ Adolescents : P/T supérieur ou égal à 85%.
- ✓ Adultes : IMC > ou = 18.5

Pour toutes les catégories, la sortie peut avoir lieu seulement s'il y a un gain de poids après 2 pesées consécutives, absence d'œdèmes depuis 10 jours et la vaccination est à jour.

4. 4. Malnutrition modérée

Les malnutris modérés doivent recevoir des conseils pour une alimentation équilibrée et pour une alimentation supplémentaire : bouillie de sosoma enrichie suivant les directives ci-après :

Composition de la ration : La ration est basée sur 60% des besoins énergétiques quotidiens. Le reliquat équivalent à 40% des besoins recommandés pour les ménages proviennent de leurs ressources (production, appui familial ou achat etc.

Le tableau ci-dessous donne des indications sur le Paquet minimum pour l'appui nutritionnel des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les ménages sous insécurité alimentaire.

Tableau 5 : Le paquet minimum pour appui nutritionnel aux familles PVV+

Type d'aliment	Quantité/ ménage/ mois (kg)	Coût unitaire/ TM USD	Coût mensuel par famille (USD)	Coût annuel par famille (USD)
Farine maïs	15.0	230	3.45	41.40
Légumineuses	15.0	440	6.60	79.20
SOSOMA ENRICHI	3.0	290	0.87	10.44
Sucre	1.8	380	0.68	8.16
Huile	2.2	800	1.76	21.12
		TOTAL	13.36	160.32

La taille du ménage considérée est de 5 personnes

N.B : Ce paquet doit être distribué sous forme d'un mélange.

5. SECURITE ALIMENTAIRE POUR LES MENAGES AFFECTES PAR LE VIH/SIDA

5. 1. La sécurité alimentaire des ménages

Elle signifie que toutes les personnes de la maison ont accès à une quantité et une qualité *adéquates* de nourriture. Pour arriver à cela, les ménages ont la capacité de produire/acheter, de conserver les aliments et ont des connaissances adéquates sur leur utilisation.

Le VIH/SIDA augmente le risque d'insécurité alimentaire à travers son impact sur la force de production, le revenu, les stocks d'aliments et les ratios de dépendance. Le VIH/SIDA affecte tous les trois éléments de la sécurité alimentaire : disponibilité, accessibilité et utilisation.

L'insécurité alimentaire pourrait amener les gens à adopter des comportements à risque (c'est-à-dire le sexe pour des aliments/de l'argent), ce qui pourrait à son tour augmenter le risque de l'extension du VIH/SIDA. L'amélioration de la sécurité alimentaire est un préalable à l'amélioration des moyens d'existence et à la prévention des comportements à risque.

5. 2. Conduite à tenir par les prestataires de services.

Les prestataires des services sont entre autres : Associations des PVVIH, CDC, services agricoles décentralisés, centres de santé, ONGs ...), les organisations bilatérales et multilatérales

I. Evaluer les pratiques alimentaires et les facteurs qui pourraient empêcher les PVV+ à améliorer leur sécurité alimentaire (par les assistants sociaux du Minisané).

- Comprendre les problèmes spécifiques de la communauté :
 - Le fardeau du VIH/SIDA dans la communauté
 - Les modèles de production des aliments
 - L'accès aux services sanitaires, sociaux et financiers
 - Division du travail dans les ménages des PVV+
 - Utilisation des aliments disponibles chez les ménages
 - Système de conservation des nourritures
- Stratégies/actions pour affronter l'insécurité alimentaire
- Evaluer la sécurité alimentaire dans les ménages affectés par le VIH/SIDA. Les Facteurs communautaires spécifiques développés avec les assistants sociaux et les leaders locaux pour l'identification des ménages avec insécurité alimentaire sont :
 - les ménages qui signalent avoir pris moins de deux repas par jour la veille de l'interview ;
 - ou ayant été soit contraints de réduire la portion alimentaire ;
 - ou ayant été contraint d'emprunter ou échanger les aliments ou cours de la semaine précédent l'interview.
- Evaluer les contraintes et les défis rencontrés dans l'adoption des pratiques recommandées.

