



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**INTEGRATION DE L'APPUI NUTRITIONNEL
DANS LE PROGRAMME ÉTME AU BURUNDI :
Quelles stratégies d'opérationnalisation ?**

Présenté par

Adjo Bella Joëlle MAMA

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Politique Nutritionnelle

Le 31 mars 2015

Devant le jury composé de :

Dr François – Marie LAHAYE Président

Directeur du département Santé Université Senghor
d'Alexandrie

Baruani Yuma Kilundu Examineur

PhD, MPH Directeur Pays ONUSIDA Burundi

Docteur SANY KOZMAN Examineur

Consultant International en VIH et ONG pour PVVIH

Remerciements

Au terme de ce travail je tiens à remercier très sincèrement les personnes suivantes:

- Au Directeur du département Santé Dr François – Marie LAHAYE pour son accueil son assistance et ses conseils d'orientations;
- A madame Alice MOUNIR chef du service administratif du Département Santé pour sa disponibilité et sa gentillesse;
- Au Dr **Baruani Yuma KILUNDU**, Directeur Pays ONUSIDA Burundi, pour avoir accepté de m'accueillir dans sa structure, pour avoir suivi mon encadrement durant le stage professionnel et la rédaction de ce mémoire et pour avoir été un professeur pour moi;
- A toute l'équipe de l'ONUSIDA Burundi Christine NZEYIMAN; Audace BUDERI; Bonaventure MANIRAKIZA; Dieudonné NDAYISHIMIYE; Sylvie NTEGESI-BIHAKO; Ineke ADRIAENS pour les encouragements, les soutiens et les conseils que vous avez bien voulu m'accorder au cours de l'élaboration de ce travail;
- A Gaston NKESHIMANA Maître Es-Sciences de l'Education, MPH Programme National Officer /Nutrition au PAM Burundi pour son aide dans l'élaboration de mon mémoire.
- Au professeur MOULIN Anne – Marie pour son aide incontestable;
- Au professeur DEUPEUCH Francis pour ses conseils et orientations;
- A monsieur Ahmad ASSAVY Aly, pour son accompagnement et ses nombreuses prières.
- A mon frère Ulvick HOUSSOU, je renouvèle mes attachements;
- A l'endroit de Bertille SAWADOGO née YAMEOGO, pour son aide sans faille ;
- A l'endroit de tous mes camarades de la quatorzième promotion de l'université Senghor d'Alexandrie en particulier Irma KEMAVO avec qui j'ai tout partagé et travaillé durant ces deux années;
- A toutes les personnes, qui de près ou de loin, ont contribué à ma formation et à ce travail. Recevez mes humbles remerciements pour vos contributions.

Dédicace

- *A ma Mère **Gloria BAKUAYA** pour tous ses conseils hors du prix et pour tout l'amour qu'une mère donne à son enfant et à mon Père **Govina AKOMMANDAN MAMA** qui m'encourage toujours à franchir des pas décisifs dans ma vie;*
- *A mon oncle **Damien MAMA** qui m'a encouragé et aidé à faire cette formation;*
- *A mes frères **Aristide MAMA, et Sacha MAMA** qui ont été toujours là pour moi dans mes moments inoubliables;*
- *A mon fiancé, **Dominique junior AZOMA** qui durant toute la durée de la formation, a su me donner joie, courage et qui a su me témoigner tout son Amour. Retrouve en ce mémoire, le fruit de ma reconnaissance pour tes sacrifices et ton amour.*

RESUME

La transmission du VIH de la mère à l'enfant continue d'être un problème de santé publique au Burundi avec une prévalence de 26,4%. Ainsi, le pays a adhéré au programme éTME soutenu par l'ONUSIDA pour éliminer l'infection à VIH de la mère à l'enfant et maintenir les mères en vie pour renforcer la riposte au VIH. Cependant, une bonne nutrition est indispensable dans l'adhérence et l'observance aux traitements et aux ARV des femmes séropositives pour l'amélioration et le maintien de la santé de la mère et de l'enfant. La présente étude vise à proposer des stratégies d'opérationnalisation pour une intégration de l'appui nutritionnel dans ce programme au Burundi.

Pour y arriver, nous avons adoptés une approche méthodologique basée sur 3 phases. D'abord sur la revue documentaire. Ensuite l'enquête de terrain (femmes, responsables, personnel de santé) et enfin la phase de la pratique à partir du stage effectué à l'ONUSIDA Burundi pendant une durée de 3 mois sur les interventions nutritionnelles des PVVIH.

Les conditions favorables pour une bonne intégration de l'appui nutritionnel sont inexistantes. L'engagement politique n'est pas encore une réalité. La faible disponibilité des ressources (financières, humaines compétentes, matérielles), l'inexistence d'un système en charge de TME et /ou d'approvisionnement en intrants nutritionnels restent un défis à relever pour sa réalisation. A cet effet, nous avons proposé une stratégie d'opérationnalisation qui pallie ces faiblesses et identifie les parties prenantes à sa réalisation ainsi que leur rôle. Il s'agit de : PAM, L'UNICEF, ONUSIDA, Ministère de la santé et de lutte contre le VIH, la direction de PRONIANUT, ONG.

Au-delà d'une stratégie d'opérationnalisation, elle ne peut être effective que par l'adoption d'une loi-cadre qui autorise l'intégration de l'appui nutritionnel dans ce programme qui sera implantée dans le plan de l'éTME au Burundi.

Mots-clés: PTME, PéTME, Intégration, Appui nutritionnel, stratégie nutritionnelle.

ABSTRACT

The transmission of HIV from mother to child remains a public health problem in Burundi with a prevalence of 26.4%. Thus, the country joined the eMTCT program supported by UNAIDS to eliminate the transmission of HIV from mother to child and keep mothers alive to strengthen the response to HIV. Good nutrition is essential for adherence to and compliance with treatment and antiretroviral therapy for HIV-positive women in order to improve and maintain the health of mother and child. Our present study aims to propose operational strategies for integrating nutritional support in this program in Burundi.

To succeed, we have used three approaches. The first approach was centred on the literature review. This approach was followed by a participatory approach, specifically through a field survey (women, officials, health personnel) and finally a practical approach through a traineeship on nutritional interventions targeting PLHIV at UNAIDS Burundi for a period of three months.

The conditions that favour the successful integration of nutritional support are not in place. Political commitment is not yet a reality. The limited availability of financial, human and material resources, the absence of a system in charge of eMTCT and/or the supply of nutritional products remain challenges to its achievement. Therefore, we have proposed an operational strategy that overcomes these weaknesses and identifies stakeholders for its implementation as well as their roles. These are: WFP, UNICEF, UNAIDS, the Ministry of Public Health and the Fight against HIV, the direction of PRONIANUT, NGOs.

The operational strategy can only be effective following the adoption of a framework law that allows the integration of nutritional support into the eMTCT program and that will be integrated into the national eMTCT plan of Burundi.

Keywords: PMTCT; eMTCT, Integration; nutritional support; nutritional strategy.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

ANJE:	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
ANSS:	Association Nationale de soutien aux Séropositives
ARV :	Anti- rétroviraux
CPN:	Consultation Pré -Natale
eMTCT:	Elimination of Mother to Child Transmission of HIV
FAO:	Organisations des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture.
HCR:	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés.
OIT:	Organisation Internationale du Travail.
ONG:	Organisation Non Gouvernementale
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé.
OMD :	Objectifs du Millénaire pour le Développement.
ONUSIDA:	Programme Commun des Nations Unies dans la lutte contre le VIH/Sida.
ONU Femmes:	Organisations des Nations Unies pour les Femmes.
OPDAS:	Organisation des premières dames d'Afrique contre le VIH/Sida
PAM:	Programme Alimentaire Mondial.
PIB :	Produit Intérieur Brut.
PCIME:	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PNUD:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PéTME:	Programme d'élimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PMTCT:	Prevention of Mother to Child Transmission of HIV
PNLS:	Programme Nationale de Lutte contre le Sida
PRONIANUT:	Programme National Intégré d'Alimentation et de Nutrition
PTME:	Programme de lutte contre la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
PTF :	Partenaire Technique et Financier
UNESCO :	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la culture

UNFPA:	Fond des Nations Unies pour la Population.
UNICEF:	Fond des Nations Unies pour l'Enfance.
UNODC :	Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime.
SEP/CNLS:	Secrétariat Permanent (Conseil National de Lutte contre le VIH)
VIH:	Virus de l'Immunodéficience Humaine.
PVVIH:	Personne vivant avec l'infection du VIH.

Table des matières

Remerciements.....	i
Dédicace.....	ii
RESUME	iii
ABSTRACT.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés	v
INTRODUCTION	1
CADRE PROBLEMATIQUE GENERAL	3
1 Optimiser la lutte contre le VIH en valorisant la nutrition	3
1.1 Nutrition et VIH : Quelles corrélations?.....	3
1.1.1 Les conséquences de la malnutrition sur le PÉTME	4
1.1.2 Arrimer nutrition et PÉTME pour une riposte efficace du VIH.....	5
1.2 Burundi: une situation nutritionnelle des PV/VIH alarmante	6
1.2.1 Présentation Burundi.....	6
1.2.2 Situation de l'épidémie à VIH et état de la réponse au Burundi :	7
1.2.3 Nutrition et PVVIH au Burundi.....	8
1.2.4 Le PÉTME au Burundi.....	9
1.3 Enoncé des questions, hypothèses et objectifs de recherche	11
1.3.1 Hypothèses de recherche	11
1.3.2 Questions de recherche	11
1.3.3 Objectifs de l'étude.....	11
2 CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL	12
2.1 Clarification conceptuelle:.....	12
2.1.1. PÉTME: Que faut-il en comprendre et quels sont les facteurs de risques en absence de traitement?.....	12
2.1.2. La nutrition.....	16
2.1.3. L'intégration de l'appui nutritionnel	16

2.1.4.	Adhérence	17
2.2	Raison justifiant l'intervention en faveur de la nutrition dans les programmes de santé ..	17
2.2.1	Mécanisme internationaux sur l'intégration de la nutrition dans la prise en charge des PVVIH	17
2.2.2	Expériences sur l'intégration de nutrition dans la prise en charge des PVVIH.....	18
3	CADRE METHODOLOGIQUE (METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE).....	18
3.1	Méthode d'intervention	19
3.1.1	Population d'étude	19
3.1.2	Instruments de collecte de données.....	19
3.2	Traitement et analyse des données:.....	21
3.3	Présentation de la structure d'accueil et apport de stage	22
3.3.1	Structure d'accueil.....	22
4	Proposition de la stratégie de mise en œuvre de l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME.....	23
4.1	Résultats d'enquêtes	23
4.1.1	Les conditions favorisant l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME	23
4.1.2	Les différentes parties prenantes à l'appui nutritionnel dans le PÉTME	25
4.1.3	La démarche à suivre.....	30
4.2	Discussion	31
4.2.1	Les conditions favorables à l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME au Burundi	31
4.2.2	Les parties prenantes et leurs rôles	32
4.2.3	Limites de l'étude	34
4.3	Les conditions de mise en œuvre.....	34
	PROPOSITION D'UNE STRATEGIE OPERATIONNELLE POUR L'INTEGRATION DE L'APPUI NUTRITIONNEL DANS LE PÉTME	36
	SUGGESTIONS.....	39

CONCLUSION	40
REFERENCES	42

Liste des tableaux

Tableau I : les situations sanitaires du Burundi.....	6
Tableau II : Situation du VIH au Burundi.....	8
Tableau III : les différentes options de traitement de TME	16
Tableau IV : répartition des cibles de l'enquête par technique et outils de collecte des données	21
Tableau V : Conditions favorisant l'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme éTME	25
Tableau VI : Parties prenantes à l'appui nutritionnel dans le programme éTME.....	26
Tableau VII : Répartition des femmes enquêtées selon leurs statuts d'intégration dans le programme éTME	27
Tableau VIII: Niveau d'instruction	27
Tableau IX: Niveau professionnel des femmes séropositives enrôlées	27
Tableau X: Raisons de la non adhérence à la prise des médicaments.....	28
Tableau XI : Répartition des personnes enquêtées selon le nombre de repas pris par jour	28
Tableau XII: Le régime alimentaire quotidien de ces patients, la veille de l'enquête	29
Tableau XIII: Forces, Faiblesses Opportunités, Menaces (FFOM)	35

Liste des figures

Figure 1: Cadre conceptuel de pour l'élimination de la transmission mère-enfant (éTME)	13
Figure 2 : Répartition des bénéficiaires selon leur accord sur l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PéTME	24
Figure 3 : Mécanisme de coopération et d'interaction entre les différentes parties prenantes pour permettre la mise en œuvre de l'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme éTME	30
Figure 4 : Stratégie opérationnelle de l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PéTME.....	38

Liste des annexes

Annexe 1 : Pourcentage de réduction de nouvelles infections à VIH chez les enfants dans les 21 pays ciblés (2009- 2013).....	45
Annexe 2 : Carte du Burundi.....	46
Annexe 3: Carte des Centres de PTME accrédité.	47
Annexe 4 : Guide d’entretien pour les autorités en charge des programmes éTME.....	47
Annexe 5: Guide d’entretien pour les agents de santé dans les sites PTME.....	49
Annexe 6: Enquêtes aux femmes incluses dans le PTME.	50

INTRODUCTION

La lutte contre le VIH est un défi de santé internationale ; en témoignent tous les efforts de prévention mis en œuvre. En 2013, l'ONUSIDA estimait à 35 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH de part le monde. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée avec plus de 24,7 millions de personnes concernées dont 58% représentent les femmes. Le virus du sida ne se transmet pas seulement par voie sexuelle mais aussi de la mère à l'enfant. Elle constitue une cause principale de l'infection à VIH chez les enfants. Dans le monde, plus de 240 000 enfants ont été nouvellement infectés par le VIH en 2013. Contrairement aux pays développés, 90 % des cas de nouvelles infections par transmission de la mère à l'enfant sont survenus en Afrique subsaharienne. On estimait à 1,5 million [1,3 million – 1,6 million] le nombre des nouvelles infections à VIH en Afrique subsaharienne en 2013. (ONUSIDA 2013) à cet effet des stratégies de lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant ont été établies. Ainsi, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) est devenue l'un des piliers de la riposte mondiale à la pandémie de l'infection à VIH. [1].

Dans cette nouvelle dynamique, éliminer l'infection des bébés par le VIH et lutter contre le décès des mères est l'une des priorités de l'ONUSIDA. Les nouvelles directives de l'OMS appellent à éliminer les nouvelles infections par le VIH d'ici 2015. Ainsi, le concept de l'éTME des années 80 a donc évolué de l'évaluation à l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant [2]. Cette extension constitue un élément important dans le processus engagé pour l'accélération des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) en matière de santé (4, 5 et 6) visant à réduire la mortalité infantile et maternelle. Elle constitue aussi une grande opportunité pour les pays en vue d'accélérer la riposte face au VIH et pour l'atteinte des objectifs de l'ONUSIDA d'ici 2015 «Zéro nouvelle infection au VIH, Zéro discrimination et Zéro décès liés au VIH» [3]. Ce qui est bien plus optimiste et innovant tout en permettant d'élargir le plan de prévention et d'avoir des résultats efficaces pour améliorer la santé de la mère et l'enfant séropositif Depuis 2009, il a été observé une réduction considérable de 37 % des nouvelles infections à VIH chez les enfants dans les pays ciblés en priorité comme le Burundi et dont le taux de prévalence de TME est élevé. [4] (annexe 1). L'ONUSIDA a mis essentiellement l'accent sur quatre principes clés pour atteindre ces objectifs fixés pour éliminer les nouvelles infections à VIH parmi les enfants et maintenir leurs mères en vie. Il s'est agi de mettre d'abord la femme vivant avec le VIH au cœur de la réponse à VIH ; ensuite de faire l'appropriation nationale qui va responsabiliser les pays à mettre en place des Plans Nationaux pour l'éTME ; puis d'accroître les synergies, les liens et intégration pour une grande durabilité et enfin de

la responsabilité partagée et responsabilisation spécifiques qui encourage une bonne coordination des activités du VIH entre les partenaires et les pays [3].

