

برنامج
الأغذية
العالمي



Programme
Alimentaire
Mondial

World
Food
Programme

Programa
Mundial
de Alimentos

**Session annuelle
du Conseil d'administration**

Rome, 3–6 juin 2014

QUESTIONS DE POLITIQUE GÉNÉRALE

**Point 5 de l'ordre du
jour**

*Pour information**



Distribution: GÉNÉRALE
WFP/EB.A/2014/5-D
17 avril 2014
ORIGINAL: ANGLAIS

POINT SUR LES ACTIVITÉS DU PAM DANS LE DOMAINE DU VIH ET DU SIDA

* Conformément aux décisions du Conseil d'administration sur la gouvernance approuvées à la session annuelle et à la troisième session ordinaire de 2000, les points soumis pour information ne seront pas discutés, sauf si un membre en fait la demande expresse, suffisamment longtemps avant la réunion, et que la présidence fait droit à cette demande, considérant qu'il s'agit là d'une bonne utilisation du temps dont dispose le Conseil.

Le tirage du présent document a été restreint. Les documents présentés au Conseil d'administration sont disponibles sur Internet. Consultez le site Web du PAM (<http://executiveboard.wfp.org>).

NOTE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le présent document est soumis au Conseil d'administration pour information.

Le Secrétariat invite les membres du Conseil qui auraient des questions d'ordre technique à poser sur le présent document à contacter les fonctionnaires du PAM mentionnés ci-dessous, de préférence aussi longtemps que possible avant la réunion du Conseil.

Conseiller principal pour la nutrition: M. M. Bloem tél.: 066513-2565

Chef, OSZAN*: Mme L. Kiess tél.: 066513-2546

Pour toute question relative à la disponibilité de la documentation destinée au Conseil d'administration, prière de contacter l'Unité des services de conférence (tél.: 066513-2645).

* Unité de la nutrition et des questions relatives au VIH/sida

RÉSUMÉ

À la demande du Conseil d'administration, le PAM fait régulièrement le point sur la mise en œuvre de sa politique relative au VIH. Approuvée en novembre 2010, cette politique¹ est conforme à la stratégie pour 2011-2015 arrêtée par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) dans le document intitulé "Objectif: zéro"², ainsi qu'à la division du travail définie par celui-ci et au Plan stratégique du PAM pour 2014-2017.

Au sein d'ONUSIDA, le PAM est l'organisme chef de file chargé de veiller à ce que l'appui alimentaire et nutritionnel soit intégré aux plans et programmes nationaux destinés aux personnes vivant avec le VIH. Aux côtés du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, il coordonne en outre les activités relatives au VIH dans les situations d'urgence humanitaire, afin de faire en sorte que les besoins spécifiques des personnes vivant avec le VIH soient pris en compte.

Dans la logique de sa politique de 2010, le PAM a entrepris de réorienter ses programmes relatifs au VIH: alors qu'il s'attachait précédemment à atténuer les répercussions de l'infection à VIH, il s'emploie désormais à faciliter l'accès aux traitements et à en améliorer les effets grâce à un appui alimentaire et nutritionnel. Trois ans après le lancement de sa nouvelle politique, et en écho à la stratégie établie par ONUSIDA, le PAM a adopté une approche en deux volets: il collabore avec les pays pour que l'appui alimentaire et nutritionnel fasse partie de l'ensemble des stratégies et programmes nationaux relatifs au VIH et à la tuberculose; et il travaille avec les pouvoirs publics pour veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH bénéficient de ce type d'appui.

Le PAM vient aussi en aide aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes atteintes de tuberculose d'autres façons: les programmes plus vastes qu'il mène dans des régions où la prévalence du VIH et de la tuberculose est forte tiennent compte de ces deux affections et visent à en atténuer les répercussions sur les individus, les ménages et les communautés. Tel est le cas par exemple des programmes de repas scolaires du PAM, dont profitent de nombreux orphelins et autres enfants vulnérables et qui comprennent souvent l'enseignement de compétences pratiques, ainsi que des filets de sécurité fondés sur des activités productives et des distributions générales de vivres qu'il met en place.