II. Soutenir les ménages affectés par le VIH/SIDA à mettre en œuvre les stratégies de sécurité alimentaire efficaces et durables (RRP+, Agronomes de District, Nutritionnistes, CDC), telles que:

- Initier des activités génératrices de revenus.
- Réallouer les dépenses pour les aliments afin d'augmenter l'achat d'aliments nutritifs.
- Redistribuer les tâches au sein du ménage pour pouvoir assurer la prise en charge et le soutien nutritionnels corrects des PVV+.
- Identifier les services pour renforcer l'accès/ la disponibilité des aliments parmi les ménages affectés par le VIH/SIDA.
 - Produire une variété de cultures et élever des animaux (*c'est-à-dire les poules, les chèvres, etc.*)
 - Utiliser de nouvelles espèces de cultures et de nouvelles technologies pour réduire la difficulté de travail.
- Référer les bénéficiaires éligibles
 - aux institutions qui octroient un soutien alimentaire et qui fournissent des rations sur le tas et à emporter pour les personnes affectées par le VIH/SIDA
 - combiner ou lier l'assistance alimentaire à d'autres services tels que:
 - ✚ *L'éducation et le counselling nutritionnels*
 - ✚ *Promotion de la croissance, allaitement maternel et les services de base de la santé des enfants*
 - ✚ *Prise en charge/ traitement d'infections, qui peuvent aggraver la malnutrition.*
 - ✚ *Services de santé reproductive, particulièrement la consultation pré- et post-natale.*
 - ✚ *Soutien psychosocial pour les PVV+ et les membres de la famille.*
 - ✚ *Soutien économique/ social pour les ménages affectés par le VIH, maintenir leur revenu, leur épargne et la sécurité globale des moyens d'existence*
- Informer les patients concernant les réseaux sociaux de sécurité alimentaire dans la communauté

6. SUIVI ET EVALUATION DE LA MISE EN OEUVRE DU GUIDE

6. 1. Objectifs du Suivi et Evaluation

Le suivi et évaluation (S&E) produira des informations sur l'étendue à laquelle les principaux objectifs du Guide pour le Soutien et la Prise en charge Alimentaires et Nutritionnels des PVV+ sont atteints, et l'efficacité des utilisateurs améliorés. L'évaluation, l'analyse et la documentation systématiques du progrès des activités liées à la prise en charge et au soutien sont essentielles pour assurer une mise en œuvre réussie.

a) Pourquoi le suivi et l'évaluation ?

- Permettre des améliorations dans les interventions ;
- Fournir aux intervenants des informations sur le progrès dans l'utilisation de l'alimentation et de la nutrition comme une composante dans la prise en charge et le soutien globaux des PVV+ ;
- Permettre le partage des résultats et des leçons apprises avec d'autres programmes et fournir des informations afin de plaider pour un appui accru pour les programmes de prise en charge et de soutien nutritionnels ;
- Conscientiser sur les améliorations du statut nutritionnel qui peuvent être accomplies à travers le changement de comportement tel que recommandé par le Guide.

b) Faire le suivi de quoi?

Tableau 6 : Activités indicateur et matériel pour le suivi évaluation

ACTIVITE	INDICATEURS	SOURCES DE DONNEES
Evaluation du statut nutritionnel	% enfants moins de 5 ans ayant P/A <65%	Fiche de croissance
	% enfants moins de 5 ans ayant P/A entre 65% - 85%	Fiche de croissance
	% enfants moins de 5 ans ayant P/A ≥ 85%	Fiche de croissance
Counseling nutritionnel	% conseillers formés	Rapports et notes des conseillers
	Thèmes traités pour les différents groupes (enfants, mères....)	
	Durée des séances de counseling	
	Nombre de séances tenues	Outils et fiches de suivi
	% des personnes suivies à domicile	Fiche d'interview individuelle
	% personnes suivies dans les centres de santé	
Traitement nutritionnel	% personnes suivies au bureau d'associations	
	% enfants moins de 5 ans ayant P/T < 70%	Registre du centre de réhabilitation
	% enfants moins de 5 ans ayant P/T entre 70% et 80%	Registre du centre de réhabilitation
	% enfants de 5-15 ans ayant P/T <70%	Registre du centre de réhabilitation
	% enfants de 5-15 ans ayant P/T entre 70% et 85%	Registre du centre de réhabilitation
	% adulte ayant BMI <16	Registre du centre de réhabilitation
	% adulte ayant BMI entre 16 – 18.5	Registre du centre de réhabilitation
	Nombre de cas admis	Registre du centre de réhabilitation
	% guéris	Registre du centre de réhabilitation
	% abandon	Registre du centre de réhabilitation