Cependant on note des goulots d'étranglements liés à la non prise en compte les enjeux nutritionnels observés chez les femmes séropositives enceintes et allaitantes, le plan d'élimination élaboré par l'ONUSIDA au niveau international ne fait pas exception malgré l'existence de plusieurs études sur la thématique de la nutrition et du VIH. Il est en effet reconnu que le volet nutritionnel joue un rôle indispensable dans la prise en charge des PVVIH, mais dans la pratique, elle n'est pas réelle dans la plus part des pays en développement. C'est le cas du Burundi.

En 2012, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes au Burundi était estimée à environ 25% dans les zones urbaines et 4% dans les zones rurales [5]. Selon les estimations par le Spectrum de 2014, les nouvelles infections du VIH chez les enfants âgés entre 0-4 ans représenteraient 26,4% et proviendraient principalement de la Transmission Mère-Enfant. A cause de ces taux élevés de transmission du VIH de la mère à l'enfant, le Burundi fait partie des 22 pays prioritaires et signataires des engagements internationaux pour l'élimination de la transmission de infections à VIH chez les enfants d'ici à 2015 tout en maintenant leurs mères en vie (éTME).

Pour répondre à cet engagement, le Burundi a élaboré un plan national d'élimination de la transmission du VIH de la Mère à l'enfant (2012-2016) [6]. Ce plan met l'accent sur l'importance du suivi de la grossesse et l'observance au traitement ARV des femmes séropositives. Toutefois l'appui nutritionnel n'est pas encore bien perçu, et n'est pas pris en compte tant dans les activités clés à mettre en œuvre que dans les documents qui prennent en charge la prévention de la TME.

La présente étude cherche à déterminer les stratégies opérationnelles par les quelles l'appui nutritionnel peut être intégré dans le PÉTME au Burundi, dans le but d'apporter une contribution qui servira comme une porte d'entrée de la prise en compte du volet nutritionnel dans ce programme au Burundi. Notre étude a été menée auprès des responsables en charge de l'éTME, des agents de santé et des bénéficiaires dans le premier centre PTME de CMC Buyenzi au Burundi.

Ce travail est subdivisé en cinq parties. Dans un premier temps, nous abordons la problématique sur l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME au Burundi avant de présenter la revue documentaire. La méthodologie utilisée a permis d'obtenir des résultats qui ont fait l'objet de notre discussion. Au vue de ces résultats des recommandations ont été formulées à l'endroit des décideurs politiques, des partenaires techniques et financiers et les bénéficiaires. Et une stratégie a été proposée.

CADRE PROBLEMATIQUE GENERAL

1 Optimiser la lutte contre le VIH en valorisant la nutrition

Dans ce chapitre, nous poserons la problématique de l'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et maintenir leurs mères en vie (PÉTME) au Burundi. Nous montrerons d'abord l'importance de la nutrition dans la riposte du VIH et aussi dans le cadre de ce programme et présenterons le programme ainsi que les difficultés rencontrées tout en justifiant la nécessité d'y intégrer l'appui nutritionnel approche d'intégration de l'appui nutritionnel.

1.1 Nutrition et VIH : Quelles corrélations?

Les institutions comme la FAO et l'OMS ont montré lors de la deuxième Conférence Internationale de la Nutrition (CIN2) que les interventions nutritionnelles devraient accorder une attention particulière aux femmes et aux enfants pour briser le cycle intergénérationnel lié à la malnutrition et également concourir à éliminer les nouvelles infections à VIH [7].

L'infection à VIH affecte et détériore progressivement le système immunitaire des personnes vivants avec le virus et les rend plus vulnérables à d'autres infections. Grâce à la découverte des médicaments antirétroviraux, ces personnes retrouvent leurs capacités sanitaires [8]. Mais les effets secondaires de ces médicaments entravent leur observance. Cela se justifie par le fait que certains médicaments demandent une bonne alimentation. Un mauvais état nutritionnel accélère la progression de l'infection à VIH en augmentant la sensibilité aux infections opportunistes et réduisant l'efficacité du traitement médicamenteux; ce qui entraîne souvent des résistances au traitement anti rétroviral. La réhabilitation nutritionnelle contribue à lutter efficacement contre la survenue des infections opportunistes. Ainsi la nutrition est reconnue aujourd'hui comme un volet très important dans la prise en charge globale des séropositives [9]. Elle l'est encore plus pour les mères séropositives parce que la santé de l'enfant dépend de l'état nutritionnel de sa mère.

Plusieurs auteurs (Ellen G.Piwoz; Elizabeth A. Preble 2001) ont montré l'importance de la prise en charge nutritionnelle dans l'observance thérapeutique des PVVIH [10]. Selon Chevalier (2001), la malnutrition augmente non seulement le risque de transmission du VIH des mères aux nourrissons et la progression de l'infection du VIH mais également augmente la fatigue et diminue l'activité physique et la productivité au travail des personnes infectées par le VIH/SIDA [11]. L'apport d'une bonne nutrition est donc primordial pour la survie des PV/VIH parce que l'efficacité du maintien

de leur système immunitaire est en étroite relation avec leur état nutritionnel. C'est dans cette optique que les pays d'Afrique Subsaharienne lors de la Consultation Régionale sur la nutrition et le VIH/SIDA à Ouagadougou (Burkina Faso) en 2008 ont discuté sur l'intégration de la nutrition dans les programmes de prise en charge des PVVIH. Selon le Dr M. Manary, des études réalisées au Kenya, au Malawi et en Zambie ont montré que les PV/VIH débutant un traitement ARV et bénéficiant de suppléments alimentaires voient s'améliorer leur état de santé [12]. Aussi, le rapport de l'analyse situationnelle sur l'intégration de la nutrition et l'alimentation dans les programmes de prise en charge du PVVIH du projet (FANTA-2), a montré l'importance de renforcer la nutrition des PV/VIH pour une bonne réponse au traitement ARV [13]

Le but du soutien nutritionnel aux PV-VIH qui ont besoin d'un ART, est de stabiliser leur état nutritionnel avant et pendant le traitement. Notre habitude alimentaire est un facteur important pour notre état de santé.

1.1.1 Les conséquences de la malnutrition sur le PÉTME

Chaque année, 3,5 millions de mère et d'enfants âgés de moins de cinq ans trouvent la mort à cause de la malnutrition. Elle provient souvent d'un apport alimentaire très pauvre en nutriment indispensable (macronutriment ou micronutriment) ou encore par l'effet de certaines maladies infectieuses comme la diarrhée, le VIH. Ces conséquences surviennent durant les deux premières années de la vie. [14]. Depuis les années 90, des recherches ont été faites sur l'effet du bien-être maternel pendant la grossesse et sur le développement ultérieur de l'enfant [15]. En 2014, on note environ 10 millions de décès annuels chez les enfants de moins de cinq ans en une année. La cause est la malnutrition associée à une alimentation inadéquate. Il a été démontré que la période à risque pour que l'enfant réponde efficacement aux besoins nutritionnels représente les 1000 premiers jours de sa vie. Durant ce temps, il a un besoin nutritionnel accru pour ne pas développer un retard de croissance [16]. L'état nutritionnel des femmes en âge de procréer est l'un des facteurs déterminants de la mortalité maternelle, du bon déroulement de la grossesse ainsi que de leur issue [17]. Une nutrition optimale pendant la grossesse chez une femme enceinte séropositive améliore l'issue de la grossesse et le pronostic pour l'enfant [18].

L'état nutritionnel du nouveau-né et celui du nourrisson sont étroitement liés à l'état nutritionnel de la mère. Le Fond des Nations Unies pour l'Enfance (Unicef) avait montré à travers une étude au Kenya en 1995, que dans le lait des femmes carencées il y avait une concentration de VIH plus élevée que dans celui des femmes non carencées. La carence en des micronutriments favorise la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Selon Friis et Michaelsen (1998) certaines

carences en micronutriments pendant la grossesse par exemple (vitamine A, zinc) sont la cause de faibles réserves fœtales de nutriments, condition affectant à son tour le système immunitaire du nourrisson et le rendant probablement plus vulnérable au VIH [19]. Les femmes séropositives sont une priorité capitale pour le PÉTME, car elles sont les garantes de la prévention, de la prise en charge clinique non seulement pour garantir leur propre santé et celui de l'enfant dans le but d'éliminer de nouvelles infections liées au VIH de la mère à l'enfant. Il faut agir sur la nutrition de la mère séropositive pour atteindre les résultats escomptés pour ce programme.

1.1.2 Arrimer nutrition et PÉTME pour une riposte efficiente du VIH

Il est important d'introduire le volet nutritionnel dans le cadre du PÉTME pour accompagner les services déjà offerts aux femmes séropositives. Comme souligne le PAM dans son rapport d'activités en mai 2014, le PTME devrait intégrer les activités nutritionnelles dans des services offerts en matière de santé et de nutrition maternelles et infantiles afin de prévenir la transmission du VIH et de veiller à ce que les mères et les nourrissons bénéficient d'un suivi de la croissance, d'une supplémentation en micronutriments, d'une évaluation nutritionnelle, d'activités d'éducation et de conseils, et d'aliments complémentaires. Plus loin encore, cette enveloppe de services plus complète, comprenant une assistance alimentaire, permet à un plus grand nombre de femmes de participer à des programmes de PTME et de s'y conformer [20]. Cette précaution du PAM pourra être prise en compte dans le PÉTME. La santé des femmes enceintes et les mères séropositives est d'une priorité capitale pour garantir et prévenir d'éliminer de nouvelles infections liées au VIH de la mère à l'enfant.

Au Burundi, la situation de la pauvreté s'est accentuée depuis la guerre civile avec des conséquences sur les secteurs sociaux souvent à l'origine des formes de malnutrition les plus graves. Plus de huit habitants sur dix vivent en dessous du seuil de pauvreté (moins de 1\$ par jour). Avec un taux d'inflation égal à 4,6% depuis quelques années, l'accessibilité à la nourriture est un problème auquel elles sont confrontées au quotidien. Le prix des aliments de base a doublé et est très élevé. La population rencontre un déficit calorique à cause de la consommation moyenne par habitant 1600kcal/J comparativement à la norme recommandée 2100 kcal/J [21]. Ces faits révèlent la situation de la malnutrition dans le pays et engendrent des limites à la réussite du PÉTME.

1.2 Burundi: une situation nutritionnelle des PVVIH alarmante

1.2.1 Présentation Burundi

Le Burundi est un pays situé entre l'Afrique de l'Est et l'Afrique Centrale avec une superficie de 27.834 km² et une population de plus de 8.053.574 d'habitants (en 2008) [22] (Annexe 2). Le PIB du pays est de 2,718 milliards de US avec celui par d'habitant /année est à 102\$/ en 2011. L'indice de GINI est de 0,464 montrant une inégale répartition des revenus du pays. L'indice de développement humain du Burundi est de 0,355. Ce qui le classe au 178^{ème} rang sur un total de 187 pays pour 2012 (PNUD 2012) [23].

La situation sanitaire du Burundi indique un taux élevé de mortalité infantile et de prévalence au VIH. Le tableau 1 ci-dessous le résume.

Tableau I : les situations sanitaires du Burundi

Indicateurs	Valeurs	Années	Sources
Espérance de vie à la naissance	49,7	2012	Unicef
Taux brut de mortalité national	88‰	2012	EDS
Taux de mortalité infantile	59‰	2010	EDS
Taux de mortalité infanto juvénile	96‰	2010	EDS
Taux de mortalité lié au paludisme	34,1%	2010.	PNDS
Taux de prévalence du VIH	1,4%	2010	PNDS
Taux de séroprévalence du VIH chez les malades tuberculeux	26%	2010	PNDS

1.2.2 Situation de l'épidémie à VIH et état de la réponse au Burundi :

Depuis la notification du premier cas du VIH en 1983, des actions ont été menées dans le but d'améliorer la riposte du VIH dans le pays. Le Burundi en 1987, avait mis en place un Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA (PNLS) qui était uniquement dirigé vers la prévention. Cette prévention prenait en compte les personnes infectées comme ceux affecté par ce virus. Dans les années 97 et 98, l'utilisation des ARV a commencé par l'AZT. Ce dernier n'était accessible qu'aux personnes résidant à Bujumbura et qui avaient les moyens. En 1999 le gouvernement avait adopté FNST (Fond National de Solidarité Thérapeutique et en 2000, il avait adopté l'Initiative Burundaise pour l'Accélération de l'Accès aux Traitements Antirétroviraux (IBAATA). Ainsi, le Conseil National de la Lutte contre le Sida (CNLS) a vu le jour. Dans son plan stratégique de 2002 à 2006, son objectif était de mettre sous traitement ARV 25 000 séropositifs qui étaient jugés nécessaires selon les résultats de l'enquête de la séoprévalence de 2002. Mais cette initiative avait été renforcée en 2003 par la recommandation de L'OMS dont l'objectif était de mettre sous traitement 3 millions de PV/VIH en indication de traitement en 2005 dans le monde « 3 millions d'ici 2005 » (three/Five) et le financement du Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme en 2004, qui avaient permis de rendre les traitements gratuits et accessible. Le nombre de sites avait augmenté passant de 4 en 2003 à 52 en 2008 et à 84 en 2009. La prévention du VIH au Burundi s'est dotée de 4 axes stratégiques pour la riposte du VIH. Ce sont :

Axe stratégique 1 : Réduction de la transmission des IST/VIH par le renforcement et l'élargissement des interventions de prévention jugées efficaces. C'est cette stratégie qui intègre l'ÉTME comme étant un des axes programmatiques et d'intervention majeures de la réduction de la transmission verticale.

Axe stratégique 2 : Amélioration du bien-être et de la qualité de vie des PVVIH

Axe stratégique 3 : Réduction de la pauvreté et des autres déterminants de la vulnérabilité face au VIH et au sida.

Axe stratégique 4 : Amélioration de la Gestion & de la Coordination de la Réponse nationale au VIH/ sida [24].

1.2.3 Nutrition et PVVIH au Burundi

Le VIH continue d'être un problème de santé publique au Burundi avec une estimation de 18 000 enfants âgés de 0 à 14 vivants avec le VIH et plus 73 000 enfants âgés de 0 à 17 rendus orphelins. Le tableau 2 ci-dessous présente la situation du VIH [25].