En 2013, le PAM est venu en aide à 1,3 million de bénéficiaires au moyen de ses programmes portant spécifiquement sur le VIH et la tuberculose menés dans 31 pays: 680 000 personnes sous traitement antirétroviral et bénéficiaires de programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant ainsi que les membres de leur ménage; et 421 000 personnes sous traitement antituberculeux et les membres de leur ménage. Il a en outre aidé 206 000 orphelins et autres enfants vulnérables, et assuré un appui alimentaire et nutritionnel dans des camps de réfugiés et dans d'autres situations de crise humanitaire. En Côte d'Ivoire, en République

¹ <http://one.wfp.org/eb/docs/2010/wfp225094-1.pdf>.

² ONUSIDA. 2011. *Objectif: zéro - 2011-2015 Stratégie*. Genève.

démocratique du Congo et au Soudan du Sud, ainsi que dans les camps de réfugiés au Kenya, au Népal, en République-Unie de Tanzanie, au Rwanda, en Zambie et au Zimbabwe, des distributions générales de vivres et des interventions spécifiques ont été mises sur pied pour venir en aide aux personnes vivant avec le VIH. Au Mali, ces personnes n'ont bénéficié que de distributions générales de vivres.

En 2013, le PAM a adopté une approche plus intégrée, durable et globale vis-à-vis des programmes spécifiquement axés sur le VIH et de ceux en tenant compte. L'assistance alimentaire a été plus étroitement liée aux activités de développement économique pour favoriser la viabilité à long terme; le travail touchant le VIH et la tuberculose a été rapproché des programmes nutritionnels; l'appui aux stratégies liées aux filets de protection sociale tenant compte du VIH a été accentué; le recours aux transferts monétaires et aux bons dans le cadre des programmes relatifs au VIH a été accru; et un nouveau partenariat a été noué avec le Fonds des Nations Unies pour la population et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance afin de venir en aide aux femmes et aux filles dans le cadre de l'Initiative H4 +, qui vise à aider les pays à renforcer leurs systèmes de santé, et de l'Initiative pour les adolescentes.

VIH ET TUBERCULOSE EN 2013

1. Le VIH reste l'un des plus grands défis de notre temps. Le nombre de personnes vivant avec le VIH – environ 35,3 millions – est plus élevé que jamais³. L'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée, puisqu'elle concentre 69 pour cent des personnes vivant avec le VIH dans le monde et 70 pour cent des personnes nouvellement contaminées en 2012⁴, alors qu'elle n'accueille que 12 pour cent de la population mondiale. Le VIH vient souvent s'ajouter à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition déjà existantes, perpétuant un cercle vicieux bien connu. Les personnes touchées par l'insécurité alimentaire recourent fréquemment à des mécanismes de survie risqués, qui les exposent à l'infection à VIH. En outre, si le VIH n'est pas traité, il détruit progressivement le système immunitaire et entraîne une perte de poids, ce qui aggrave souvent la malnutrition. Les enfants séropositifs sont très exposés au retard de croissance.
2. L'augmentation continue du nombre de personnes vivant avec le VIH tient à l'amélioration de l'accès au traitement, qui permet à beaucoup d'entre elles de vivre plus longtemps. Fin 2012, 10,6 millions de personnes vivant avec le VIH avaient accès à un traitement antirétroviral. Cependant, d'après les lignes directrices établies en 2013 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les 9,7 millions de personnes bénéficiant de ce traitement dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire ne représentent que 34 pour cent des 28,6 millions de personnes remplissant les conditions requises pour le recevoir. Ces directives publiées par l'OMS en 2013 ont en outre relevé le seuil de cellules CD4 (globules blancs) à partir duquel le traitement devrait débiter⁵, ce qui creusera sans aucun doute encore plus cet écart.
3. En 2012, on estimait à 8,6 millions le nombre de nouveaux cas de tuberculose, dont 13 pour cent présentaient une co-infection à VIH. Au total, 1,3 million de personnes sont mortes de cette maladie, dont 320 000 vivaient avec le VIH. La tuberculose est l'une des principales causes de décès chez les personnes vivant avec le VIH, et l'une des premières causes de mortalité chez les femmes. Des progrès ont été enregistrés dans l'intégration des services relatifs au VIH et à la tuberculose: en 2012, les dossiers de 46 pour cent des personnes sous traitement antituberculeux faisaient état d'un dépistage du VIH, et le nombre de personnes soignées pour une infection à VIH et ayant subi un dépistage de la tuberculose avait augmenté de 17 pour cent, passant de 3,5 millions en 2011 à 4,1 millions en 2012⁶.
4. Le VIH est l'une des principales causes de décès chez les femmes en âge de procréer et un facteur majeur de mortalité maternelle. En 2012, en dépit du renforcement des protocoles efficaces de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), qui prennent en

³ ONUSIDA. 2013. *Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013*. Disponible à l'adresse suivante: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_fr.pdf.