	% décès	Registre du centre de réhabilitation
	% transféré	Registre du centre de réhabilitation
	Durée moyenne de séjour	Registre du centre de réhabilitation
	Gain de poids moyen	Registre du centre de réhabilitation
	% enfants ayant reçu Vitamine A	Registre du centre de réhabilitation
	% enfants ayant été vaccinés contre la rougeole	Registre du centre de réhabilitation
	% enfants ayant été déparasités	Registre du centre de réhabilitation
	% femmes ayant reçu le fer	Registre du centre de réhabilitation
	% femmes allaitantes ayant reçu le fer	Registre du centre de réhabilitation
Sécurité Alimentaire	% ménages identifiés étant en insécurité alimentaire	Données du centre de santé
	% ménages ayant bénéficié des AGR	Rapport des projets d'aide alimentaire
	% PVVIH ayant bénéficié de l'aide alimentaire	
	% PVVIH ayant adhéré aux associations	Rapport des associations sociales
	% PVVIH ayant eu des gains de poids de l'aide alimentaire	
Formule du gain de poids = Poids à la sortie (gr) – Poids l'entrée (gr) / Poids à l'entrée (kg) x durée de séjour entre date de sortie et date d'entrée		
Formule du gain de poids moyen = total gain de poids moyen des enfants sortis guéris / total des enfants admis		
Formule de la durée moyenne de séjour = total durée séjour des enfants sortis guéris / total des enfants admis		

c) Qui fait le suivi?

- Niveau national: Ministère de la Santé (Division Nutrition, TRAC, RRP+)
- Niveau du district: District sanitaire (Médecin de district) ; RRP+

- Niveau du centre de santé: Responsable du Centre de Santé, nutritionniste, PTME/CDV
- Niveau communautaire: animateurs de santé, associations des PVV+
- Partenaires

d) Comment faire le suivi?

- Développer un outil de suivi ;
- Susciter les commentaires des groupes d'auto assistance sur le guide;
- Satisfaction des clients : Interviewer les personnes vivant avec le VIH/SIDA qui ont reçu l'éducation nutritionnelle comme une partie du programme pour évaluer le niveau auquel les prestataires de services ont été capables d'utiliser/ mettre en œuvre le guide.
- Tenir une réunion de suivi avec des personnes clés dans les agences impliquées dans le développement du guide local pour évaluer l'expérience au sein de leurs agences dans l'utilisation du manuel.
- Fixer un système de rapportage du suivi mensuel

e) Suivi et évaluation de:

- L'utilisation du feedback et des leçons apprises par le personnel approprié sur la mise en œuvre pour réviser le guide,
- La documentation des meilleures pratiques sur les expériences de mise en œuvre

Le tableau 7 ci-dessous permet d'évaluer la performance du centre de réhabilitation nutritionnelle :

Tableau 7 : Norme de performances du centre de réhabilitation nutritionnelle

INDICATEURS	OBJECTIFS	RESULTAT ALARMANT
% de guéris	> 80%	< 50%
% abandons	<10 à 15%	> 25%
% décès	< 10%	> 25%
Gain de poids moyen	10 à 20 g/kg/j	< 7g/kg/j

Durée moyenne de séjour	< 30 j	
Enfant vacciné à l'anti-rougeoleux	100 %	
Enfant ayant reçu de la Vit A	100 %	

