

**FANTA · 2**

FOOD AND NUTRITION  
TECHNICAL ASSISTANCE



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**Rapport de l'analyse situationnelle sur  
l'intégration de la nutrition et l'alimentation  
dans les programmes de prise en charge du  
PVVIH en vue de préparer la mise en œuvre du  
« Food By Prescription (FBP) » ou  
« Alimentation sous Prescription Médicale  
(APM) », en Côte d'Ivoire, Janvier 12 – 23, 2009**

Pierre Adou, Earnest Muyunda, Phil Moses,  
N'Goran Patricia, and Ndri Faustin

Août 2009



Food and Nutrition Technical Assistance II Project (FANTA-2)

Academy for Educational Development | 1825 Connecticut Avenue, NW | Washington, DC 20009

Tel: 202-884-8000 Fax: 202-884-8432 E-mail: [fanta2@aed.org](mailto:fanta2@aed.org) Website: [www.fanta-2.org](http://www.fanta-2.org)

# FANTA • 2

FOOD AND NUTRITION  
TECHNICAL ASSISTANCE



**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

**Rapport de l'analyse situationnelle  
sur l'intégration de la nutrition et  
l'alimentation dans les programmes  
de prise en charge du PVVIH en vue  
de préparer la mise en œuvre du  
« Food By Prescription (FBP) » ou  
« Alimentation sous Prescription  
Médicale (APM) », en Côte d'Ivoire,  
Janvier 12 – 23, 2009**

Pierre Adou  
Earnest Muyunda  
Phil Moses  
N'Goran Patricia  
Ndri Faustin

Août 2009



**Food and Nutrition Technical Assistance II Project (FANTA-2)**

Academy for Educational Development 1825 Connecticut Ave., NW Washington, DC 20009-5721  
Tel : 202-884-8000 Fax : 202-884-8432 E-mail : fanta2@aed.org Website : www.fanta-2.org

La réalisation de ce rapport provisoire a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de PEPFAR/Côte d'Ivoire et l'Office de la Santé, des Maladies Infectieuses et de la Nutrition du Bureau de Santé Globale de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), aux termes de l'Accord Coopératif No. GHN-A-00-08-00001-00, adjudgé par le biais du Projet d'Assistance Technique pour l'Alimentation et la Nutrition II (FANTA-2) à l'Académie pour le Développement de l'Education (AED).

Les opinions exprimées ici incombent aux auteurs et ne reflètent pas forcément les vues de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international ou du Gouvernement.

Publié Août 2009

**Citation recommandée :**

Food and Nutrition Technical Assistance II Project (FANTA-2). 2009. Rapport de l'analyse situationnelle sur l'intégration de la nutrition et l'alimentation dans les programmes de prise en charge du PVVIH en vue de préparer la mise en œuvre du « Food By Prescription (FBP) » ou « Alimentation sous Prescription Médicale (APM) », en Côte d'Ivoire. Washington, DC, FANTA-2, AED.

**Contact pour Information :**

Food and Nutrition Technical Assistance II Project (FANTA-2)  
Academy for Educational Development  
1825 Connecticut Avenue, NW  
Washington, DC 20009-5721  
Tel: 202-884-8000  
Fax: 202-884-8432  
Email: fanta2@aed.org  
Website: www.fanta-2.org

## Table des Matières

<b>Acronymes et Abréviations.....</b>	<b>i</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>iii</b>
<b>Resume .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Contexte .....</b>	<b>7</b>
1.1 But .....	7
1.2 Objectifs .....	7
1.2.1 Objectifs Spécifiques .....	7
1.3 Vue d'ensemble de La Côte d'Ivoire.....	8
1.4 Services de nutrition et de VIH en Côte d'Ivoire .....	10
1.4.1 TAR et PTME : Thérapie antirétrovirale et Prévention de la transmission mère enfant .....	11
1.4.2 OEV : Orphelins et Enfants Vulnérables .....	12
<b>2. Méthodes et Activités .....</b>	<b>13</b>
<b>3. Résultats .....</b>	<b>14</b>
3.1 L'environnement en Côte d'Ivoire pour la fourniture de services en nutrition aux PVVIH et OEV ...	14
3.1.1 L'environnement politique.....	14
3.1.2 La capacité actuelle de fournir des services de nutrition .....	15
3.2 L'état actuel des services de nutrition pour les PVVIH et OEV en Côte d'Ivoire.....	16
3.2.1 Evaluation de la nutrition, éducation et conseil en nutrition, hygiène et conditions sanitaires et liens à l'appui communautaire .....	16
3.2.2 La fourniture d'aliments .....	17
3.2.3 Estimation de la prévalence de la malnutrition parmi les PVVIH .....	18
<b>4. Recommandations .....</b>	<b>20</b>
4.1 Le paquet standard proposé de services de nutrition pour les PVVIH et les OEV en Côte d'Ivoire.....	20
4.2 Recommandations sur des points transversaux : Besoins en formation et harmonisation des directives et protocoles .....	23
4.2.1 Prise en charge de la malnutrition clinique.....	23
4.2.2 Formation pour l'évaluation nutritionnelle, l'éducation et conseils, la fourniture d'équipements et matériels de travail .....	23
<b>5. Localisation .....</b>	<b>25</b>
<b>6. Activités .....</b>	<b>27</b>
<b>7. Calcul des quantités et couts de l'APM en Côte d'Ivoire.....</b>	<b>29</b>
7.1 Critères d'entrée, de transition et de sortie pour fourniture d'aliments par le groupe cible .....	29
7.2 Nombre estimatif de bénéficiaires .....	31
7.2.1 Nombre estimatif de bénéficiaires pour une couverture nationale .....	31
7.2.2 Estimation du nombre de bénéficiaires pour l'APM : phase 1 .....	33
7.3 Le paquet d'aliments recommandé.....	34
7.4 Quantité et cout des aliments pour le programme national APM et pour la phase 1 .....	34
7.4.1 Quantité et coût des aliments à l'échelle nationale .....	34
7.4.2 Quantité et coût des aliments pour l'APM : phase 1 .....	35
<b>8. Annexes .....</b>	<b>36</b>

Annexe 1 : Séquence proposée d'évènements majeurs pour introduire l'Alimentation sous prescription médicale en Côte d'Ivoire .....	37
Annexe 2 : Aliments thérapeutiques utilisés en programmes de nutrition en Côte d'Ivoire .....	38
Annexe 3 : Aliments de supplémentation fabriqués en Cote d'Ivoire .....	41
Annexe 4 : Vue d'ensemble du système sanitaire gouvernemental .....	43
Annexe 5 : Ministère de la Santé : coordination des activités de nutrition (schématique) .....	45
Annexe 6 : Ministère de la Lutte contre le VIH/SIDA coordination et de mise en œuvre des activités .....	46
Annexe 7 : Carte du flux des patients TAR et PTME.....	49
Annexe 8 : Liste des organisations et institutions visitées .....	50
Annexe 9 : Tableaux de dosage recommandé pour ATPE et MAF .....	51
Annexe 10 : Portée du travail d'évaluation .....	52
Annexe 11 : Guide d'interviews .....	53
<b>Liste des Tableaux</b>	
Tableau 1: Critères d'entrée, de transition, de sortie pour la fourniture des aliments par groupe cible .....	30
Tableau 2: Nombre estimatif de clients PVVIH, PTME et OEV dans le besoin de fourniture d'aliments en Côte d'Ivoire .....	32
Tableau 3: Le nombre estimatif de clients PVVIH, PTME et OEV dans le besoin de fourniture d'aliments aux sites d'apprentissage .....	33
Tableau 4: Coûts annuels estimatifs des aliments thérapeutiques et de supplémentation pour un programme national d'APM .....	34
Tableau 5: Coûts annuels estimatifs des aliments thérapeutiques et de supplémentation pendant la phase 1 .....	35
<b>Liste des Figures</b>	
Figure 1 : Carte de la Côte d'Ivoire .....	8
Figure 2 : Carte des régions sanitaires avec les 9 sites de PEC retenus.....	26

## Acronymes et Abréviations

---

AFASS	AFADS	Acceptable, Faisable, Accessible, Durable et Sûr
AIS	EIS	Enquête sur les Indicateurs du SIDA
ANADER	ANADER	Agence Nationale d'Appui au Développement Rural
ANC	SPN	Soins prénataux
ANSCI	ANSCI	Alliance Nationale contre le SIDA
ART	TAR	Thérapie Antirétrovirale
ARV	ARV	Antirétroviraux
BMI	IMC	Index de Masse Corporelle
CMAM	PCMA	La Prise en charge à base Communautaire de la Malnutrition Aiguë
CEPREF	CEPREF	Centre de Prise en charge, de Recherche et de Formation
CIRBA	CIRBA	Centre Intégré de Recherche Bioclinique d'Abidjan
COP	POP	Plan Opérationnel par Pays
CSB	CSB	Corn Soy Blend
CSRS	CSRS	Centre Suisse de Recherches Scientifiques
ESTHER	ESTHER	Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
FANTA-2	FANTA-2	Projet d'Assistance Technique II pour l'Alimentation et la Nutrition
FF	MAF	Mélange d'Aliments Fortifiés
FBP	APM	Alimentation sous Prescription Médicale
GAIN	GAIN	Alliance Mondiale pour l'Amélioration de la Nutrition
GAM	MAG	Malnutrition Aiguë Globale
HMIS	SIMS	Système d'Information en Management de la Santé
ICAP	ICAP	Centre International de Programmes de Prise en Charge et de Traitement du SIDA
INSP	INSP	Institut National de la Santé Publique
IP	PE	Partenaires d'Exécution de PEPFAR/Côte d'Ivoire
IYCN	NNPE	Nutrition du Nourrisson et Petit Enfant
LBW	PBN	Poids Bas à la Naissance
MICS	ESIM	Enquête par Segments avec Indicateurs Multiples
MLS	MLS	Ministère de la Lutte contre le SIDA
MSHP	MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MFFAS	MFFAS	Ministère de la Famille, la Femme et les Affaires Sociales
MT	TM	Tonne Métrique
MUAC	PB	Périmètre Brachial
NGO	ONG	Organisation Non Gouvernementale
OGAC	BCGS	Bureau du Coordinateur Global des Etats-Unis de lutte contre le SIDA
OVC	OEV	Orphelins et Enfants Vulnérables du fait du VIH
PEPFAR	PEPFAR	Plan d'Urgence du Président pour Assistance aux Malades du SIDA
PKL	PKL	Protéine Kissée La
PLHIV	PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
PMTCT	PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
PNN	PNN	Programme National de Nutrition
PNOEV	PNOEV	Programme National de Prise en Charge des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/Sida
PNPEC	PNPEC	Programme National de la Prise en Charge des PVVIH
PSP	PSP	Pharmacie de la Santé Publique
RIP+	RIP+	Réseau Ivoirien des Personnes vivant avec le VIH
RUTF	ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
SAM	MAS	Malnutrition Aiguë Sévère
SCMS	SCMS	Projet de Systèmes de Gestion de la Chaîne d'Approvisionnement
SFP	PAS	Produits pour Aliments Spécialisés
STI	IST	Infection Sexuellement Transmissible
TWG	GTT	Groupe de Travail Technique en Nutrition et VIH
UNDP	PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
UNICEF	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

UNFPA	FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
USAC	USAC	Unité de Soins Ambulatoires et de Conseils
VCT	CDV	Conseil et Dépistage Volontaire
WFP	PAM	Programme Alimentaire Mondial
WHO	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
WRA	FAR	Femmes en Âge de Reproduction

## Remerciements

---

Nous adressons notre reconnaissance au PEPFAR Côte d'Ivoire qui a accepté et soutenu la réalisation de cette étude.

Nous exprimons nos remerciements et notre gratitude à l'endroit du Programme National de Nutrition qui est le mettre d'œuvre de cette investigation. Il planifié et organisé la mise en œuvre de cette activité.

Nos sincères remerciements à tous les organismes qui ont bien voulu recevoir l'équipe de l'étude et répondre aux questionnaires. Nos remerciements s'adressent particulièrement à :

- L'Alliance Nationale Contre le SIDA en Côte d'Ivoire (ACONDA)
- Association de femmes vivant avec le VIH (AMEPOUH) = « Nous Vaincrons »
- Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville, Service de Pédiatrie / Unité de Réhabilitation Nutritionnelle
- Le Centre Social de Treichville Habitat - Entente
- Le Centre de Prise en charge, de Recherche et de Formation (CEPREF)
- Le Centre Intégré de Recherche Bioclinique d'Abidjan (CIRBA)
- Le Centre Suisse de Recherches Scientifiques (CSRS)
- Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation//Côte d'Ivoire (EGPAF)
- Helen Keller International (HKI)
- Le Centre International de Programmes de Prise en Charge et de Traitement du SIDA (ICAP)
- L'Institut National de la Santé Publique (INSP)
- Nutrition du Nourrisson et du Petit Enfant (PATH/IYCN)
- Le Ministère de la lutte contre le SIDA (MLS)
- Nestlé Côte d'Ivoire
- Plan d'Urgence du Président pour l'Assistance aux malades du SIDA (PEPFAR/ Côte d'Ivoire)
- Protéine Kissée La (PKL)
- Le Programme national de la nutrition (PNN)
- Le Programme National de Prise en Charge des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/SIDA (PNOEV)
- Le Programme national de la prise en charges des PVVIH (PNPEC)
- La Pharmacie de la Santé Publique (PSP)
- Supply Chain Management Systems Project (SCMS)
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
- L'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseils (USAC)
- La Banque mondiale
- Programme Alimentaire Mondial (PAM)
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)



## Resume

---

### CONTEXTE

**But.** FANTA-2 a conduit du 12 au 23 janvier 2009 en Côte d'Ivoire une évaluation aux fins d'examiner la situation actuelle des services de nutrition destinés aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les orphelins et enfants vulnérables (OEV) et faire des recommandations sur l'intégration de la programmation de la nutrition, des aliments et du VIH, y compris le programme de « *Food by Prescription* » (l'alimentation sous prescription médicale [APM]). En 2008, PEPFAR/Côte d'Ivoire avait montré qu'il était intéressé à l'introduction du programme APM. Pour mieux faciliter la prise de décisions concernant l'APM, PEPFAR/Côte d'Ivoire et le Programme national de la nutrition (PNN) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) ont demandé à FANTA-2 de les aider à déterminer, dans le contexte de la Côte d'Ivoire, quel type de services de nutrition à mettre en place, et à quel coût, pour initier un programme APM. La demande consistait aussi à recommander un paquet de services de nutrition pour les PVVIH et OEV, qui pourrait éventuellement comprendre un programme APM.

La Direction actuelle du Bureau américain du Coordinateur global de lutte contre le SIDA (BCGS) permet d'utiliser les fonds PEPFAR pour apporter un support en aliments aux groupes suivants :

- des OEV nés de mères infectées du VIH (indifféremment du statut nutritionnel et VIH des enfants) ;
- des femmes séropositives enceintes et femmes allaitantes et qui sont dans des programmes de prévention de transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) ;
- et des patients adultes qui suivent une thérapie d'antirétroviraux (TAR) qui sont dans des programmes de prise en charge et présentent des signes cliniques de malnutrition.

Le fonds PEPFAR peut être utilisé pour appuyer le développement des directives et politiques nationales, l'évaluation de la nutrition, la formation et les conseils en nutrition, la supplémentation en micronutriments, la promotion de l'hygiène et des conditions sanitaires, les liens aux activités d'appui à base communautaire relatives à la sécurité alimentaire et aux moyens de subsistance. Les fonds peuvent être utilisés aussi pour l'acquisition des aliments thérapeutiques et de supplémentation aux patients dans un contexte d'éligibilité spécifique et de critères anthropométriques de sortie qui sont en conformité avec les directives nationales et/ou de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avec un plan pour les clients de passer par une transition, à un accès plus durable à une sécurité alimentaire.

En 2007, il y avait approximativement 420.000 PVVIH en Côte d'Ivoire. Selon l'enquête sur les indicateurs du SIDA (EIS) pour la Côte d'Ivoire, la prévalence du VIH était de 4,7% parmi les adultes âgés de 15 à 49 ans avec une prévalence chez les femmes (6,4%) plus importante que chez les hommes (2,9%). La prévalence était de 8,2% chez les femmes enceintes. Environ 540 000 enfants étaient des orphelins du fait du SIDA. La Côte d'Ivoire souffrait aussi d'un taux élevé de malnutrition : 33,9% d'enfants de moins de 5 ans étaient rabougris ; 20,2% avaient un poids insuffisant et 6,7% étaient émaciés. Le taux de malnutrition parmi les PVVIH n'était pas connu à l'échelle nationale. Les données qui venaient de 3 centres de TAR indiquaient que la prévalence de malnutrition chez les PVVIH adultes se situait entre 16 et 27%. (Les méthodes d'évaluation de la malnutrition et les indicateurs n'étaient pas harmonisés et variaient selon les différents sites qui offraient des services aux PVVIH.

### Objectifs

L'étude avait pour objectif général d'explorer la faisabilité de « l'alimentation sous prescription médicale » (APM) en Côte d'Ivoire

### OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Evaluer les opportunités d'intégrer l'APM dans les programmes et les services de prise en charge du VIH/Sida ;

2. Evaluer la capacité de mise en œuvre du programme APM par PEPFAR/Côte d'Ivoire ;
3. Evaluer la capacité de s'approvisionner localement ou régionalement en aliments thérapeutiques et de supplémentation à utiliser dans le programme APM ;
4. Faire des recommandations pour la mise en œuvre efficiente de l'APM en tant que paquet de services nutritionnels et alimentaires, offert aux PVVIH.

## MÉTHODES ET ACTIVITÉS<sup>2</sup>

L'équipe d'évaluation était composée de Dr. Earnest Muyunda, Conseiller régional en nutrition et VIH, FANTA-2 ; Phil Moses, Spécialiste en nutrition et VIH, FANTA-2 ; Dr. Pierre Adou, Consultant, FANTA-2 en Côte d'Ivoire, Dr. Patricia N'Goran, Directeur coordonnateur du PNN, et Dr N'DRI Faustin chargé d'étude Nutrition et VIH au PNN. L'équipe d'évaluation a rencontré PEPFAR/Côte d'Ivoire, 6 institutions des ministères du gouvernement qui offrent des services sanitaires et sociaux aux PVVIH et OEV, 5 partenaires d'exécution (PE) de PEPFAR/Côte d'Ivoire qui offrent des services de TAR et PTME, 3 organisations des Nations Unies qui appuient les services de prise en charge sanitaires ou nutritionnels aux PVVIH et OEV. L'équipe a visité aussi 5 sites qui fournissent des services aux PVVIH et OEV, 2 institutions de recherche, 2 sociétés privées de fabrication d'aliments et une association de PVVIH. Toutes les organisations visitées ont été sélectionnées par le PNN. Les 5 sites de prise en charge qui ont été visités ont été choisis parmi ceux que le PNN avait désignés comme sites potentiels où le programme APM pourrait commencer avant le passage à l'échelle. La liste des personnes de chaque organisation visitée se trouve à l'annexe 8. L'équipe a mené des interviews semi structurées grâce à un guide standard d'interview. Le guide d'interview utilisé se trouve à l'annexe 11.

Au début de l'évaluation, le PNN a convié les points focaux des différentes structures impliquées dans l'évaluation à une réunion d'échange et d'information sur les objectifs et de la méthodologie de l'étude. L'équipe d'évaluation a aussi donné des informations de base au sujet d'un ensemble de services de nutrition pour les PVVIH qui sont en cours d'exécution dans d'autres pays, il s'agit des 5 services suivants : l'évaluation de l'état nutritionnel, l'éducation et les conseils en nutrition, la promotion de l'hygiène, les liens avec les activités à base communautaire génératrices de revenus et de sécurité alimentaire et la fourniture d'aliments thérapeutiques et de supplémentation,

A la fin de l'étude, l'équipe d'évaluation a rencontré encore les mêmes acteurs pour leur présenter les résultats préliminaires et recommandations pour l'introduction de l'APM comme base d'un paquet de services de nutrition pour les PVVIH.

Tout au long de l'évaluation, l'équipe a passé en revue un certain nombre de documents (tels que les rapports des programmes en cours, les documents de directives nationales, les protocoles de traitement et les stratégies nationales) pour rassembler les données nécessaires afin de formuler les recommandations finales et préparer le rapport définitif.

## RÉSULTATS

Les résultats répondent aux objectifs 1, 2, 3 et 4 ci-dessus de l'évaluation et sont groupés en deux sections. La première section examine l'environnement de fourniture des services de nutrition pour les PVVIH et OEV. La seconde section fait la description de l'état actuel des services de nutrition pour les PVVIH et OEV tels que l'évaluation de la nutrition, l'éducation et conseils en nutrition, la promotion de l'hygiène et des conditions sanitaires, les liens avec les activités d'appui à base communautaire relatives à la sécurité alimentaire et moyens de subsistance, et la fourniture d'aliments thérapeutiques et de supplémentation.

## L'environnement pour la fourniture des services de nutrition aux PVVIH et OEV

### *L'environnement politique*

- Le gouvernement de Côte d'Ivoire à travers le PNN est prêt à prendre la direction des opérations dans la mise en exécution des services de nutrition pour les PVVIH et les OEV.
- Des politiques favorables sont en place pour la mise en œuvre des services de nutrition pour les PVVIH et OEV. Il y a un degré élevé de collaboration en matière de nutrition et du VIH entre les ministères du gouvernement et les programmes, les partenaires des Nations Unies et les partenaires d'exécution de PEPFAR/Côte d'Ivoire.
- Un cadre de discussion et de coordination existe. (Comité Technique Nutrition / VIH). Le Guide nationale de soins et soutien nutritionnel des personnes infectées ou affectées par le VIH et ou malade de la tuberculose existe mais pas encore diffusé.
- Le Protocole national de prise en charge de la malnutrition sévère<sup>1</sup> existe mais n'est pas largement diffusé. Il a été révisé et prend en compte le volet communautaire.
- Le PNN a développé le Protocole national sur la prise en charge des PVVIH et des malades de TB (Protocole PVVIH)<sup>2</sup>.
- les directives nationales sur la prise en charge de la malnutrition des PVVIH et des malades de tuberculose (TB) ont été validées.
- Un support de communication et conseils en Nutrition et VIH sous forme de boîte à image est en cours de développement.
- Une évaluation de la situation nutritionnelle des PIAVIH est prévue pour être de réalisée en 2010.
- Une insuffisance de personnel qualifié en nutrition dans les services de prise en charge de PIAVIH est constatée.
- Les bailleurs de fonds sont favorables au financement d'un paquet d'actions nutritionnelles pour les PIAVIH.
- Les partenaires de mise en œuvre sont favorables à l'intégration du soutien alimentaire et des soins nutritionnels dans les services offerts aux PIAVIH.