⁴ ONUSIDA. 2013. *Le sida en chiffres*. Disponible à l'adresse suivante: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_fr.pdf

⁵ OMS. 2013. *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH*. Disponible à l'adresse suivante: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/101196/1/9789242505726_fre.pdf?ua=1.

⁶ OMS. *Global Tuberculosis Report 2013*. Disponible (en anglais uniquement) à l'adresse suivante: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf?ua=1.

charge 58 pour cent des femmes enceintes dont la séropositivité est connue⁷, et malgré l'abandon progressif du protocole d'administration d'une dose unique de névirapine, la couverture du traitement est demeurée moins bonne pour les femmes enceintes remplissant les critères requis (moins de 50 pour cent) que pour l'ensemble de la population (64 pour cent)⁷.

5. Le nombre de contaminations par le VIH recule, y compris chez les nourrissons et les femmes. Selon le rapport mondial d'ONUSIDA de 2013, on a dénombré 260 000 nouvelles infections chez les enfants en 2012, contre 330 000 en 2011, soit un recul de 22 pour cent. Les nouvelles directives concernant le traitement du VIH préconisent de fournir un traitement à certains groupes de population, comme les femmes enceintes, les mères allaitantes et les enfants de moins de 5 ans, indépendamment de leur numération des CD4.
6. Des études ont permis d'établir que le traitement antirétroviral pouvait prévenir la contamination entre partenaires sexuels, car il ramenait la charge virale à des niveaux indétectables. En plus de sauver la vie de personnes déjà contaminées, ce traitement joue donc manifestement un rôle important au niveau de la prévention de nouvelles infections.

Répercussion de l'évolution des financements internationaux sur la place de l'alimentation et de la nutrition dans les interventions relatives au VIH

7. De plus en plus souvent, les donateurs insistent pour que les activités relatives au VIH soient intégrées à des interventions de santé plus larges, ce qui peut compliquer le suivi de leur financement. Dans le programme pour l'après-2015, ces activités seront vraisemblablement rattachées à un objectif de santé plus vaste mettant l'accent sur l'universalité de l'accès aux soins de santé et sur la réduction de la mortalité post-infantile et maternelle. Le rapport du Groupe de haut niveau chargé du programme de développement pour l'après-2015 mentionne le VIH parmi les cibles relevant de l'objectif "Assurer les conditions d'une vie en bonne santé".
8. En 2012, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (ci-après "le Fonds mondial") a adopté un nouveau modèle de financement, qui vise à investir de manière plus stratégique et à renforcer l'obligation redditionnelle. Ce modèle modifie la façon dont les pays doivent faire une demande de financement, peuvent obtenir que leurs propositions soient approuvées, et gèrent les subventions allouées; il encourage la mise en œuvre des plans stratégiques nationaux et la tenue de concertations sans exclusive au niveau des pays. Plusieurs pays l'ont mis à l'essai en 2013 et d'autres commenceront à l'utiliser en 2014.
9. Pour le PAM, l'évolution de la façon dont les donateurs considèrent la programmation relative au VIH met en lumière la nécessité de rapprocher les programmes spécifiquement axés sur le VIH de ceux qui en tiennent compte. L'appui alimentaire et nutritionnel peut permettre l'accès aux services de santé. Le PAM s'attache de plus en plus à améliorer l'observance des traitements et la poursuite des soins en offrant ce type d'appui et en établissant des liens avec des programmes de protection sociale. La poursuite de la prise en charge permet de réduire le risque de mortalité et de ne pas perdre les investissements consacrés au rétablissement des personnes concernées.

⁷ *La riposte mondiale au VIH/sida: le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel* (OMS, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), ONUSIDA).