Tableau II : Situation du VIH au Burundi

Indicateurs du VIH dans la population du Burundi	Estimation
Nombre de personnes vivants avec le VIH.	83 000 [76 000 – 91 000]
Taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans	1,4% [1.1% - 1,4%]
Adultes âgés de 15 ans et plus vivant avec le VIH	64 000 [59 000 – 71 000]
Enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH	18 000 [16 000 – 21 000]
Décès dus au sida	4 700 [3 900 – 5 600]
Enfants orphelins du sida âgés de 0 à 17 ans	73 000 [90 000 – 85 000]
Prévalence du VIH chez les femmes enceintes	30 %

Source : ONUSIDA Burundi 2013

Sur le plan nutritionnel le Burundi reste le pays post-conflit, le plus touché par la faim. Près de deux tiers, (58 %) de tous les enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique, l'un des taux les plus élevés dans le monde (Unicef Burundi 2012), celui de la malnutrition modéré chez le même groupe est de 35% tandis que le taux de malnutrition sévère cible est de 6%. La prévalence de la malnutrition est estimée à 25,6% chez les PVVIH sous ARV bien plus élevée que celle de la population générale. En ce qui concerne la situation nutritionnelle des femmes séropositives au Burundi, le rapport de l'étude sur l'état nutritionnel et profil de vulnérabilité des PVVIH au Burundi a révélé un taux de malnutrition de 40,7% chez les femmes enceintes, de 45,9% chez les femmes allaitantes [26]. Or selon PAM, l'insécurité alimentaire est associée à la non-observance des traitements et des soins chez les femmes enceintes infectées par le VIH et leurs nourrissons, ainsi que les enfants et adolescents vivant avec le VIH. Les femmes enceintes séropositives sont plus exposées au risque de malnutrition que les femmes ni malade, ni enceinte en raison de l'augmentation des besoins en nutriments [19]. Lorsque ces femmes n'observent pas de façon

adéquate leur traitement, elles mettent en danger non seulement leur santé, mais aussi celle de leurs enfants. Il peut y avoir un risque de transmission verticale du VIH, et aussi des bébés présentant un faible poids à la naissance. Cela montre qu'il faut agir sur l'aspect nutritionnel de ces femmes séropositives et leurs enfants pour améliorer l'observance des traitements et la poursuite des soins pour Éliminer les nouvelles infections à VIH pédiatriques et améliorer la santé maternelle et infantile.

1.2.4 Le PÉTME au Burundi

Le Burundi a adhéré au plan global d'élimination de la TME (éTME) d'ici 2015 adoptés en juin 2011 par l'ONUSIDA et l'UNICEF, plan qui concerne tous les pays à haute prévalence d'infection à VIH et à taux élevé de TME. Ce plan national d'é TME est donc une amélioration du plan de passage à échelle des interventions de PTME et prise en charge pédiatrique en tenant compte des recommandations de l'analyse des goulots d'étranglement de la PTME basé sur l'équité et genre. Et cette démarche, entreprise depuis 2010 par le Burundi en faveur de l'élimination de la transmission Mère-enfant du VIH démontre clairement une accélération de la réponse en matière de la lutte contre le VIH/SIDA.

Pour l'effectivité de ce plan et sa mise en œuvre en tant que programme, un Comité national multisectoriel de suivi et un Comité Technique multisectoriel de coordination avaient été mis en place par le ministère de la santé et de lutte contre le VIH/Sida et fonctionnaient depuis novembre 2011. Ces comités disposent d'un plan d'action et d'un règlement intérieur bien définis [27].

Il existait un programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) qui a débuté ses activités en Septembre 2000, au Centre Communautaire de Buyenzi, avec l'appui financier de l'UNICEF en tant que phase pilote. En 2002, les activités de ce site pilote PTME avaient été évaluées pour mieux intégrer les nouvelles approches stratégiques telles que proposées par l'OMS en collaboration avec les autres partenaires internationaux. A la fin de l'année 2011, le nombre des sites PTME accrédités s'élevait à 291 et repartis dans toutes les provinces du pays [28] (annexe 3). Le Burundi utilise les recommandations de l'OMS, l'ONUSIDA et L'UNICEF dans le cadre du PTME dans ces paquets d'activités.

Le cadre institutionnel de la gestion du programme de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant au Burundi est subdivisé comme suit :

Un organe de coordination qui est le Conseil National de Lutte contre le VIH (CNLS) avec son Secrétariat Exécutif Permanent, qui à la charge de proposer les politiques nationales dans les secteurs de lutte contre le VIH et le plan stratégique national de lutte contre le VIH et la coordination de la riposte.

- Au niveau central, la coordination et l'exécution sont assurées par le Programme National de lutte contre le SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles (PNLS/IST) au sein duquel sont affectés les unités comme un médecin en charge de la PTME et point focal de l'é-TME, deux infirmiers, une infirmière de santé publique et deux sages-femmes. Pour renforcer la coordination du programme PTME dans le cadre précis de l'éTME deux comités sont mis en place d'une part le Comité politique de Haut niveau sous la présidence du Ministre de la Santé, d'autre part, le Comité Technique multisectoriel qui est fonctionnel avec un plan d'actions et un règlement d'ordre intérieur bien définis.
- Au niveau décentralisé, les Médecins chefs de districts en collaboration avec les Directeurs des hôpitaux et les titulaires des Centres de Santé coordonnent et suivent la mise en œuvre des activités de PTME.

Pour la réussite de l'éTME, le ministère de la santé publique et de la lutte contre le VIH/Sida travaille en partenariat avec les agences des Nations Unies tels que OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, l'OPDAS, les bilatéraux l'USAID/PEPFAR, les multilatéraux, les ONG locales et internationales, les associations locales ainsi que la société civile [27].

Ce programme se base sur des stratégies dont l'application de certain est déjà effective :

- 1) Renforcement / intensification des interventions visant la prévention primaire du VIH chez les personnes en âge de procréer en particulier les femmes
- 2) Le conseil et dépistage du VIH et la stratégie de communication dans le cadre de la PTME
- 3) Intégration des interventions de PTME aux services de Santé maternelle et infantile
- 4) Intégration des services VIH dans les services de la santé sexuelle et reproductive et vice versa
- 5) L'usage des antirétroviraux chez femmes enceintes séropositives
- 6) Les pratiques obstétricales à moindre risque
- 7) La Prise en charge de l'enfant né de mère séropositive
- 8) Les Normes et Procédures pour le suivi post-partum de la femme
- 9) Les activités de Mobilisation sociale en faveur de la PTME y compris l'implication des partenaires
- 10) Le Renforcement et amélioration du Cadre de coordination et de suivi-évaluation des activités PTME

Dans ces différentes stratégies, celles de l'intégration de l'appui nutritionnel n'y figure pas. Ce qui montre clairement que la nutrition dans la prise en charge des femmes séropositives n'est pas encore une réalité.

1.3 Enoncé des questions, hypothèses et objectifs de recherche

Le traitement médicamenteux par ARV n'est pas la seule réponse à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Il est tout aussi nécessaire d'associer un certain nombre de règles se rapportant à l'alimentation des malades du VIH. Notre travail contribuera à répondre à la nécessité d'allier nutrition et éTME pour améliorer la qualité de la prestation sanitaire offerte aux femmes séropositives en vue d'un service complet dans le compte du programme éTME.

1.3.1 Hypothèses de recherche

Pour cela, nous avons formulé les hypothèses suivantes pour notre étude :

Hypothèse 1 : L'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme éTME est un élément essentiel de la prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH. Cette intégration passe par l'identification et la prise en compte d'un certain nombre de facteurs (conditions) clés.

Hypothèse 2 : L'intégration est un processus inclusif et participatif en plusieurs étapes auxquelles interviennent plusieurs acteurs.

1.3.2 Questions de recherche

La présente étude cherche à résoudre les problèmes liés à la faible intégration de l'appui nutritionnel dans le PéTME. Notre question de recherche est libellée comme suit: **comment intégrer l'appui nutritionnel dans le programme éTME au Burundi?**

Pour y parvenir, deux questions spécifiques sont définies :

- ✓ Quelles sont les conditions favorisant l'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme éTME au Burundi?
- ✓ Quelle sont les parties prenantes et leurs rôles pour une intégration effective de l'appui nutritionnel dans le programme éTME au Burundi et la démarche à suivre?

1.3.3 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de proposer une démarche stratégique pour l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PéTME au Burundi pour l'amélioration de la qualité de vies des femmes enceintes /allaitantes séropositives.

De manière spécifique, il s'agira de:

- ✓ Identifier les conditions favorisant l'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme éTME au Burundi
- ✓ Déterminer les parties prenantes ; leurs rôles ainsi que la démarche à suivre pour une intégration effective de l'appui nutritionnel dans le programme éTME au Burundi.

Bien que la nutrition soit reconnue comme un élément essentiel dans la riposte du VIH, sa prise en compte dans les programmes de prise en charge des PVVIH, surtout pour ce qui concerne les femmes enceintes/allaitantes n'est pas effective. Dans le contexte du Burundi, où le taux de malnutrition chez les femmes séropositives est critique, il est indispensable de trouver des stratégies adéquates et adaptées pour y remédier. Ainsi, cela constituera un appui pour les bénéficiaires dans leur traitement médicamenteux et dans leur réhabilitation nutritionnel.

2 CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Dans ce chapitre, nous développerons le cadre théorique et conceptuel de la présente recherche. Il s'agira de définir quelques concepts clés et de nous attarder sur quelques notions théoriques tirées de la littérature, en rapport avec notre objet d'étude. Sur cette base, nous nous efforcerons de schématiser le cadre conceptuel pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

2.1 Clarification conceptuelle:

2.1.1. PÉTME: Que faut-il en comprendre et quels sont les facteurs de risques en absence de traitement?

- PÉTME :

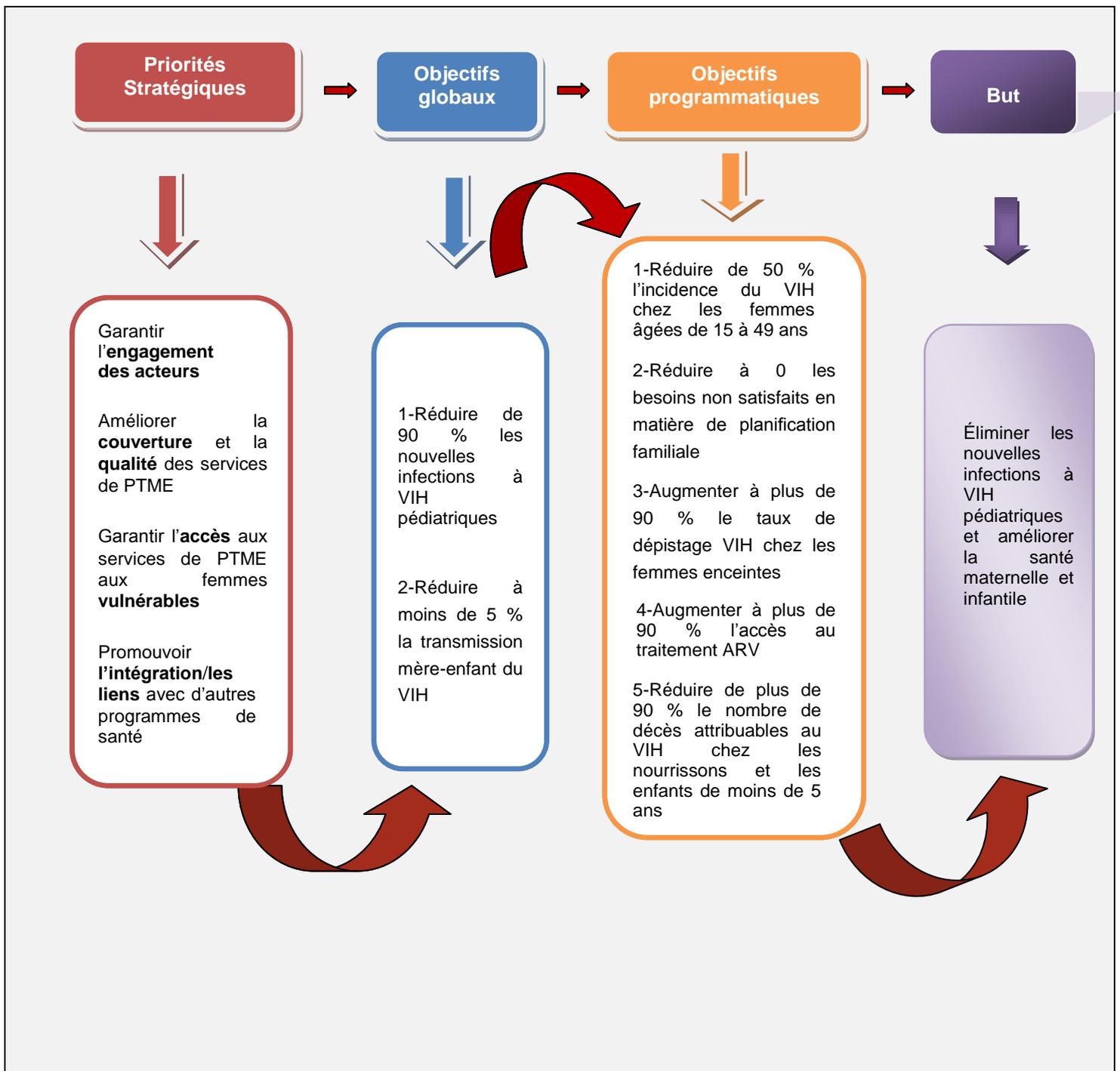
L'éTME se définit comme l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le Programme éTME est un programme plus élargi que celui du PTME (la prévention du VIH de la mère à l'enfant). En effet la PTME, est l'une des mesures les plus efficaces de prévention du VIH en matière de la transmission verticale. Elle constitue une grande composante dans la réduction de l'infection à VIH chez l'enfant. Vu le progrès de ce programme dans le monde et en particulier dans les pays à faible et moyen revenu, l'ONUSIDA et les autres organisations ont établi un «plan mondial d'élimination de nouvelles infections chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie». Le but du PÉTME est de réduire de 90% les nouvelles infections chez les enfants et les décès maternels et infantiles liés au VIH à plus de 50% [3]. Il vise à éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) et atteindre un grand nombre de femmes séropositives enceintes. Ainsi

enfants bénéficieront pleinement du soin qu'il faut pour une génération future sans VIH. Dans la globalité, sa prise en charge prend en compte la mère, l'enfant et la famille et le partenaire. Ces stratégies ont été élaborées au niveau international par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les autres agences des Nations Unies notamment l'ONUSIDA et sont axées sur quatre piliers :

- 1) La prévention primaire du VIH ciblant principalement les femmes en âge de procréer
- 2) La prévention des grossesses non désirées chez les femmes VIH+
- 3) Les interventions "spécifiques" PTME ciblant la femme enceinte VIH+
- 4) La prise en charge de la femme séropositive, de son enfant et de sa famille [2]

Le cadre conceptuel du programme est présenté dans la figure 1 comme suit :

Figure 1: Cadre conceptuel de pour l'élimination de la transmission mère-enfant (éTME)



Sources: Adaptée de l'OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA 2012. Réalisé par Joëlle M.

- Les facteurs de risque et options de traitement contre la TME et de l'éTME

L'absence de prise en charge de la TME augmente le risque de transmission de l'ordre de 25% à 50%. A l'échelle individuelle, le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant pendant la grossesse et au moment de l'accouchement se situe entre 15% et 30%, et pendant la période d'allaitement entre (10% et 20%) [29]. Concernant l'allaitement, les connaissances ont progressé ces dernières années, et aujourd'hui la pratique de l'allaitement mixte (lait maternel et substituts) constitue également un facteur de risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. De plus ce

risque augmente proportionnellement pendant à la durée d'allaitement. Chez la mère allaitante, en cas de fissures, crevasses, mastites et abcès mammaires, le risque de transmission du VIH est plus important. Chez l'enfant, c'est la présence de muguet buccal et/ou d'ulcérations buccales ainsi que l'achlorhydrie qui accroît encore le risque de transmission. D'autres facteurs comme la charge virale élevée et la malnutrition maternelle peuvent influencer la transmission du VIH de la Mère à l'enfant. [30]

Concernant le traitement pour la prévention de la TME, une étude menée en 1998 par le « AIDS Clinical Trials Group (ACTG) 076 » avait montré que la zidovudine (AZT) prise à partir du quatrième mois de la grossesse et administrée par voie intraveineuse pendant le travail, puis administrée pendant 6 semaines à des nouveau-nés qui n'étaient pas allaités par la mère séropositive, parvenait à réduire d'environ 60% la transmission du VIH de la mère à l'enfant. D'autres études importantes menées dans des pays du Sud (en Thaïlande et au Rwanda), montrent qu'il est possible de diminuer cette transmission en administrant des antirétroviraux (ARV), d'où l'ampleur prise par PTME [31].