### *La capacité de fourniture des services de nutrition en place*

- Les services de nutrition sont actuellement fournis dans des établissements sanitaires par un certain nombre de médecins, d'infirmiers et de travailleurs sociaux qui ont suivi la formation en nutrition.
- Beaucoup de centres sociaux (CS) fournissent des services de nutrition aux OEV et peuvent servir de point de consultation des OEV malnutris pour les orienter vers les structures de prise en charge de la malnutrition.
- L'enregistrement des dossiers et des rapports de nutrition et de VIH varie d'un établissement à un autre et ces données ne sont pas rapportées au niveau national.
- Il y a une capacité suffisante de recherche en Côte d'Ivoire pour supporter les besoins de documentation d'un programme APM.
- La capacité de fabriquer des mélanges d'aliments fortifiés (MAF) existe dans le pays. Le système d'approvisionnement en aliments thérapeutiques et de supplémentation (tels que aliments thérapeutiques prêt à utiliser [ATPE]) est en voie d'être amélioré.

---

<sup>1</sup> Protocole national de prise en charge de la malnutrition sévère en Côte d'Ivoire, mai 2005

<sup>2</sup> Protocole national de prise en charge nutritionnelle des personnes infectées et affectées par le VIH et/ou malades de la tuberculose, MSHP, PNN, PAM, 2009 [Validé en avril 2009].

## L'état actuel des services de nutrition pour les PVVIH et OEV

### *Evaluation de la nutrition, éducation et conseil en nutrition, hygiène et système sanitaire, et liens à l'appui communautaire*

- L'évaluation de la nutrition n'est pas faite dans la plupart des sites de TAR. Quelques établissements sanitaires collectent des données sur la nutrition, mais celles-ci ne sont pas utilisées pour la prise en charge nutritionnelle des clients.
- L'éducation et les conseils en nutrition ne sont pas faits dans la plupart des sites de TAR. Il n'y a pas de matériels disponibles pour l'éducation et les conseils en nutrition pour les PVVIH qui soient appropriés au contexte ivoirien.
- L'étude n'a trouvé aucun programme ni projet qui s'occupe de la promotion de l'hygiène et des systèmes sanitaires parmi les PVVIH.
- Il y a un certain nombre de liens entre les établissements sanitaires et les activités d'appui à base communautaire.

### *La fourniture d'aliments*

- Très peu d'établissements sanitaires en Côte d'Ivoire donnent des aliments aux PVVIH adultes.
- Parmi les aliments thérapeutiques utilisés en Côte d'Ivoire il y a les laits thérapeutiques F-100 et F-75 et le PlumpyNut (un ATPE). Le PlumpyNut est actuellement fourni par l'UNICEF au PNN pour la réhabilitation des enfants sévèrement malnutris. Un certain nombre de centres de traitement par les ARV offrent le PlumpyNut aux PVVIH adultes sévèrement malnutris.
- Parmi les aliments de supplémentation qui sont disponibles en Côte d'Ivoire pour les adultes, il y a une variété de mélange d'aliments fortifiés (MAF) produits par une société locale.
- Il n'existe aucune norme et protocole d'approvisionnement et d'administration des aliments,
- Le système national d'approvisionnement en médicaments (PSP) serait capable de gérer la distribution des aliments et les structures sanitaires disposeraient de capacités de stockage suffisantes.

## RECOMMANDATIONS

En se basant sur les résultats ci-dessus, FANTA-2 propose un « paquet » de services de nutrition pour les PVVIH et OEV, et fait un certain nombre de recommandations pour la mise en œuvre du « paquet » proposé. FANTA-2 propose également des recommandations générales devant améliorer l'environnement de la mise en œuvre du « paquet » proposé ainsi que des recommandations spécifiques pour la première phase de la mise en œuvre de l'APM. Les recommandations dans cette section sont groupées par thème. On trouvera en annexe 1 la majorité des recommandations regroupées en fonction de la séquence proposée des événements pour introduire l'APM en Côte d'Ivoire.

### **Le « paquet » standard proposé de services de nutrition pour les PVVIH et les OEV en Côte d'Ivoire**

Le « paquet d'activités nutritionnelles » que nous proposons au PNN et au PEPFAR de mettre en place sur les sites de PEC, se compose de :

1. Evaluation du statut nutritionnel
2. Education et Conseils en nutrition
3. Promotion de l'hygiène et des conditions d'assainissement
4. Liens aux activités d'appui à base communautaire
5. Fourniture d'aliments thérapeutiques et de supplémentation

Au niveau de chaque site qui exécute l'APM, les quatre premiers services ci-dessus indiqués doivent être en place avant l'introduction des fournitures d'aliments.

- Le PNN doit s'assurer de la mise en œuvre effective de ce paquet.

- Le PNN doit fournir aux clients des aliments thérapeutiques et de supplémentation (APM) dans les établissements qui ont mis en place les quatre premiers services faisant partie du « paquet » standard. Il faut fournir les aliments suivant la description faite dans les critères d'entrée, de transition et de sortie qui sont repris à la section 5 concernant le calcul des quantités et coûts du programme APM et dans les tableaux de dosage repris à l'annexe 9.

### **Recommandations sur les points transversaux : Besoins en formation et harmonisation des directives et protocoles**

- Renforcer la capacité des prestataires de prise en charge dans le cadre des services de nutrition pour les PVVIH et OEV. La formation continue en nutrition devrait être renforcée et répandue, et la formation de base devrait être introduite. Par exemple, la possibilité de développer un cours de formation qui conduit à la certification en nutrition dans les écoles de formation de base des agents de santé ou des travailleurs sociaux devrait être explorée.
- Le PNN doit produire et disséminer les directives pour la prise en charge nutritionnelle des OEV en Côte d'Ivoire (Directives OEV) développées avec l'appui du projet NNPE<sup>3</sup> de l'USAID (approuvées par les acteurs et recommandées pour adoption). Le PNN doit aussi former à leur utilisation les prestataires de prise en charge qui pilotent les services de nutrition des OEV dans des établissements sanitaires et sociaux dans tout le pays.
- Le PNN, avec l'appui du PEPFAR/Côte d'Ivoire par biais de FANTA-2, doit continuer ses projets de production de matériels d'éducation et conseils en nutrition pour les PVVIH et former à leur utilisation les personnes chargées des services de nutrition dans tous les sites TAR et PTME et tous les CS qui offrent des services de nutrition aux OEV.

### **Mise en Exécution de la Phase 1 de L'APM**

#### *Localisation*

Les sites qui abriteront la première phase de l'intervention sont :

- L'Hôpital général d'Abobo, le centre de prise en charge
- Le Centre de prise en charge, de Recherche et de Formation (CEPREF) de Yopougon,
- L'Hôpital général de Port-Bouët
- L'Unité de soins ambulatoires et de Conseils (USAC),
- Le Centre Intégré de Recherche Bioclinique d'Abidjan (CIRBA),
- Les Services de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville,
- Le Centre Hospitalier Régional de San Pédro
- Le Centre Hospitalier Régional d'Abengourou
- Le Centre Antituberculeux d'Abengourou

#### *Activités à mener*

- Finaliser les plans de mise en œuvre de l'APM et déterminer les types et quantités nécessaires d'aliments thérapeutiques et de supplémentation.
- Conduire une évaluation des aliments thérapeutiques et de supplémentation à utiliser dans l'APM.

---

<sup>3</sup> Guide de Prise en Charge Nutritionnelle des Orphelins et Enfants Vulnérable du Fait du VIH en Côte d'Ivoire

- Négocier/conclure un accord avec le PSP pour l'acquisition, le stockage et l'approvisionnement des aliments thérapeutiques et de supplémentation avec l'appui technique de SCMS
- Former en nutrition et VIH, en APM et dans l'utilisation du Protocole PVVIH, les Directives OEV et l'utilisation du matériel d'éducation et de conseils nutritionnels pour les PVVIH, les formateurs nationaux, régionaux et le personnel des sites de prise en charge
- Instituer au niveau de chaque site une personne ou un comité qui a pour tâche de fournir l'éducation et les conseils en nutrition
- Etablir un lien de chaque établissement avec un CS le plus proche qui pourrait servir de point de consultation pour les OEV et les clients malnutris
- Mettre en place un point focal choisi parmi ceux qui sont formés pour coordonner les activités de nutrition au niveau du site et assurer la liaison avec le PNN
- Equiper chaque établissement et son CS correspondant en matériel de travail nécessaire pour l'évaluation de la nutrition, l'éducation et conseils nutritionnels/alimentaires et les outils de gestion
- Chaque établissement et son CS correspondant identifient un espace où stocker les aliments thérapeutiques et de supplémentation à utiliser dans l'APM
- Mettre en place un système d'assurance qualité des aliments thérapeutiques et de supplémentation au niveau national et des sites de PEC
- Mener de pertinentes activités de suivie et évaluation (S&E), publier une revue périodique des résultats et une documentation sur les leçons tirées de la première phase de la mise en œuvre de l'APM

## **CALCUL DES QUANTITÉS ET COÛTS DE L'APM EN CÔTE D'IVOIRE**

En se basant sur les données actuellement disponibles, si un programme national d'APM devait être mis en place aujourd'hui, il y aurait environ 41.534 clients qui seraient éligibles à l'acquisition des aliments thérapeutiques et de supplémentation pour un coût de 2.411.200 US\$ (dollars américains) par an. La mise en œuvre de l'APM dans les neuf sites d'éducation couvrirait 8.307 clients (soit un cinquième de ceux qui sont éligibles au niveau national) au coût annuel d'environ 652.800 US\$ (dollars américains). Cette estimation concerne uniquement les coûts des aliments et ne comporte pas les coûts administratifs, le transport des aliments aux sites, le stockage, les coûts de formation, l'acquisition des équipements, et autres coûts du programme. Ces estimations des coûts sont basées sur le nombre estimatif de clients, l'éligibilité proposée, les critères de transition et de sortie pour les clients APM ainsi que sur le paquet d'aliments recommandés par bénéficiaire du groupe cible. Tout cela est décrit dans la Section 5 du présent rapport.

## ETUDE DE FAISABILITE

### 1. Contexte

---

#### 1.1 BUT

FANTA-2 a entrepris en Côte d'Ivoire du 12 au 23 janvier 2009 une évaluation pour examiner la situation actuelle des services de nutrition pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et pour les orphelins et enfants vulnérables (OEV) pour faire des recommandations sur l'intégration de la nutrition, des aliments et de la programmation du VIH, y compris le programme d'alimentation sous prescription médicale (APM). En 2008, PEPFAR/Côte d'Ivoire a exprimé son intérêt à la possibilité d'introduire un programme APM. Pour mieux formuler les décisions concernant l'APM, PEPFAR/Côte d'Ivoire et le Programme national de la nutrition (PNN) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) ont demandé à FANTA-2 de les aider à déterminer dans le contexte de la Côte d'Ivoire, le type de services de nutrition à mettre en place pour initier un programme APM et ce que cela devrait coûter. La demande consistait aussi à recommander un paquet de services de nutrition pour les PVVIH et OEV qui pourrait éventuellement comprendre un programme APM.

La Direction actuelle du Bureau américain du Coordinateur global de lutte contre le SIDA (BCGS) permet d'utiliser les fonds PEPFAR pour apporter un appui en aliments aux groupes suivants : des OEV nés de mères infectées du VIH (indifféremment du statut nutritionnel et VIH des enfants) ; des femmes séropositives enceintes et en lactation et qui sont dans des programmes de prévention de transmission du VIH de mères à enfants (PTME) ; et des patients adultes suivant une thérapie d'antirétroviraux (TAR) qui sont dans les programmes de prise en charge et ont des signes cliniques de malnutrition. Les fonds PEPFAR peuvent être utilisés dans l'appui du développement des directives et politiques nationales, l'évaluation de la nutrition, la formation et les conseils en nutrition, la supplémentation en micronutriments, la promotion de l'hygiène et des conditions sanitaires, les liens aux activités d'appui à base communautaire relatives à la sécurité alimentaire et aux moyens de subsistance. Le fonds peut être utilisé aussi pour l'acquisition des aliments thérapeutiques et de supplémentation pour les patients dans un contexte d'éligibilité spécifique et de critères de sortie anthropométriques qui correspondent aux directives nationales et/ou de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), avec droit pour les malades de faire une transition qui permette l'accès à une alimentation plus durable et plus sûre.

#### 1.2 OBJECTIFS

L'étude avait pour objectif général d'explorer la faisabilité de « l'alimentation sous prescription médicale » (APM) en Côte d'Ivoire.

##### 1.2.1 Objectifs Spécifiques

1. Evaluer les opportunités d'intégrer l'APM dans les programmes et les services de prise en charge du VIH/Sida ;
2. Evaluer la capacité de mise en œuvre du programme APM par PEPFAR/Côte d'Ivoire ;
3. Evaluer la capacité de s'approvisionner localement ou régionalement en aliments thérapeutiques et de supplémentation à utiliser dans le programme APM ;
4. Faire des recommandations pour la mise en œuvre efficiente de l'APM en tant que paquet de services nutritionnels et alimentaires, offert aux PVVIH





transition, suivi de la réintroduction des services gouvernementaux de la santé dans ces zones, et qui continuent encore. En 2006, le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) a établi l'index de développement humain (IDH) pour la Côte d'Ivoire à 42%<sup>5</sup>, classée en bas du quartile de tous les pays. En 2008, 49% de ménages étaient en dessous du seuil de pauvreté

En 2007, il y avait approximativement 420.000 PVVIH en Côte d'Ivoire<sup>6</sup>. D'après l'enquête sur les indicateurs du SIDA (EIS)<sup>7</sup> de 2005 pour la Côte d'Ivoire, la prévalence du VIH est de 4,7% avec une prévalence plus grande chez les femmes (6,4%) que chez les hommes (2,9%), et elle est de 8,2% chez les femmes enceintes. Jusqu'en mars 2008, 39.700 personnes étaient sous ARV grâce à l'appui du PEPFAR<sup>8</sup>. On estime à 540.000 enfants qui sont orphelins à cause du SIDA.

Les régions avec la plus grande prévalence du VIH sont le Centre-Est (5,8%), le Sud (5,5%) et la ville d'Abidjan (6,1%). La prévalence est supérieure dans les zones urbaines (5,4%) plus que dans les zones rurales (4,1%). La prévalence est la plus grande dans le groupe d'âge entre 15 et 49 ans, avec la pointe dans le groupe d'âge entre 30 et 34 ans. On trouve les deux virus VIH-1 et VIH-2 en Côte d'Ivoire. Depuis 1990, le VIH est devenu la deuxième cause de mortalité la plus répandue en Côte d'Ivoire parmi les femmes (suite aux complications en relation avec la grossesse et l'accouchement. Il est aussi une importante cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans<sup>9</sup>.

La Côte d'Ivoire souffre aussi des taux élevés de malnutrition. La malnutrition peut aggraver l'impact du VIH et pose des défis significatifs à la prise en charge et au traitement. Le VIH et la malnutrition interagissent dans un cercle vicieux qui conduit à une réduction de la prise d'aliments, à une augmentation des besoins en énergie, et à une pauvre absorption de nutriments. De fortes interventions en nutrition peuvent aider à soulager ce cercle vicieux par l'amélioration de la prise/utilisation des aliments, de la réponse immunitaire, de la gestion des symptômes, du statut nutritionnel, de l'adhésion au traitement et de la qualité de vie et de productivité.

D'après l'enquête à indicateurs multiples (MICS) (effectuée chez les enfants de moins de 5 ans, la prévalence d'une malnutrition chronique (ralentissement de la croissance –taille pour âge en Z score [T/A en Z] < -2) était 34% avec ralentissement sévère de la croissance (T/A en Z < -3) à 16%. La prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG), ou émaciation –poids pour taille en Z score [P/T en Z] < -2) était 6,7% avec émaciation sévère (P/T en Z < -3) à 1%. La prévalence d'un poids insuffisant (poids pour âge en Z score [P/A en Z] < -2) était 20% avec l'insuffisance sévère du poids (P/A en Z score < -3) à 4,3%. La prévalence d'un bas poids à la naissance (BPN) était 16%. Une enquête récente de SMART<sup>10</sup> a montré des taux de prévalence de la MAG atteignant 17,5% et 4,7% de formes sévères chez les enfants âgés entre 6 et 59 mois dans les zones périurbaines d'Abidjan et dans 5 régions au Nord de la Côte d'Ivoire et un taux d'anémie à 75% et 81% dans la ville d'Abidjan et au Nord respectivement. Les femmes en âge de reproduction (FAR) souffrent de malnutrition (index de masse corporelle [IMC] < - 18,5) à 6,8% et à 7,2%, et souffrent d'anémie (Hb < 12) à 62% et à 65% respectivement à Abidjan et dans le Nord.

Les carences en vitamines et minéraux sont répandues en Côte d'Ivoire. La prévalence en anémie est régulièrement supérieure à 50%. Parmi les enfants en âge préscolaire, l'anémie a augmenté de 50% en

<sup>5</sup> L'IDH combine les mesures normalisées de l'espérance de vie, de l'alphabétisation, du niveau éducationnel et du PIB par habitant des pays du globe comme moyen standard de mesurer le développement humain. La valeur de l'index est exprimée en pourcentage avec un niveau supérieur de développement humain fixé à 100%. La Côte d'Ivoire était classée au 164<sup>ème</sup> rang sur 177 pays. . <http://hdr.undp.org/en/>

<sup>6</sup> Rapport UNAIDS 2008 sur l'épidémie mondiale du SIDA, 2008.

<sup>7</sup> Institut National de la Statistique (INS) et Ministère de la Lutte contre le Sida [Côte d'Ivoire] et ORC Macro. *Enquête sur les Indicateurs du Sida, Côte d'Ivoire 2005*. Calverton, Maryland, USA : INS et ORC Macro.

<sup>8</sup> La puissance du Partenariat : les résultats les plus récents du PEPFAR (juin 2008) <http://www.pepfar.gov/press/106290.htm>

<sup>9</sup> Les données de ce paragraphe proviennent de l'EIS 2005

<sup>10</sup> *Rapport d'enquête de nutrition SMART : Nord de la Côte d'Ivoire et zone périurbaine d'Abidjan*, juillet 2008. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Programme National de la Nutrition, Programme Alimentaire Mondial, UNICEF.

2001<sup>11</sup> à 73% en 2007<sup>12</sup>. Parmi les enfants en âge scolaire, la prévalence en anémie était de 54% en 2001. En 2007, la prévalence d'anémie chez les femmes était de 51%. La carence en fer est moins répandue chez les femmes (17%) que chez les enfants en âge préscolaire (50%). La carence en fer chez les enfants en zones urbaines (60%) est plus grande qu'en zones rurales (36%). La carence en vitamine A chez les enfants en âge préscolaire a une prévalence de 16% (12% en zones urbaines et 19% en zones rurales). Seules 0,4% des FAR avaient une carence en vitamine A<sup>16 et 17</sup>.

#### 1.4 SERVICES DE NUTRITION ET DE VIH EN CÔTE D'IVOIRE

Reconnaissant le rôle important que la nutrition et l'alimentation peuvent jouer comme réponses effectives au VIH, PEPFAR/Côte d'Ivoire œuvre avec un certain nombre de partenaires, y compris FANTA-2, le projet de Nutrition du Nourrisson et Petit Enfant (NNPE) et le PAM, au renforcement des interventions de la nutrition et de l'alimentation pour les PVVIH et les OEV. Dans le cadre du Plan opérationnel pays (POP) 08, FANTA-2 coordonne étroitement avec PATH/IYCN, le PAM et le PNN pour compléter et produire les directives nationales pour appuyer la prise en charge nutritionnelle des PVVIH (Directives nationales) et pour développer le matériel d'éducation et conseils nutritionnels pour les PVVIH.

Le Tableau 1 donne une description des ministères du Gouvernement ivoirien et les programmes qui jouent un rôle actif dans la prestation des services en rapport avec le VIH.

**Tableau 1: Les Ministères et Programmes du Gouvernement de Côte d'Ivoire en relation avec le VIH**

Ministère de la lutte contre le sida	
MLS	Le MLS assure le suivi de la politique gouvernementale et de la mise en œuvre des réponses multisectorielles pour la lutte contre l'épidémie du VIH. Il veille à la coordination de toutes les activités sur le VIH, mobilise les fonds nécessaires pour la prise en charge des PVVIH, et est responsable de la mobilisation sociale et de la promotion des actions communautaires contre le VIH.
Ministère de la Santé	
PNN	Le PNN est responsable des programmes pour l'amélioration du statut nutritionnel de la population ivoirienne et en particulier celui des groupes les plus vulnérables tels que les enfants en dessous de 5 ans, les FAR, les PVVIH, les OEV et les individus qui sortent des situations de crise, des urgences, et de catastrophes naturelles. Le PNN mène des activités curatives préventives et promotionnelles.
PNPEC	Le PNPEC, Programme national de la prise en charges des PVVIH est en charge du traitement des PVVIH et de la fourniture des services de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME).
Ministère de la Famille, la Femme et les Affaires Sociales	
PNOEV	Le Programme National de Prise en Charge des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/SIDA (PNOEV) est en charge de fournir des services aux OEV.

<sup>11</sup> « Asogbayire Staubli et al ..... »

<sup>12</sup> *Evaluation des carences en vitamine A, fer et folâtre en CI*, HKI, CSRS, INSP, UFR SBP, 2007.

### 1.4.1 TAR et PTME : Thérapie antirétrovirale et Prévention de la transmission mère enfant

Actuellement, la TAR est offerte à 39.324 PVVIH dans 160 établissements. PEPFAR/Côte d'Ivoire et le Fonds mondial (FM) pour le SIDA, la tuberculose et le paludisme sont les bailleurs de fonds importants qui supportent les services de TAR et PTME. Le tableau ci-dessous illustre l'évolution des services de traitement du VIH fournis grâce à l'appui du PEPFAR depuis 2005.