PAM ET ONUSIDA

10. En juin 2011, le Conseil de coordination d'ONUSIDA a approuvé le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités pour 2012-2015, assorti d'une enveloppe de 485 millions de dollars.
11. Le PAM, qui fait partie des 11 co-parrains d'ONUSIDA, souscrit aux objectifs de celui-ci consistant à parvenir à zéro nouvelle infection à VIH, zéro décès dû au sida et zéro discrimination d'ici à 2015. Selon la division du travail établie par ONUSIDA, le PAM a pour mandat d'organiser avec d'autres co-parrains des activités dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition. Il lui incombe notamment de faire en sorte que l'alimentation et la nutrition soient bien intégrées à l'échelle des pays dans des interventions globales associant soins, traitement et appui aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes atteintes de tuberculose, conformément à la politique qu'il a approuvée en la matière.
12. La politique du PAM de 2010 relative au VIH soulignait la nécessité d'intégrer les activités dans des interventions plus larges dirigées par les pays, tout en coopérant avec les principaux partenaires membres d'ONUSIDA pour les questions touchant l'alimentation et la nutrition en rapport avec le VIH et la tuberculose. Cette orientation concorde avec l'importance accrue accordée dans le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités pour 2012-2015 à la promotion des interventions en lien avec le VIH qui sont menées au niveau des pays.
13. La stratégie d'ONUSIDA pour 2011–2015 vise à: i) révolutionner la prévention du VIH; ii) favoriser l'émergence d'un traitement de nouvelle génération; et iii) promouvoir les droits de l'homme et l'égalité des sexes. Ces orientations sont subdivisées en dix objectifs stratégiques. Le PAM contribue à la réalisation de certains, comme indiqué ci-après.

Objectif de la stratégie d'ONUSIDA: accès universel au traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH admissibles au traitement

14. Il est essentiel d'améliorer l'efficience et l'efficacité des services liés au traitement pour assurer la réussite durable de la riposte au VIH. Le PAM travaille aux côtés de gouvernements et de partenaires pour faire en sorte que la thérapie s'accompagne d'une évaluation de l'état nutritionnel, de conseils en matière de nutrition visant à stabiliser le poids, préserver la santé et atténuer les effets secondaires, ainsi que de la fourniture d'aliments nutritifs pour traiter la malnutrition. Une ration familiale vient compléter ce soutien, ce qui aide les ménages à faire face aux coûts souvent élevés des soins durant la phase initiale et permet d'accroître la probabilité que le traitement sera respecté et les soins poursuivis.
15. Pour tirer le meilleur parti des synergies et des partenariats, le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités demande aux co-parrains de hiérarchiser leurs interventions et de concentrer leurs investissements dans 38 pays prioritaires, qui représentent ensemble 70 pour cent de la charge de morbidité. Le PAM aide les gouvernements à mettre en œuvre

des programmes touchant le VIH et la tuberculose dans 26 de ces pays⁸, et des activités spécifiquement axées sur le VIH dans 20 d'entre eux⁹.

Objectif de la stratégie d'ONUSIDA: réduction de moitié des décès liés à la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH

16. L'augmentation rapide du nombre d'infections à VIH pourrait également entraîner une hausse du nombre de cas de tuberculose liée au VIH. La stratégie Halte à la tuberculose vise à intégrer les programmes relatifs à la tuberculose et au VIH/sida afin qu'ils profitent à la fois aux personnes sous traitement antituberculeux et à celles vivant avec le VIH. Au Swaziland, le PAM a aidé le Gouvernement à accroître l'accès aux aliments fournis sur ordonnance au profit des personnes présentant une co-infection, à intégrer des indicateurs nutritionnels concernant le VIH et la tuberculose, et à améliorer l'orientation et le suivi dans le cadre des programmes de soins liés au VIH et à la tuberculose.
17. En 2013, le PAM a apporté une assistance alimentaire et nutritionnelle à des personnes sous traitement antituberculeux dans 20 pays¹⁰ afin d'accroître l'observance du traitement. Il a continué de promouvoir l'intégration des programmes avec d'autres organismes des Nations Unies et les acteurs gouvernementaux concernés, afin que les personnes sous traitement antituberculeux fassent l'objet d'un dépistage du VIH et vice versa, notamment dans les régions où la prévalence du VIH est élevée. Il a aidé des pays à intégrer l'alimentation et la nutrition dans leurs stratégies nationales, leurs protocoles et les directives en matière de lutte contre la tuberculose, ainsi que dans leurs propositions relatives à la tuberculose destinées au Fonds mondial.