7. LA GESTION DE L'APPUI NUTRITIONNEL AU NIVEAU DES FORMATIONS SANITAIRES

Après analyse de la situation et de la faisabilité de cette activité, les critères suivants ont été définis pour qu'un site soit éligible pour l'appui nutritionnel des PVVIH sous ARV :

Que la formation sanitaire ait :

- Service de prise en charge médicale des PVVIH (ARV) ;
- un service d'hospitalisation ;
- un service nutritionnel thérapeutique fonctionnel ;
- un équipement et matériel nécessaires pouvant faciliter la réalisation de l'activité ;
- un nutritionniste qualifié ou un autre agent expérimenté en matière de nutrition.

En tenant compte de ces critères, seuls les formations hospitalières et centres de santé équipés remplissent les conditions de pouvoir mieux gérer et dispenser l'appui nutritionnel.

Les critères d'éligibilité

1 : PVV hospitalisée, sous ARVs, indigente.

2 : PVV hospitalisée, à BK+ (tuberculeux), indigente.

A la sortie, le service social ou de counselling devra préparer le bénéficiaire à adhérer à une association dans le but de briser en lui la solitude ou le poids de la stigmatisation et surtout l'aider à affronter le problème d'insécurité alimentaire.

Le comité de gestion de cet appui nutritionnel au niveau de chaque site sera mis en place.

La constitution du comité de gestion de l'appui nutritionnel

Ce comité de gestion sera formé par une équipe multidisciplinaire de la formation sanitaire (Nutritionniste, Médecin ou infirmier, responsable des ARVs), incluant le responsable de bénéficiaire :

Les attributions de ce comité (cf. tableau 8) :

Tableau 8 : Rôle et responsabilité des membres du comité de gestion

N°	Activités	Responsable
1	- l'évaluation des besoins alimentaires et nutritionnels des PVV hospitaliers	- le nutritionniste et agents d'appui volontaires formés en nutrition
2	- l'approvisionnement en aliments et autres matériels nécessaires pour l'appui nutritionnel	- Nutritionniste - Représentant des bénéficiaires PVV
3	- le stockage des aliments dans un endroit frais et sec (sans humidité)	- Nutritionniste - Représentant des bénéficiaires PVV
4	- la sélection des bénéficiaires	- Le comité
5	- la distribution	- Nutritionniste
6	- Cuisine - Détermination des quantités, de la qualité et supervision de la préparation	- Garde malade - Nutritionniste
7	- Faire le plaidoyer pour le complément de l'appui	- Le comité
8	- Supervision de la gestion	- Minisanté

De la périodicité des réunions du comité

- Le comité se réunira 1 fois par mois ou extraordinairement au besoin pour faire des ajustements de l'appui nutritionnel sur base des critères préétablis ;
- Le comité de gestion fournira un rapport au Ministère de la santé et en informera les autorités compétentes locales.

Durée de l'intervention: la durée de l'intervention sera de 6 mois pour les PVVIH mal nourries et les femmes allaitantes séropositives des ménages sous insécurité alimentaire pour donner la chance de réhabiliter leur état nutritionnel, rallonger leur survie par l'adhérence aux ARVs et bénéficier d'une source de revenu pour la sécurité alimentaire de leurs ménages, ce qui peut les aider à reprendre pied.

Au cas où ces malnutris choisies seraient sous ARVs, la provision alimentaire leur permettrait d'adhérer au traitement en plus d'augmenter l'efficacité des médicaments.

Les femmes enceintes malnutries séropositives des familles sous insécurité alimentaire doivent être enrôlées à n'importe quel stade de la grossesse, mais bénéficieront d'une provision alimentaire à partir du 3^{ème} trimestre pour les aider à supporter la grossesse et l'allaitement c'est à dire pour un maximum de 9 mois.

Durabilité : La provision alimentaire minimale doit être prise dans le cadre de la stratégie national de nutrition. Pour que l'intervention durable réussisse, il incombe aux bénéficiaires de mettre en place des activités énoncés dans la stratégie Nationale de Nutrition.