**Tableau 2: Nombre de sites et de malades sous traitement avec l'appui de PEPFAR/Côte d'Ivoire 2005-2008**<sup>13</sup>

	2005	2006	2007	2008
<b>Sites PTME</b>	44	69	146	236
<b>HIV + femmes enceintes recevant une prophylaxie ARV</b>	1.888	3.997	4.963	4.620
<b>Sites de Conseils et Dépistages volontaires (CDV)</b>	54	81	159	209
<b>Personnes testées ayant reçu leurs résultats</b>	23.708	66.972	90.870	206.147
<b>Personnes recevant une prise en charge et le traitement</b>	25.902	42.561	74.319	84.270
<b>Orphelins et Enfants Vulnérables recevant une prise en charge</b>	7.946	22.566	41.147	68.061
<b>Sites TAR</b>	33	58	99	160
<b>Personnes recevant des ARV</b>	11.097	20.923	34.900	39.324

La stratégie générale de la Côte d'Ivoire pour la PTME comprend le conseil et le dépistage volontaire (CDV) offerts aux femmes enceintes inscrites aux soins prénataux (SPN) et leurs partenaires, la prophylaxie à la TAR vers la fin de la grossesse (AZT / 3TC / NVP), le conseil en alimentation du nourrisson, le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmises, le conseil en planification familiale, le suivi médical et nutritionnel de la mère et de l'enfant, la communication sur le changement de comportement, et la mobilisation communautaire. Entre janvier et juillet 2007, le programme de PTME a atteint les résultats suivants :

<sup>13</sup> Source : OGAC 2008-02-29 Section 2 : Orientations de Résultats et de Cibles et Analyses (avec les résultats en aval du FY07).

**Tableau 3: Résultats du programme PTME en Côte d'Ivoire, janvier - juillet, 2007<sup>14</sup>:**

	<b>Total</b>
Femmes en prise en charge prénatale recevant des conseils pré-test pour le dépistage du VIH	<b>97.681</b>
Femmes qui ont fait le test de HIV	<b>48.574</b> (49,7 % de celles qui ont reçu conseils)
Femmes testées HIV+	<b>3.172</b> (3,89 % de celles qui ont été testées)
Femmes sous prophylaxie ARV	<b>1.890</b> (1,93 % de celles qui ont été testées)
Enfants exposés au VIH (recevant des ARV)	<b>1672</b> (1,71 % de celles qui ont été testées)

Il y a plusieurs partenaires financiers en Côte d'Ivoire qui apportent leur appui aux services de PTME. Parmi eux, on a le PEPFAR/Côte d'Ivoire, le FM, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour les Activités de la Population (FNUAP), UNITAID, l'Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau (ESTHER), le Gouvernement ivoirien. Les partenaires d'exécution de PEPFAR/Côte d'Ivoire qui offrent des services de PTME comprennent la Fondation Pédiatrique Elizabeth Glaser contre le SIDA, le Centre international des programmes de prise en charge et du traitement du SIDA (CIPS), l'Alliance Nationale Contre le SIDA en Cote d'Ivoire (ANSCI) et le PATH. Malgré le fait que le nombre de sites PTME dans le pays ait plus que triplé entre 2006 et 2008, le nombre de bénéficiaires de la PTME a seulement augmenté de 15% sur la même période. Une mission conjointe de l'OMS, UNICEF, et du PEPFAR/Côte d'Ivoire a été menée en octobre 2008 pour examiner comment améliorer l'impact du service PTME et le porter à échelle.

#### **1.4.2 OEV : Orphelins et Enfants Vulnérables**

Le PNOEV définit un orphelin ou un enfant rendu vulnérable à cause du VIH (OEV) comme étant :

- Un enfant entre 0 -18 ans né d'une mère VIH séropositive,
- Un enfant vivant dans une famille qui prend en charge des PVVIH (il peut être ou non un membre de famille),
- Un enfant dans une famille dont un membre est une PVVIH,
- Un enfant infecté de VIH,
- Un enfant dont le parent est mort de SIDA.

Parmi les partenaires financiers qui appuient les services OEV, il y a PEPFAR/Côte d'Ivoire, FM, OMS, UNICEF, UNITAID et le Gouvernement ivoirien. Les partenaires d'exécution de PEPFAR/Côte d'Ivoire qui offrent des services aux OEV comprennent EGPAF, ICAP, ACONDA, Family Health International (FHI), CARE, Hope World Wide, l'Agence Nationale d'Appui au Développement Rural (ANADER), Le Soutien, Save the Children UK, Geneva Global, PAM, l'Alliance Internationale contre le HIV/AIDS et le PNOEV. Le PNOEV fournit des prises en charge à 63.435 OEV dont 43.235 sont des filles. Ce programme est actif dans 16 zones. Les activités sont basées dans des centres sociaux (CS) qui sont liés aux établissements sanitaires et organisations communautaires. Les activités de nutrition aux CS consistent au suivi de la croissance, à la promotion des jeunes enfants, à des démonstrations culinaires et conseils de nutrition pour mères, à la réhabilitation nutritionnelle référant aux établissements sanitaires les cas de malnutrition sévère et aux visites à domicile.

<sup>14</sup> Source : *Rapport semestriel des activités VIH/SIDA dans le secteur de la santé en CÔTE D'IVOIRE, Janvier-Juillet 2007, Octobre 2007, En collaboration avec le PNPEC et la PSP-CI, avec l'appui technique de Mesure Evaluation/JSI et financier de l'Unité de Gestion du Fonds Mondial.*

## 2. Méthodes et Activités

---

L'équipe d'évaluation était composée de Dr. Earnest Muyunda, Conseiller Régional en Nutrition et VIH, FANTA-2, Phil Moses, Spécialiste en Nutrition et VIH, FANTA-2, Dr. Pierre Adou, Consultant auprès de FANTA-2 en Côte d'Ivoire, Dr. Patricia N'Goran, Directeur coordonnateur du PNN et de Dr N'DRI Faustin chargé d'étude de Nutrition et VIH au PNN. L'équipe d'évaluation a rencontré PEPFAR/Côte d'Ivoire, 6 ministères du gouvernement qui offrent des services sanitaires et sociaux aux PVVIH et OEV, 5 partenaires d'exécution (PE) de PEPFAR/Côte d'Ivoire qui offrent des services TAR et PTME, 3 organisations des Nations Unies qui appuient les services de prise en charge sanitaire et de nutrition aux PVVIH et OEV. L'équipe a visité aussi 5 sites qui fournissent des services aux PVVIH et OEV, 2 institutions de recherche, 2 sociétés privées de fabrication d'aliments et une association des PVVIH. Toutes les organisations visitées étaient sélectionnées par le PNN. Les 5 sites de prise en charge qui ont été visités ont été choisis parmi ceux que le PNN avait désignés comme sites potentiels où le programme APM pourrait commencer avant le passage à l'échelle. La liste de chaque organisation visitée se trouve à l'annexe 8. L'équipe a mené des interviews semi structurées grâce à un guide standard d'interviews. Le guide d'interviews utilisé se trouve à l'annexe 11.

Au début de l'évaluation, le PNN a convié les points focaux des différentes structures impliquées dans l'évaluation à une réunion d'échange et d'information sur les objectifs et la méthodologie de l'étude. L'équipe d'évaluation a aussi donné des informations de base au sujet d'un « paquet » de services de nutrition pour les PVVIH qui sont en cours d'exécution dans d'autres pays. Il s'agit des 5 services suivants : l'évaluation de l'état nutritionnel, l'éducation et conseils en nutrition, la promotion de l'hygiène et des conditions sanitaires, les liens avec des activités à base communautaire génératrices de revenus et des activités de sécurité alimentaire, ainsi que la fourniture d'aliments thérapeutiques et de supplémentation. A la fin, l'équipe d'évaluation a rencontré encore les mêmes acteurs pour leur présenter les résultats préliminaires et les recommandations pour l'introduction de l'APM comme base d'un paquet de services de nutrition pour les PVVIH.

Tout au long de l'étude, l'équipe a passé en revue un certain nombre de documents pertinents (tels que les rapports du programme, les documents de directives, les protocoles de traitement et les stratégies nationales) pour rassembler les données requises afin de formuler des recommandations et préparer le rapport.

### 3. Résultats

---

Les résultats de l'évaluation sont groupés en deux sections. La première section examine l'environnement pour la fourniture des services de nutrition aux PVVIH et OEV. La seconde section fait la description de l'état actuel des services de nutrition pour les PVVIH et OEV tels que l'évaluation de la nutrition, l'éducation et conseils en nutrition, la promotion de l'hygiène et des conditions sanitaires, les liens avec les activités d'appui à base communautaire relatives à la sécurité alimentaire et aux moyens de subsistance, et la fourniture d'aliments thérapeutiques et de supplémentation.

#### 3.1 L'ENVIRONNEMENT EN COTE D'IVOIRE POUR LA FOURNITURE DE SERVICES EN NUTRITION AUX PVVIH ET OEV

##### 3.1.1 L'environnement politique

**Le gouvernement de Côte d'Ivoire à travers le PNN est prêt à prendre la tête dans la mise en exécution des services de nutrition pour les PVVIH et les OEV**, aussitôt que le processus de mise en place est clairement bien expliqué et que l'on a obtenu les sources d'appui particulièrement pour la fourniture des aliments thérapeutiques et de supplémentation, l'appui logistique et d'autres services y afférents.

- Des politiques favorables sont en place pour la mise en exécution des services de nutrition pour les PVVIH et OEV. Les services en nutrition pour les PVVIH sont inclus en tant que axe stratégique dans la politique nationale et les activités qui s'y rattachent, sont incluses dans le plan stratégique du PNN. Le Guide nationale de soins et soutien nutritionnel des personnes infectées ou affectées par le VIH et ou malade de la tuberculose a été validé et est en cours d'impression avec l'assistance de FANTA-2. Les directives nationales sur la prise en charge de la malnutrition des PVVIH et des malades de tuberculose (TB)) ont été validées et sont dans le processus d'être imprimées avec l'assistance de la Banque Mondiale. Le PNN a inclus un certain nombre d'activités y relatives dans son plan opérationnel 2009. Le PNN a développé le Protocole national sur la prise en charge des PVVIH et des maladies de TB (Protocole PVVIH)<sup>15</sup> avec l'appui du PAM lequel protocole affirme l'utilisation de l'ATPE pour la prise en charge de la malnutrition chez les PIAVH.
- L'élaboration des supports de communication et conseils en nutrition à l'endroit des PIAVH et malades de la TB est en cours de finalisation.
- Une évaluation de la situation nutritionnelle des PIAVH est prévue pour être réalisée en 2009.
- Il y a un degré élevé de collaboration sur la Nutrition et le VIH entre les ministères du gouvernement et les programmes, les partenaires des Nations Unies et les partenaires d'exécution de PEPFAR/Côte d'Ivoire. Le PNN, le PNPEC le PNOEV et le MLS se rencontrent régulièrement pour coordonner leurs activités. Il y a un degré élevé de collaboration entre les partenaires d'exécution du PEPFAR/Côte d'Ivoire. En vue d'une meilleure coordination des activités de nutrition/VIH, le PNN avec les partenaires PEPFAR (PAM, PATH et FANTA-2) ont élaboré un plan de travail consolidé. Le PNN a mis en place un groupe de travail technique (GTT) sur la nutrition et le VIH dont le rôle est de donner un avis technique dans l'élaboration, l'adaptation et l'harmonisation des documents de référence. Ce cadre de concertation pourrait s'élargir au suivi-évaluation de l'intervention et son orientation technique constante.
- Le Protocole national de prise en charge de la malnutrition sévère<sup>16</sup> existe mais n'est pas largement diffusé dans tous les établissements sanitaires. Il inclut le volet communautaire avec la formation de 7 000 agents de santé communautaire.
- Dans le centre de référence que nous avons visité les enfants qui souffrent de MAS étaient admis à l'unité de réhabilitation nutritionnelle uniquement sur base d'une complication médicale spécifique et étaient admis dans une salle clinique spécifique appropriée à la pathologie qu'ils

<sup>15</sup> Protocole national de prise en charge nutritionnelle des personnes infectées et affectées par le VIH et/ou malades de la tuberculose, MSHP, PNN, PAM, 2009 [Validé en avril 2009].

<sup>16</sup> *Protocole national de prise en charge de la malnutrition sévère en Côte d'Ivoire, mai 2005*

présentent (telle que la pneumonie ou le paludisme). Les cas de MAS sans complications doivent être admis et pris en charge selon les recommandations du protocole national du MSPH<sup>17</sup>. Il est souvent difficile pour le personnel sanitaire en charge de la réhabilitation nutritionnelle de s'occuper de plusieurs malades.

### 3.1.2 La capacité actuelle de fournir des services de nutrition

**Les services nutritionnels sont actuellement dispensés dans un certain nombre d'établissements par des médecins, infirmiers et travailleurs sociaux qui ont reçu la formation en nutrition.** Bien qu'il y ait un système de formation sur le tas en interne pour ce personnel, la formation sur la nutrition et le VIH n'a pas été intégrée dans ce système. Avec l'appui de la Banque mondiale le PNN prévoit de développer un manuel de formation sur la nutrition et le VIH, et de l'inclure dans la formation continue ainsi que d'intégrer la nutrition et le VIH dans le curricula de formation de base.

**Plusieurs centres sociaux (CS) fournissent des services en nutrition aux OEV et peuvent servir de point de consultation des OEV malnutris pour les orienter vers les structures de prise en charge de la malnutrition.** Les CS sont des installations du MFFAS qui ont été renforcés par le MSHP en vue de servir de point de consultation pour offrir systématiquement des services de nutrition qui consistent à la pesée des enfants, à l'identification des cas sévères de malnutrition et leur transfert dans un centre de santé pour traitement, à des conseils nutritionnels aux mères et à des démonstrations culinaires pour apprendre aux mères comment utiliser les aliments locaux pour mieux nourrir leurs enfants. Les travailleurs sociaux font également des visites à domicile pour s'assurer que les conseils nutritionnels prodigués sont suivis. Le PNOEV a introduit récemment le CDV à tous les CS. Le CDV est fait par les infirmiers des établissements sanitaires locaux.

**La tenue des archives et des rapports de nutrition et de VIH varie d'un établissement à un autre et ces informations ne font pas l'objet de rapport à l'échelle nationale.** Il n'y a pas de procédure standard de collecte d'informations relatives à la nutrition dans le contexte du VIH. Bien que les indicateurs de la nutrition soient inclus dans le Système d'Information et de Gestion (SIG), ceux-ci ne font pas l'objet de rapport depuis plusieurs années. Toutefois, le SIPS sera revu cette année et le PNN prévoit d'incorporer de nouveaux indicateurs sur la nutrition et le VIH dans le nouveau SIPS.

Il y a une capacité suffisante de recherche en Côte d'Ivoire pour supporter les besoins de documentation d'un programme APM. L'Institut national de la Santé publique (INSP) a mené des recherches sur des sujets qui relèvent de la nutrition pour la santé publique. L'INSP dispose de laboratoires de nutrition, de microbiologie et de biologie et héberge un centre de consultation pour la réhabilitation ambulatoire des enfants malnutris. Le Centre Suisse de Recherches Scientifiques (CSRS) a aussi des installations de laboratoires et a mené avec succès des études dans le domaine de la mobilisation communautaire et du VIH dans la Commune de Yopougon. Les deux établissements ont exprimé leur volonté de conclure un accord avec le PNN pour fournir une assistance technique dans le domaine de suivi évaluation (S&E) et de la documentation sur les leçons apprises et les études de cas relatives à l'APM.

**Il y a une capacité pour produire des mélanges d'aliments fortifiés (MAF) dans le pays.** Depuis plusieurs années, la société Protéine Kissée La (PKL) basée à Abidjan produit du corn-soy blend (CSB) conditionné dans de grands sacs, de petites boîtes et dans des sachets. Dans le passé, elle a approvisionné le PAM en CSB conforme aux normes internationales de qualité. La capacité de production de cette société est approximativement de 500 tonnes par mois et PKL a exprimé sa volonté de fournir le CSB au programme APM.

**Le système d'approvisionnement pour des aliments thérapeutiques et de supplémentation (tels que les ATPE) est en voie d'amélioration.** Actuellement l'UNICEF fournit F-100, F-75 et PlumpyNut au PNN qui les envoie dans les établissements sanitaires. Des négociations sont en cours entre le PNN et la

<sup>17</sup> Prise en charge de la malnutrition sévère : Un manuel pour médecins et autres cadres sanitaires, OMS 1999 <http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9241545119/en/> .  
Protocole national de prise en charge de la malnutrition sévère en Côte d'Ivoire, MSPH, 2005.

Pharmacie de la Santé Publique (PSP) pour la livraison des aliments thérapeutiques et de supplémentation dans les districts sanitaires qui à leur tour, vont approvisionner les établissements sanitaires. Les entrepôts régionaux de la PSP ont une capacité de livrer des aliments thérapeutiques et de supplémentation aux points focaux de la nutrition dans chaque district sanitaire à condition que le personnel d'entrepôts soit formé à la gestion des aliments thérapeutiques et de supplémentation. Un point focal de la nutrition sera désigné dans chaque district sanitaire pour s'assurer de la bonne gestion des stocks. Le PNN a indiqué qu'il y a une possibilité que le Fonds Mondial puisse fournir des aliments thérapeutiques. A travers ses bureaux régionaux à Man, Bouaké, et Odienné, le PAM approvisionne en aliments (CSB et autres vivres) les sous partenaires qui les distribuent aux ménages affectés par le VIH. Le PAM a exprimé sa volonté de soutenir l'APM dans ses zones d'intervention, les sites qui dépendent de l'appui du PEPFAR/Côte d'Ivoire ou d'autres sources.

### **3.2 L'ÉTAT ACTUEL DES SERVICES DE NUTRITION POUR LES PVVIH ET OEV EN CÔTE D'IVOIRE**

#### **3.2.1 Evaluation de la nutrition, éducation et conseil en nutrition, hygiène et conditions sanitaires et liens à l'appui communautaire**

**L'évaluation de la nutrition n'est pas faite dans la plupart des sites de PEC.** L'évaluation de la nutrition n'est pas faite dans les sites visités. La majorité des sites de TAR et PTME prennent seulement le poids qu'ils utilisent pour déterminer le dosage pour les médicaments ARV. Les protocoles nationaux sur l'évaluation de la nutrition des PVVIH existent au moment du rapport mais ne sont pas encore diffusés et la formation sur l'évaluation nutritionnelle est faite dans certaines structures de PEC mais elle n'est pas encore allée à l'échelle nationale. Il est fortement recommandé que les interventions pour répondre aux problèmes nutritionnels (ex. éducation et conseils en nutrition et fourniture d'aliments thérapeutiques et de supplémentation) soient basées sur une évaluation standardisée en nutrition.

**Quelques établissements sanitaires collectent des données sur la nutrition, mais celles-ci ne sont pas utilisées pour la prise en charge nutritionnelle du client.** Les établissements sanitaires visités et impliqués dans les programmes de TAR, PTME, et OEV appuyés par PEPFAR/Côte d'Ivoire collectent quelques informations sur la nutrition mais elles ne soient pas utilisées pour la prise en charge nutritionnelle de leurs clients. Les établissements comme le CIRBA, l'USAC et le CEPREF/ACONDA prennent le poids, la taille et l'IMC des clients pour leur programme de TAR. Cependant, ces données sont surtout utilisées pour déterminer le dosage des ARV et pour suivre le progrès du traitement.

**L'éducation et les conseils en nutrition ne sont pas faits dans la plupart des sites de PEC.** Le personnel de prise en charge sanitaire des partenaires d'exécution (PE) et les prestataires de prise en charge sanitaire que nous avons visités ont dit que quelques informations nutritionnelles parmi tant d'autres messages sont données aux patients. Toutefois, les messages nutritionnels tendent à être superficiels et pas très pratiques tels que « il faut bien manger ».

**Il n'y a pas de matériels d'éducation et de conseils en nutrition appropriés au contexte ivoirien disponibles pour les PVVIH.** Il n'y avait pas de matériels disponibles d'éducation et conseil pour les PVVIH adultes dans les sites visités. Les acteurs visités ont dit qu'il n'y avait aucun matériel de conseil disponible sur la nutrition et le VIH qui soit adapté au contexte de la Côte d'Ivoire. CARE a formé les travailleurs communautaires sanitaires dans le passé sur la nutrition et le VIH utilisant un document de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO)<sup>18</sup>. Néanmoins, CARE a indiqué que le document avait des faiblesses puisqu'il n'était pas adapté au contexte ivoirien.

L'étude n'a pas rencontré de programme ni de projet qui s'occupe de la promotion de l'hygiène et des systèmes sanitaires parmi les PVVIH. Les prestataires de prise en charge sanitaire qu'on a interviewés ne s'étaient pas aperçus que l'accès à l'eau potable est un problème pour leurs patients. Au niveau national, 28% des ménages en Côte d'Ivoire ont accès à l'eau de robinet dans leurs foyers, 22% ont de

<sup>18</sup> Vivre bien avec VIH/SIDA : Un manuel sur les services de nutrition pour les personnes vivant avec VIH/SIDA. FAO/OMS 2003. <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/005/y4168E/y4168E00.pdf>



l'eau à partir d'une conduite publique verticale et 44% puisent l'eau d'un puits. 34% des ménages n'ont pas accès à une toilette ou une latrine<sup>19</sup>. Cette situation pose des problèmes de stockage et de manutention de l'eau à la maison et elle est à l'origine des défécations à l'air libre. Les instituts de recherche visités ont aussi rapporté que même dans les zones urbaines qui ont un taux d'approvisionnement en eau potable élevé, il existe des poches dans lesquelles les ménages manquent d'eau potable. Toutefois, L'UNICEF mène en Côte d'Ivoire un projet WASH qui vise à rendre l'eau propre accessible à la population. Mais il n'est pas encore à l'échelle. PEPFAR/Côte d'Ivoire prévoit de promouvoir la purification de l'eau à domicile, sous le COP 09, en fournissant PURWATER aux PVVIH à travers les partenaires d'exécution dans quelques zones. Ils sont aussi en train d'examiner la faisabilité de fournir aux PVVIH les filtres à eau domestiques.

**Il y a un certain nombre de liens entre les établissements sanitaires et les activités d'appui à base communautaire.** En Côte d'Ivoire, les organisations à base communautaire (OBC) offrent l'appui aux ménages affectés par le VIH (appui psychologique, plaidoyer, activités génératrices de revenus, programmes de subsistance, et appui en nourriture). Il existe aussi un certain nombre d'exemples de partenariats entre OBCs et établissements sanitaires (par exemple des établissements sanitaires qui incorporent les conseillers communautaires formés par les OBCs dans leurs services et les volontaires OBC offrant le petit déjeuner aux PVVIH malades qui attendent de recevoir leurs ARV). Quelques unes des OBCs reçoivent l'appui du PEPFAR/Côte d'Ivoire directement ou par l'intermédiaire d'autres partenaires d'exécution.