Objectif de la stratégie d'ONUSIDA: élimination de la transmission verticale du VIH et réduction de moitié des décès maternels liés au sida

18. Les femmes sont une priorité pour le PAM, car elles sont souvent garantes de la sécurité alimentaire des ménages, assument pour l'essentiel la charge des autres membres de la famille, et achètent et préparent la nourriture destinée au ménage.
19. Des membres du personnel du PAM ont participé, en tant que directeurs scientifiques invités, à la rédaction d'un document portant sur le rôle de l'insécurité alimentaire vis-à-vis de l'observance des soins et des traitements¹¹. Selon des études qualitatives et quantitatives, 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 les

⁸ Burkina Faso, Burundi, Cambodge, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Éthiopie, Ghana, Guatemala, Haïti, Inde, Indonésie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Myanmar, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Soudan du Sud, Swaziland, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

⁹ Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Éthiopie, Ghana, Haïti, Kenya, Lesotho, Malawi, Myanmar, Mozambique, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Soudan du Sud, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

¹⁰ D'après la version préliminaire des rapports normalisés sur les projets de 2013 concernant les pays suivants: Afghanistan, Congo, Djibouti, Guinée, Guinée-Bissau, Haïti, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mozambique, Myanmar, Népal, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Somalie, Soudan du Sud, Swaziland, Tadjikistan, Zambie et Zimbabwe.

¹¹ Young, S., Wheeler, A.C., McCoy, S.I. et Weiser, S.D. 2013. *A Review of the Role of Food Insecurity in Adherence to Care and Treatment Among Adult and Pediatric Populations Living with HIV and AIDS. AIDS and Behavior*. Disponible (en anglais uniquement) à l'adresse suivante: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-013-0547-4#page-1>.

adolescents vivant avec le VIH. Les femmes séropositives qui sont enceintes sont plus exposées au risque d'insécurité alimentaire que les femmes non infectées qui ne sont pas enceintes, en raison de l'augmentation des besoins en nutriments. Les femmes qui n'observent pas leur traitement mettent en péril non seulement leur santé, mais aussi celle de leurs enfants: il existe un risque de transmission verticale du VIH, et les bébés peuvent présenter un faible poids à la naissance. Cela montre qu'il faut lutter contre l'insécurité alimentaire touchant les femmes enceintes et leurs enfants pour améliorer l'observance des traitements et la poursuite des soins chez les personnes vivant avec le VIH.

20. Le PAM a continué d'intégrer ses activités de PTME dans les services complets 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, de vaccins, d'une supplémentation en micronutriments, d'une évaluation nutritionnelle, d'activités d'éducation et de conseils, et d'aliments complémentaires.
21. 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. À l'instar d'autres intervenants à l'échelle mondiale, le PAM a intégré nombre de ses activités de PTME dans des programmes nutritionnels, comme ceux visant à prévenir et à traiter la malnutrition aiguë modérée; il lui est donc parfois difficile de distinguer les bénéficiaires des activités de PTME.
22. Le PAM a également aidé 13 pays à élaborer leurs programmes nationaux de PTME pour veiller à ce qu'un appui alimentaire et nutritionnel soit apporté aux femmes enceintes atteintes de malnutrition qui utilisent ces services. Il a également encouragé la prise en compte de certains aspects de la PTME dans d'autres programmes: au Cambodge, un ensemble d'interventions visant à favoriser une bonne alimentation (*Good Food Toolkit*) a été remanié afin d'englober les femmes enceintes, les mères allaitantes et les enfants exposés au VIH. En Éthiopie, 2 230 personnes vivant avec le VIH ont reçu de la nourriture en échange de leur participation à des activités de PTME. Le PAM a remplacé l'appui alimentaire en nature par une aide sous forme de bons afin de permettre aux ménages d'acheter des légumes frais, des œufs et du lait. En 2012, 97 pour cent des bébés dont la mère bénéficiait d'une assistance alimentaire étaient séronégatifs.