En 2006, l'OMS recommande pour le programme TME l'utilisation de la prophylaxie antirétrovirale, associée à un traitement de zidovudine (AZT), de névirapine (NVP) une association de [AZT + 3TC] au cours de l'accouchement et une semaine après, ainsi qu'une prophylaxie d'une semaine chez les nourrissons après la naissance. Cependant en 2010, l'OMS présente de nouvelles options dites A et B, qui commencent à des stades antérieurs de la grossesse et ceci dans le but de répondre aux exigences de l'éTME. Pour l'option A, il s'agit d'administrer à la mère et au nourrisson un traitement prophylactique à base d'AZT, en association avec de NVP. En ce qui concerne l'Option B, elle consiste à administrer à la mère un traitement prophylactique basé sur trois médicaments pris pendant la grossesse et tout au long de la période d'allaitement et une prophylaxie infantile au cours des six semaines qui suivent la naissance, que l'enfant soit allaité ou non.

En 2013, pour une réponse efficace du traitement et pour accompagner le Programme éTME, l'OMS adopte de nouvelles directives sur la base d'une expérience faite par le Malawi sur une période de 15 mois en 2012. Il s'agit de l'option B+ qui recommande une thérapie antirétrovirale à vie pour toutes les femmes enceintes et allaitantes séropositives, indépendamment de leur numération de CD4. Cette option B+ permettra de multiplier par 7,5 le nombre de femmes enceintes sous thérapie [32]

Le tableau ci- dessous récapitule les différents type de traitement médicamenteux offrir aux femmes séropositives.

Tableau III : les différentes options de traitement de TME

OPTIONS	CD4 > 350CELL/MP	CD4 < 350 CELL/MP	ENFANTS
Option A	Anti-partum : AZT dès la 14 ^{ème} semaine Intra-partum : Act NVP et première dose d’AZT/+3TCfois/7 jours	Trois ARV dès le diagnostic poursuivi à vie	NVP dès le la naissance jusqu’à 7jours après l’éviction d’allaitement ou jusqu’à 4-6 semaines si la mère est sous traitement, et ne donne pas le sein
Option B	Trois ARV dès la 14 ^{ème} semaine : poursuivre jusqu’à la naissance de l’enfant (sans allaitement maternel) ou jusqu’à 7jr après l’éviction d’allaitement		NVP ou AZT de la naissance jusqu’à l’âge de 4-6 semaines quelle que soit la méthode d’alimentation
Option B⁺	3 ARV dès le diagnostic et poursuivi à vie		

Sources: Toolkit. *Etendre et Simplifier des femmes enceintes vivantes avec le VIH: Les outils pour gérer la transition vers l’option B/ B⁺*

2.1.2. La nutrition

C’est l’ensemble des réactions par lesquels le corps transforme et utilise les aliments pour obtenir de l’énergie et pour assurer le maintien de la vie. [33]

2.1.3. L’intégration de l’appui nutritionnel

C’est ensemble des interventions nutritionnelles qui permettent la mise en œuvre des activités de prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes/ allaitantes séropositives dans le PéTME.

2.1.4. Adhérence et observance

- ✚ C'est le suivi du traitement (consultation, suivi médicale...) sans interruption par un patient.
- ✚ C'est la prise des médicaments ARV sans interruption par un patient.

2.2 Raison justifiant l'intervention en faveur de la nutrition dans les programmes de santé

2.2.1 Mécanisme internationaux sur l'intégration de la nutrition dans la prise en charge des PVVIH

En 2006, l'assemblée générale des nations Unies a pris une résolution qui se matérialise par la déclaration politique sur le VIH/sida, qui en son article 28 énonce: «Nous décidons d'intégrer le soutien alimentaire et nutritionnel afin que tous les êtres humains aient, à tout moment, accès à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active, comme éléments d'une riposte globale au VIH/sida». Cela démontre très bien l'importance accordée à la nutrition dans la riposte du VIH [34]. Ce même engagement a été repris en 2011 à l'assemblée générale des nations de la Déclaration Politique sur le VIH de 2011 qui dans sa résolution 70 stipule clairement « Nous engageons à agir immédiatement, aux niveaux national et mondial, pour intégrer l'appui alimentaire et nutritionnel aux programmes destinés aux personnes touchées par le VIH afin d'assurer à ces personnes un accès à des aliments sûrs, nutritifs et en quantité suffisante pour satisfaire leurs besoins et leurs préférences alimentaires et qu'ils mènent une vie active et saine dans le cadre d'un programme global d'action contre le VIH et le sida » [35].

Les décideurs et responsables de programmes des pays d'Afrique francophone réunis en présence de représentants des organismes des Nations Unies, des donateurs et des partenaires bilatéraux ont pris une résolution, celle de EB117.R2 (WHA59.11) au cours de la consultation conjointe intitulée "Nutrition et VIH/sida" au Burkina Faso en 2008 qui s'énonce comme suit: «Nous, participants, reconnaissons que: Les interventions dans le domaine de la nutrition contribuent à diminuer la susceptibilité aux infections opportunistes des personnes vivant avec le VIH/sida et à améliorer leur état nutritionnel. Une alimentation adaptée contribue à améliorer la tolérance et l'observance du traitement antirétroviral et améliore la qualité de vie générale. La prévention de la transmission de la mère à l'enfant et les pratiques appropriées pour l'alimentation de ces nourrissons augmentent considérablement les chances de survie des nourrissons exposés, qu'ils soient ou non infectés par le VIH» [36].

Egalement, lors de la 18^{ème} conférence internationale sur le VIH/Sida en 2010 en Vienne et en Autriche, le PAM a rappelé aux différents pays, la gravité de l'absence de la nutrition chez les PVVIH [37].

2.2.2 Expériences sur l'intégration de nutrition dans la prise en charge des PVVIH

En Côte d'Ivoire en 2009, les Fonds PEPFAR avaient permis d'apporter un support en aliments aux femmes séropositives enceintes et allaitantes dans le programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) [12]. Egalement avec l'aide de PAM, le PEPFAR en Ethiopie en 2009 apporte une aide alimentaire aux PVVIH [38].

Le PAM accompagne souvent le ministère dans la prise en charge nutritionnel des PVVIH soit dans la distribution des vivres alimentaires ou soit dans l'évaluation de la situation nutritionnel des PVVIH. Il constitue un facilitateur pour l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME. Au vu du large éventail de bénéficiaire (PV/VIH, et des autres couches vulnérables), le PAM se trouve limité dans l'accompagnement spécifique à l'endroit des femmes séropositives de ce programme. Egalement, l'UNICEF joue le même rôle que le PAM à la différence qu'il apporte un appui aux femmes enceintes et allaitantes dans la prise en charge nutritionnelle des nourrissons et des jeunes enfants

3 CADRE METHODOLOGIQUE (METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE)

Les chapitres précédents ont permis de poser la problématique de l'intégration d'un appui nutritionnel dans la TME au Burundi et de présenter une revue de la littérature quant au sujet étudié. Le présent est consacré à la présentation de la méthodologie de recherche et l'étude de son intégration. Le stage académique du Bureau effectué au sein de l'ONUSIDA Burundi nous a permis de relever les insuffisances et difficultés pour l'efficacité d'un tel programme qui est d'une priorité pour l'ONUSIDA du Burundi dans sa lutte contre le VIH.

3.1 Méthode d'intervention

3.1.1 Population d'étude

La population d'étude représente l'ensemble des acteurs du PÉTME.

- Les cibles primaires comprennent : les responsables du PTME au Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil national de Lutte contre le Sida (SEP/CNLS), le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) en charge d'élaboration des documents pré cités, programmes et stratégies de l'éTME, les agents de santé qui offrent les services de PTME, les agents des Organisations Onusiennes qui assistent en appui nutritionnel aux PVVIH (PAM) et quelques ONGs.
- Les cibles secondaires de l'étude sont constitués des bénéficiaires (femmes enceintes/allaitantes) âgés de plus de 18ans et séropositives et sous ARV dans le centre de soins pilote d'un service PTME en Mairie de Bujumbura.

La méthode non probabiliste et la technique par commodité seront utilisées pour le choix des femmes séropositives à enquêter et des chargés de programmes éTME. Divers instruments de collecte de donnée ont été utilisés.

3.1.2 Instruments de collecte de données

Les principaux outils ayant permis de colliger les données sont :

- Revue documentaire;
- Entretien semi-structuré avec les responsables en charge du PÉTME au Burundi et entretien structuré avec les bénéficiaires sur terrain auprès des bénéficiaires
- Apport pratique par stage

Revue documentaire

La revue documentaire nous a permis de recenser et de consulter les écrits sur les différentes raisons de l'intégration de la nutrition dans les programmes de santé et dans la prise en charge des PVVIH. Elle nous a permis d'identifier les probables conditions favorables et les parties prenantes pour une mise en œuvre efficace de cette intégration.

Entretien avec les Interlocuteurs clés

Nous avons d'abord fait le choix raisonné de ces responsables au Burundi, de par leur poste occupé au sein d'organisation internationale, d'institution nationale et en tant que décideurs, partenaires dans la mise en œuvre de l'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme éTME. Il s'agit du chargé point focal éTME au Secrétariat Exécutif Permanent du Conseil national de Lutte contre le Sida (SEP/CNLS), le responsable du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) en charge de l'élaboration des programmes et stratégies de l'éTME, la responsable point focal PTME à l'OMS, la responsable PTME du centre CMC Buyenzi et les agents de santé qui offrent les services de PTME. L'agent responsable du PAM assistant en appui nutritionnel aux PVVIH et quelques ONG SWAA Burundi et la Nouvelle Espérance qui ont été choisis du fait qu'elles offrent des services nutritionnels aux PVVIH quand bien même elles ne sont pas encore accréditées pour le PTME. Les questionnaires d'entretiens ont été établis sur la base des facteurs qui favorisent l'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme éTME (Annexes 3,4). Le choix porté sur les femmes bénéficiaires vient du fait que la prise en compte de leur perception sur l'intégration de la nutrition dans ce programme est importante.

Nous avons choisi ces femmes dans le centre CMC Buyenzi parce qu'il est le centre pilote de PTME, le plus ancien à avoir abrité le programme PTME depuis 2000. Par ailleurs, les défis auxquels ce centre est confronté sont principalement les mêmes dans les autres centres décentralisés. La problématique de l'appui nutritionnel dans ce programme se pose de la même manière dans tous les autres sites.

Nous avons établi comme critère d'inclusion: Femmes séropositives enceintes / allaitantes sous ARV et âgées d'au moins 18 ans. L'échantillon devant faire l'objet de notre étude était de 20 % de l'effectif des femmes séropositives malnutries. Sur les 200 prévus, seulement 150 formulaires ont pu être administrés par les femmes dans ce centre parce que les jours de rendez-vous de ces femmes pour la consultation n'ont pas été compatibles avec notre passage pour leur soumettre les questionnaires.

Approche pratique par stage professionnel

Le stage effectué au sein du Bureau de l'ONUSIDA au Burundi nous a permis d'avoir une idée sur la maîtrise des stratégies d'interventions, tout en soulignant les éléments qui freinent l'efficacité des actions menées contre le VIH. Il nous a permis d'être en contact avec les points focaux de PÉTME dans les différentes institutions ainsi que de comprendre qu'au-delà du traitement,

l'aspect nutritionnel chez les femmes séropositives peut faire avancer le processus de lutte contre le VIH. Nous nous sommes rapprochés des ONG de prise en charge des PV/VIH comme : La SWAA Burundi (Society for Women Against Aids in Africa branch of Burundi), la Nouvelle Espérance une organisation confessionnelle et le centre Hospitalier universitaire de Kamenge (CHUK) pour s'approprier de la manière dont la prise en charge nutritionnelle des PV/VIH est faite.

La répartition des cibles de l'enquête par technique et outils de collecte des données sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau IV : répartition des cibles de l'enquête par technique et outils de collecte des données

Sources /Cibles/ Nombres	Techniques	Outils
Femmes enceintes /allaitantes sous ARV au CMC Buyenzi (150)	Entretien structuré	Guide d'entretien
Responsables du PÉTME au PNLs et SEP-CNLS, à l'OMS et au responsable de PRONIANUT, Responsable du PTME au CMC Buyenzi	Entretien semi-structuré	Guide d'entretien
Agents de santé et agents communautaires du centre PTME au CMC Buyenzi et les ONG SWAA Burundi et la Nouvelle Espérance	Entretien individuel	Guide d'entretien
Documents	Revue documentaire	Synthèse et analyse

3.2 Traitement et analyse des données:

La saisie et le traitement des données de l'entretien avec les bénéficiaires (femmes enceintes et allaitantes séropositives) ont été faits avec le logiciel Epi-Info 2008 (version 3.5.1) et les autres outils manuellement. Une synthèse et analyse documentaire aussi ont été effectuées.

Le plan d'analyse a étudié les conditions favorables suivant l'engagement politique, économiques, sanitaires, environnementaux; social et ceux liés aux parties prenantes qui influencent l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME.

3.3 Présentation de la structure d'accueil et apport de stage

3.3.1 Structure d'accueil

Notre stage s'est déroulé au sein de l'ONUSIDA Burundi qui a constitué notre structure d'accueil dans ce pays. **L'ONUSIDA** est le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Son siège est à Genève en Suisse, il a été créé dans le but d'avoir une réponse efficace au VIH. La mission principale de l'ONUSIDA Burundi s'inspire de celle de l'ONUSIDA qui est de catalyser, renforcer et de coordonner les compétences, les ressources pour atteindre un seul objectif celui de mettre fin à la pandémie du VIH au Burundi et d'avoir une génération future sans VIH. Il joue le rôle de leadership et de plaidoyer c'est-à-dire promouvoir l'engagement et influence la mise en place d'un agenda politique en matière de VIH. Fondé sur les droits et sensible aux questions sexospécifiques, en vue de la réalisation des objectifs mondiaux pour 2015 en matière de Sida et des objectifs stratégiques de l'ONUSIDA.

L'ONUSIDA Burundi guide et mobilise la communauté internationale en vue de concrétiser sa vision de l'Accès Universel aux services de prévention, de traitements, de soins et d'appui au Burundi avec pour objectifs:« Zéro nouvelle infection à VIH; Zéro discrimination; Zéro décès lié au sida ». Conjuguant ses efforts avec les 11 institutions des Nations Unies – le HCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, l'UNFPA, l'UNODC, ONU Femmes, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale, il collabore étroitement avec les partenaires nationaux pour que la riposte au sida donne les meilleurs résultats possibles dans un temps relativement court. Enfin, il encourage la responsabilité mutuelle où il renforce l'efficience et l'efficacité du programme de lutte contre le VIH pour obtenir des résultats mesurables satisfaisants dans le cadre de la stratégie, de sa mission et de sa vision. Il apporte en outre son appui technique au Gouvernement dans la définition des orientations nationales. Il soutient la mise en œuvre des interventions dans le cadre de la réponse nationale au Sida au Burundi. Sa priorité capitale est l'accélération du PÉTME, ainsi il coordonne toutes activités pouvant booster l'élimination de nouvelles infections du VIH de la mère à l'enfant pour un Burundi futur sans VIH [37].

4 Proposition de la stratégie de mise en œuvre de l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME

Après avoir présenté le contexte du PÉTME au Burundi, une revue documentaire nous a permis de faire le tour de la question liés aux défis de la riposte au VIH au Burundi. Nous nous sommes proposé d'identifier les facteurs pouvant favoriser l'intégration de l'appui nutritionnel, les parties prenantes à la mise en œuvre du programme, ainsi que leurs rôles. Ce chapitre présente les résultats de nos enquêtes et la discussion de ces résultats. Sur cette base, nous ferons quelques recommandations pour la faisabilité.

4.1 Résultats d'enquêtes

4.1.1 Les conditions favorisant l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME

Les différentes conditions favorables à l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME sont : la mise en place d'un environnement propice durable par l'Etat Burundais à travers un engagement politique, l'élaboration d'une réglementation (loi-cadre) pour intégrer l'appui nutritionnel par l'existence des ressources économiques, humaines compétentes en nutrition; l'existence d'un centre de prise en charge de PTME performant); l'existence d'un système d'approvisionnement adéquat. En effet, il ressort de la revue documentaire qu'aucune des conditions précitées n'est satisfaite. Aucune stratégie claire sur la nutrition des mères enceintes/allaitantes séropositives n'est mentionnée. Egalement, lors de nos entretiens avec les responsables en charge du programme PÉTME au Burundi, ils affirment qu'il n'existe pas une loi sur l'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme PÉTME et cela se traduit par l'absence d'un document politique. 100% des personnes enquêtées constatent qu'il n'existe pas de budget alloué par le gouvernement pour subventionner l'appui nutritionnel dans ce programme (pour fournir des ressources matérielles) n'est pas favorable. Une insuffisance de ressources humaines compétentes, l'inexistence d'un système d'approvisionnement en intrant nutritionnel constituent également des obstacles. Le mécanisme gouvernemental est quasi inexistant en matière de prévision, de stockage, de distribution des produits nutritionnels. La responsable du centre PTME en étude et les agents de santé, confirme le problème de la mauvaise alimentation chez les femmes et suggèrent que tous les politiques prennent conscience de cet enjeu et se l'approprient. Ces différents acteurs suggèrent que des politiques qui visent la promotion de la nutrition chez les femmes séropositives enceintes / allaitantes doivent être prise en compte par les autorités. Egalement des mesures doivent être mises en place pour former les agents de santé dans le domaine de la nutrition. Les deux ONG ciblées, la SWAA

Burundi et la Nouvelle Espérance qui prennent en charge la nutrition des PV/VIH en particulier des femmes se voient limitées dans la proposition d'activités à cause des difficultés liés aux financements qui viennent en majorité des partenaires extérieurs. La couverture nutritionnelle des femmes enceintes/allaitantes et celui des enfants séropositives est restreinte et ne couvre qu'une partie de cette population. On a constaté qu'au niveau du grand hôpital, le centre Hospitalier universitaire de Kamenge (CHUK), il n'y a pas de budget pour la prise en charge nutritionnelle pour des femmes séropositives malnutries. Mais ils arrivent à transférer cinq cas au maximum vers les ONGs qui déjà sont confronté aux même problèmes.

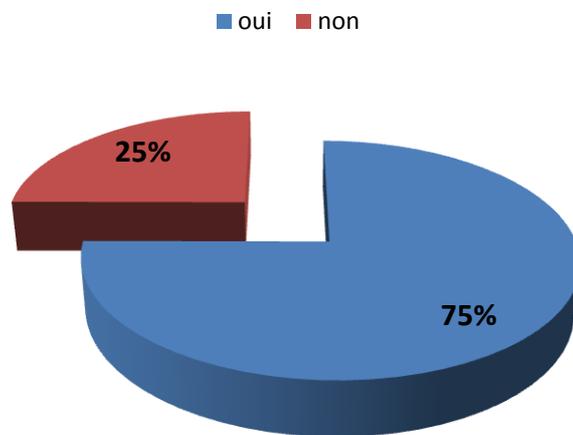


Figure 2 : Répartition des bénéficiaires selon leur accord sur l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME

Pour 75 % des bénéficiaires, tenir compte de tel programme nutritionnel améliorera leurs adhérences au PTME, ainsi que l'observance au traitement ARV et leurs conditions sanitaires. Elles suggèrent avoir une prise en charge globale.

Ceci peut se résumer dans un tableau ci- après :

Tableau V : Conditions favorisant l'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme éTME

Revue littérature	Etat des lieux au Burundi
Existence d'une loi	Absence d'une loi réglementaire
Engagement politique	Inexistence d'un budget pour l'appui nutritionnel
Existence de Ressources humaines compétentes	Insuffisance de RHumaines compétentes
Existence des centres de santé performante	Absence des centres de santé performante
Système d'approvisionnement en intrants adéquat	Inexistence d'un système d'approvisionnement en intrant nutritionnel
Mécanisme de supplémentation alimentaire	Inexistence de mécanisme de supplémentation alimentaire

4.1.2 Les différentes parties prenantes à l'appui nutritionnel dans le PÉTME

A partir de la revue documentaire, nous avons pu identifier des parties prenantes qui sont subdivisées en trois grands groupes à savoir: L'ETAT; les PTF (PAM, ONUSIDA, UNICEF, l'OMS, les ONG locales, PEPFAR); les Bénéficiaires (les femmes enceintes /allaitantes séropositives).

En effet, l'ETAT à travers le ministère de la santé dispose d'une direction du Programme National Intégré d'Alimentation et de Nutrition (PRONIANUT), responsable de l'appui technique dans le domaine de la nutrition dispose d'un budget depuis 2011 pour la nutrition dont une partie est consacrée aux activités du PTME. Cette direction organise parfois des formations continues en nutrition pour les agents de santé et les relais communautaires. Egalement elle dispose d'un Protocole National de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë globale qui prend en compte le programme de réhabilitation nutritionnelle des PVVIH sous TARV.

Les PTF viennent en appui technique et financier au ministère de la santé et de lutte contre le VIH dans l'élaboration de ces documents et programme dans le cadre du VIH. Ils interviennent aussi dans le suivi et évaluation des programmes.

Les ONG identifiées accompagnent les PVVIH en situations précaires en leur offrant des services nutritionnels.

Pour ce qui est des bénéficiaires, elles peuvent jouer les rôles des AGR comme le font d'autres structures. Toutefois, nous avons relevés les points qui montrent la nécessité d'intégrer l'appui nutritionnel dans le PÉTME.

Ceci peut se résumer dans ce tableau ci- après :

Tableau VI : Parties prenantes à l'appui nutritionnel dans le programme éTME

Parties prenantes	Rôles
<p>L'Etat</p> <p>Le gouvernement</p> <p>Ministère de la santé</p> <p>Direction du Programme National Intégré d'Alimentation et de Nutrition (PRONIANUT)</p> <p>Ministère de l'agriculture et de l'élevage</p>	<p>Garantir la santé de la population</p> <p>Budget pour la santé</p> <p>Budget pour fonctionnement et appui nutritionnel PVVIH en général</p> <p>Disponibilité alimentaire</p>
<p>Partenaires techniques et financiers</p> <p>ONUSIDA</p> <p>PAM</p> <p>UNICEF</p> <p>OMS</p> <p>PEPFAR</p> <p>Associations et ONG locales</p>	<p>Coordination, appui technique mobilisation des ressources</p> <p>Distribution de vivres vulnérables (PVVIH)</p> <p>Appui nutritionnel enfants VIH+ malnutris</p> <p>Recommandations des stratégies et politiques</p> <p>Nutrition des Femmes Enceintes Allaitantes</p> <p>PEC Nutritionnelle des PVVIH en général</p>
<p>Bénéficiaires</p> <p>Femmes Enceintes et Allaitantes (FEA) vivant avec le VIH</p>	<p>Suivre traitement</p> <p>Suivre les recommandations</p>

❖ **Profil socio - économiques et alimentaire des femmes séropositives au Burundi**

Dans le but de faire ressortir les conditions des femmes séropositives enquêtées, nous avons identifiés des éléments d'analyse sur les facteurs socio- économiques et nutritionnelles de ces

femmes, et étudiés leurs adhérences aux traitements médicaments. Cela à pour but de montrer l'importance d'agir sur la nutrition dans le traitement du VIH/Sida.

Tableau VII : Répartition des femmes enquêtées selon leurs statuts d'intégration dans le programme éTME

Catégories	Effectifs	Pourcentages (%)
Enceintes séropositives	54	36
Allaitantes	96	64
Totales	150	100

Tableau VIII: Niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentages (%)
Supérieur	10	6,67
Secondaire	27	18
Primaire	63	42
Non scolarisé	50	33,33
Total	150	100

Tableau IX: Niveau professionnel des femmes séropositives enrôlées

Profession	Effectifs	Pourcentages (%)
Fonctionnaire	12	8
Commerçante	14	9,33
Vendeuse	75	50
Cultivatrices	12	8
Etudiante	8	5,33
Autres	29	19,33
Total	150	100

Sur 150 femmes enquêtées, 113 soit (75,3%) des femmes ont confirmé avoir raté la prise des médicaments.

Tableau X: Raisons de la non adhérence à la prise des médicaments

Raisons du non adhérence	Effectifs	Pourcentages (%)
Insuffisance alimentaire	79	69,91
Difficulté de déplacement	16	14,19
Difficulté de prise de médicament	07	6,19
Malade	05	4,33
Oublie	06	5,34
Total	113	100

Les résultats révèlent que 69,9 % des femmes ont déclaré que la prise des médicaments n'est pas régulière en raison de l'insuffisance alimentaire dont elles affirment souffrir

Tableau XI : Répartition des personnes enquêtées selon le nombre de repas pris par jour

Nombre de repas prise par jour	Effectifs	Pourcentages (%)
Un repas par jour	90	60
Deux repas par jour	32	21.33
Trois repas par jour	13	8.66
Autres	15	10
Total	150	100

Les résultats montrent que 60% de ces femmes ne prennent qu'un seul repas par jour.

Tableau XII: Le régime alimentaire quotidien de ces patients, la veille de l'enquête

Base alimentaire	Oui	Non
Riz	91,33	8,67
Pâte de manioc	100	00
Pâte de maïs	100	00
Feuilles de manioc	100	00
Feuilles de lingalinga	100	00
Haricot	88	12
Banane dure	94	6
Pomme de terre	93	7
Patate douce	100	00
Produits laitiers	37,33	62,67
Petit poisson	57,33	42,67
Poisson	27	73
Viande	42,66	57,34
Fruits et légumes	12,66	87,33

Les féculents et les céréales sont plus consommés que les aliments d'origines animales (viandes, poissons et produits laitiers.) La consommation des fruits et légumes est la plus faible, ne concernant qu'à peine plus une femme sur dix

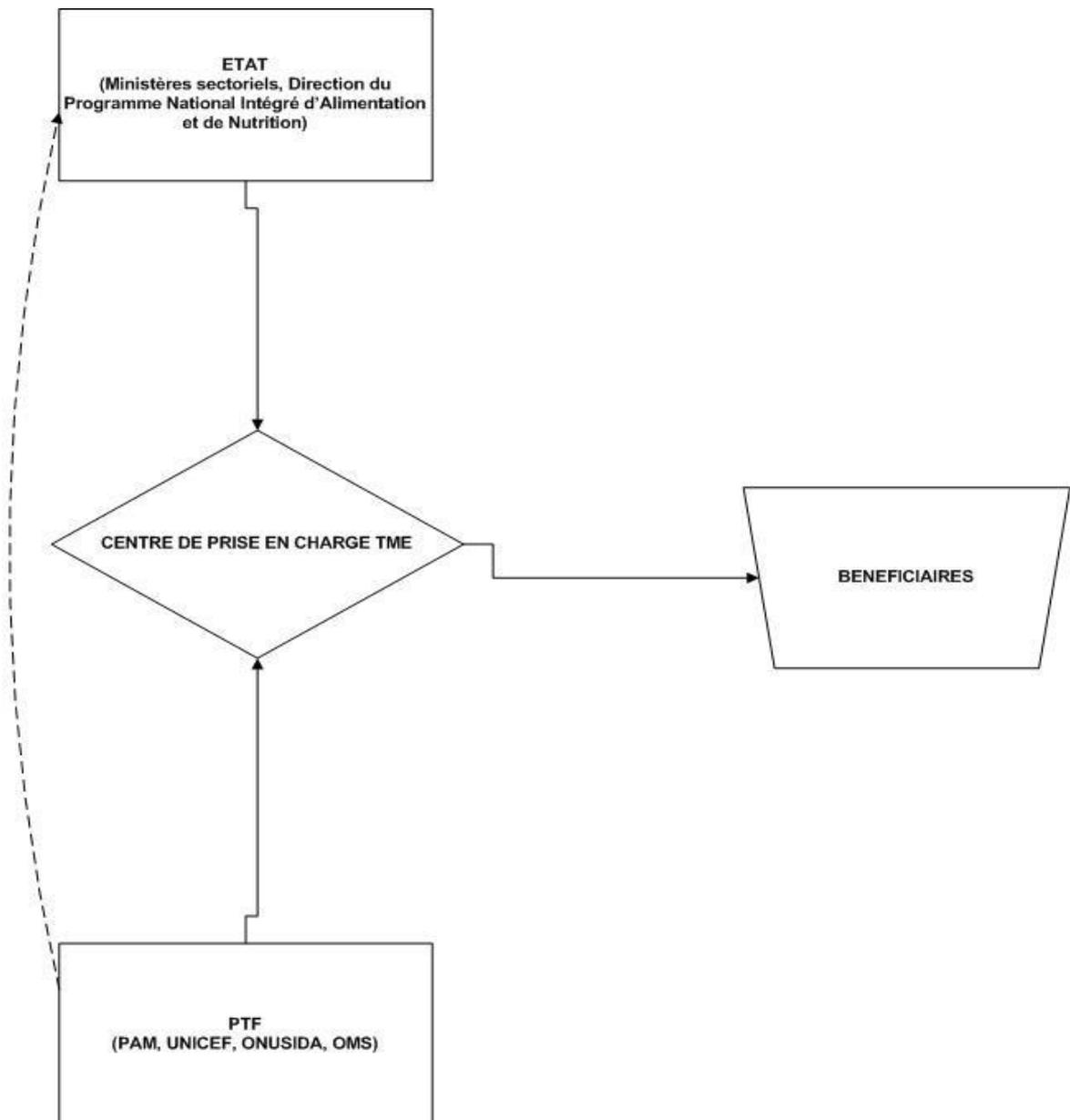
Commentaire :

Soulignons que pour résoudre les problèmes liés à la nutrition chez les femmes séropositives on a besoin de revoir le leadership des gouvernants dans la mise en œuvre d'une politique nutritionnelle car ils ne semblent pas considérer la nutrition comme une priorité dans les interventions sanitaires. Or l'efficacité et l'efficience d'un tel programme dont l'envergure est porteuse de beaucoup de promesse pour le PV/VIH dépendent de l'existence d'une volonté politique qui va répondre aux besoins nutritionnels des femmes séropositives inclus dans ce dit programme.

4.1.3 La démarche à suivre

Pour répondre à nos objectifs, nous proposons une démarche à suivre pour l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME. Elle est résumée dans le cadre conceptuel ci-dessous. Elle regroupe les interactions existantes entre les différentes parties prenantes et les conditions en mettre en place.

Figure 3 : Mécanisme de coopération et d'interaction entre les différentes parties prenantes pour permettre la mise en œuvre de l'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme éTME



SOURCES: MAMA .B. 2015

L'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme éTME au Burundi implique la responsabilité de l'Etat. Pour cela, en collaboration avec les ministères sectoriels, il doit assurer les conditions favorables pour sa mise en œuvre. Le ministère de la santé et de lutte contre le VIH délègue à la direction de PRONIANUT pour mener le rôle de fournisseur des intrants nutritionnels, et la formation des agents dans les différents centres de PTME. Les PTF viennent en accompagnement au ministère dans ces activités par un appui technique et financier. Les bénéficiaires participent à ce processus comme des acteurs de pérennisation du programme.

4.2 Discussion

4.2.1 Les conditions favorables à l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME au Burundi

Le Burundi est aujourd'hui confronté non seulement à une prévalence élevée en TME mais également à la malnutrition observée au sein de la couche la plus touchée c'est-à-dire les femmes. En conséquence, la vie des enfants à naître comme leur survie sont en jeu. Les programmes de traitement du TME instaurés rencontrent des difficultés qui entravent l'observance par les femmes enceintes et allaitantes séropositives. Ainsi, la malnutrition peut aggraver l'impact du VIH et pose des défis significatifs à la prise en charge et au traitement. De fortes interventions en nutrition pourraient aider à l'amélioration de la réponse immunitaire, de la gestion des symptômes, du statut nutritionnel, de l'adhésion au traitement, de la qualité de vie et de productivité.

L'efficacité de l'objectif du programme éTME qui est d'éliminer la transmission du VIH de la mère à l'enfant et de maintenir leurs mères en vie, dépend en fait de la santé nutritionnelle des mères qui sont sous traitement. Or l'élaboration des stratégies de nutrition au Burundi n'a véritablement commencé que récemment (2009-2012).

Les recommandations actuelles suggèrent que les gouvernements devraient mettre en œuvre des plans nationaux pour intensifier les différentes interventions de nutrition, des systèmes pour surveiller et évaluer ces plans, et des lois et politiques visant à améliorer les droits et le statut des femmes enceintes ou allaitantes et des enfants [39]. Cette idée rejoint d'ailleurs les positions que soutiennent de longue date tant la FAO et l'OMS. Cet engagement n'est pas satisfait au niveau des centres PTME au Burundi. La capacité de prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes et allaitantes séropositives est très fragile, et les systèmes d'intervention d'urgence sont presque inexistantes.

Cependant, même en l'absence d'engagement politique en matière de financement et de ressources humaines pour l'intégration de la prise en charge nutritionnelle dans le PÉTME et malgré un système d'approvisionnement alimentaire quasi inexistant, les programmes de nutrition menés en partenariat avec le ministère de la santé essaient d'apporter des solutions à la question.

De ces entretiens, les suggestions suivantes ont été formulées à l'endroit des autorités politico-administratives :

- Mettre en place une Loi-cadre qui inclue la nutrition dans le PÉTME en vue d'éviter non seulement l'inobservance aux médicaments par les femmes et permettre aux enfants de sortir du programme sans le VIH mais également sans des problèmes liés à la malnutrition chez ces enfants à long terme
- Améliorer les conditions des femmes enceintes / allaitantes à situation économique très faible

4.2.2 Les parties prenantes et leurs rôles

En ce qui concerne les institutions

On note une volonté des organisations ONUSIENNES, et surtout l'aide apporté par le PAM à travers la distribution des vivres et les études sur la situation nutritionnelle dans le pays. Egalement, on note un appui de la part de la direction PRONIANUT en matière de la nutrition. Mais toute fois on note une absence de coordination et une mauvaise définition des rôles entre les différents acteurs des programmes pour une bonne intégration de la nutrition dans la mise en œuvre des activités PÉTME au Burundi.

Lors de l'entretien avec les ONG, il en ressort que la prise en charge nutritionnelle devrait concerner tous les PV/VIH mais qu'en réalité elle est loin de tous les couvrir, notamment à cause de ressources financières limitées.

En ce qui concerne les bénéficiaires

On peut retenir que toutes les femmes enceintes ou allaitantes séropositives fréquentant le centre ont un accès gratuit aux médicaments ARV, mais que la prise de ces médicaments n'est pas régulière. Trois femmes sur quatre ont déclaré n'avoir pas pris les médicaments de peur d'avoir des malaises parce qu'elles n'avaient pas bien mangé. Parmi elles, près de sept sur dix ont donné l'insuffisance alimentaire comme raison. L'observance du traitement et la ponctualité aux contrôles périodiques sont des conditions fondamentales pour retrouver la santé et maintenir une qualité de vie satisfaisante. Cela nécessite une bonne alimentation des personnes vivant avec le VIH, en particulier des femmes porteuses de vie et allaitantes séropositives. La malnutrition lors de la

grossesse affaiblit les défenses immunitaires des femmes séropositives, les rend encore plus vulnérables à l'évolution de la maladie, et expose leurs enfants.

Pour les femmes séropositives pendant l'allaitement maternel, le coût en énergie de l'allaitement maternel exclusif est supérieur à 500 calories par jour et l'allaitement maternel augmente les besoins de la mère en ce qui concerne un grand nombre de nutriments. Cela ne se retrouve pas chez ces femmes où plus de 60 % des ces femmes séropositives ne consomment qu'un repas une fois par jour au lieu de trois repas recommandés dans une journée. Selon le rapport d'une consultation d'experts OMS/FAO publié récemment sur l'alimentation, la consommation d'au moins 400 g de fruits et légumes est recommandée par jour pour la prévention des maladies chroniques telles que les cardiopathies, le cancer, le diabète et l'obésité. Or le système immunitaire déficient des PV/VIH est déjà prédisposé à des maladies et des infections. Une alimentation équilibrée aiderait ces personnes à maintenir leur santé. Les fruits et légumes sont des composantes essentielles d'un repas sain et équilibré. Ils apportent les vitamines et les minéraux qui font fonctionner l'organisme et qui renforcent le système immunitaire. Ces aliments sont particulièrement importants pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA pour lutter contre l'infection selon (OMS).

Les habitudes alimentaires des femmes semblent principalement liées à leur niveau économique. Sur les 113 femmes dont la prise de médicament n'est pas régulière, 83% semblent avoir une situation économique très faible, et plus de 50% sont des vendeuses de petits articles qui ne leur procurent pas assez de revenus pour l'achat des aliments. Ce problème résulte lui-même du niveau d'instruction des femmes, un tiers d'entre elles n'ayant pas été scolarisées et environ 4 sur 10 s'étant arrêtées au niveau du primaire. Sinnaere O (2006) et Vande Poel E (2008) ont montré à travers des études différentes que le niveau socio-économique de la famille est souvent lié à la malnutrition sur toutes ses formes. Lorsque ce dernier est bas, il expose tout enfant qui en est issu à la malnutrition [40]. Selon Pelletier et al (1995), la synergie entre la malnutrition et maladies infectieuses expliquerait plus de la moitié des décès chez les enfants de moins de 5 ans [41].

REIFSNIDER E. confirmait également que les femmes enceintes ou allaitantes pauvres ont souvent du mal à se nourrir convenablement ce qui les expose à la malnutrition. Et que le niveau d'instruction de ces femmes reste un problème du fait qu'elles n'ont pas connaissance des bienfaits de la nutrition sur leur santé et celui de leurs enfants [42].

Néanmoins, 100% des femmes allaitantes séropositives savent que l'allaitement maternel exclusif (AME) doit durer six mois, et elles savent aussi que cela représente l'un des meilleurs moyens de prévenir les conséquences de la malnutrition chez les enfants et d'éviter la TME. Selon l'OMS, le lait maternel est l'aliment idéal pour les bébés dans les six premiers mois parce qu'il contient tous les nutriments et les anticorps dont le bébé a besoin pour bien se développer; de plus,

il est sain, facilement disponible et gratuit. Les enfants nés de mères séropositives au VIH ont des besoins nutritionnels particuliers.

Cela implique de veiller à ce que les mères et les familles comprennent les bonnes pratiques d'allaitement et puissent les suivre. Elles confirment avoir reçu des conseils de la part des agents de santé. Mais selon Doyle (2001), les différentes directives sur l'alimentation reçues dans les centres de santé par les femmes qui souffrent de malnutrition se sont révélées peu efficaces comme moyen de réduire la malnutrition [43]; notamment car une fois chez elles, elles ne peuvent pas les appliquer correctement du fait d'une insuffisance alimentaire. Pourtant, pour plus impact de l'AME sur l'enfant, la mère a besoin d'une alimentation équilibrée et riche en micronutriment.

En ce qui concerne l'aide alimentaire, 100% des femmes enceintes et allaitantes de notre échantillon ont déclaré ne pas en bénéficier de l'appui nutritionnel malgré leur situation de pauvreté.

4.2.3 Limites de l'étude

L'absence de nutritionnistes au niveau du ministère de la santé et de lutte contre le VIH; de l'ONUSIDA au Burundi a constitué un grand frein à notre travail.

La période des enquêtes de terrain n'a pas été favorable parce qu'elle coïncidait avec le déplacement en mission de la plus part des responsables en charge de PTME. Cette contrainte a constitué une limite dans la détermination de notre échantillon relatif au choix des responsables. Lors des entretiens avec les femmes PVVIH incluses dans le programme, la barrière linguistique a entravé la communication, nous avons donc eu recourt à un interprète, ce qui peut constituer un biais sur l'information exacte donnée par la personne interviewé.

4.3 Les conditions de mise en œuvre

De tous ces résultats, nous avons dégagé les facteurs favorisant ou limitant qui peuvent influencer sur la mise en œuvre de la stratégie. Le tableau ci –dessous le décrit.

Tableau XIII: Forces, Faiblesses Opportunités, Menaces (FFOM)

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un plan d'élimination de transmission du VIH de la mère à l'enfant. -Existence d'une Direction du Programme National Intégré d'Alimentation et de Nutrition (PRONIANUT) - Protocole National de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë globale qui prend en compte le programme de réhabilitation nutritionnelle des PVVIH sous TARV. - La prise en charge nutritionnelle des PV/VIH intervient dans les stratégies du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH/ Sida - Existence des centres de prise en charge de PTME décentralisé 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de point focal nutrition au Ministère de la santé lutte contre le VIH/SIDA. - Budget non disponible pour la nutrition au Ministère de la santé et de lutte contre le VIH. - Insuffisance des prestataires de soins compétents en nutrition - Manque de coordination entre les différents acteurs en charge des questions du VIH. - Mauvaise définitions des tâches par les PTF
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Engagement politique de l'ÉTME au gouvernement Burundi. - Participation au CIN2 - engagement des partenaires (PTF) 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de réglementations. - Manque de lieu de stockage des aliments et le mode de distributions - Manque de ressources humaines compétentes en nutrition.

PROPOSITION D'UNE STRATEGIE OPERATIONNELLE POUR L'INTEGRATION DE L'APPUI NUTRITIONNEL DANS LE PÉTME

Nous proposons un modèle ci-dessous inspiré du diagramme de Fisch Bone appliqué dans le contexte de la mise en œuvre de l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME. Avant la mise en œuvre de notre stratégies, il serait **nécessaire de faire des plaidoyers** à l'endroit des décideurs politiques afin qu'ils comprennent la nécessité d'une telle stratégie. Il est constitué de (04) axes à savoir :

Axes stratégies 1 : Le Renforcement des capacités du personnel de santé et des agents communautaires par des formations continues en nutrition.

Objectif: Renforcer les compétences des personnels de santé et les agents communautaires pour une meilleure prise en charge nutritionnelle des femmes enceintes/ allaitantes. Il sera question aussi de renforcer le programme

Cibles: Personnels de santé; agents communautaires.

Activités:

- Former les personnels de santé agents communautaires sur les notions de la nutrition chez les femmes séropositives sur les enfants et sur la gestion, le stock et l'acheminement des denrées alimentaires.
- Effectuer des séances d'évaluation ponctuelle de l'application de la formation reçues.

Axes stratégies 2: Education nutritionnelle pour un changement de comportement alimentaire adéquat.

Objectif: Susciter un changement de comportement chez les femmes enceintes /allaitantes séropositives par l'utilisation des produits locaux surtout en fruit et légume

Cibles: les femmes enceintes /allaitantes séropositives

Activités:

- Faire de sensibilisation pour l'adoption des pratiques d'alimentaires saines par des spots publicitaires; des causeries débats des théâtres.
- Faire des démonstrations culinaires à base de ces produits locaux.

Axes stratégies 3: Mise en place d'un système d'information et communication entre les différents acteurs.

Objectif: Garantir le partage d'information entre les différents acteurs de prise en charge du péTME et les leaders politiques, ainsi que les bénéficiaires pour une meilleures coordinations des activités.

Cibles: les décideurs politiques ; le ministère de la santé; les agents de la santé; le PRONIANUT; ONG.

Activités

- Conception d'une base de données nutritionnelles
- Mise à jour des données et mise en place d'un système de suivi opérationnel
- Faire des réunions de partage d'information entre les différents acteurs.
- Intégrer un outil de surveillance.
- Former des agents de santé et les bénéficiaires sur les outils de surveillance.

Axes stratégies 4: Mise en place d'un système d'approvisionnement en intrant nutritionnel.

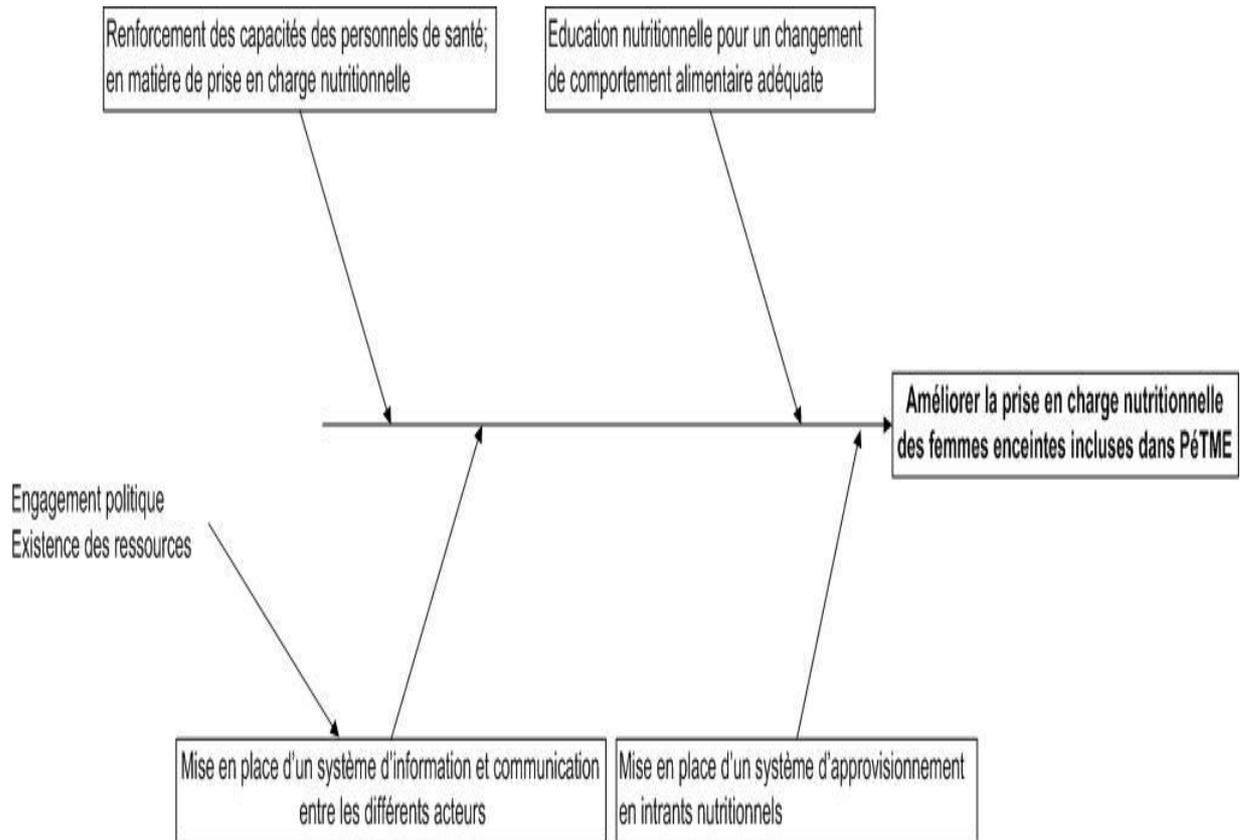
Objectif: Rendre accessible les denrées alimentaires aux femmes enceintes/allaitantes séropositives en situation précaire.

Cibles: SNU; le gouvernement Burundais ; le ministère de la santé; les agents de la santé; le PRONIANUT; ONG.

Activités:

- Construire des locaux pour stocker les intrants
- Doter les centres de prise en charge éTME en intrant nutritionnel;
- Faire des réunion sde concertation entre les différents sites de PTME.
- Distribuer des kits.

Figure 4 : Stratégie opérationnelle de l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME.



Réalisée par : Joëlle M. 2015

SUGGESTIONS

➤ **Aux décideurs politiques**

- Instaurer une loi cadre pour l'intégration de la prise l'appui nutritionnel des femmes enceintes allaitantes VIH+
- Faire une enquête nutritionnelle nationale chez les femmes enceintes allaitantes VIH+ pour évaluer l'ampleur de la malnutrition
- Prévoir un budget pour l'appui nutritionnel dans le PÉTME au sein du budget annuel du ministère de la santé et de lutte contre le VIH
- Intégrer la stratégie proposée dans le PÉTME déjà existant
- Accompagner la PRONIANUT par le financement de leurs plans stratégiques nutritionnels
- Renforcer les capacités des agents communautaires en matière de sensibilisation des PVVIH
- Disposer d'un protocole de prise en charge nutritionnelle des PVVIH
- Disposer au sein du Ministère de la Santé et de lutte contre le VIH/Sida d'un point focal nutrition

➤ **Aux PTF**

- Faire un plaidoyer aux décideurs politiques du Burundi pour l'adoption d'une loi sur l'appui nutritionnel des femmes enceintes allaitantes VIH+ dans le PÉTME
- Investir d'avantage dans la supplémentation alimentaire des femmes enceintes/allaitantes infectées par le VIH
- Accompagner le Ministère de la Santé et de lutte contre le VIH dans la mise en œuvre de la stratégie d'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME
- Disposer d'un point focal nutrition aux seins des organisations

➤ **Aux bénéficiaires**

- Meilleure fréquentation des services de santé
- Meilleure observance du traitement
- S'approprier les interventions nutritionnelles effectuées à leur endroit

CONCLUSION

Le problème de la malnutrition chez les PV/VIH au Burundi continue d'être un problème de santé publique. Il freine considérablement la riposte efficace du VIH. Raison pour laquelle notre étude s'est fixée comme objectif de proposer une stratégie de l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME au Burundi.

En réponse à notre question de recherche comment intégrer l'appui nutritionnel dans le PÉTME au Burundi, nous avons identifiés les conditions favorables pour cette intégration d'une part et avons identifiés les parties prenantes qui sont entre autres le PAM; UNICEF, PEPFAR, ONUSIDA, le Ministère de la santé et de lutte contre le VIH/SIDA, la direction de la PRONIANUT et les bénéficiaires (femmes enceintes /allaitantes séropositives) d'autre part.

Ces deux éléments, nous ont permis de proposer une stratégie pour rendre opérationnelle l'intégration de l'appui nutritionnel dans le PÉTME au Burundi. Cette stratégie, se décline en éléments suivants: il est question de responsabiliser la direction de la nutrition PRONIANUT qui est du ressort du Ministère de la santé et de lutte contre le VIH /SIDA à fournir les intrants nutritionnels aux centres de prise en charge de PTME. Cette direction se chargera d'approvisionner le centre de PTME déjà en place permettant ainsi l'accessibilité et la disponibilité des intrants aux femmes enceintes /allaitantes séropositives sous TARV. Toutefois elle recevra un accompagnement technique et financier de son ministère via l'Etat Burundais et également des PTFs.

Mais parallèlement, le gouvernement doit créer un environnement favorable pour faciliter la mise en œuvre de la stratégie opérationnelle. Une mise en place des ressources financières; la formation des personnels de santé en nutrition. Egalement la mise en place des circuits de distribution des aliments qui définira le lieu de stockage des denrées, les personnels à former pour la distribution des denrées et les conditions de distribution.

Certes des facteurs limitant qui existent ont été identifiés, toutefois nous avons proposé des solutions pour éradiquer les différentes barrières auxquelles la mise en œuvre de cette intégration sera confrontée. Il faut que les décideurs politiques mettent en place des politiques favorables pour la mise en œuvre des services nutritionnels dans le programme et que les PTF c'est de faire des plaidoyers réguliers pour une meilleure intégration des interventions nutritionnelles dans la prise en charge des mères séropositives.

Il faudra des approches globales, multisectorielles tout en établissant une synergie entre les acteurs de la nutrition et ceux en charge de la prévention et de la prise en charge de la PTME pour augmenter l'observance et la rétention à long terme et atteindre la majorité des femmes

fréquentant les services de PTME. L'intégration de l'appui nutritionnelle dans ce programme offrira ainsi aux femmes et aux enfants des services complets pour maintenir leur santé et contribuer au développement du pays. Mais cela implique un engagement politique qui permettra de créer des conditions favorables durables. Il incombe aux autorités du Burundi de prendre des initiatives de manière à replacer la nutrition à une place de priorité dans les programmes sanitaires. Il sera question de valider d'abord les politiques de nutrition, d'examiner les financements nationaux en matière de santé pour permettre l'intégration des objectifs nutritionnels dans les programmes de la prévention du VIH de la mère à l'enfant, de former des ressources humaines locales, et favoriser le développement des partenariats dans le transfert de l'expertise avec les organismes les fonds des nations unies.

Notre étude nous ouvre une perspective, celle de voir dans quelle mesure sera-t-elle possible d'une supplémentation des ARV (antirétroviral) en micronutriments. Cela permettra de réduire le coût élevé qu'entraîne la prise en charge de la malnutrition des PVVIH.

REFERENCES

1. ONUSIDA. Fiche d'inscription 2014.
<http://www.unaids.org/fr/resources/campaigns/2014/2014gapreport/factsheet>.
2. Unicef. Eliminons la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Conférence internationale pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Institut Pasteur. Paris 17 novembre 2011.
3. ONUSIDA. Plan Mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie. (2011-2015).
4. ONUSIDA. Apport d'avancement sur le plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH et maintenir leurs mères en vie. 2014.
5. Ministère de la Santé Publique et de lutte contre le VIH /Sida .République du Burundi : Plan de passage à l'échelle de Prévention de la Transmission Mère - Enfant et Prise en Charge Pédiatrique (2011-15).
6. Ministère de la santé publique et de lutte contre le VIH/ sida. République du Burundi : Politique de prévention de la transmission du VIH de la mère –enfant. Novembre 2010.
7. FAO , OMS. Deuxième Conférence internationale de l'OMS et la FAO sur la nutrition (CIN2). Siège de la FAO, Rome, Italie. Novembre 2014.
8. Estelle Anaëlle N, Gertrud W. Recommandations nutritionnelles pratique avec exemples de menus pour personnes vivant le VIH/Sida en Afrique Noire. Juillet 2008.
9. Djibril C, Serigne M.D. Prise en charge et appui nutritionnels des Personnes Vivant avec le VIH au niveau des pays de l'Afrique Francophone: progrès, expériences et leçons apprises. Mars 2009.
10. Ellen G. P, Elizabeth A.P. VIH et nutrition. Un examen de la littérature et des recommandations pour les soins et le soutien nutritionnel en Afrique subsaharienne. Juillet 2001.
11. Chevalier. Malnutrition et infection VIH. Alimentation, Nutrition et Agriculture. UR. 024, IRD Montpellier, France. No 34
12. KELEM D. Consultation Régionale sur la Nutrition et le VIH/SIDA dans les Pays Francophones Eléments factuels, enseignements tirés et mesures préconisées Ouagadougou, Burkina Faso, 17-20. Novembre 2008.
13. Pierre A, Earnest M, Phil M, Patricia N'G, Faustin N. 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 oeuvre du « Food By Prescription (FBP) » ou « Alimentation sous Prescription Médicale (APM) ».Food and Nutrition Technical Assistance II Project (FANTA-2). Août 2009
14. The Lancet: série sur la malnutrition maternelle et infantile. Février 2008.

15. OMS. Surveillance de la toxicité des médicaments Antirétroviraux au cours de la grossesse et de l'allaitement Décembre 2013. http://www.who.int/hiv/pub/arv_toxicity/technical-brief-maternal/fr/
16. United Nations Children's Fund. Improving child nutrition: The achievable imperative for global progress New York. Avril 2013.
17. MSHP, PNN, PAM. Protocole national de prise en charge nutritionnelle des personnes infectées et affectées par le VIH et/ou malades de la tuberculose. Avril 2009.
18. Antoniou EE, Fowler T, Reed K, Southwood TR, McCleery JP, Zeegers MP. Maternal pre-pregnancy weight and externalising behaviour problems in preschool children: a UK-based twin study. *BMJ Open* [Internet]. 14 oct 2014 [cité 23 nov 2014]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4202011/>.
19. UNICEF. La situation des enfants dans le monde : La malnutrition: causes, conséquences et solutions. 1998.
20. PAM. Point sur les activités du PAM dans le domaine du VIH et du sida. Rome Juin 2014.
21. UNICEF Burundi. Analyse de la malnutrition au Burundi. 2013. <http://www.schoolsandhealth.org/Shared%20Documents/Analyse%20de%20la%20malnutrition%20des%20enfants.pdf>
22. Ministère de la santé publique et de lutte contre le VIH /Sida /République du Burundi. Plan National de Développement Sanitaire (2011 –15).
23. Ministère de la santé publique et de lutte contre le VIH /Sida /République du Burundi. Plan Stratégie National. (2014-17).
24. ONUSIDA Burundi. 2013. <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/burundi>
25. Programme Alimentaire Mondial (PAM) au Burundi. Evaluation de l'état nutritionnel et du profil de vulnérabilité des personnes vivant avec le VIH/sida au Burundi. Février 2013.
26. Ministère de la Santé publique et de lutte contre le VIH/ Sida République du Burundi, Politique Nationale de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Novembre 2010
27. Ministère de la santé publique et de lutte contre le VIH /Sida. République du Burundi. UNICEF Burundi. Rapport d'analyse sur les goulots d'étranglements et des disparités dans la mise en œuvre des interventions dans la PTME au Burundi. Novembre 2012
28. Ministère de la santé Publique et de lutte contre le VIH/ Sida. Plan d'élimination de la transmission de la mère à l'enfant. (2012-16
29. Richard Horton Maternal and child undernutrition: an urgent opportunity. Published Online: 17 January 2008 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61869-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61869-8) Volume 371, No. 9608, p179, 19 January 2008.

30. Carine JASSERON. Prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH en France à l'ère des multi thérapies : des recommandations aux pratiques. Novembre 2012
31. Djibril Ci et Serigne M. Di Prise en charge et appui nutritionnels des Personnes Vivant avec le VIH au niveau des pays de l'Afrique Francophone: progrès, expériences et leçons apprises. Mars 2009.
32. IATT, OMS, Unicef. Etendre et simplifier le traitement des femmes enceintes vivant avec le VIH. Les outils pour gérer la transition vers l'option B/B+. Mars 2013 Site Internet : <http://www.emtct-iatt.org/>.
33. OMS. Nutrition. <http://www.who.int/topics/nutrition/fr/>
34. S-26/2. Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Juin 2006. <http://www.un.org/french/ga/sida/conference/aress262f.pdf>
35. Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration Politique sur le VIH de 2011 : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/SIDA. Juillet 2011. http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_fr.pdf
36. OMS. Consultation régionale sur la nutrition et le VIH/sida. Données disponibles, enseignements et recommandations en vue d'une action dans les pays francophones d'Afrique. Ouagadougou, Burkina Faso. Novembre 2008.
37. OMS. Conférence internationale sur le sida: Vienne, Autriche. Juillet 2010 <http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2010/aids2010/fr/>
38. ONUSIDA. Les personnes vivant avec le VIH en Éthiopie bénéficient d'une nutrition vitale intensifiée. Octobre 2015. <http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2011/october/20111018awfp>.
39. ONUSIDA. La mission de l'ONUSIDA.
40. Rémi dit Eré ARAMA .La malnutrition infanto-juvenile : aspects epidemiologiques et prise en charge dans le district sanitaire de koutiala (mali). DER de Santé Publique - Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako. [Mémoire] 2009
41. Ellen G. P, Elizabeth A.P. VIH et nutrition. Un examen de la littérature et des recommandations pour les soins et le soutien nutritionnel en Afrique subsaharienne. Juillet 2001
42. REIFSNIDER. E, Ph. D. Des pratiques et des politiques nutritionnelles efficaces à l'intention des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants. University of Texas Health Science Center at San Antonio, ÉTATS-UNIS. Publication sur Internet le 21 octobre 2003) (Révisé le 31 janvier 2006).
43. Doyle Michael JT, Andre Re. Transient benefits in young children of a nutrition intervention during pregnancy

Annexe 1 : Pourcentage de réduction de nouvelles infections à VIH chez les enfants dans les 21 pays ciblés (2009- 2013)

POURCENTAGE DE RÉDUCTION DE NOUVELLES INFECTIONS À VIH CHEZ LES ENFANTS DANS LES 21 PAYS CIBLÉS EN PRIORITÉ PAR LE PLAN MONDIAL, 2009 À 2013

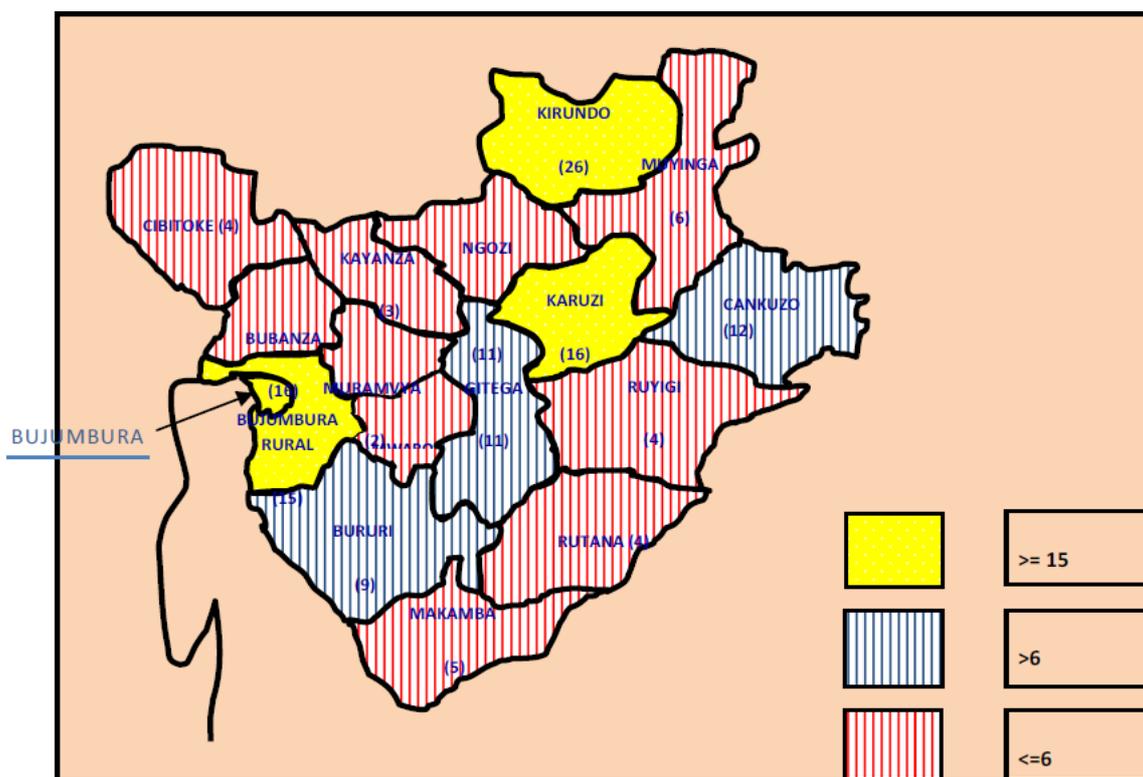
> 50 % de réduction	26 à 50 % de réduction	≤ 25 % de réduction
Afrique du Sud Botswana Éthiopie Ghana Malawi Mozambique Namibie Zimbabwe	Burundi Cameroun Côte d'Ivoire Kenya Ouganda République démocratique du Congo République-Unie de Tanzanie Swaziland Zambie	Angola Lesotho Nigeria Tchad

Source : Estimations ONUSIDA 2013.