**Les activités de nutrition appuyées par le PEPFAR pour des PVVIH et des OEV :** PEPFAR donne son appui aux activités d'intégration des services de nutrition dans les services des PVVIH et OEV, y compris le développement des directives et protocoles sur la nutrition et le VIH, le développement des outils pratiques et matériels de travail pour la nutrition tels que le matériel de conseil, prévision de la formation continue sur la nutrition et le VIH, l'intégration de la nutrition et du VIH dans la formation pré emploi des prestataires sanitaires, le développement des manuels et outils de formation en nutrition et VIH, la fourniture de services pour contrôler les carences en micronutriments chez les PVVIH, l'intégration de la nutrition dans des services TAR et PTME et le développement d'un paquet clairement défini de services essentiels en nutrition pour les PVVIH et OEV.

### 3.2.2 La fourniture d'aliments

**Très peu d'établissements sanitaires en Côte d'Ivoire donnent des aliments aux PVVIH adultes.** Les critères de don de ration alimentaire, d'éligibilité et de sortie des programmes de distribution alimentaire, varient selon les sites ou d'un donateur à un autre. Ceux-ci ne sont donc pas harmonisés au niveau national et plusieurs types d'offres d'aliments aux PIAVIH ont cours actuellement. Au moment où nous sortons ce rapport, le Protocole pour la nutrition des PVVIH est validé mais pas encore publié. Parmi les trois sites de traitement visités, un seul offre les aliments thérapeutiques aux PVVIH. Aucun d'entre eux ne distribue les aliments de supplémentation. La plupart des établissements sanitaires visités ont une capacité suffisante de stockage pour gérer les approvisionnements des aliments thérapeutiques et de supplémentation pour un programme APM. La PSP structure du MSHP qui approvisionne en médicaments les établissements publics de santé, est également capable de prendre en charge la distribution des aliments thérapeutiques et de supplémentation. Une démarche en direction de la PSP a déjà été entreprise par le PNN en vue d'une distribution au niveau national des ATPE. La convention reste à être signée en veillant à ce qu'elle prenne en compte également les aliments de supplémentation. Le système de gestion de la chaîne d'approvisionnement (SCMS) en Côte d'Ivoire est très actif et est prêt à apporter un appui à la PSP dans la gestion logistique de ce programme. Ils ont une expérience dans la formation du personnel pour la réception, la manutention, la comptabilité et le reportage sur l'utilisation des aliments thérapeutiques et de supplémentation. Ils sont favorables à la mise à disposition de cette expertise au service de la PSP.

<sup>19</sup> Institut National de la Statistique [Côte d'Ivoire] et ORC Macro. 2001. *Enquête Démographique et de Santé, Côte d'Ivoire 1998-1999*. Calverton, Maryland USA.

### 3.2.3 Estimation de la prévalence de la malnutrition parmi les PVVIH

Alors que le taux de malnutrition chez les PVVIH au niveau national n'est pas connu, l'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseils (USAC) et le Service des maladies infectieuses du CHU de Treichville (cité par Kouamé L., 2004) estiment que 70% des PVVIH qui ont une prise en charge dans leur établissement manquent de ressources pour se procurer un régime alimentaire adapté. Le Ministère de la lutte contre le SIDA estime que seules 9,3% des PVVIH ont des activités organisées génératrices de revenus. Aucune étude à l'échelle nationale n'a été publiée à ce jour sur cette question. . Le Centre de Prise en charge, de Recherche et de Formation (CEPREF) à Abidjan a rapporté que 27% de leurs adultes nouvellement admis aux clients de TAR en 2008 souffraient d'une malnutrition (index de masse corporelle [IMC] < 18,5)<sup>20</sup>.

En 2008 à Abidjan, parmi les PVVIH adultes admises au programme de traitement du Centre Intégré de Recherche Bioclinique d'Abidjan (CIRBA), 16% souffraient de malnutrition et 4% souffraient de malnutrition sévère (IMC < 16). Parmi les bénéficiaires du programme du PAM (Programme alimentaire mondial) supportant le traitement des PVVIH dans les régions du centre, du nord, et de l'ouest, 27% souffraient de malnutrition et 7,6% souffraient de malnutrition sévère.

Bien que ces données soient fragmentées et difficiles à comparer les unes aux autres, elles donnent une indication de la prévalence de la malnutrition chez les PVVIH. Voir les tableaux 4 et 5 pour plus de détails.

**Tableau 4: PVVIH adultes admises au TAR et pré TAR en 2008<sup>21</sup> (CIRBA)**

Statut nutritionnel	Nombre	Pourcentage
<b>Total</b>	<b>399</b>	<b>100.0</b>
IMC ≥ 18.5	334	83.7
IMC < 18.5 et > 16	49	12.3
IMC ≤ 16	16	4.0
<b>Total malnutris</b>	<b>65</b>	<b>16.3</b>

<sup>20</sup> Communication avec le personnel durant la visite d'évaluation : Janvier 2009

<sup>21</sup> Source : Base de données des archives cliniques fournies par le personnel de CIRBA lors de visites de l'équipe d'évaluation.

**Tableau 5: Prévalence de la malnutrition aiguë chez les participants au programme du PAM pour appui aux PVVIH en TAR .<sup>22</sup>**

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Femmes		Hommes		F et H Combinés	
	Nombre	Prévalence (%)	Nombre	Prévalence (%)	Nombre	Prévalence (%)
< 10	5	0.2	2	0.3	7	0.2
10 - 12.9	8	0.4	3	0.4	11	0.4
13 - 15.9	146	6.5	53	6.9	199	6.6
16 - 16.9	111	5.0	55	7.1	166	5.5
17 - 18.4	301	13.5	131	17	432	14.4
<b>Malnutris Cumulés</b>	<b>571</b>	<b>25.6</b>	<b>244</b>	<b>31.7</b>	<b>815</b>	<b>27.1</b>
18.5 - 24.9	1367	61.3	469	60.8	1836	61.1
25 - 29.9	249	11.1	53	6.7	302	10.1
>= 30	44	2.0	6	0.8	50	1.7
<b>TOTAL</b>	<b>2231</b>	<b>100</b>	<b>772</b>	<b>100</b>	<b>3003</b>	<b>100</b>

<sup>22</sup> Les données ont été fournies à l'équipe d'évaluation par Ellen Kramer du PAM sous forme de présentation en PowerPoint « Profil des ménages affectés par le VIH bénéficiaires de l'appui alimentaire du PAM' Côte d'Ivoire, avril 2008.

## 4. Recommandations

---

En se basant sur les résultats ci-dessus, FANTA-2 propose un paquet de services de nutrition pour les PVVIH et OEV et présente un certain nombre de recommandations pour la mise en œuvre du paquet proposé. FANTA-2 présente aussi des recommandations diverses pour améliorer l'environnement de mise en œuvre du « paquet » proposé ainsi que des recommandations spécifiques pour soutenir le démarrage de l'intervention dans sa phase initiale. Dans cette section, les recommandations sont présentées par thème. L'annexe 1 contient la majorité des recommandations groupées suivant une séquence proposée des événements pour introduire l'APM en Côte d'Ivoire.

### 4.1 LE PAQUET STANDARD PROPOSÉ DE SERVICES DE NUTRITION POUR LES PVVIH ET LES OEV EN CÔTE D'IVOIRE

Le « paquet d'activités nutritionnelles » que nous proposons au PNN et au PEPFAR de mettre en place sur les sites de PEC, se compose de :

1. Evaluation du statut nutritionnel
2. Education et Conseils en nutrition
3. Promotion de l'hygiène et des conditions d'assainissement
4. Liens aux activités d'appui à base communautaire
5. Fourniture d'aliments thérapeutiques et de supplémentation

le PNN, le PEPFAR et leurs partenaires doivent s'assurer de la mise en exécution du paquet ci-dessus de services de nutrition au bénéfice de toutes les PVVIH enrôlées dans TAR (y compris les patients enrôlés mais qui ne sont pas encore éligibles au TAR) ou les programmes PTME, ainsi que tous les OEV, qui reçoivent les services par le truchement des CS pilotés par le PNOEV :

**Définition des termes clés.** Dans ce rapport, « le paquet de services de nutrition pour les PVVIH » se réfère aux 5 services ci-dessus mentionnés. « Alimentation sous prescription médicale » (APM) se réfère à une approche spécifique pour organiser et fournir ces 5 services de façon intégrée dans un environnement de traitement qui comprend des critères claires d'éligibilité, de transition et de sortie pour la fourniture des aliments thérapeutiques et de supplémentation. Dans chaque site qui exécute l'APM, **les quatre premiers services sur la liste doivent être en place avant d'introduire la fourniture d'aliments.**

Au niveau de chaque site qui exécute l'APM, les quatre premiers services indiqués doivent être en place avant d'introduire les fournitures d'aliments. Celles-ci doivent être bien supervisées et de qualité. Aux sites où les fournitures d'aliments sont introduites, les quatre premiers services devront être renforcés pour répondre aux questions spécifiques de fourniture d'aliments. Les prestataires de prise en charge sanitaire devront mener une évaluation nutritionnelle de chaque client régulièrement pour déterminer le type d'intervention requise et quand le client devrait se passer des services de fourniture d'aliments ou faire une transition vers la phase suivante de fourniture d'aliments. L'éducation et les conseils en nutrition offerts aux clients qui reçoivent les aliments devront comprendre aussi des messages clés supplémentaires pour utiliser correctement les aliments fournis et les décourager de les partager avec d'autres membres de famille. La promotion de l'hygiène devra s'améliorer en y ajoutant des messages et activités relatives à l'hygiène d'entreposage et de préparation des aliments thérapeutiques et de supplémentation.

**Le PNN doit s'assurer que toutes les PVVIH et les OEV ou leurs clients reçoivent régulièrement une évaluation du statut nutritionnel de haute qualité.** Le but d'une évaluation du statut nutritionnel est de déterminer l'appui et les services de prise en charge nécessaires par client et de suivre le progrès de chaque client. Un changement dans le statut nutritionnel peut indiquer la progression de la maladie, l'efficacité ou l'adhésion au traitement, et les réactions au traitement ou les effets secondaires (par ex : la résistance au médicament, les changements métaboliques). Pour les PVVIH adultes qui ne sont pas enceintes ni en post-partum, les prestataires de prise en charge sanitaire doivent prendre le poids et la

taille à la première visite, et calculer l'IMC. Ils doivent noter la taille, le poids et l'IMC sur la fiche du client. A chaque visite suivante, ils doivent prendre le poids et calculer l'IMC du client en se basant sur son poids actuel et sa taille initiale, et enregistrer le poids actuel et l'IMC sur la fiche du client. Pour des femmes enceintes ou jusqu'à 6 mois post-partum, les prestataires de prise en charge sanitaire doivent prendre et noter le PB au lieu de l'IMC. Chez les OEV âgés de 5 à 18 ans, les prestataires de prise de charge doivent prendre et enregistrer l'**IMC pour âge**, le poids pour taille en Z score (P/T en Z), le poids pour taille (P/T) en pourcentage ou le PB. Chez les enfants de moins de 5 ans, les prestataires de prise en charge doivent prendre et enregistrer soit le P/T en Z score, le P/T en pourcentage, soit le PB. Les prestataires de prise en charge doivent rechercher chez tous les clients, les œdèmes bilatéraux prenant le godet. Durant la visite initiale également, les prestataires de prise en charge doivent évaluer la consommation alimentaire des clients, se rappeler durant les 24 dernières heures, la consommation du client à partir des différents groupes d'aliments. Dans la mesure du possible, les prestataires de prise en charge doivent faire des examens de laboratoire périodiques sur les indicateurs clés de nutrition tels que le statut d'hémoglobine. Les prestataires de prise en charge doivent évaluer la consommation alimentaire des clients avec une MAM ou une MAS. Ils doivent demander aux clients s'ils ont des symptômes qui sont susceptibles d'affecter la prise de nourriture ou le statut nutritionnel, tel que la perte d'appétit, les nausées, les vomissements, les blessures/les muguets oraux ou difficulté d'avaler, le ballonnement abdominal ou la constipation, ainsi que la diarrhée. Ils doivent voir aussi si le client a accès aux installations sanitaires adéquates et à l'eau potable à domicile. Les niveaux sanguins d'hémoglobine, de triglycéride, de cholestérol et du glucose au repos doivent être mesurés au moins tous les six mois, spécialement les clients qui prennent des médicaments qui peuvent les prédisposer aux niveaux à risque de ces paramètres. Les prestataires de prise en charge doivent faire la synthèse des informations recueillies des différentes évaluations pour identifier les besoins du client et les actions de suivi et formuler l'éducation et conseils en nutrition.

**Le PNN doit s'assurer que tous les clients reçoivent l'éducation et les conseils nutritionnels et alimentaires de qualité.** Le but de l'éducation et le conseil en nutrition est d'aider les clients à adopter des comportements qui amélioreront leur statut nutritionnel et améliorer les rendements du traitement et des soins. Les prestataires de prise en charge doivent éduquer et conseiller tous les clients sur la façon d'améliorer la qualité et la diversité de leur repas, augmenter la prise d'énergie, gérer l'interaction médicament - nourriture, et améliorer leurs conditions sanitaires et l'hygiène. Les clients qui reçoivent le TAR doivent être conseillés sur la façon de s'y prendre devant les effets secondaires du syndrome métabolique (la lipodystrophie, la résistance à l'insuline/diabète, l'ostéoporose et les syndromes associés d'émaciation). Les démonstrations de la préparation et manutention des aliments doivent aussi être faites aux sites de prise en charge et de traitement. Le matériel d'éducation et conseils pour les PVVIH actuellement produit par le PNN et FANTA-2 doit être utilisé pour l'éducation et conseil en nutrition.

**Le PNN doit promouvoir une hygiène et des conditions sanitaires appropriées à tous les clients.** Le but de la promotion de l'hygiène et des conditions sanitaires adéquates est de prévenir les diarrhées et autres maladies liées à l'usage de l'eau souillée, de la nourriture contaminée et des conditions de ménage insalubres. Les prestataires de prise en charge doivent prodiguer des conseils à tous les clients ou leurs intermédiaires sur la nécessité de bien se laver les mains, de boire de l'eau potable, de bien garder et manier l'eau à boire, d'utiliser de l'eau propre pour laver les aliments et préparer la nourriture, et l'utilisation appropriée des installations sanitaires. Si les clients n'ont pas accès à l'eau potable à la maison, alors les prestataires de prise en charge doivent leur apprendre comment purifier leur eau à la maison et promouvoir l'utilisation des méthodes disponibles de purification de l'eau au point d'utilisation, telles que les solutions de chlore et les filtres à eau domestiques. Au cas où les produits de purification de l'eau à la maison ne sont pas accessibles au client, les prestataires de prise en charge doivent leur en faciliter l'accès.

**Le PNN, le PNOEV et le PNPEC doivent s'assurer que tous les clients sont en liaison avec des activités de sécurité alimentaire et à base communautaire génératrices de revenus.** Dans le contexte des services de nutrition pour les PVVIH, l'une des raisons principales pour les clients d'avoir des liens à un appui à base communautaire est de leur faciliter l'accès aux activités génératrices de revenus, aux programmes de subsistance, et autres sources d'appui en terme de fourniture d'aliments.

Tous les clients qui n'ont pas de sécurité alimentaire devraient être référés ou associés à de telles activités d'appui dès le moment où ils entrent dans le programme de traitement. Ceci est spécialement important pour les clients qui reçoivent des services de fourniture d'aliments puisque faire transiter les clients de la fourniture à court terme des aliments thérapeutiques et de supplémentation à la sécurité alimentaire à long terme devient à cause de la pauvreté, de la productivité réduite et, dans certains cas, de la dépendance à l'alimentation gratuite. Le Réseau ivoirien des personnes vivant avec le VIH (RIP+), et d'autres réseaux nationaux, doivent être approchés pour identifier les associations de PVVIH et autres ONG actives qui sont près des établissements sanitaires spécifiques.

**Le PNN doit fournir des aliments thérapeutiques et de supplémentation aux clients dans les établissements qui ont mis en œuvre les quatre premiers services du « paquet » standard.**

Le but de fournir les aliments est de réhabiliter les clients malnutris et améliorer leur statut clinique et l'attachement au traitement. La fourniture d'aliments doit avoir des critères d'éligibilité, de transition et de sortie standardisés, utiliser les protocoles clairs, se faire dans un établissement avec une capacité logistique adéquate de manutention des aliments, (par ex. inventaire, stockage,) et utiliser les mécanismes de fourniture d'aliments qui ne causent ni stigmatisation ni ressentiment. Les aliments fournis doivent être en bon état, impressionnants, de haute qualité, savoureux, faciles à digérer, culturellement appropriés, moins chers, et faciles à livrer aux clients dans les quantités souhaitées.

Aux sites qui sont appelés à livrer les aliments thérapeutiques et de supplémentation, FANTA-2 recommande que les patients malnutris soient approvisionnés en ATPE et MAF tel que décrit dans les critères d'entrée, de transition et de sortie qui sont au Tableau 5 ci-dessous et dans les tableaux de dosage de l'annexe 9. Il sera bon d'examiner le coût d'importation de l'ATPE à partir du Niger et le comparer au coût d'importation de France pour voir lequel des deux serait moins cher. Toute source d'ATPE doit avoir la certification de l'UNICEF. Actuellement l'UNICEF a des normes de fabrication de l'ATPE qui ont été adoptées par les agences des Nations Unies. Ces normes concernent les aspects tels que le système de gestion de la qualité pratiqué par l'unité de production, le personnel, le design et la maintenance des lieux, l'équipement, la documentation, la production et le contrôle de la qualité.

Le MAF devrait être dense en énergie (environ 400 kcal/100 g) et être fortifié. Lorsqu'il est prescrit seul, la quantité doit fournir au client au moins 40% de l'énergie requise par jour, avec approximativement 10 à 12 % d'énergie venant des protéines. Le MAF doit remplir les normes de sécurité du PAM<sup>23</sup>. Quand il est prescrit avec l'ATPE, les niveaux de nutriments recommandés pour le MAF utilisé dans le programme peuvent être différents de ceux des MAF utilisés dans d'autres types de programmes. Ceci est dû au fait qu'il faut réduire certains niveaux de micronutriments pour éviter des niveaux potentiellement très élevés de prise de micronutriments quand le MAF est utilisé en combinaison avec l'ATPE.

**Le PNN doit s'assurer de l'application des directives sur l'alimentation optimale du Nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH.**

Les prestataires de services de soins assurent la protection et la promotion de l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois. Ils veillent à l'application stricte des directives nationales en matière d'alimentation du nourrisson dans le contexte du VIH.

**Le PNN doit s'assurer que les aliments thérapeutiques et de supplémentation ne sont pas utilisés comme substitut du lait maternel pour les nourrissons.**

Tous les aliments thérapeutiques et de supplémentation utilisés sont clairement labellisés pour indiquer qu'ils ne sont pas destinés aux enfants de moins de 6 mois. Les prestataires de prise en charge sanitaire doivent travailler avec les parents ou les gardiens des bébés pour lesquels l'alimentation exclusive de remplacement remplit les critères AFADS et qui ont pris l'option exclusive de ne pas allaiter au sein pour

---

<sup>23</sup> Mélange d'aliments fortifiés : Bonne pratique de fabrication et Principes HACCP, Un livre de poche pour les Processeurs en partenariat avec le Programme Alimentaire Mondial des Nations Unies (Draft) PAM, 2004. Disponible sur : <http://foodquality.wfp.org/FoodSafetyandHygiene/FoodQualitySystems/HACCPGMPFBFplant/tabid/325/Default.aspx?PageContentID=596>

déterminer l'option la plus nutritive d'aliments de remplacement tenant compte de leur situation familiale et suivant les directives PTME de la Côte d'Ivoire.

## **4.2 RECOMMANDATIONS SUR DES POINTS TRANSVERSAUX : BESOINS EN FORMATION ET HARMONISATION DES DIRECTIVES ET PROTOCOLES**

Le PNN et PEPFAR/Côte d'Ivoire doivent avec les partenaires définir un nombre restreint d'indicateurs pour l'APM et incorporer ces indicateurs clés dans les outils de suivi et rapportage mis en place dans les sites de PEC. Toutes les sessions de formation à l'APM doivent inclure la formation sur le système de S&E avec toutes modifications en rapport avec l'APM. La formation devrait comprendre l'utilisation des outils des clients, l'analyse des données du programme pour formuler les décisions en vue d'améliorer la qualité des services, les formats et calendriers de rapportage.

Renforcer la capacité de prestataires de prise en charge dans le cadre des services de nutrition pour les PVVIH et OEV. La formation continue en nutrition doit être renforcée et répandue, et la formation de base doit être introduite dans les écoles de formation socio sanitaire.

### **4.2.1 Prise en charge de la malnutrition clinique**

Le PNN doit poursuivre son plan de passage à échelle de la mise en place des Unités Nutritionnelles dédiées à la réhabilitation des enfants souffrant d'une MAS conformément au protocole national de prise en charge de la malnutrition sévère.

**Le PNN doit poursuivre ses efforts pour étendre et renforcer la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë conformément au protocole national<sup>24</sup>**

**Le PNN doit poursuivre ses projets de production de dissémination et de formation au protocole national de prise en charge nutritionnelle des PVVIH et des malades TB (Protocole PVVIH)**

**Le PNN doit produire et disséminer les directives récemment validées pour la prise en charge nutritionnelle des OEV, PVVIH et/ou malade de la tuberculose en Côte d'Ivoire développées avec l'appui de la Banque Mondiale et former les prestataires de prise en charge sanitaire qui pilotent les services nutritionnels des OEV, PVVIH et/ou malade de la tuberculose à les utiliser dans les établissements sanitaires et centres sociaux partout dans le pays.**

### **4.2.2 Formation pour l'évaluation nutritionnelle, l'éducation et conseils, la fourniture d'équipements et matériels de travail**

**Avec l'appui de la Banque Mondiale, le PNN doit poursuivre son plan d'adaptation du manuel de formation sur la nutrition et le VIH pour être utilisé par les prestataires de prise en charge sanitaire en Côte d'Ivoire,**

Dans le but de mettre à niveau les prestataires de services, le PNN devra compléter la gamme de documents en production, en adaptant au contexte ivoirien les manuels de formation en nutrition et VIH disponibles et utilisés dans les autres pays qui mettent déjà en œuvre l'APM.

**Le PNN, avec l'appui du PEPFAR/Côte d'Ivoire par biais de FANTA-2, doit développer et produire des matrices murales pour estimer l'IMC pour adultes, l'IMC pour âge et le P/T pour enfants.**

Une évaluation nutritionnelle exige un équipement approprié. Dans le souci de mettre à la disposition des prestataires de service, du matériel fiable qui soit en outre facile d'utilisation, le PNN équipera les sites de PEC de balances, de toises ainsi que des matrices murales de précision.