Objectif de la stratégie d'ONUSIDA: prise en compte des personnes vivant avec le VIH et des familles affectées par le virus dans toutes les stratégies nationales de protection sociale et fourniture d'un accès aux soins essentiels et à l'appui pour ces populations

23. Conformément à sa politique et à la division du travail arrêtée par ONUSIDA, le PAM travaille aux côtés de l'UNICEF, de la Banque mondiale et de l'Organisation internationale du Travail pour renforcer la protection sociale offerte aux personnes vivant avec le VIH. Selon la définition large de la protection sociale adoptée par ONUSIDA, tous les bénéficiaires des programmes du PAM spécifiquement axés sur le VIH ou en tenant compte pourraient semble-t-il entrer dans cette catégorie.
24. Le PAM recherche les moyens d'intégrer les dispositifs de transfert d'espèces et de bons dans les programmes de soins et de traitement relevant du secteur de la santé, dans le cadre desquels le personnel de santé détermine les conditions requises pour bénéficier de l'appui alimentaire tandis que le PAM assure les transferts d'espèces ou de bons, ce qui allège la charge pesant sur le système de santé et simplifie la logistique généralement associée aux distributions de vivres en nature. En 2013, des bons ont été utilisés de manière novatrice dans le cadre de programmes relatifs au VIH. En République démocratique du Congo, les

bons étaient transmis grâce à des téléphones portables; les bénéficiaires devaient en contrepartie envoyer leurs enfants à l'école et se rendre régulièrement dans un établissement de santé pour effectuer des évaluations nutritionnelles et médicales, recevoir un traitement antirétroviral ou un traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) contre la tuberculose, ou bénéficier d'un appui en matière de PTME. Au Mozambique, des bons transmis au moyen de téléphones portables ont permis aux bénéficiaires d'acheter des produits alimentaires dans des magasins locaux. Le PAM contribue également aux travaux de recherche relatifs aux transferts sociaux tenant compte du VIH.

25. Le PAM a continué d'élargir ses projets de développement économique. En Éthiopie, les personnes vivant avec le VIH reçoivent des bons d'alimentation pendant les six mois de formation qu'elles suivent pour acquérir des compétences de gestion de petites entreprises. On les aide également à créer des associations villageoises d'épargne et de crédit pour les encourager à mettre de l'argent de côté et leur permettre d'obtenir de petits prêts afin de pouvoir démarrer des activités rémunératrices. Au bout de six mois, elles bénéficient d'une aide pour établir des plans d'action et reçoivent les fonds correspondants pour se lancer.
26. Étant donné que la nutrition va figurer en bonne place dans le programme de développement pour l'après-2015, et compte tenu de l'élan donné par le mouvement Renforcer la nutrition, nombre de pays devraient intégrer des composantes alimentation et nutrition dans leurs programmes de protection sociale. Les dispositifs en faveur de la santé et de la nutrition maternelles et infantiles pourraient offrir des possibilités de mettre en place des programmes tenant compte du VIH, en particulier en vue de transposer à plus grande échelle les dispositifs de PTME. Le PAM continuera de rechercher comment faire profiter les personnes vivant avec le VIH qui ont bénéficié d'un programme d'appui à la nutrition, de filets de sécurité ou d'activités liées aux moyens d'existence. Il continuera également de recueillir des données factuelles sur la manière dont les interventions touchant l'alimentation et la nutrition peuvent améliorer la rentabilité de l'action menée pour faire face au VIH; une analyse des enseignements tirés à cet égard en Afrique du Sud est prévue en 2014.
27. En Éthiopie, au Mozambique, en République démocratique du Congo, au Swaziland et ailleurs, le PAM a travaillé avec les gouvernements pour veiller à ce que l'appui nutritionnel soit intégré dans les programmes nationaux de protection sociale, sans forcément cibler les personnes vivant avec le VIH ou sous traitement antituberculeux. Le degré important d'appropriation et d'implication nationales a garanti la coordination et la continuité des services, ainsi que l'amélioration des systèmes d'orientation médicale.