Annexe 2 : Carte du Burundi



Annexe 3: Carte des Centres de PTME accrédité.



Annexe 4 : Guide d'entretien pour les autorités en charge des programmes éTME

ENQUETE SUR L'INTEGRATION DE L'APPUI NUTRITIONNEL DES FEMMES ENCEINTES/ALLAITANTES SEROPOSITIVES SOUS ARV INCLUSES DANS LE PROGRAMME éTME.

GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX AUTORITES EN CHARGE DES PROGRAMMES éTME.

Ce guide d'entretien est destiné à recueillir des données chez les autorités en charge des programmes éTME sur les interventions de la prise en charge nutritionnel des femmes enceintes / allaitantes séropositives dans le programmes éTME.

001 Numéro du questionnaire |_|_|

002 Nom de l'Enquêteur :.....

003 Date de l'enquête :.....

Confidentialité et consentement

Je m'appelle Joëlle Bella MAMA, étudiante en politique nutritionnelle à l'université Senghor d'Alexandrie. Je suis ici dans le cadre d'une enquête sur l'intégration de l'appui nutritionnel chez les Femmes enceintes/ allaitantes séropositives sous ARV incluses dans le programme éTME .

J'aimerais m'entretenir avec vous sur quelques questions. Quelques unes sont peut-être difficiles à répondre. Vos réponses seront strictement tenues confidentielles. Votre nom ne sera pas inscrit sur le questionnaire et aucune corrélation ne pourra être faite entre ce que vous me dites et votre nom. Nous vous prions de répondre honnêtement aux

questions afin de nous aider à mieux comprendre et de faire une analyse sur la situation actuelle en ce qui concerne l'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme éTME pour les femmes séropositives sous ARV.

Nous apprécions beaucoup l'aide que vous pourriez nous apporter en répondant aux questions de cette étude.

1-Existence des documents de norme en matière de l'appui nutritionnel dans le programme éTME

-Loi sur l'intégration de l'appui nutritionnel dans tous les programmes éTME.

-Plan national sur l'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme éTME.

1 = Oui /___/ 0 = Non /___/

2- Existence de soutien relatifs à l'appui nutritionnel dans les différents sites.

Budget alloué par le gouvernement pour subventionner l'appui nutritionnel :

1= Oui /___/ 0=Non /___/

Budget alloué par le PTF et les ONGs pour l'appui nutritionnel

1= Oui /___/ 0=Non /___/

3- Existence des normes sur l'implication de l'appui nutritionnel dans les services offrant le PTME

4- Existence d'un appui aux ONGs ou associations de PTME

Appui financier accordé aux ONG qui donne un appui nutritionnel dans les sites PTME durant les deux dernières années: /___/

Appui matériel accordé aux sites et ONG qui donne un appui nutritionnel dans les sites PTME durant les deux dernières années: 1= Oui /___/ 0 = Non /___/

Appui en matière de formation du personnel des sites ou ONGs :

1= Oui /___/ 0 = Non /___/

5- existence d'un système d'information entre les différents sites, ONGs, le PNLS et le CNLS

1= Oui /___/ 0 = Non /___/

Si oui lequel ?

Avez-vous des suggestions à faire ?

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Annexe 5: Guide d'entretien pour les agents de santé dans les sites PTME.

ENQUETE SUR L'INTEGRATION DE L'APPUI NUTRITIONNEL DES FEMMES ENCEINTES/ALLAITANTES SEROPOSITIVES SOUS ARV INCLUSES DANS LE PROGRAMME éTME.

GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX AGENTS DE SANTE DANS LES SITES PTME

Ce guide d'entretien est destiné à recueillir des données chez les agents de santé sur les interventions de la prise en charge nutritionnel des femmes enceintes / allaitantes séropositives dans le programmes éTME

Numéro du questionnaire

□□□

001

002 Nom de l'Enquêteur :.....

003 Date de l'enquête :.....

Confidentialité et consentement

Je m'appelle Joëlle Bella MAMA, étudiante en politique nutritionnelle à l'université Senghor d'Alexandrie. Je suis ici dans le cadre d'une enquête sur l'intégration de l'appui nutritionnel chez les Femmes enceintes/ allaitantes séropositives sous ARV incluses dans le programme éTME .

J'aimerais m'entretenir avec vous sur quelques questions. Quelques unes sont peut-être difficiles à répondre. Vos réponses seront strictement tenues confidentielles. Votre nom ne sera pas inscrit sur le questionnaire et aucune corrélation ne pourra être faite entre ce que vous me dites et votre nom. Nous vous prions de répondre honnêtement aux questions afin de nous aider à mieux comprendre et de faire une analyse sur la situation actuelle en ce qui concerne l'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme éTME pour les femmes séropositives sous ARV.

Nous apprécions beaucoup l'aide que vous pourriez nous apporter en répondant aux questions de cette étude.

1-Existence d'un chronogramme sur les différentes activités à mener

1 = Oui /___/ 0 = Non /___/

2- Existence des activités sur l'appui nutritionnel des femmes enceintes/ allaitantes séropositives sous ARV.

1 = Oui /___/ 0 = Non /___/

3-Si oui quel genre d'appui nutritionnel apportez- vous aux femmes ?

Education nutritionnelle

Counseling ou

Des matériels alimentaires.

4- Avez –vous reçu des formations requises concernant la nutrition

1 = Oui /___/ 0 = Non /___/

5-Etes vous combien à intervenir dans ce domaine d'intervention

6-Pensez vous que le nombre est suffisant

1 = Oui /___/ 0 = Non /___/

7- Quels sont les PTF et les ONGs qui vous accompagnent dans ce domaine.

8- Quelle est la fréquence des approvisionnements?

(Chaque mois, 2mois,)

10- Quel est la durée de cet appui au niveau de votre centre

11- avez-vous des superviseurs

1 = Oui /___/ 0 = Non /___/

11- Existence d'une suivi –évaluation des activités menées

1 = Oui /___/ 0 = Non /___/

MERCI DE VOTRE COLLABORATION.

Annexe 6: Enquêtes aux femmes incluses dans le PTME.

ENQUETE SUR L'INTEGRATION DE L'APPUI NUTRITIONNEL DES FEMMES ENCEINTES/ALLAITANTES SEROPOSITIVES SOUS ARV INCLUSES DANS LE PROGRAMME ETME.

SECTION 0 : IDENTIFICATION

001 Numéro du questionnaire

002 Nom de l'Enquêteur :.....

003 Date de l'enquête :.....

Confidentialité et consentement

Je m'appelle Joëlle Bella MAMA, étudiante en politique nutritionnelle à l'université Senghor d'Alexandrie. Je suis ici dans le cadre d'une enquête sur l'intégration de l'appui nutritionnel chez les Femmes enceintes/ allaitantes séropositives sous ARV incluses dans le programme ETME .

J'aimerais m'entretenir avec vous sur quelques questions. Vos réponses seront strictement tenues confidentielles. Votre nom ne sera pas inscrit sur le questionnaire et aucune corrélation ne pourra être faite entre ce que vous me dites et votre nom. Nous vous prions de répondre honnêtement aux questions afin de nous aider à mieux comprendre et de

faire une analyse sur la situation actuelle en ce qui concerne l'intégration de l'appui nutritionnel dans le programme éTME pour les femmes séropositives sous ARV.

Nous apprécions beaucoup l'aide que vous pourriez nous apporter en répondant aux questions de cette étude.

SECTION I : Caractéristiques générales :

N°	QUESTIONS	REPONSES
I. 01	Age (en années)	_ _
I.02	Poids	
I.03	Taille	
I.04	IMC	
I. 05	Nationalité	Burundais _ Rwandais _ Congolais RDC _ Autres _
I. 06	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPERIEUR 3
I.07	Statut de la femme	Allaitante Enceinte Enceinte et allaitante
I. 08	Profession	
I. 09	Statut matrimonial	CELIBATAIRE 1 MARIE(E) 2 DIVORCE(E) 3

		VEUF(VE)	4
		SEPARE(E)	5
		Union libre	6

SECTIONII : CONNAISSANCE DU STATUT SEROLOGIQUE.

N°	Questions	REPONSES
II. 1	Cela fait combien de temps que vous connaissez votre statut sérologique VIH ? Ecrivez le nombre de mois)	_ _ _
II. 2	Votre partenaire est-il au courant de votre statut sérologique VIH ?	_ Oui 1 Non 0
II. 3	Avez-vous connaissance de son statut sérologique?	Oui 1 Non 0 Ne sait pas 2
II. 4	Etes vous allez au CPN 1-Premier trimestre 2- deuxième trimestre 3- troisième trimestre	_ Oui 1 Non 0
II. 5	Etes-vous sous traitement ARV ?	_ Oui 1 Non 0
	Avez-vous accès gratuitement à ces médicaments?	_

II. 6		Oui 1 Non 0
II. 7	L'argent de déplacement de votre domicile au centre pour le médicament pèse t'il sur vous ?	_ Oui 1 Non 0
II.8	Avez- vous raté une fois la prise des médicaments ces derniers 30 jours.	_ Oui 1 Non 0 Combien de fois
ii.9	Pour quelles raison vous ne l'avez pas prise	Insuffisance alimentaire Difficulté de déplacement Malade Oublie Difficultés de prise de médicament

Section III : Pratiques alimentaires

N°	QUESTIONS	REPONSES																																	
III. 1	Combien de repas prenez-vous par jour ?	_ 1fois1 2fois2 3fois..... 3 Autre à préciser4																																	
III.2	Réduction du repas au profit des enfants	_ Oui 1 Non 0																																	
III.3	Combien de fois avez – vous l'habitude de sauter le nombre de repas /jour	1 fois 2 fois																																	
III. 4	Quelle est la base de votre alimentation ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Haricot (Ibiharage)</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Riz (Imuceri)</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Pâte de manioc (Ubugari)</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Pomme de terre (ibilaje)</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Banane verte (Ibitoké)</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Pâte de maïs (Bulgaribu'ibigori)</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Légumes</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>*Feuilles de manioc (Isombé)</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>* feuilles de (Lingamlinga)</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Autre à préciser</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Haricot (Ibiharage)	1	0	Riz (Imuceri)	1	0	Pâte de manioc (Ubugari)	1	0	Pomme de terre (ibilaje)	1	0	Banane verte (Ibitoké)	1	0	Pâte de maïs (Bulgaribu'ibigori)	1	0	Légumes	1	0	*Feuilles de manioc (Isombé)	1	0	* feuilles de (Lingamlinga)	1	0	Autre à préciser		
	Oui	Non																																	
Haricot (Ibiharage)	1	0																																	
Riz (Imuceri)	1	0																																	
Pâte de manioc (Ubugari)	1	0																																	
Pomme de terre (ibilaje)	1	0																																	
Banane verte (Ibitoké)	1	0																																	
Pâte de maïs (Bulgaribu'ibigori)	1	0																																	
Légumes	1	0																																	
*Feuilles de manioc (Isombé)	1	0																																	
* feuilles de (Lingamlinga)	1	0																																	
Autre à préciser																																			

Section IV : Prise en charge nutritionnelle

N°	QUESTIONS	REPOSES
IV. 1	Obtenez- vous des conseils sur votre alimentation au centre de santé ?	_ Oui 1 Non 0
IV. 2	Assistez- vous souvent à des séances de démonstration culinaire ou d'éducation nutritionnelle?	_ Oui, 1 Non 0
IV. 3	Avez-vous des directifs par rapport à votre alimentation ?	_ Oui 1 Non 0
IV. 4	Bénéficiez-vous d'une aide alimentaire ?	_ Oui 1 Non 0
IV. 5	Si oui en quoi consiste cette aide alimentaire ?	
IV. 6	Quelle est la quantité et la quantité d'aliments que vous recevez ? Est –elle suffisante pour vous ? Est –elle régulière ?	
IV. 7	Est-ce que vous arrivez à supporter votre prise de médicament ?	
IV. 8	Pensez – vous que l'aide apportée est suffisante ?	_

		Oui 1	Non 0
--	--	-------	-------

Section V : connaissance sur l'allaitement

N°	QUESTIONS	REPONSES
V.1	Combien d'enfant avez –vous ?	
V. 2	Quel est l'âge de votre enfant ?	
V. 3	Combien de temps allaitez-vous vos enfants ?	
V.4	connaissez-vous les bienfaits du lait maternel pour un enfant ?	_ Oui 1 Non 0
V. 5	Quelle méthode d'allaitement pratiquez-vous ? Expliquez pourquoi ce mode d'allaitement.	Au sein Au biberon Mixte
V.6	En plus du lait maternel, donnez- vous une autre alimentation à votre enfant ?	_ Oui 1 Non 0
	Si oui, Quel ajout faites-vous ?	

V. 7		
V. 8	Combien de repas lui donnez-vous à part le lait maternel ?	_ Oui 1 Non 0
V. 9	Pourquoi ce choix ?	
V.10	Savez – vous que votre enfant pourrait éviter d'être contaminer si vous pratiquer seulement l'allaitement maternel ?	
V. 11	Où puisiez-vous les conseils sur la façon de nourrir votre enfant	A la télé Hôpital Centre de santé Autres à préciser
V.12	Combien de tétées doit-on donner à l'enfant par jour ?	4 fois 6 fois 8fois 12fois A volonté
V.13	A quel âge doit- on arrêter de donner du lait maternel aux enfants ?	3mois 6mois 9mois 12mois
V.14	Avez- vous reçu des conseils sur la manière dont vous alimenterez votre enfant après le sevrage ?	
v.15	Savez- vous que votre enfant à besoin d'une bonne alimentation après le sevrage ?	
V.16	Quels types d'aliments devrait –on lui donner?	

V.17	Saviez vous qu'il y a 3 groupes d'aliments qui vont aider votre enfant à bien grandir.	
V.18	Citez- ce que vous connaissez ?	
V.19	Après le sevrage est-ce que vous recevez de l'aide alimentaire pour votre enfant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Oui 1 Non 0

MERCI DE VOTRE COLLABORATION