<sup>24</sup> Prise charge à base communautaire de la malnutrition aiguë : Une déclaration conjointe par l'Organisation mondiale de la santé, le Programme alimentaire mondial, le Comité Directeur du système des Nations Unies sur la nutrition et le Fonds des Nations Unies sur l'Enfance, 2007  
<http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/978-92-806-4147-9/en/index.html>

**Le PNN, avec l'appui du PEPFAR/Côte d'Ivoire par biais de FANTA-2, doit continuer ses projets de production de matériels d'éducation et conseils en nutrition pour les PVVIH et former à leur utilisation les personnes chargées des services de nutrition dans tous les sites de TAR et de PTME et dans tous les CS qui offrent des services de nutrition aux OEV.**

**Le PNN doit évaluer les besoins en formation et faire l'inventaire de l'équipement d'évaluation nutritionnelle nécessaire** Pour assurer la performance des sites et des prestataires de services, le PNN devra répondre spécifiquement aux besoins de formation du personnel identifiés. Par ailleurs, une évaluation du statut nutritionnel par les personnes en charge des services nutritionnels de tous les sites de TAR et de PTME ainsi que tous les CS qui offrent une plateforme des services aux OEV nécessite un équipement adéquat, en bon état de fonctionnement (tels que les balances, les toises, les ruban-mètres pour le PB) ainsi que les outils de travail pour l'évaluation du statut nutritionnel (tel que tables de calcul de l'IMC, les fiches de collecte de données). Ces équipements et ces supports ainsi que leur nombre seront déterminés par un inventaire.

Pour mieux informer la décision sur les programmes actuels et futurs (**tels que le développement et le perfectionnement du matériel d'éducation et de conseils en nutrition**), **PEPFAR/Côte d'Ivoire doit utiliser les études disponibles et les données du programme pour mieux comprendre les déterminants du statut nutritionnel chez les personnes malnutris et non malnutris de la population générale, PVVIH, clients de la PTME, et les OEV âgés de 5 à 18 ans.**

**Dans les sites qui offrent des services de fournitures d'aliments, Le PNN doit organiser une formation supplémentaire sur l'éducation et conseils en nutrition, la logistique et le renforcement des capacités dans le cadre des activités essentielles de fourniture d'aliments.** L'éducation et les conseils en nutrition relatifs à la fourniture d'aliments doivent permettre de promouvoir les pratiques telles que la bonne utilisation des aliments thérapeutiques et de supplémentation fournis et l'adhésion au régime prescrit. Cette formation devrait être en supplément de la formation générique en nutrition et VIH mentionnée ci-dessus. Durant la formation, les participants de chaque établissement doivent développer un plan d'action pour promouvoir des liens avec des activités à base communautaire.

**Le PNN doit identifier les questions de recherches opérationnelles et explorer, avec les institutions locales de recherche notamment l'INSP et le CSRS, la possibilité ou le besoin de mener les recherches opérationnelles pendant la phase initiale de l'APM.**

**PEPFAR/Côte d'Ivoire doit appuyer l'examen des facteurs qui contribuent au statut nutritionnel chez les PVVIH sous-alimentées et non sous-alimentées, les clients PTME et les adolescents OEV en Côte d'Ivoire afin de les aider à comprendre les déterminants de leur statut nutritionnel et formuler les orientations du programme pour les efforts actuels et futurs.** Alors que les liens entre la malnutrition et le VIH sont bien documentés et qu'il y a une évidence émergente à partir des essais faits au hasard mais contrôlés et des données du programme que le paquet de services de nutrition fourni par l'APM mène à améliorer des rendements nutritionnels chez les clients malnutris, les déterminants de la malnutrition spécifique à cette population n'ont pas encore fait l'objet d'étude en Côte d'Ivoire. Il est important de bien identifier pourquoi les clients en Côte d'Ivoire sont malnutris pour pouvoir guider l'intégration de la prise en charge nutritionnelle et l'appui aux services VIH. Il est essentiel d'avoir une connaissance des facteurs majeurs qui contribuent à la malnutrition dans le contexte ivoirien pour pouvoir venir en aide les clients à risque de malnutrition qui doivent maintenir un bon statut nutritionnel. Il faut aussi aider ces clients qui sont malnutris à améliorer plus rapidement et à s'assurer que les bénéficiaires de l'APM ne rechutent pas après leur sortie du programme. La finalité de l'exercice doit être d'assister ceux qui sont chargés de sa mise en œuvre en Côte d'Ivoire et d'affiner le plan et la mise en place des services de nutrition à offrir aux PVVIH et aux OEV.



## PROJET DE MISE EN ŒUVRE DE L'APM EN COTE D'IVOIRE – PHASE 1

### 5. Localisation

---

L'implantation de l'APM en Côte d'Ivoire se fera en deux phases. D'abord une phase 1 au cours de laquelle l'intervention sera circonscrite à neuf sites pour en tirer les leçons, puis une phase d'extension qui permettra le passage à échelle rapide du programme.

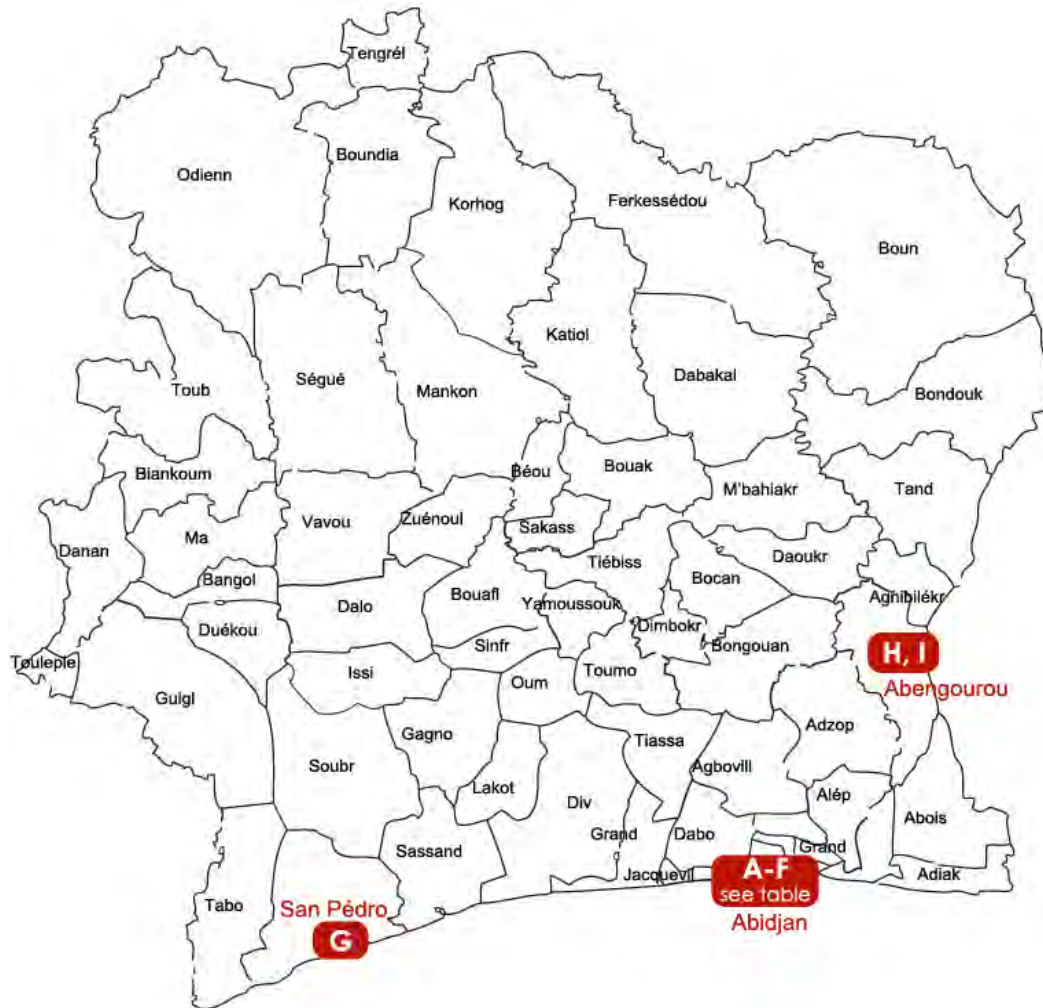
**Le PNN, avec l'appui du PEPFAR/Côte d'Ivoire, mettra progressivement l'APM en œuvre, en commençant par les neuf sites ci-dessous.** Ces sites ont été identifiés par le PNN et le PNPEC comme ayant une grande capacité de prise en charge, technique et logistique. Ils sont situés dans les zones où le PNN peut facilement conduire la supervision et le suivi. Ce sont des sites d'apprentissage à partir desquels les leçons apprises et les innovations peuvent être facilement vulgarisées dans d'autres centres. Ces sites sont :

- L'Hôpital général d'Abobo, le centre de prise en charge
- Le Centre de prise en charge, de Recherche et de Formation (CEPREF) de Yopougon,
- L'Hôpital général de Port-Bouët
- L'Unité de soins ambulatoires et de Conseils (USAC),
- Le Centre Intégré de Recherche Bioclinique d'Abidjan (CIRBA),
- Les Services de Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville,
- Le Centre Hospitalier Régional de San Pedro
- Le Centre Hospitalier Régional d'Abengourou
- Le Centre Antituberculeux d'Abengourou

La plupart de ces établissements sont des « hôpitaux de jour de TAR » où les clients sous ARV reçoivent des services complets TAR. Quelques uns de ces établissements reçoivent aussi des ATPE de l'UNICEF pour la prise en charge des MAS chez les enfants âgés de moins de 5 ans qui sont sous ATPE. L'assistance technique pour la mise en œuvre de l'APM viendra de PEPFAR/Côte d'Ivoire par le biais de FANTA-2.

Avant d'introduire la fourniture d'aliments, chaque site aura besoin d'introduire les quatre services initiaux du paquet standard et démontrer qu'ils ont été menés correctement. Un S&E fort et une documentation des leçons apprises doit accompagner la phase 1 pour façonner les étapes supérieures suivantes.

**Figure 2 : Carte des régions sanitaires avec les 9 sites de PEC retenus**



Ordre	Régions sanitaires	Villes	Sites d'apprentissage
A	Les Lagunes	Abidjan	Hôpital Général d'Abobo, le centre de prise en charge
B	Les Lagunes	Abidjan	CEPREF : Centre de Prise en charge, de Recherche et de Formation à Yopougon
C	Les Lagunes	Abidjan	Hôpital Général de Port - Bouët
D	Les Lagunes	Abidjan	USAC : Unité de Soins Ambulatoires et de Conseils
E	Les Lagunes	Abidjan	CIRBA : Centre Intégré de Recherche Bioclinique d'Abidjan
F	Les Lagunes	Abidjan	SMI : <i>Services des maladies Infectieuses</i> au Centre hospitalier universitaire de Treichville (CHU)
G	Bas-Sassandra	San Pedro	Centre Hospitalier Régional (CHR) de San Pédro
H	Moyen Comoé	Abengourou	Centre Hospitalier Régional d'Abengourou,
I	Moyen Comoé	Abengourou	Centre Antituberculeux d'Abengourou

## 6. Activités

---

Les activités ci dessous seront réalisées soit pour préparer la mise en place de l'intervention soit dans le cadre de l'exécution du programme. Elles seront développées par le PNN avec l'appui technique de FANTA-2 et le soutien Financier du PEPFAR et de tous les autres partenaires financiers qui s'y investissent.

- **Finaliser les plans de mise en œuvre de l'APM et déterminer les types et quantités nécessaires d'aliments thérapeutiques et de supplémentation,**
- **Conduire une évaluation des aliments thérapeutiques et de supplémentation à utiliser dans l'APM.** Avec l'appui de PEPFAR/Côte d'Ivoire par l'entremise de FANTA-2, le PNN doit mener cette évaluation dès les premières heures de la mise en œuvre de sorte que les résultats soient utilisés pour façonner le programme. L'évaluation devrait déterminer les spécifications de nutriments indiqués pour les aliments thérapeutiques et de supplémentation recommandés pour l'APM et devrait tester l'acceptabilité auprès des bénéficiaires cibles de ces aliments thérapeutiques recommandés. L'essai d'acceptabilité se fera au CEPREF de Yopougon et à l'USAC ; car ces deux sites ont un grand nombre de clients, ont une forte capacité de recherche et sont facilement accessibles au siège du PNN pour faciliter la supervision des tests. L'évaluation devrait aussi déterminer à l'échelle nationale et régionale la capacité d'acquisition des aliments thérapeutiques et de supplémentation recommandés, et les sources possibles, hors PEPFAR/Côte d'Ivoire, de financement de leur approvisionnement.
- **Négocier un accord avec la PSP pour l'acquisition, le stockage et l'approvisionnement des aliments thérapeutiques et de supplémentation avec l'appui technique de SCMS,**
- **Former en nutrition et VIH, en L'APM et dans l'utilisation du Protocole PVVIH, les Directives OEV et l'utilisation du matériel d'éducation et de conseils nutritionnels pour les PVVIH, le personnel des sites de prise en charge.**
- **Instituer au niveau de chaque site une personne ou un comité qui doit fournir l'éducation et les conseils en nutrition.** Elle peut être un (e) infirmier(e)/sage femme à la clinique PTME ou un (e) infirmier(e) au service au centre de TAR. Les médecins doivent aussi donner des conseils en nutrition comme faisant partie de leurs consultations de routine dans les services de TAR/PTME. Le conseiller désigné et les médecins doivent recevoir une formation en conseils nutritionnels en utilisation du matériel d'éducation et de conseils en nutrition pour les PVVIH de PNN et qui est actuellement en train d'être développé avec l'appui de PEPFAR/Côte d'Ivoire à travers FANTA-2.
- Etablir un lien de chaque établissement avec un CS le plus proche qui pourrait servir de point de consultation pour les OEV malnutris à envoyer dans les services L'APM. A chaque CS identifié, le PNOEV doit identifier le travailleur social en charge des soins et de l'appui nutritionnels. Le PNN doit former ce travailleur social à l'évaluation du statut nutritionnel, aux conseils nutritionnels aux OEV et / ou leurs gardiens et à la consultation des enfants de MAS et de MAM aux établissements sanitaires indiqués pour l'évaluation médicale, l' enrôlement dans l'APM et la fourniture d'aliments thérapeutiques et de supplémentation.
- Mettre en place un point focal choisi parmi ceux qui sont formés pour coordonner les activités de nutrition au niveau du site et assurer la liaison avec le PNN sur les activités de l'APM. En plus de ce qui précède, ses activités doivent inclure le fait de s'assurer que les commandes d'aliments sont faites, les stocks sont bien entretenus, les fiches biens tenues, et l'équipement d'évaluation nutritionnelle est disponible et bien entretenu.
- **Equiper chaque établissement et son CS correspondant en matériel de travail nécessaire pour l'évaluation de la nutrition, l'éducation et conseils nutritionnels et les outils de**

**gestion.** Ceux-ci comprennent les balances, les bandes PB, les tableaux de tailles/longueur, les algorithmes de prise en charge des MAS et des malnutritions aiguës modérées (MAM) parmi les enfants et les adultes ainsi que les matrices murales et le matériel d'éducation et conseils en nutrition décrit ci-dessus ainsi que les fiches d'enregistrement et de collecte de données .

- **Chaque établissement et son CS correspondant doivent identifier un espace où stocker les aliments thérapeutiques et de supplémentation à utiliser dans l'APM.**
- **Mettre en place un système d'assurance qualité des aliments thérapeutiques et de supplémentation au niveau de chaque établissement et son CS correspondant.** Le PNN doit bénéficier de l'appui du PEPFAR/Côte d'Ivoire par le truchement du projet SCMS **pour assurer la logistique et la manutention des produits alimentaires.**
- **Introduire de solides activités de S&E, publier une revue périodique des résultats et une documentation sur les leçons tirées de la première phase de la mise en œuvre de l'APM.**

## 7. Calcul des quantités et coûts de l'APM en Côte d'Ivoire

---

Dans cette section, FANTA-2 donne une estimation de la quantité et des coûts des aliments pour le programme national APM et pour un programme limité de la phase 1 basé sur les critères d'entrée, de transition et de sortie proposés par le groupe cible, le nombre estimatif de bénéficiaires et le paquet d'aliments recommandés aux bénéficiaires. L'APM fournit des aliments thérapeutiques et de supplémentation aux personnes sous-alimentées sur base de soins ambulatoires. L'APM a deux stades basés sur le statut nutritionnel du bénéficiaire. *Sous la fourniture d'aliments thérapeutiques*, les clients avec MAS sans complications reçoivent une ration thérapeutique jusqu'à ce que leur statut nutritionnel s'améliore jusqu'à remplir les critères de transition spécifiques. *Sous la fourniture d'aliments de supplémentation*, les clients avec une MAM reçoivent une ration de supplémentation jusqu'à atteindre les critères spécifiques de sortie.

### 7.1 CRITERES D'ENTREE, DE TRANSITION ET DE SORTIE POUR FOURNITURE D'ALIMENTS PAR LE GROUPE CIBLE

Les critères d'entrée, de transition et de sortie au Tableau 4 ci-dessous (y compris les valeurs limites de PB pour les MAM) sont basés sur le Protocole PNN sur la prise en charge nutritionnelle des PVVIH et des patients TB (Protocole PVVIH)<sup>25</sup>. Les valeurs limites de PB pour les MAS ont été mises à jour pour refléter les recommandations<sup>26</sup> de l'OMS et de l'UNICEF les plus récentes. Les critères de sortie et de transition pour les OEV malnutris de moins de 5 ans ont été adaptés à partir du *Guide de formation pour la prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)*<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> Protocole national de prise en charge nutritionnelle des personnes infectées et affectées par le VIH et/ou malades de la tuberculose, MSHP, PNN, WFP, 2009 [Validé en avril 2009].

<sup>26</sup> Le périmètre brachial (PB) est un indicateur de rabougrissement, à utiliser pour les enfants âgés de > 6 mois ou > 85 cm de taille. PB est un indicateur de risque de mortalité associé à une malnutrition aiguë ; il est meilleur que le poids pour taille. Le *Guide de formation pour la prise en charge à base communautaire de malnutrition aiguë (PCMA)* (FANTA, 2008) recommande une limite de PB de 11 cm pour MAS chez les enfants âgés entre 6 et 59 mois. Cependant, dans les normes OMS de croissance de l'enfant et l'identification de la malnutrition aiguë sévère chez les nourrissons et enfants : Une déclaration conjointe par l'Organisation Mondiale de la Santé et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, 2009, OMS et UNICEF, propose une augmentation dans les limites pour MAS de 11 cm à 11,5 cm. Cette limite proposée est basée sur l'évidence qui montre que les enfants entre 6 et 59 mois avec un  $PB \leq 11,5$  cm courent un grand risque de mort comparé aux enfants avec un  $PB > 11,5$  cm. La déclaration conjointe ne fait aucune recommandation sur les limites pour les MAG. L'OMS veut commander un rapport pour recommander les limites de PB pour les MAG, mais ce rapport n'est pas prévu pour cette année. <http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9789241598163/en/index.html> . Les limites recommandées pour MAS âgés de 5 à 9 ans et de 10 à 14 ans sont publiées dans "*Directives pour une approche intégrée à la prise en charge nutritionnelle des enfants infectés de VIH (6 mois – 14 ans)*" (Genève : OMS. 2008). Ces valeurs sont basées sur les scores de la croissance Z standard de l'OMS et ont été validées cliniquement. L'OMS ne fournit pas de limites recommandées pour MAG pour ces âges.

<sup>27</sup> Projet d'Assistance Technique en Alimentation et Nutrition (FANTA), Valid International, Concern Worldwide et UNICEF. Guide de formation pour la prise en charge à base communautaire de malnutrition aiguë (PCMA) Washington, DC : Projet d'Assistance Technique en Alimentation et Nutrition, Académie pour le Développement Educationnel, 2008.

**Tableau 1: Critères d'entrée, de transition, de sortie pour la fourniture des aliments par groupe cible**

Groupe Cible	Critères d'Eligibilité	Critères de Sortie / Transition
Adultes TAR et avant TAR malnutris	<b>MAS avec complications</b> : IMC $\leq$ 16 et/ou œdème bilatéral prenant le godet et complications médicales ;	Réhabilite selon le Protocole PVVIH. Quand le patient est capable de consommer assez d'ATPE et APM pour satisfaire ses besoins nutritionnels, transition à <i>Fourniture d'aliments thérapeutiques</i>
	<b>MAS sans complications</b> : <i>Fourniture aliments thérapeutiques</i> . IMC $\leq$ 16 ou œdème bilatéral prenant le godet	Transition à <i>Fourniture aliments de supplémentation</i> quand : IMC $>$ 16 et pas d'œdème pour 2 visites consécutives au moins à 10 jours d'intervalle
	<b>MAM</b> : <i>Fourniture aliments de supplémentation</i> . IMC $>$ 16 et $\leq$ 18.5	Fourniture aliments de sortie quand IMC $>$ 18.5 pour 2 visites consécutives au moins à 10 jours d'intervalle
Femmes enceintes et celles qui viennent d'accoucher	<b>MAS avec complications</b> : PB $\leq$ 180 mm et complications médicales	Réhabilite selon le Protocole PVVIH. Quand le patient est capable de consommer assez d'ATPE et MAF pour satisfaire ses besoins nutritionnels, transition à <i>Fourniture d'aliments thérapeutiques</i>
	<b>MAS</b> : <i>Fourniture aliments thérapeutiques</i> . PB $\leq$ 180 mm ou œdème bilatéral prenant le godet	Transition à <i>Fourniture aliments de supplémentation</i> quand : PB $>$ 180 mm et pas d'œdème pour 2 visites consécutives au moins à 10 jours d'intervalle
	<b>MAM</b> : <i>Fourniture aliments de supplémentation</i> . PB $>$ 180 mm et $\leq$ 210 mm ou gain en poids inférieur à 1 kg par mois pendant le 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> trimestre ou Hémoglobine $<$ 11 g/dl	<i>Fourniture d'aliments de sortie</i> quand : PB $>$ 210 mm pour 2 visites consécutives au moins à 10 jours d'intervalle et gain en poids plus grand que 1 kg par mois pendant le 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> trimestre et Hémoglobine $\geq$ 11 g/dl
OEV malnutris de 5 à 18 ans	<b>MAS avec complications</b> : P/T en Z score $<$ -3, P/T $<$ 70% ou IMC pour âge en Z score $<$ -3 ou âge 5–9 ans PB $\leq$ 135 mm âge 10-14 ans PB $\leq$ 160 mm ou œdème bilatéral prenant le godet et complications médicales	Réhabilite selon le Protocole National de prise en charge de Malnutrition Sévère <sup>28</sup> (Protocole de malnutrition sévère) quand le patient est capable de consommer assez d'ATPE et MAF pour satisfaire ses besoins nutritionnels, transition à <i>Fourniture d'aliments thérapeutiques</i>
	<b>MAS sans complications</b> : <i>Fourniture aliments thérapeutiques</i> . P/T en Z score $<$ -3, P/T $<$ 70% ou IMC pour âge en Z score $<$ -3 ou âge 5–9 ans PB $\leq$ 135 mm âge 10-14 ans PB $\leq$ 160 mm et/ou œdème bilatéral prenant le godet	Transition à <i>Fourniture aliments de supplémentation</i> quand les limites suivant sont remplis 2 semaines consécutives : P/T en Z score $\geq$ -3, P/T $\geq$ 70% ou IMC pour âge en Z score $\geq$ -3 ou âge 5–9 ans PB $>$ 135 mm, âge 10-14 ans PB $>$ 160 mm et pas d'œdème pendant 2 semaines consécutives et a reçu aliments thérapeutiques pendant au moins 8 semaines.
	<b>MAM</b> : <i>Fourniture aliments de supplémentation</i> . P/T en Z score $\geq$ -3 et $<$ -2, P/T $\geq$ 70% et $<$ 80% ou IMC pour âge en Z score $\geq$ -3 et $<$ -2 ou Perte de poids supérieure à 10% depuis la dernière visite	<i>Fourniture d'aliments de sortie</i> quand limites suivant sont remplis pour 2 semaines consécutives. P/T en Z score $\geq$ -2, P/T $\geq$ 80% ou IMC pour âge en Z score $\geq$ -2
OEV sous-alimentés de 6 à 59 mois	<b>MAS avec complications</b> : P/T en Z score $<$ -3, P/T $<$ 70% ou PB $\leq$ 115 mm ou œdème bilatéral prenant le godet et complications médicales	Réhabiliter selon le Protocole de malnutrition sévère et transition à la <i>Fourniture d'aliments de supplémentation</i> jusqu'à remplir les critères ci-dessous : P/T en Z score $>$ -3, P/T $\geq$ 70% ou PB $>$ 115 mm et pas d'œdème, pendant 2 semaines consécutives et a reçu des aliments thérapeutiques pendant au moins 8 semaines.

<sup>28</sup> Protocole national de prise en charge de la malnutrition sévère en Côte d'Ivoire, mai 2005

Groupe Cible	Critères d'Eligibilité	Critères de Sortie / Transition
	<p><b>MAS sans complications :</b>  P/T en Z score &lt; -3, P/T &lt; 70% OR  PB ≤ 115 mm  ou œdème bilatéral prenant le godet</p>	<p>Réhabilite selon le Protocole de malnutrition sévère et transition à la <i>Fourniture aliments de supplémentation</i> jusqu'à remplir les critères ci-dessous :  P/T en Z score ≥ -2, P/PT ≥ 80% ou PB &gt;115 mm et pas d'œdème, pendant 2 semaines consécutives et a reçu les aliments thérapeutiques pendant au moins 8 semaines.</p>
	<p><b>MAM :</b> <i>Fourniture aliments de supplémentation.</i> P/T en Z score &gt;-3 et &lt; -2, P/T ≥ 70% et &lt; 80% ou PB &gt;115 mm et &lt; 125 mm</p>	<p><i>Fourniture d'aliments de sortie</i> quand les limites suivantes sont remplies pour 2 semaines consécutives :  P/T en Z score ≥ -2, P/T ≥ 80% ou PB ≥125 mm</p>
<p>Enfants âgés entre 6 et 23 mois nés des clients PTME (pas malnutris)</p>	<p><b>Pas sous-alimenté :</b> Fourniture d'aliments de supplémentation.  P/T en Z score ≥ -2, P/T ≥ 80% ou PB ≥125 mm</p>	<p><i>Fourniture d'aliments de sortie</i> à l'âge de 24 mois</p>

## 7.2 NOMBRE ESTIMATIF DE BENEFICIAIRES

### 7.2.1 Nombre estimatif de bénéficiaires pour une couverture nationale

Pour 2009, PEPFAR/Côte d'Ivoire vise 80.000 adultes pour les services TAR, 18.600 femmes pour les services de PTME et 83.000 OEV pour la prise en charge et appui. Puisque les taux nationaux de malnutrition parmi les PVVIH, les PTME et les OEV sont inconnus, FANTA-2 utilise les taux estimatifs suivants pour quantifier les populations cibles des fournitures d'aliments. On utilise un taux estimatif de prévalence de malnutrition (carence chronique d'énergie (CCE) : IMC < 18,5) de 25 % chez les PVVIH adultes, basé sur les données du CEPREF, du CIRBA et du PAM, ainsi que les évidences anecdotiques des interviews avec le personnel des différents programmes. La prévalence de malnutrition pour les clients PTME est basée sur l'estimation de l'enquête<sup>29</sup> SMART 2008 du CCE (IMC < 18,5) chez les FAR à Abidjan qui est de 6,8 %. C'est l'estimation de l'enquête SMART de la malnutrition aiguë (P/T en Z score < -2 et/ou œdème) de 4,7% chez les enfants de moins de 5 ans à Abidjan qui est appliquée aux OEV âgés entre 0–18 ans référés aux établissements sanitaires à partir des centres sociaux et ceux identifiés parmi les services de PTME (à la fois exposés et infectés). FANTA-2 recommande que les enfants entre 6 et 23 mois qui sont nés des femmes enrôlées dans les services de PTME soient inclus dans les services de fourniture d'aliments. Alors que ces enfants ne sont pas tous malnutris, les aliments de supplémentation de ceux qui ont entre 6 et 23 mois d'âge nés des mères VIH séropositives les aideront à prévenir la malnutrition et peuvent servir d'encouragement à promouvoir l'adhésion aux recommandations de prise en charge et pour la mère et l'enfant. Le Tableau 6 donne les estimations suivantes en supposant que tous les clients ciblés par le PEPFAR/Côte d'Ivoire ont accès à l'APM.

Les estimations ci-dessus ont quelques insuffisances. Le taux de malnutrition chez les FAR vivant avec le VIH est généralement plus élevé que celui des FAR qui ne sont pas PVVIH, d'où le taux réel peut être

<sup>29</sup> MSPP, PNN, PMA, UNICEF, 2008.

plus élevé que celui estimé. Les taux de malnutrition sont d'habitude chez les enfants de plus de 5 ans plus bas que chez ceux de moins de 5 ans, donc le taux de malnutrition parmi les OEV à travers tous les âges peut être plus bas que celui estimé. Les enfants des clients PTME de plus de 6 mois au moment où on commence à initier la fourniture des aliments ont moins de chance d'être enrôlés dans les services d'APM que ceux nés postérieurement à la mise en place des services de L'APM puisque beaucoup de mères auront déjà quitté les services de PTME au moment où les services de L'APM deviennent effectivement disponibles. D'où le nombre d'enfants entre 6 et 23 mois recevant la fourniture d'aliments sera probablement inférieur à celui estimé pour la première année de l'APM.

**Tableau 2: Nombre estimatif de clients PVVIH, PTME et OEV dans le besoin de fourniture d'aliments en Côte d'Ivoire**

Groupe cible	PEPFAR/Côte d'Ivoire Cibles pour 2009	% estimatif en besoin de fourniture d'aliments	Indicateurs et source	Nombre estimatif en besoin de fourniture d'aliments
<b>Clients adultes de TAR et pré TAR</b>	80.000	25.0%	CCE : IMC < 18.5 : Données du projet PAM et estimations de CEPREF	20.000
<b>Clients de PTME (Femmes séropositives enceintes et femmes en période de lactation)</b>	18.600	6.8%	CCE : IMC < 18.5 : chez FAR de l'enquête SMART. Abidjan	1.265
<b>OEV</b>	83.000	4.7%	Malnutrition aiguë : P/T en Z score < -2 et/ou œdème bilatéral prenant le godet : Enquête SMART Abidjan	3.901
<b>Enfants de 6 à 23 mois nés des clients de PTME</b>	16.368	88%	12 % des enfants nés des clients de PTME sont perdus pour suivre : PNPEC <sup>30</sup>	16.368
<b>Total</b>				<b>41.534</b>

<sup>30</sup> Selon PNPEC, approximativement 12 % des enfants nés des clients PTMAE dans la première moitié de 2007 étaient perdus pendant le premier mois de la vie. *Rapport semestriel des activités VIH/SIDA dans le secteur de la santé en CÔTE D'IVOIRE janvier- juillet 2007, octobre 2007, En collaboration avec le PNPEC et la PSP-C I Avec l'appui Technique de Mesure Evaluation/JSI et Financier, l'Unité de Gestion du Fonds Mondial.*



## Hypothèses :

En se basant sur le tableau ci-dessus, les bénéficiaires de fourniture d'aliments seraient répartis comme suit : 48% des adultes dans le TAR, 3% des clients dans le PTME, 39% des enfants âgés de 6 – 23 mois sont nés des clients de PTME, et 10% sont des clients OEV. En se basant sur l'expérience du Kenya et du Malawi, FANTA-2 suppose que 25% des bénéficiaires sont sévèrement malnutris et 75% modérément malnutris. Le nombre estimatif total de bénéficiaires dans tout le pays est basé sur les cibles de PEPFAR/Côte d'Ivoire pour 2009 et suppose que tous les bénéficiaires ont accès au L'APM.

### 7.2.2 Estimation du nombre de bénéficiaires pour l'APM : phase 1

Neuf sites étaient identifiés par le PNN comme ayant une capacité de prise en charge, de technique et de logistique pour commencer l'APM. Ces sites sont facilement accessibles au PNN pour faciliter une grande supervision et le suivi. Ces sites sont considérés comme des sites d'apprentissage d'où les leçons apprises et les innovations peuvent être diffusées facilement aux autres établissements pour toute la couverture nationale. Le Tableau ci-dessous suppose que le programme de la phase 1 initié dans les neuf sites cibles couvrira seulement un cinquième de tous les besoins nationaux pour la fourniture d'aliments. L'hypothèse de un cinquième de couverture est basée sur les admissions actuelles aux programmes de TAR mais elle peut être réajustée aussitôt que les chiffres à jour sont disponibles. En utilisant les estimations actuelles de la prévalence de la malnutrition et les hypothèses y associées, on visera une cible de 8.307 clients pour la fourniture d'aliments dans cette phase 1.

**Tableau 3: Le nombre estimatif de clients PVVIH, PTME et OEV dans le besoin de fourniture d'aliments aux sites d'apprentissage**

Groupe cible* (un cinquième des cibles nationales)	PEPFAR/Côte d'Ivoire Cibles pour 2009	% estimatif en besoins de fourniture d'aliments	Indicateurs et source	Nombre estimatif en besoin de fourniture d'aliments
Clients de TAR adultes et pré TAR	16.000	25,0%	CCE : IMC < 18.5 : Données du Projet PAM et estimations de CEPREF	4.000
Femmes séropositives enceintes et en période de lactation	3.720	6,8%	CCE : IMC < 18,5 : chez FAR de l'Enquête SMART Abidjan	253
OEV	16.600	4,7%	Malnutrition aiguë : P/T < -2 et/ou œdème bilatéral prenant le godet : Enquête SMART Abidjan	780
Enfants de 6 à 23 mois nés de clients de PTME	3.274	88%	12% des enfants nés aux clients PTME sont perdus pour suivre : PNPEC	3.274
<b>Total</b>				<b>8.307</b>

\* Un cinquième des cibles nationales

### 7.3 LE PAQUET D'ALIMENTS RECOMMANDÉ

Le paquet d'aliments ci-dessous ne diffère de façon significative du paquet d'aliments recommandé qui est spécifié dans le protocole PVVIH. Chaque client recevra le paquet d'aliments indiqué jusqu'à ce qu'il remplisse les critères de transition ou de sortie applicables. La durée prévue ci-dessous est une moyenne basée sur l'expérience du programme dans d'autres pays. Les estimations sont fournies uniquement pour pouvoir estimer l'approvisionnement. Elles ne signifient pas le temps limite de traitement.

- Malnutrition sévère des clients adultes pré TAR et TAR : 2 mois de 276 g/jour d'ATPE + 400 g/jour d'APM, suivi de 2 mois de 400 g/jour de MAF.
- **Clients adultes sévèrement malnutris pré TAR et TAR** : 2 mois de 276 g/jour d'ATPE + 400 g/jour de MAF, suivie de 2 mois de 400 g/jour of MAF
- **Clients adultes modérément malnutris pré TAR et TAR** : 2 mois de 400 g/jour de MAF.
- **Clients de PTME sévèrement malnutris** : 2 mois de 276 g/jour d'ATPE + 400 g/jour de MAF, suivi de 4 mois de 400 g/jour de MAF.
- **Clients modérément malnutris de PTME** : 4 mois de 400 g/jour de MAF.
- **OEV avec malnutrition aiguë sévère<sup>31</sup>** : 2 mois de 200 kcal/g/jour d'ATPE (moyenne 276 g/jour d'ATPE), suivi de 2 mois de 92 g/jour d'ATPE + moyenne de 100 g/jour de MAF.
- **OEV avec malnutrition modérée aiguë** 2 mois de 92 g/jour d'ATPE + moyenne de 100 g/jour de MAF.
- **Enfants de 6 à 23 mois nés chez clients PTME** 100 g/jour MAF pour 18 mois pour ceux qui entrent dans le programme à l'âge de 6 mois.

### 7.4 QUANTITE ET COUT DES ALIMENTS POUR LE PROGRAMME NATIONAL APM ET POUR LA PHASE 1

#### 7.4.1 Quantité et coût des aliments à l'échelle nationale

En se basant sur les chiffres estimatifs des bénéficiaires qui ont besoin de fourniture d'aliments, les paquets d'aliments recommandés et les hypothèses y associées décrites ci-dessus, si on doit établir les fournitures d'aliments à l'échelle nationale, il faut des fournitures annuelles d'environ 90 tonnes métriques d'ATPE et 1.282 tonnes métriques de MAF pour un coût total de 2.411.200 dollars américains. Ces estimations supposent que les aliments thérapeutiques et de supplémentation peuvent être obtenus aux prix indiqués dans le tableau ci-dessous. Les coûts changeraient si les prix changent. Les coûts comprennent seulement le coût des aliments, sans les autres coûts du programme.

**Tableau 4: Coûts annuels estimatifs des aliments thérapeutiques et de supplémentation pour un programme national d'APM**

Produit Spécialisé d'Aliments	TM	Coût par Tonne	Coût Total
ATPE	90	4.000 US\$	360.000 US\$
MAF	1.282	1.600 US\$	2.051.200 US\$
<b>TOTAL</b>			<b>2.411.200 US\$</b>

<sup>31</sup> Pour simplifier les projections, la ration estimée pour OEV est basée sur la ration recommandée pour les enfants de moins de 5 ans. Comme les données sur la durée de traitement pour les OEV malnutris de 5 à 18 ans deviennent disponibles, on devrait ajuster les estimations proportionnellement.

## 7.4.2 Quantité et coût des aliments pour l'APM : phase 1

Pour fournir le paquet recommandé d'aliments à 8.307 bénéficiaires pendant une année en phase 1, il faudra 26 tonnes d'ATPE et 343 tonnes métriques de MAF au coût de 652.800 dollars américains.

**Tableau 5: Coûts annuels estimatifs des aliments thérapeutiques et de supplémentation pendant la phase 1**

Produit d'Aliments	Spécialisé	Tonne	Coût Tonne	par	Coût Total
ATPE		26	4.00 US\$		104.000 US\$
MAF		343	1.600 US\$		548.800 US\$
<b>TOTAL</b>					<b>652.800 US\$</b>

## **8. Annexes**

---

## Annexe 1 : Séquence proposée d'évènements majeurs pour introduire l'Alimentation sous prescription médicale en Côte d'Ivoire

Développement du matériel, des directives et indicateurs	Dissémination et Formation	Fonctionnement	Lancement
<p>Le PNN doit incorporer des indicateurs spécifiques à l'évaluation de la nutrition, éducation et conseils en nutrition, promotion de l'hygiène et des conditions sanitaires, liens aux activités d'appui à base communautaire et fourniture d'aliments dans le système de S&amp;E décrit dans le Protocole PVVIH.</p> <p>Le PNN doit continuer ses efforts pour introduire le PCMA.</p> <p>Le PNN doit s'assurer que le Protocole PVVIH et les Directives OEV soient harmonisés avec les directives PCMA.</p> <p>Le PNN doit continuer son plan d'adapter le manuel de formation en nutrition et VIH pour être utilisé par les prestataires de prise en charge sanitaire en Côte d'Ivoire.</p> <p>Le PNN doit développer et produire les matrices murales pour estimer l'IMC pour adultes, l'IMC pour âge et le PPT pour enfants.</p>	<p>Le PNN doit continuer ses plans de production et de dissémination du Protocole PVVIH et préparer la formation à son utilisation.</p> <p>Le PNN doit produire et disséminer les Directives OEV et former à leur utilisation les prestataires de prise en charge sanitaire qui guideront les services nutritionnels des OEV aux établissements sanitaires et centres sociaux (personnel approprié) dans tout le pays.</p> <p>Le PNN doit produire et disséminer les Directives nationales et former à leur utilisation le personnel approprié.</p> <p>Le PNN doit donner la formation en nutrition et VIH au personnel approprié en se basant sur le manuel de formation.</p> <p>Le PNN doit s'assurer que le personnel approprié reçoit la formation et la supervision, et a accès à l'équipement qui fonctionne et aux outils de travail requis pour faire une évaluation et éducation et conseil nutritionnels de haute qualité.</p> <p>Le PNN doit produire le matériel d'éducation et conseils en nutrition pour les PVVIH et donner la formation à leur utilisation au personnel approprié.</p>	<p>Le PNN doit entreprendre une évaluation des aliments thérapeutiques et de supplémentation à utiliser dans l'APM.</p> <p>Chaque établissement en phase 1 devrait désigner au moins deux membres du personnel des services ambulatoires qui seront formés en nutrition et VIH, en L'APM et en dans l'utilisation du matériel d'éducation et conseil nutritionnel. Chaque établissement devrait désigner une personne pour donner l'éducation et conseils nutritionnels et un point focal pour coordonner les activités nutritionnelles et assurer la liaison avec le PNN.</p> <p>Chaque établissement en phase 1 devrait être relié à un CS le plus proche qui servirait de point de consultation des OEV malnutris pour admission dans les services de L'APM.</p> <p>Le PNN doit négocier un accord avec le PSP pour l'achat, le stockage et l'approvisionnement des aliments thérapeutiques et de supplémentation.</p> <p>Chaque établissement en phase 1 devrait identifier un espace où emmagasiner les aliments thérapeutiques et de supplémentation à utiliser dans l'APM.</p>	<p>Les sites de formation devraient commencer à lancer le paquet de services de nutrition.</p> <p>Le PNN doit s'assurer de l'appui technique en logistique, prise en charge, et assurance qualité du paquet standard de services y compris la fourniture d'aliments thérapeutiques et de supplémentation à chaque établissement en phase 1.</p>
<p>Renforcer la formation continue en nutrition et introduire la formation de base.                      Utiliser les études et données du programme disponibles pour mieux comprendre les déterminants du statut nutritionnel.                      Fortes activités de S&amp;E, la revue périodique des résultats et la documentation des leçons apprises</p>			

## Annexe 2 : Aliments thérapeutiques utilisés en programmes de nutrition en Côte d'Ivoire

Critères	Aliments thérapeutiques			
	F-75 lait thérapeutique	F-100 lait thérapeutique	PlumpyNut	BP-100
Fabricant	Nutriset B.P. 35 – 76770, MALAUNAY France Tel : +33 (0) 2.32.93.82.82 Fax : +33 (0) 2.35.33.14.15 Email : nutriset@nutriset.fr Web site : www.nutriset.fr	Nutriset B.P. 35 – 76770, MALAUNAY France Tel : +33 (0) 2.32.93.82.82 Fax : +33 (0) 2.35.33.14.15 Email : nutriset@nutriset.fr Web site : www.nutriset.fr	Nutriset B.P. 35 – 76770, MALAUNAY France Tel : +33 (0) 2.32.93.82.82 Fax : +33 (0) 2.35.33.14.15 Email : nutriset@nutriset.fr Web site : www.nutriset.fr	Compact AS - Smoget 29, N-5212 Soefteland, Bergen, Norway – Tel : +47 56 30 35 00 Fax : +47 56 30 35 40 - info@compact.no http://www.compactforlife.com/bp-100-rutf/
Type de produit	Poudre	Poudre	Pâte à tartiner	Forme solide (Biscuit)
Energie (par 100 g)	375 kcal	520 kcal	500 kcal par sachet de 92 g	300Kcal/56,8g/1 biscuit
Ingrédients	Lait écrémé en poudre, graisse végétale, sucre, malto-dextrine, complexe de vitamines et minéraux	Lait écrémé en poudre, graisse végétale, petit-lait en poudre, malto-dextrine, sucre, complexe de vitamines et minéraux	Graisse végétale, beurre de cacahuètes, lait écrémé en poudre lactosérum, maltodextrine, sucre, complexe de vitamines et minéraux. Pas d'OGM ni d'ingrédients d'origine animale sauf lait en poudre	Idem que le lait F-100. La seule différence est que BP-100 contient du fer (10 mg/100 g)
Emballage	410 g par sachet (fait 2,4 l de lait), 20 sachets par carton, 60 cartons par palette. Hermétique, rempli avec gaz inerte. Aluminium stratifié pour protéger contre la lumière UV et l'humidité	456 g par sachet (fait 2 litres de lait), 30 sachets par carton, 50 cartons par palette. Hermétique, rempli avec gaz inerte. Aluminium stratifié pour protéger contre la lumière UV et l'humidité	150 sachets individuels de 92 g par boîte, 13,8kg poids net	1 Unité contient 18 comprimés d'aliments (510 g). 1 carton contient 24 unités ou 432 comprimés d'aliments (12,24 kg). 1 palette contient 55 cartons ou 1320 unités de BP (637 kg)
Durée d'exposition/ de stockage	24 mois. Garder dans un endroit frais, sec, à moins de 30°C.	24 mois. Garder dans un endroit frais, sec.	24 mois. Garder dans un endroit frais, sec à moins de 30°C. Après l'ouverture, le sachet peut être utilisé pendant toute la journée.	4 ans dans un paquet non ouvert.
Coût (US\$)	1,40 dollar américain/sachet	A déterminer	0,37\$US/500 kcal sachet (3,9 par kg) ; 1,28\$US par 2.100 kcal ; 0,33\$US par 545 kcal (100 g)	A déterminer

Critères	Aliments thérapeutiques			
	F-75 lait thérapeutique	F-100 lait thérapeutique	PlumpyNut	BP-100
Préparation	<p>Ajouter 2,0 l d'eau bouillie pour avoir 2,4 l de lait thérapeutique.</p> <p>Mélange non commercial local : Pour 2,0 l de lait thérapeutique F-75, mélanger 50 g de lait écrémé séché, 140 g ??, 70 g de farine de céréale, 60 g d'huile végétale, et 1 cuiller de minéraux mélangée avec 2 l d'eau bouillie.</p>	<p>Ajouter 2,0 l d'eau bouillie pour avoir 2,4 l de lait thérapeutique.</p>	<p>Pas de préparation requise. Manger directement ou mélanger avec bouillie.</p>	<p>Comme un biscuit directement du paquet ou émietté dans l'eau et manger comme une bouillie. 2 dl de l'eau bouillie potable par paquet de nourriture constitué de 2 comprimés BP-100 (2x 28,4 g)</p>
Utilisations recommandées programmatiques du Fabricant	<p>Utilisé pendant la phase 1 (réhabilitation) de l'alimentation thérapeutique des personnes sévèrement sous-alimentées (surtout les enfants) parce que le contenu en protéines et en sodium est plus bas qu'en F-100.</p> <p>Si F-75 n'est pas disponible, et pour réduire le risqué de diarrhée, utiliser F-100 un peu dilué (1 sachet dilué avec 3 l d'eau au lieu de 2) et donner 135 ml / kg /jour.</p>	<p>Utilisé pendant la phase 2 (réhabilitation) de l'alimentation thérapeutique des personnes sévèrement sous-alimentées (surtout les enfants). Au Zimbabwe, en cours d'utilisation pour PLHA par l'UNICEF. En Afrique du Sud, il est utilisé dans les centres d'alimentation thérapeutique avec grande suite de VIH/SIDA et la Malnutrition Aiguë Sévère est grande. Enfants séropositifs prennent plus longtemps pour réhabiliter et souvent rechutent mais répondent au F-100 (UNICEF/Afrique du Sud)</p>	<p>Surtout utilisé en phase 2 en traitement de la Malnutrition Aiguë Sévère des enfants aux centres ou en programmes d'alimentation thérapeutiques à base communautaire / familiale. Il est utilisé aussi comme aliment de supplémentation pour des enfants et adultes. Peut aussi être utilisé dans des programmes PTME et alimentation des bébés (de plus de 6 mois).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. un produit aliment prêt à utiliser compressé utilisé pour la phase de réhabilitation et de traitement des enfants et adultes sévèrement malnutris.</li> <li>2. développé pour être utilisé dans les centres d'alimentation ou aux familles directes comme une ration à prendre à la maison</li> <li>3. utile spécialement en environnements contaminés et dans des cas où on ne peut pas établir des établissements d'alimentation thérapeutiques.</li> <li>4. plus facile à administrer que le lait thérapeutique F-100, et est plus hygiénique et moins laborieux à utiliser.</li> </ol>

Critères	Aliments thérapeutiques			
	F-75 lait thérapeutique	F-100 lait thérapeutique	PlumpyNut	BP-100
Autres commentaires	Vient aussi en version Infasoy pour des enfants qui ne tolèrent pas le lactose	Fourni par NU et ONG ; vient aussi en version Infasoy ; peut être préparé sur place : pour 1 de F-100, mélanger 160 g de lait écrémé séché avec 100 g de sucre, 120 g d'huile végétale, 1 cuiller de mélange minéral, et 2 l d'eau 2 litres d'eau bouillie.	Rempli les normes PNUD /IAPSO pour aliments thérapeutiques. Nutriset a autorisé la production locale de PlumpyNut dans les pays comme le Malawi, l'Ethiopie, et la République Démocratique du Congo. L'UNICEF et la Fondation Clinton importent déjà ce produit dans le pays	Pour enfants âgés entre 6 et 24 mois, il faut donner de préférence BP-100 sous forme de bouillie. Toujours donner peu, mais en plusieurs repas, (6 repas par jour en phase initiale de la réhabilitation) pour éviter surcharge des intestins, foie ou reins. Etre sûr aussi que la prise totale d'énergie ne dépasse pas la dose recommandée pour éviter l'arrêt du cœur. Une prise moyenne d'énergie recommandée serait de 30 kcal par kg de poids du corps par repas correspondant à 1 comprimé de BP - 100 par repas pour un enfant de 5 kg. Eviter des changements subits dans la prise d'énergie journalière.



### Annexe 3 : Aliments de supplémentation fabriqués en Cote d'Ivoire

Critères	Aliments de supplémentation			
	CSB	NUTRIFORT	SUPERNUTRIFORT	FARINOR
Fabricant	Protéine Kissée – La, Rue Sylvestre L14, Zone Industrielle de Vridi, 18 B.P. 2335 Abidjan 18, Cote d' Ivoire. Téléphone (225) 21 27 44 88, (225) 21 27 28 64 Téléfax (225) 21 27 28 65 Site web www.pkl-ci.com Email pklsoja@pkl-ci.com	Protéine Kissée – La , Rue Sylvestre L14, Zone Industrielle de Vridi, 18 B.P. 2335 Abidjan 18, Cote d' Ivoire. Téléphone (225) 21 27 44 88, (225) 21 27 28 64 Téléfax (225) 21 27 28 65 Site web www.pkl-ci.com Email pklsoja@pkl-ci.com	Protéine Kissée – La , Rue Sylvestre L14, Zone Industrielle de Vridi, 18 B.P. 2335 Abidjan 18, Cote d' Ivoire. Téléphone (225) 21 27 44 88, (225) 21 27 28 64 Téléfax (225) 21 27 28 65 Site web www.pkl-ci.com Email pklsoja@pkl-ci.com	Protéine Kissée – La , Rue Sylvestre L14, Zone Industrielle de Vridi, 18 B.P. 2335 Abidjan 18, Cote d' Ivoire. Téléphone (225) 21 27 44 88, (225) 21 27 28 64 Téléfax (225) 21 27 28 65 Site web www.pkl-ci.com Email pklsoja@pkl-ci.com
Type de produit	Farine précuite	Farine précuite	Farine précuite	Farine précuite
Energie (par 100 g)	A déterminer	A déterminer	A déterminer	420 Kcal/100g
Ingrédients	Maïs, soja, minéraux combinés et vitamines selon spécifications des clients sur ordre	Fait avec du blé et soja ou maïs et soja, vitamines et minéraux	Maïs, soja, minéraux combinés et vitamines selon spécifications des clients sur ordre	Céréales (maïs ou riz), soja et fortifié avec du lait ainsi que 11 vitamines et 9 minéraux
Emballage	Sacs de 25 Kg	Paquet de 250 g	Sac de 5 Kg	FARINOR est emballé en paquets de 400 g et 200 g. Plans d'emballage de 50 g existent
Durée d'exposition/ de stockage	Six mois, si emballé en sac de polypropylène. 14 mois, si emballé en feuille d'aluminium.	Six mois, si emballé en sac de polypropylène. 14 mois, si emballé en feuille d'aluminium.	Six mois, si emballé en sac de polypropylène. 14 mois, si emballé en feuille d'aluminium.	Six mois, si emballé en sac de polypropylène. 14 mois, si emballé en feuille d'aluminium.
Coût (US\$)	Approximativement 3.000 US\$ par tonne pour un total de 540 tonnes emballé en sachets de 200 g.	4.000 US\$/TM	A déterminer	2,63 US\$/paquet de 400 g ou 6.575 US\$/TM
Préparation	Doit être combiné avec l'eau pour faire une bouillie. Bouilli pendant quelques minutes	Doit être combiné avec l'eau pour faire une bouillie. Bouilli pendant quelques minutes	Doit être combiné avec l'eau pour faire une bouillie. Bouilli pendant quelques minutes	Doit être combiné avec l'eau pour faire une bouillie. Bouilli pendant quelques minutes

Critères	Aliments de supplémentation			
	CSB	NUTRIFORT	SUPERNUTRIFORT	FARINOR
Utilisations recommandées programmatiques du Fabricant	Pour tous les groupes d'âge de plus de 6 mois	Pour les adultes, y compris femmes enceintes, les convalescents et ceux d'un certain âge	Aucune	Fait pour bébés de plus de 6 mois
Autres commentaires				FARINOR ne remplace pas le lait maternel.

## Annexe 4 : Vue d'ensemble du système sanitaire gouvernemental

### 2.1. Le système de santé

Concernant le versant offre de soins, le premier niveau de la pyramide sanitaire est constitué des Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) (centres de santé, centres de santé spécialisés, formations sanitaires).

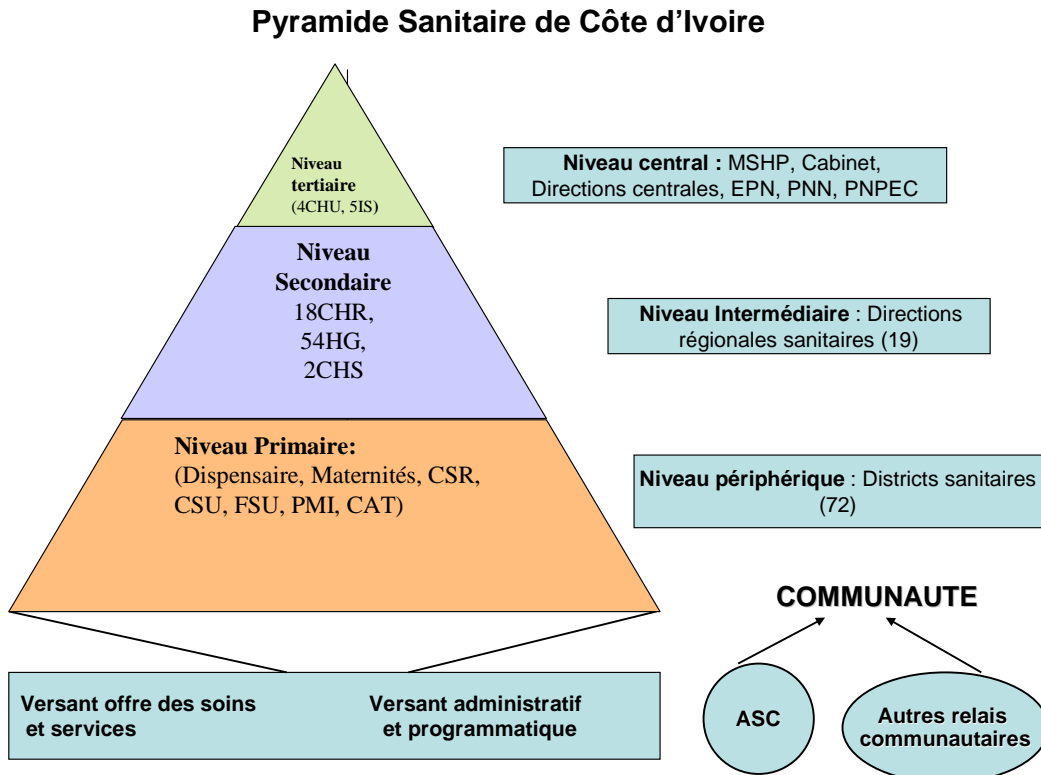
Les établissements sanitaires de premier recours ou de première référence (HG, CHR, CHS) représentent le second niveau de la pyramide.

Le troisième niveau est composé des établissements sanitaires de dernier recours ou de deuxième référence (CHU, IS).

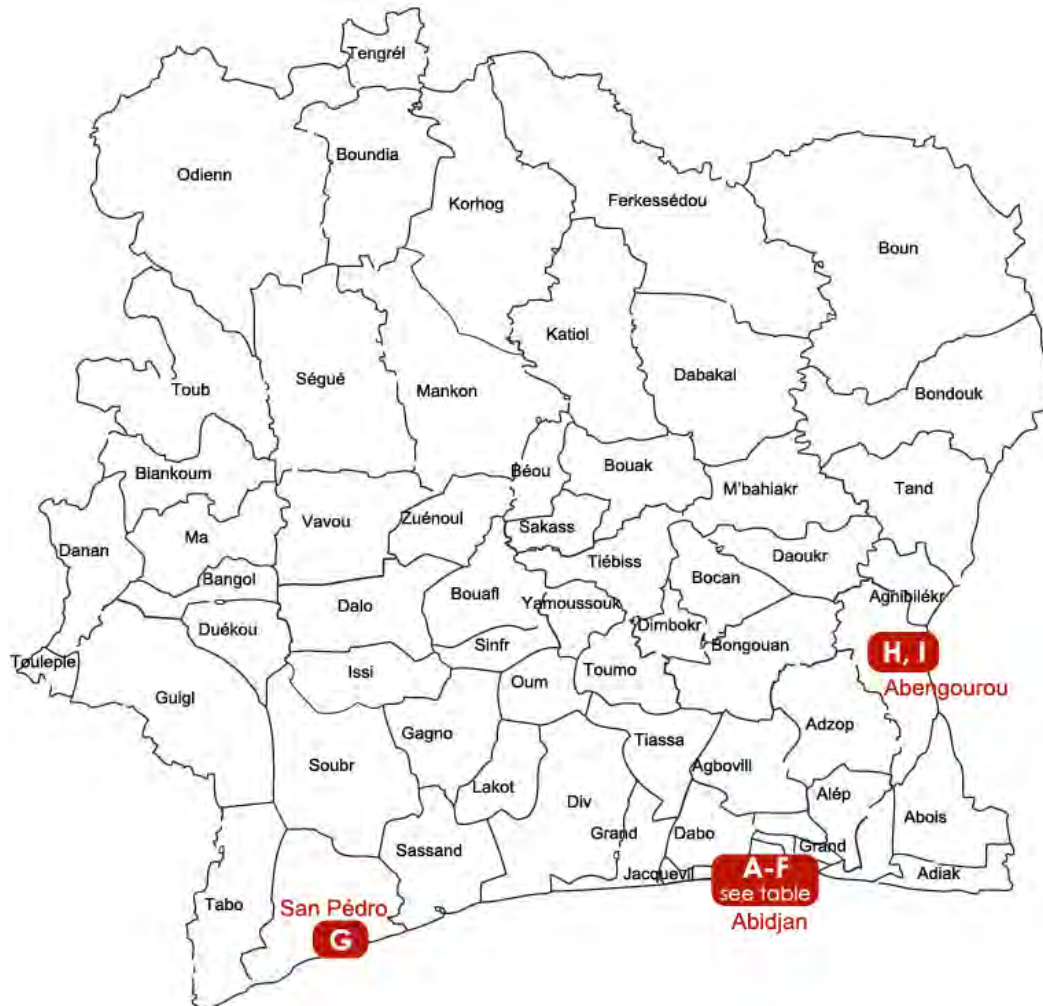
L'administration sanitaire comprend les services centraux et les services extérieurs. Les services centraux sont composés du Cabinet, des services et directions rattachés et des Directions Générales et Centrales. Quant aux services extérieurs, ils sont composés de 19 Directions Régionales (DR) et de 83 Directions Départementales (DD) ou Districts sanitaires en 2008. Ils ont pour missions de coordonner l'activité sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé. Les services de soins sont représentés au niveau public et privé.

Il est à noter que d'autres ministères participent à l'offre de soins à travers leurs infrastructures sanitaires (Défense, Economie et Finances, Emploi et Fonction Publique, Affaires sociales, Education, Intérieur).

#### Schéma N°1. Pyramide sanitaire de Côte d'Ivoire

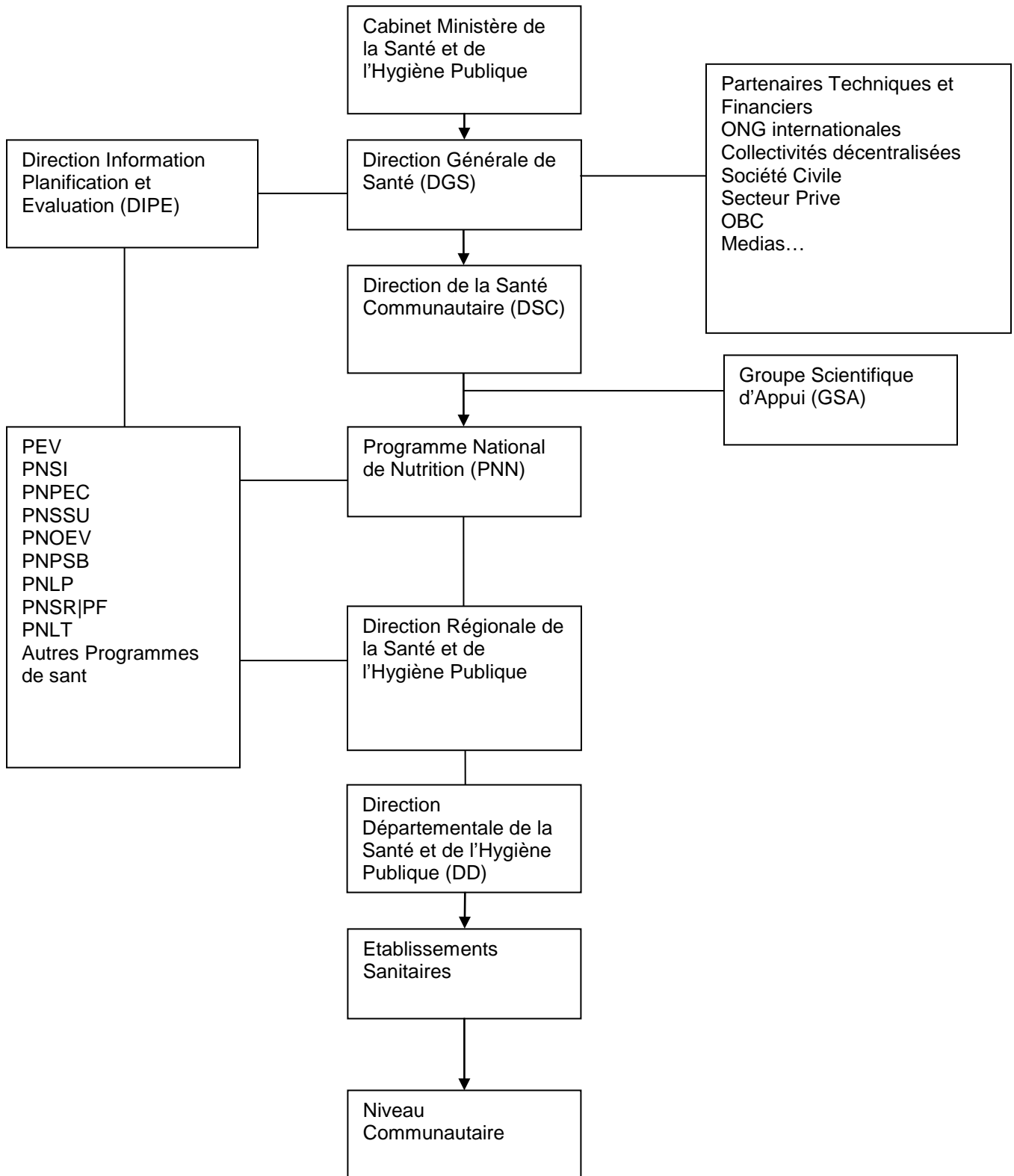


**Carte 1 : Régions et Districts sanitaires de Côte d'Ivoire, avec les 9 sites d'apprentissage recommandés**



Ordre	Région sanitaire	Ville	Sites de formation
A	Les Lagunes	Abidjan	Hôpital Général d'Abobo, le centre de prise en charge
B	Les Lagunes	Abidjan	CEPREF : Centre de Prise en charge, de Recherche et de Formation à Yopougon
C	Les Lagunes	Abidjan	Hôpital Général de Port Bouët
D	Les Lagunes	Abidjan	USAC : Unité de Soins Ambulatoires et de Conseils
E	Les Lagunes	Abidjan	CIRBA : Centre Intégré de Recherche Bioclinique d'Abidjan
F	Les Lagunes	Abidjan	SMI : <i>Services des maladies Infectieuses</i> ) au Centre hospitalier universitaire de Treichville (CHU)
G	Bas-Sassandra	San Pédro	Centre Hospitalier Régional (CHR) de San Pédro
H	Moyen Comoé	Abengourou	Centre Hospitalier Régional d'Abengourou,
I	Moyen Comoé	Abengourou	Centre Antituberculeux d'Abengourou

## Annexe 5 : Ministère de la Santé : coordination des activités de nutrition (schématique)



## **Annexe 6 : Ministère de la Lutte contre le VIH/SIDA coordination et de mise en œuvre des activités**

---

### **CADRE DE COORDINATION ET DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA LUTTE CONTRE LE VIH SIDA EN COTE D'IVOIRE**

La lutte contre le VIH/SIDA est facilitée à travers un cadre institutionnel s'articulant autour d'organes répartis à deux niveaux : central et décentralisé.

#### **ORGANES AU NIVEAU CENTRAL**

##### **Conseil National de Lutte contre le SIDA (CNLS)**

Le Conseil National de Lutte contre le Sida dont les attributions, la composition et le fonctionnement ont été fixés par Décret N° 2004-13 du 7 janvier 2004, a été installé le 24 Septembre 2004. Le CNLS est chargé essentiellement de définir les orientations nationales de la politique globale de lutte contre le VIH/SIDA, de valider le plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA et d'apprécier les résultats de la Lutte contre le VIH/SIDA. Il se réunit une fois par an.

Pour son fonctionnement, le CNLS dispose d'un Secrétariat Technique (ST) chargé du suivi et de l'évaluation des activités de lutte contre le SIDA. Ce Secrétariat Technique du Conseil National est assuré par le Ministère de la lutte contre le SIDA.

Organe suprême de coordination, le CNLS est présidé par le Président de la République qui rend compte des efforts accomplis et des résultats de la lutte contre le VIH/SIDA à travers un message à la nation.

##### **Le Comité Interministériel de Lutte contre le SIDA (CIMLS)**

Le Comité Interministériel de Lutte contre le SIDA dont les attributions, la composition et le fonctionnement ont été fixés par Décret N° 2004-14 du 7 janvier 2004, est chargé :

- Du suivi de l'orientation stratégique ;
- De la coordination de l'ensemble des activités multisectorielles de lutte contre le VIH/SIDA ;
- D'assurer la bonne exécution technique et financière des plans d'actions des secteurs;
- D'évaluer l'efficacité multisectorielle de la lutte contre le VIH/SIDA.

Le CIMLS présidé par le Premier Ministre, se réunit deux fois dans l'année lors d'un conseil de Gouvernement dont l'ordre du jour est consacré uniquement et exclusivement aux activités sectorielles de lutte contre le VIH/SIDA des différents ministères. A cet effet, le Président du Comité Interministériel rend compte des résultats des activités de lutte contre le SIDA au Conseil National.

Pour son fonctionnement, le CIMLS dispose d'un Secrétariat Exécutif (SE) assuré par les ministères ayant de façon spécifique des attributions liées au VIH/SIDA et par ceux dont l'implication pourrait contribuer à lutter efficacement contre la pandémie.

La coordination du Secrétariat Exécutif est assurée par le Ministre de la lutte contre le SIDA.

##### **Le Comité des Experts**

Le comité des experts a pour mission de donner un avis technique sur des aspects spécifiques de la lutte contre le VIH/SIDA.

##### **Le Ministère de la Lutte contre le SIDA (MLS)**

Pour la coordination de toutes les activités de lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire, il a été créé un Ministère de la Lutte contre le SIDA chargé du suivi de la politique du gouvernement et de la mise en œuvre de la réponse multisectorielle à la pandémie du SIDA.

Pour mieux assurer sa mission de coordination, il est proposé la création d'un Secrétariat Général.

### **Forum des Partenaires**

Ce Forum regroupe le système des Nations Unies (ONUSIDA et ses co-parrains : OMS, UNFPA, UNICEF, UNESCO, BM, PNUD, PAM, HCR, OCHA, FAO), les Coopérations bilatérales (France, Belgique, Italie, Canada, Allemagne, Japon et multilatérales (PEPFAR, UE, FM), la Société Civile et ses réseaux (COSCI, RIP+, Alliance des Maires, Alliance des Religieux Pour la Lutte contre le SIDA), le Secteur Privé (CGECI, la Coalition des Entreprises), le CCM et le FNLS.

### **ORGANES AU NIVEAU DECENTRALISE**

La décentralisation des interventions permettra de lutter contre cette pandémie sur l'étendue du territoire. La réussite de cette stratégie repose sur une bonne coordination des activités à chaque niveau d'intervention.

#### **Les Comités Sectoriels de Lutte contre le SIDA (CSLS)**

Dans le cadre de la mise en œuvre de la réponse multisectorielle à la Pandémie du VIH/SIDA, il est créé au sein de chaque secteur de développement (ministère, institution de l'État), un Comité Sectoriel de lutte contre le VIH/SIDA.

Le Comité Sectoriel est présidé par le Ministre chargé du secteur ou le Président de l'Institution. Chaque établissement sous tutelle dispose d'une cellule focale. Le comité sectoriel est chargé du suivi de l'orientation stratégique et de la coordination de l'ensemble des activités sectorielles en matière de lutte contre le SIDA.

Le Comité Sectoriel de lutte contre le SIDA se réunit au plus tard un mois après chaque trimestre sur convocation de son Président et en cas de besoin.

Le Président du Comité Sectoriel rend compte au Comité Interministériel tous les six mois. Les présidents des institutions de la république rendent compte au Conseil National une fois l'an.

Le Comité Sectoriel dispose d'une coordination des cellules focales assurée par un Coordonnateur ou point focal désigné par le Président.

#### **Comité Régional de Lutte contre le SIDA (CRLS)**

Le Comité Régional est chargé du suivi de l'orientation stratégique et de la coordination de l'ensemble des activités multisectorielles, communautaires et associatives en matière de lutte contre le VIH/SIDA, dans la région.

A ce titre, il est chargé de :

- La préparation la mise en œuvre et le suivi-évaluation du plan d'action régional ;
- La supervision et le suivi - évaluation des plans d'action des activités des comités départementaux ;
- La recherche et la mobilisation des fonds nécessaires.

Le Comité Régional se réunit tous le trois mois sur convocation de son Président et en cas de besoin. Le Président du Comité rend compte trois fois dans l'année au Ministre de la Lutte contre le SIDA.

#### **Comité Départemental de Lutte contre le SIDA (CDLS)**

Le Comité Départemental est chargé du suivi de l'orientation stratégique et de la coordination de l'ensemble des activités multisectorielles, communautaires et associatives en matière de lutte contre le VIH/SIDA, dans le département.

Il est chargé de :

- La préparation, la mise en œuvre et le suivi évaluation du plan d'action départemental ;

- La supervision des activités, l'approbation, l'évaluation et le suivi des plans d'action des Comités Communaux et Villageois ;
- La recherche et la mobilisation des fonds nécessaires.

Le Comité Départemental se réunit tous les deux mois sur convocation de son Président et en cas de besoin. Le Président du Comité Départemental de lutte contre le SIDA adresse un rapport tous les trimestres au Président du Comité Régional.

### **Comité Communal de Lutte contre le SIDA (CCLS)**

Le Comité Communal est chargé du suivi de l'orientation stratégique et de la coordination de l'ensemble des activités multisectorielles, communautaires et associatives en matière de lutte contre le VIH/SIDA, dans la Commune.

Il est chargé de :

- La préparation, la mise en œuvre et le suivi évaluation du plan d'action communal ;
- La supervision des activités, l'évaluation et le suivi des plans d'action des Comités Villageois ;
- La coordination des différentes activités de lutte contre le SIDA menées dans la Commune ;
- La recherche et la mobilisation des fonds nécessaires.

Le Comité Communal de lutte contre le SIDA se réunit tous les mois sur convocation de son Président et en cas de besoin. Le Président du Comité Communal de lutte contre le SIDA adresse un rapport tous les mois au Président du Comité Départemental.

### **Comité Villageois de Lutte contre le SIDA (CVLS)**

Le Comité villageois est chargé du suivi de l'orientation stratégique et de la coordination de l'ensemble des activités multisectorielles, communautaires et associatives en matière de lutte contre le VIH/SIDA, dans le village.

Il est chargé de :

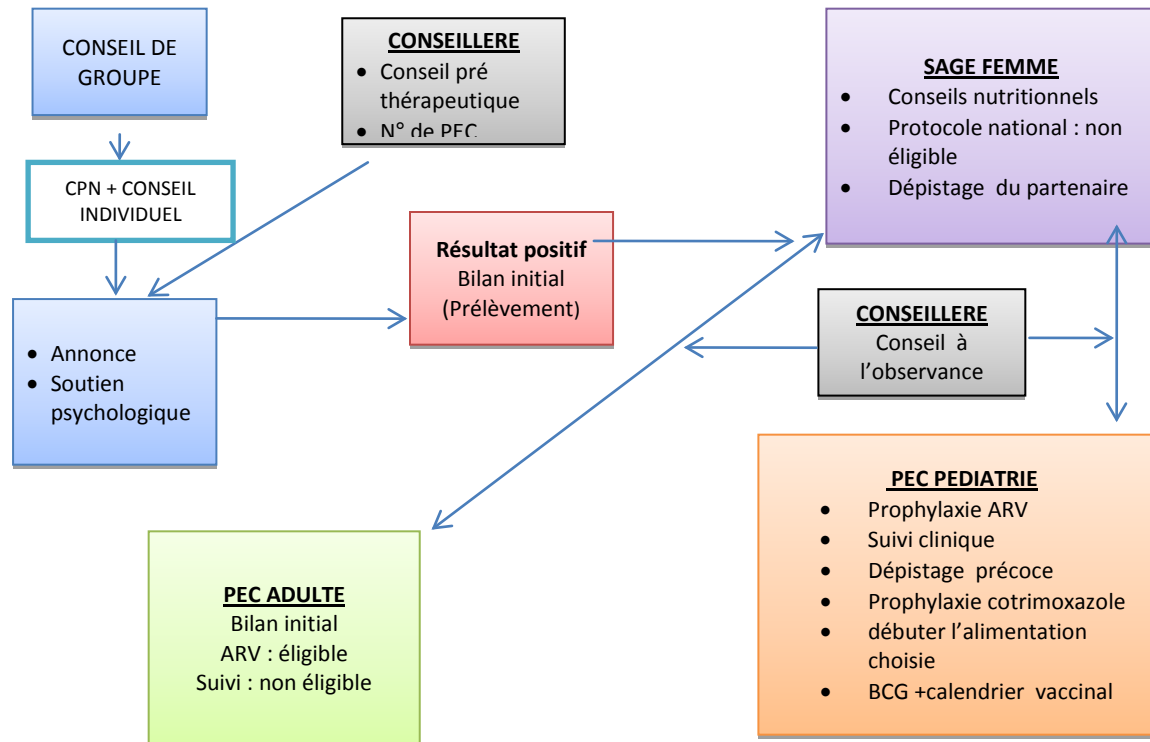
- L'élaboration, la mise en œuvre et le suivi évaluation du plan d'action villageois ;
- La supervision des activités de lutte contre le SIDA initiées dans le village ;
- La recherche et la mobilisation des fonds nécessaires ;
- La coordination des activités de lutte contre le SIDA menées par d'autres organismes dans le village.

Le Comité villageois de lutte contre le SIDA se réunit tous les mois sur convocation de son Président et en cas de besoin. Le Président du Comité Villageois de lutte contre le SIDA adresse un Rapport tous les mois au Président du Comité Communal.



## Annexe 7 : Carte du flux des patients TAR et PTME

Carte du flux des patients dans les cliniques TAR et PTME.



## **Annexe 8 : Liste des organisations et institutions visitées**

---

1. ACONDA : Alliance Nationale Contre le SIDA en Cote d'Ivoire
2. AMEPOUH : Association de femmes vivant avec le VIH « Nous Vaincrons »
3. Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Treichville, Service de Pédiatrie / Unité de Réhabilitation Nutritionnelle
4. Le Centre Social de Treichville Habitat - Entente
5. CEPREF : Le Centre de Prise en charge, de Recherche et de Formation
6. CIRBA : Le Centre Intégré de Recherche Bioclinique d'Abidjan
7. CSRS : Le Centre Suisse de Recherches Scientifiques
8. EGPAF : Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation//Côte d'Ivoire (EGPAF)
9. HKI : Helen Keller International
10. ICAP : Le Centre International de Programmes de Prise en Charge et de Traitement du SIDA
11. INSP : L'Institut National de la Santé Publique
12. IYCN : Nutrition du Nourrisson et Petit Enfant *The Infant and Young Child Nutrition Project*
13. MLS : Le Ministère de la lutte contre le SIDA
14. Nestlé Cote d'Ivoire
15. PEPFAR/ Côte d'Ivoire : Plan d'Urgence du Président pour Soulagement du SIDA *President's Emergency Plan for AIDS Relief*
16. PKL : Protéine Kissée La
17. PNN : Le Programme national de la nutrition
18. PNOEV : Le Programme National de Prise en Charge des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/SIDA
19. PNPEC : Le Programme national de la prise en charges des PVVIH
20. PSP : La Pharmacie de la Santé Publique
21. SCMS : *Supply Chain Management Systems Project*
22. UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance *United Nations Children's Fund*
23. USAC : L'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseils
24. WB : Banque mondiale *World Bank*
25. WFP : Programme Alimentaire Mondial (PAM) *World Food Programme*
26. WHO : Organisation Mondiale de la Santé (OMS) *World Health Organization*

## Annexe 9 : Tableaux de dosage recommandé pour ATPE et MAF

Les tableaux de dosage suivant sont basés sur le *Guide de Formation pour la Prise en charge à base communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA)* (FANTA, 2008) et du projet de Directives pour le Programme d'Alimentation sous prescription médicale en Zambie (République de Zambie, Ministère de la Santé, La Commission nationale sur les Aliments et la Nutrition de Zambie, FANTA, USAID/Zambie, Août 2008).

**Tableau 1 : Rations\* ATPE pour les enfants avec MAS (indépendant du statut VIH) en APM**

Poids de l'enfant (kg)	Sachets de PlumpyNut par jour
3.5 – 3.9	1.5
4.0 – 5.4	2
5.5 – 6.9	2.5
7.0 – 8.4	3
8.5 – 9.4	3.5
9.5 – 10.4	4
10.5 – 11/9	4.5
≥ 12	5

\* Basées sur une ration moyenne de réhabilitation en nutrition de 200 kcal/kg/jour

**Tableau 2 : Rations\* ATPE et MAF pour patients séropositifs avec MAM 6 mois à 18 ans**

Age de l'enfant	Sachets de PlumpyNut par jour	Grammes de MAF par jour
6-11 mois	0.5	100
12–23 mois	1	100
24–59 mois	1	200
5–10 ans	1	300
11–18 ans	1	400

\*Ces rations s'appliquent aussi pour des enfants dont le statut VIH n'est pas connu mais qui sont nés de femmes séropositives.

**Tableau 3 : Directives ATPE et prescription d'Aliments de supplémentation pour adultes (y compris les femmes enceintes et celles en période après accouchement qui sont dans les services de PTME)**

Statut nutritionnel	Sachets de PlumpyNut par jour	Grammes de MAF par jour
Adultes sévèrement malnutris	3	400
Adultes modérément malnutris		400

## **Annexe 10 : Portée du travail d'évaluation**

---

### **Projet II d'Assistance Technique en Alimentation et en Nutrition (FANTA-2)**

#### **Mission en Côte d'Ivoire sur l'Intégration de la Programmation de la Nutrition, de l'Alimentation et du VIH**

**Du 12 au 23 janvier 2009**

Projet de Portée du travail

#### **L'équipe qui compose la Mission :**

- Dr. Earnest Mutenga Muyunda, Spécialiste en Nutrition et HIV, FANTA-2 / Zambie
- Dr. Pierre Agbo Adou, Consultant à FANTA-2 en Côte d'Ivoire
- M. Phil Moses, Spécialiste en Nutrition et HIV, FANTA-2 / Washington

**Résumé :** Dr. Muyunda et M. Moses se joindront à Dr. Adou à Abidjan pour mener une évaluation faisant partie du développement d'une stratégie de programmation de l'Alimentation sous prescription médicale pour les gens vivant avec le VIH (PVVIH), le rôle principal de Dr Muyunda sera de guider l'évaluation. Il quittera Abidjan le ou vers le 17 janvier.

#### **Objectifs de la Mission**

Les objectifs de cette Mission sont de :

1. évaluer les opportunités d'intégrer la programmation et les services de nutrition, aliments et VIH ;
2. évaluer la capacité de mise en œuvre du programme APM aux sites PEPFAR ;
3. évaluer la capacité d'acquérir localement/régionalement des produits spécialisés d'aliments à utiliser dans le programme APM ; et
4. recommander un paquet standardisé de services de nutrition pour les PVVIH et OEV (qui pourrait inclure APM) pour considération par le PEPFAR/Côte d'Ivoire et le PNN.

#### **Activités :**

1. Se réunir avec PEPFAR / Côte d'Ivoire, les partenaires d'exécution de PEPFAR, les ministères du gouvernement et les structures de conseils, les organisations des Nations Unies, les autres bailleurs de fonds, les organisations non gouvernementales (ONG) ivoiriennes, les cliniciens, et les sociétés privées pour évaluer les programmes actuels d'assistance en aliments, la capacité de mise en œuvre d'un programme APM aux sites PEPFAR et la capacité d'acquisition localement ou régionalement des produits spécialisés d'aliments.
2. Organiser une réunion consultative avec les partenaires d'exécution de PEPFAR impliqués dans la prise en charge palliative et des représentants du ministère de la Santé pour discuter les questions essentielles relatives à la programmation d'aliments dans les services VIH, spécialement parce qu'ils sont en relation avec l'APM.
3. Echanger à la fin avec le PEPFAR / Côte d'Ivoire sur les résultats de TDY et les prochaines étapes.

#### **Les produits attendus :**

- Les résultats préliminaires de l'évaluation de l'APM

## Annexe 11 : Guide d'interviews

Guide de discussion pour les visites FANTA. Analyse situationnelle rapide sur la faisabilité d'Alimentation sous prescription médicale							
	QUESTIONS	ONU (UNICEF, PAM)	ONG Internationales ACONDA, ICAP, EGPAF, PATH,	Gouvernement MLS, PNPEC, PNOEV PSP	Structures Sanitaires USAC, CIRBA, YOPOUGON	Associations PVVIH AMEPOU,	Secteur privé. Nestlé, PKL
1.	<i>Describe your nutrition support activities for PLHIV?</i> Décrivez vos activités de soutien alimentaire et soins nutritionnels aux PVVIH	X	X	X	X	X	X
2.	<i>What nutrition problems do PLWHA present in treatment sites? How severe are these problems? Who is affected and when?</i> Quels sont les problèmes nutritionnels que les PVVIH sous ARV ou en prétraitement présentent? Quel degré de gravité de ces problèmes ? Quelles sont les cibles les plus affectées et quand ?	X	X	X	X	X	
3.	<i>What is the prevalence of under nutrition among PLWHA in ART or pre-treatment?</i> Quelle est la prévalence de malnutrition parmi les PVVIH sous ARV ou en prétraitement?	X	X	X	X	X	
4.	<i>What programs exist in the community that can provide follow-up support to PLHIV?</i> Quels sont les programmes existant au sein de la communauté qui pourraient donner un appui au suivi des PVVIH?	X	X	X	X	X	
5.	<i>How do health facilities and non governmental organization (NGO) coordinate their responses to nutrition and food problems?</i> Comment les structures de santé et les ONG coordonnent les réponses aux problèmes d'alimentation et de nutrition des PVVIH?		X		X	X	

<b>Guide de discussion pour les visites FANTA. Analyse situationnelle rapide sur la faisabilité d'Alimentation sous prescription médicale</b>							
	<b>QUESTIONS</b>	<b>ONU (UNICEF, PAM)</b>	<b>ONG Internationales ACONDA, ICAP, EGPAF, PATH,</b>	<b>Gouvernement MLS, PNPEC, PNOEV PSP</b>	<b>Structures Sanitaires USAC, CIRBA, YOPOUGON</b>	<b>Associations PVVIH AMEPOU,</b>	<b>Secteur privé. Nestlé, PKL</b>
6.	<i>What potential storage capacities exist at HIV care and treatment sites?</i> Quelles sont les capacités de stockage des aliments qui existent sur les sites de soins et traitement du VIH?	X	X	X	X		
7.	<i>Where are the opportunities to integrate nutrition activities in the client flow?</i> Où sont les opportunités d'intégration des activités de nutrition dans la prise en charge des PVVIH?		X		X		
8.	<i>What is the current client flow system and where would nutrition fit?</i> Quel est le circuit actuel suivi par le client de PVVIH pour recevoir les soins dans la structure de santé et quelle place de la nutrition ?				X		
9.	<i>What information is being provided to PLWHA to address their food and nutrition needs? What educational tools are being used? What are the key messages? What are the challenges and opportunities?</i> De quelles informations les PVVIH ont besoin pour répondre au mieux à leurs besoins alimentaires et nutritionnels? Quels équipements utilisés ; quels sont les messages clés et quels sont les défis et opportunités ?		X		X	X	
10.	<i>How nutritional assessment is performed? What are the challenges to doing nutritional assessment for PLHIV?</i> Comment l'évaluation nutritionnelle est-elle faite ? Quels sont les défis liés à la réalisation de l'évaluation du statut nutritionnel des PVVIH ?		X		X	X	
11.	<i>How is nutrition counseling performed? What are the tools ? What are the challenges to providing nutrition counseling to PLHIV?</i> Comment le conseil en nutrition est-il pratiqué ? Quels sont les défis liés au conseil en nutrition pour les PVVIH ?		X		X	X	

<b>Guide de discussion pour les visites FANTA. Analyse situationnelle rapide sur la faisabilité d'Alimentation sous prescription médicale</b>							
	<b>QUESTIONS</b>	<b>ONU (UNICEF, PAM)</b>	<b>ONG Internationales ACONDA, ICAP, EGPAF, PATH,</b>	<b>Gouvernement MLS, PNPEC, PNOEV PSP</b>	<b>Structures Sanitaires USAC, CIRBA, YOPOUGON</b>	<b>Associations PVVIH AMEPOU,</b>	<b>Secteur privé. Nestlé, PKL</b>
12.	<p><i>What are the types and the sources of therapeutic and supplementary food to PLHIV? What are the challenges to distribution of therapeutic and supplementary food to PLHIV?</i></p> <p>Quels sont les types et sources d'aliments thérapeutiques et de supplémentation aux PVVIH? Quels sont les défis liés à la distribution des aliments thérapeutiques et de supplémentation aux PVVIH ?</p>		X		X	X	
13.	<p><i>What are the challenges to promoting point of use water purification?</i></p> <p>Quels sont les défis liés à la promotion de la purification de l'eau à domicile ?</p>		X		X	X	
14.	<p><i>What are the challenges to linking PVVIH to services in the community?</i></p> <p>Quels sont les défis liés à la référence des PVVIH aux autres services à base communautaire ?</p>		X		X	X	
15.	<p><i>What training approaches are appropriate for building capacity in nutritional care of PLHIV? To provide in-service training to people in nutritional care of PLHIV or provide pre-service training?</i></p> <p>Quelles sont les approches de formation qui sont appropriés pour renforcer des capacités en matière de prise en charge de PVVIH? Pour faire la formation de base ou la formation continue / sur le tas ?]</p>	X	X	X	X		
16.	<p><i>How much demand is there for therapeutic and supplementary foods among private sector clinics?</i></p> <p>Quelle est la demande d'aliments thérapeutiques et de supplémentation de la part des cliniques privées?</p>						X

<b>Guide de discussion pour les visites FANTA. Analyse situationnelle rapide sur la faisabilité d'Alimentation sous prescription médicale</b>							
	<b>QUESTIONS</b>	<b>ONU (UNICEF, PAM)</b>	<b>ONG Internationales ACONDA, ICAP, EGPAF, PATH,</b>	<b>Gouvernement MLS, PNPEC, PNOEV PSP</b>	<b>Structures Sanitaires USAC, CIRBA, YOPOUGON</b>	<b>Associations PVVIH AMEPOU,</b>	<b>Secteur privé. Nestlé, PKL</b>
17.	<i>Do local food manufacturing companies have the capacity to produce the needed quantity and quality of for therapeutic and supplementary foods?</i>  Quelle est la capacité des compagnies privées à produire en quantité et qualité suffisantes des aliments thérapeutiques et de supplémentation ?						X
18.	<i>What quality assurance mechanisms are in place for production and safe storage of your food products?</i>  Quels systèmes d'assurance qualité sont mis en place pour produire et stocker proprement les aliments?						X
19.	<i>What are the logistical needs for transport of food commodities, and what capacities exist to meet these needs?</i>  Quels sont les besoins logistiques pour assurer le transport des produits alimentaires et quelles sont les capacités actuelles?	XX		PSP, PNN			X