Objectif de la stratégie d'ONUSIDA: réduction de la transmission sexuelle du VIH

28. Les travailleurs des transports et les autres populations mobiles sont particulièrement exposés au VIH et à d'autres infections sexuellement transmissibles, car ils ont souvent plusieurs partenaires sexuels et un accès limité aux services de santé. Le PAM a continué d'apporter un soutien financier à la North Star Alliance en 2013. Fondé par le PAM, TNT et d'autres organisations en 2006, ce partenariat de longue date permet d'élargir l'accès à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et à un appui pour les travailleurs des transports, les travailleurs du sexe et d'autres populations touchées, dans 30 points d'accueil sanitaires établis le long des couloirs de transport en Afrique du Sud, au Botswana, en Gambie, au Kenya, au Malawi, au Mozambique, en Ouganda, en République démocratique du Congo, en République-Unie de Tanzanie, au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe. Fin 2013, 750 000 personnes avaient bénéficié de ces services.

29. De nouvelles données montrent qu'un faible poids à la naissance – conséquence de la dénutrition pendant la grossesse – contribue à hauteur d'au moins 20 pour cent à la prévalence du retard de croissance. Le PAM a donc entrepris d'établir un nouveau partenariat avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et l'UNICEF en vue d'améliorer la nutrition des adolescentes, des femmes enceintes et des mères allaitantes. Bien que l'objectif principal de ce partenariat soit de prévenir le retard de croissance, offrir un appui nutritionnel aux adolescentes pourrait leur permettre de poursuivre leurs études, et donc retarder le début de l'activité sexuelle. Les filles démunies et vulnérables bénéficieront des programmes d'alimentation scolaire du PAM et de l'Initiative pour les adolescentes mise en œuvre par le FNUAP. Des membres du personnel du PAM en poste au Siège ont pris part à des missions au Burkina Faso, au Niger, en Sierra Leone et en Zambie pour appuyer l'Initiative.

ACTIVITÉS RELATIVES AU VIH ET À LA TUBERCULOSE MENÉES PAR LE PAM EN 2013, EN QUELQUES CHIFFRES

30. En 2013, le PAM a assuré des activités liées à la récupération nutritionnelle, à l'atténuation et à la constitution de filets de sécurité dans 31 pays, pour venir en aide à 1,3 million de personnes vivant avec le VIH, de personnes sous traitement antituberculeux et de personnes touchées par l'une ou l'autre de ces affections. Le tableau 1 fait apparaître la répartition des bénéficiaires par maladie et par objectif du programme.

TABLEAU 1: NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PAR PROGRAMME RELATIF AU VIH ET À LA TUBERCULOSE (2013)*	
Objectif 1: assurer la récupération nutritionnelle et la réussite du traitement grâce à la réadaptation nutritionnelle – soins et traitement	897 061 bénéficiaires au total – 637 696 personnes sous traitement antirétroviral et bénéficiaires de la PTME et les membres de leur ménage – 259 365 personnes sous traitement DOTS et les membres de leur ménage
Objectif 2: atténuer les effets du VIH au moyen de filets de sécurité durables – mesures d'atténuation et filets de sécurité	427 036 bénéficiaires au total – 35 507 personnes sous traitement antirétroviral et les membres de leur ménage – 205 936 orphelins et autres enfants vulnérables – 185 593 personnes sous traitement antituberculeux et les membres de leur ménage
TOTAL	1 324 097

* Sur la base de la version préliminaire des rapports normalisés sur les projets de 2013.

31. Le PAM est également venu en aide aux personnes vivant avec le VIH: au moyen d'interventions tenant compte du VIH qui n'étaient pas spécifiquement axées sur le virus mais prenaient en considération la vulnérabilité liée à celui-ci; dans des situations de crise humanitaire, y compris grâce à des distributions générales de vivres; et dans le cadre de l'alimentation scolaire et de programmes Vivres pour la création d'avoirs. Les femmes enceintes et les mères allaitantes ont bénéficié de services de PTME plus larges et intégrés.

PARTENARIATS ET RECHERCHE

32. Le PAM a organisé une réunion de l'Équipe spéciale interinstitutions sur l'alimentation et la nutrition en décembre 2013, pour informer les membres sur les travaux de recherche consacrés aux liens entre l'alimentation et la nutrition et les soins en rapport avec le VIH. De futurs travaux de recherche et des activités de communication ont été prévus, comme la publication d'une série d'articles de plaidoyer, qui paraîtront dans la revue *Sight and Life* en 2014. Il a également été prévu de mettre sur pied un sous-groupe de travail de l'Équipe spéciale en Afrique du Sud, disposant d'interlocuteurs au sein du Conseil de recherche médicale sud-africain et de l'UNICEF, ainsi que de répertorier les enseignements tirés de l'expérience s'agissant d'associer les services de traitement du VIH à des interventions en matière de nutrition, de protection sociale et d'éducation en Afrique du Sud. Le PAM copréside en outre l'Équipe spéciale interinstitutions sur le VIH dans les situations de crise humanitaire, et il a pris part aux travaux des équipes spéciales chargées de la protection sociale.
33. À la dix-septième Conférence internationale sur le sida et les infections sexuellement transmissibles en Afrique, qui s'est tenue au Cap en décembre 2013, le PAM a participé aux sessions consacrées au VIH dans les situations d'urgence et aux interventions de protection sociale; il a également évoqué l'expérience acquise en République démocratique du Congo.
34. Un projet de recherche, lancé en 2012, est en cours afin de mieux cerner les préférences alimentaires des adultes vivant avec le VIH et souffrant de malnutrition qui en sont aux premières phases du traitement, dans différents environnements culturels en Asie et en Afrique. Ces travaux, qui éclaireront l'élaboration des produits, sont menés en collaboration avec l'Université de Wageningen, la Croix-Rouge thaïlandaise et *Project Peanut Butter* au Malawi, avec le soutien de certains acteurs du secteur privé.

PERSPECTIVES POUR 2014

35. Dans le cadre de ses activités en matière de VIH et de tuberculose, le PAM accorde une place importante à l'assistance alimentaire, qui contribue à l'obtention de résultats plus larges sur le plan de la santé (récupération nutritionnelle, poursuite des soins et réussite du traitement); les programmes sont conçus et exécutés à la faveur de mécanismes gouvernementaux en place. Le PAM s'emploiera de plus en plus à aider les gouvernements à intégrer les programmes relatifs à l'alimentation et à la nutrition dans le secteur de la santé et à les rattacher à des initiatives communautaires et à des stratégies de protection sociale, en assurant des transferts d'espèces et/ou de bons pour éviter de surcharger les systèmes de santé. Certains bureaux de pays du PAM proposent aux personnes vivant avec le VIH qui souffraient auparavant de malnutrition de participer à des activités touchant les moyens d'existence, afin de conforter les améliorations obtenues sur le plan de la santé et de favoriser la participation à des activités productives. Ces mesures permettent aux personnes vivant avec le VIH d'assurer leur propre sécurité alimentaire et nutritionnelle et celle de leur ménage, ainsi que d'obtenir des effets positifs au niveau de la poursuite des soins et de la réussite du traitement, ce qui contribue à réduire la transmission.

36. Le PAM favorisera le dialogue à l'échelle internationale et nationale. Il poursuivra sa collaboration avec le Fonds mondial pour faire en sorte que l'alimentation et la nutrition figurent dans ses politiques et directives, et il travaillera avec les bureaux de pays et les bureaux régionaux pour faciliter l'accès aux ressources du Fonds mondial et appuyer les pays qui en bénéficient déjà. Il continuera également à élargir ses activités dans le cadre de partenariats, de programmes et de politiques tenant compte du VIH, notamment par l'intermédiaire du partenariat mis en place avec le FNUAP et l'UNICEF en faveur de la nutrition des adolescentes, des femmes enceintes et des mères allaitantes, qui prévoit d'exécuter des programmes à titre pilote dans quatre pays à partir de 2014.
37. Un tiers des personnes vivant avec le VIH qui entament un traitement l'abandonnent dans les trois années qui suivent le début de la thérapie; pourtant, l'accès aux traitements et leur observance ne reçoivent pas toute l'attention qu'ils devraient. Il sera nécessaire de mieux comprendre les besoins et les préférences des personnes vivant avec le VIH ainsi que d'instaurer des environnements propices si l'on entend remédier au problème. Il convient de mieux tirer parti de la protection sociale et de la relier à l'assistance alimentaire et nutritionnelle. En 2014, le PAM, en partenariat avec l'Institut sur les études du développement, assurera une formation consacrée à la sensibilisation aux questions du VIH/sida et de la nutrition.

LISTE DES SIGLES UTILISÉS DANS LE PRÉSENT DOCUMENT

DOTS	traitement de brève durée sous surveillance directe
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PTME	prévention de la transmission de la mère à l'enfant
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance