

**POLITIQUE DU PAM EN MATIÈRE
DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA**



CONSULTATION INFORMELLE

1^{er} juillet 2010

Programme alimentaire mondial
Rome, Italie

RÉSUMÉ

Fin décembre 2008, le nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé à 33,4 millions, dont 2,7 millions qui venaient d'être infectés pendant l'année. L'épidémie est loin d'être maîtrisée: l'on compte cinq nouvelles infections pour deux nouvelles thérapies antirétrovirales. La configuration de l'épidémie varie d'une région, d'un pays et d'une province à l'autre, et les interventions actuelles risquent d'être déjà dépassées. L'on constate en outre une grave convergence des épidémies d'infection par le VIH et de tuberculose.

Les personnes infectées par le VIH sont exposées à graves risques d'amaigrissement et de dépérissement, qui ne vient qu'aggraver la malnutrition existante. L'infection affecte la capacité d'ingérer et de digérer les aliments au moment où l'organisme a besoin de plus de calories qu'avant l'infection pour que le système immunitaire puisse combattre l'envahisseur. Même lorsqu'ils suivent un traitement, les patients affectés par le VIH continuent de perdre du poids, ce qui aggrave le risque de progression de la maladie et de décès. Dans les pays à faible revenu, l'infection contribue à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition; affecte les moyens de subsistance dans la mesure où les personnes qui vivent avec le VIH ne peuvent plus travailler, ce qui aggrave encore l'insécurité alimentaire; et les personnes qui vivent avec le VIH se trouvent fréquemment exclues des filets de sécurité informels en raison de l'opprobre qui entoure la maladie.

Les progrès des thérapies antirétrovirales ont permis à beaucoup de personnes qui vivent avec le VIH de mener une vie relativement saine ont beaucoup réduit la mortalité et la morbidité du VIH, mais, en 2010, moins de la moitié des personnes vivant avec le VIH ont accès à un traitement. En sa qualité de coparrain du Programme commun des Nations Unies pour le VIH/sida (ONUSIDA), le PAM a aidé les personnes qui vivent avec le VIH à faire face aux difficultés auxquelles elles se heurtent dans le domaine de la nutrition et de la sécurité alimentaire. La politique adoptée par le PAM en 2003 en matière de lutte contre le VIH/sida a reconnu le rôle qui lui incombe dans ce domaine et la nécessité de mettre au point des interventions individualisées tenant compte des caractéristiques du contexte épidémiologique et social. Depuis 2006, le PAM se charge des activités concernant la nutrition et/ou l'appui alimentaire conformément à la répartition des tâches convenue dans le cadre du Programme ONUSIDA et contribue ainsi beaucoup à encourager les patients à suivre un traitement tout en contribuant au succès de celui-ci et à la guérison nutritionnelle.

En 2009, le programme ONUSIDA a confirmé que le PAM peut, grâce à l'expérience qu'il a acquise, apporter une contribution significative dans trois des domaines prioritaires visés par son Cadre de résultats en: i) faisant en sorte que les personnes qui vivent avec le VIH reçoivent un traitement; ii) évitant que ces personnes meurent de tuberculose; et iii) renforçant la protection sociale en faveur des personnes infectées par le VIH. Le Plan stratégique (2008-2013) a confié au PAM la tâche d'aider les gouvernements à élaborer et à mettre en œuvre des interventions reposant sur des bases factuelles et des modalités d'exécution novatrices.

La politique du PAM en matière de VIH/sida guide ses interventions dans le cadre de l'action menée par l'ensemble du système des Nations Unies et a pour but de garantir que les personnes vivant dans l'insécurité alimentaire qui suivent un traitement antirétroviral dans les pays à faible revenu bénéficient d'un soutien nutritionnel et que les personnes affectées par le VIH ou la tuberculose n'aient pas recours à des stratégies négatives pour faire face à l'augmentation des dépenses et à la réduction du revenu des ménages entraînées par la maladie. Le PAM s'efforcera: i) de promouvoir la guérison nutritionnelle et le succès des programmes de traitement en fournissant un appui nutritionnel et/ou alimentaire; et ii) d'atténuer les effets du VIH/sida en aidant à mettre en place des filets de sécurité durables.

OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DU PAM

1. Le PAM s'acquittera des obligations qui lui incombent dans le contexte du Cadre de résultats du Programme ONUSIDA en:
 - contribuant à la guérison nutritionnelle et au succès des programmes de traitement en fournissant un appui nutritionnel et/ou alimentaire; et
 - atténuant les effets du sida sur les personnes et les ménages affectés en aidant à mettre en place des filets de sécurité durables.

INTRODUCTION

2. La politique en matière de lutte contre le VIH/sida décrit le but et les objectifs des programmes mis en œuvre par le PAM dans ce domaine, les méthodes d'exécution et les outils à utiliser pour évaluer les résultats obtenus. Son but est d'orienter les activités et les programmes menés par le PAM pour combattre le VIH/sida. Elle envisage un monde dans lequel l'appui nutritionnel serait intégré aux programmes de traitement de sorte que les personnes vivant dans l'insécurité alimentaire qui suivent une thérapie antirétrovirale dans les pays à faible revenu bénéficient d'un appui nutritionnel adéquat.
3. L'opération d'urgence mise sur pied pour faire face à la sécheresse en Afrique australe en 2002 a été pour le PAM et ses partenaires la première occasion de tenir compte des besoins particuliers des personnes vivant avec le VIH^{1,2} ainsi que de l'impact social de l'épidémie. C'est ainsi que la première politique arrêtée par le PAM en matière de lutte contre le VIH/sida, en 2003, tendait principalement à protéger et à rétablir la sécurité alimentaire et à atténuer l'impact du sida.
4. La portée des programmes de traitement entrepris dans les pays à faible revenu s'est élargie depuis 2003 et l'on comptera mieux, à l'avenir, l'importance que revêt l'appui nutritionnel et alimentaire pour le succès du traitement. Le PAM est devenu coparrain du Programme ONUSIDA en 2003³.
5. Le Programme ONUSIDA coordonne l'appui apporté aux gouvernements et à la société civile pour les aider à prévenir des nouvelles infections par le VIH, à dispenser un traitement aux personnes vivant avec le VIH et à atténuer l'impact de l'épidémie. C'est l'un des meilleurs exemples de l'initiative "Unis dans l'action" des Nations Unies. Depuis 2006, conformément à la répartition des tâches convenue dans le contexte du Programme ONUSIDA, chaque institution est responsable des activités entreprises dans les domaines

¹ Les informations concernant les besoins énergétiques accrus et le plus gros apport de protéines et de lipides dont ont besoin les personnes vivant avec le VIH rassemblées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2001 ont été prises en considération dans les calculs des besoins nutritionnels des populations dans les situations d'urgence (normes SPHERE).

² Les rations standard ont été portées à 2 200 kcal et un supplément de mélange maïs-soja a été ajouté aux rations pour faciliter le traitement des malades chroniques.

³ Le Programme ONUSIDA coordonne l'action de dix organismes des Nations Unies: Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), PAM, Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), Organisation internationale du travail (OIT), Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Banque mondiale. Le PAM est devenu coparrain du Programme ONUSIDA en 2003.

lesquels elle jouit d'un avantage comparatif. Ainsi, le PAM est responsable de l'appui nutritionnel et alimentaire; a reçu des fonds du budget du Programme ONUSIDA⁴ et doit rendre compte de ses activités à ses partenaires et au Conseil du Programme ONUSIDA.

6. Étant donné les changements survenus depuis lors, la présente politique remplace celle qui avait été élaborée en 2003⁵. Elle est fondée sur le Plan stratégique du PAM (2008-2013), les engagements assumés par le PAM dans le contexte du Programme ONUSIDA, les informations factuelles les plus récentes et les enseignements retirés des évaluations de ses activités.
7. Une caractéristique importante de la politique du PAM en matière de lutte contre le VIH/sida est qu'elle englobe également la lutte contre la tuberculose étant donné la dangereuse convergence des épidémies d'infection par le VIH et de tuberculose⁶. La tuberculose étant la principale infection opportuniste dont souffrent les personnes vivant avec le VIH lorsque leur système immunitaire se détériore. La tuberculose est latente parmi un tiers de la population mondiale et la maladie apparaît fréquemment lorsque s'effondre le système immunitaire, par exemple par suite de malnutrition ou d'infection par le VIH.

SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE

8. La configuration de l'épidémie de VIH/sida a beaucoup changé depuis l'élaboration de la précédente politique du PAM, en 2003. Fin décembre 2008, le nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé à 33,4 millions, dont 2,7 millions avaient été infectés pendant l'année⁷. L'accès aux programmes de traitement est aujourd'hui plus facile, et le rythme des nouvelles infections par le VIH est aujourd'hui inférieur de 30 pour cent à ce qu'il était en 1996. En dépit des progrès accomplis, cependant, la couverture mondiale des programmes de traitement demeure limitée: en 2008, 42 pour cent seulement des patients qui avaient besoin d'un traitement y avaient accès.
9. Ce progrès n'a pas inversé la trajectoire de l'épidémie: l'on compte cinq nouvelles infections pour deux nouveaux traitements. Le VIH est la maladie infectieuse la plus meurtrière du monde et la principale cause de décès parmi les femmes en âge de procréer. Dans les pays où la prévalence de l'infection est élevée, la plupart des personnes vivant avec le VIH ont de 15 à 49 ans, qui est le groupe d'âge économiquement le plus productif. Les pays qui comptent de nombreuses populations de personnes infectées par le VIH sont souvent affectées aussi par des niveaux élevés d'insécurité alimentaire et de malnutrition, ce qui crée un effet de boule de neige, tous les éléments se renforçant mutuellement.
10. L'infection par le VIH peut avoir des conséquences dramatiques pour des communautés toutes entières, surtout lorsque celles-ci sont affectées aussi par la malnutrition et l'insécurité alimentaire. Des 2 milliards de personnes qui souffrent de carences en micronutriments, beaucoup vivent dans des pays où la prévalence de l'infection par le VIH

⁴ Le PAM a, en sa qualité de coparrain du Programme ONUSIDA, reçu du budget du Programme un montant de 8,5 millions de dollars pour l'exercice biennal 2010–2011, soit une augmentation de 21 pour cent par rapport à l'allocation qu'il a reçu pour l'exercice biennal 2008–2009.

⁵ WFP/EB.1/2003/4-B.

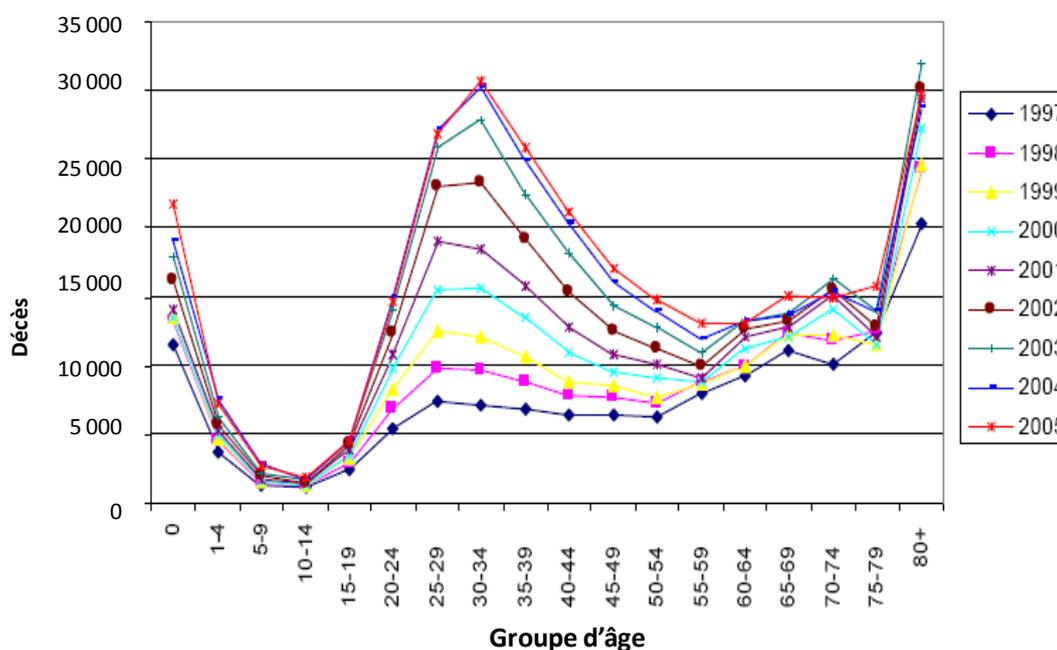
⁶ L'expression VIH/TB est utilisé pour décrire l'intersection des deux épidémies. WHO/HTM/TB/2009.414 et WHO/HTM/HIV/09.01, disponible à l'adresse: <http://www.who.int/tb/publications/2009/en/index.html>

⁷ ONUSIDA. 2009. *AIDS Epidemic Update 2009*. Genève. Disponible à l'adresse: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp>.

et la tuberculose est élevée et où la malnutrition constitue un sérieux problème. Les deux maladies aggravent la malnutrition et l'insécurité alimentaire, avec des conséquences particulièrement néfastes pour les enfants, sous forme de troubles de croissance et de dépérissement.

11. Les effets de l'épidémie sont particulièrement marqués en Afrique australe, où se trouvent les neuf pays où la prévalence de l'infection par le VIH est la plus forte. Dans cette région, l'espérance de vie est tombé de 62 ans en 1994 à 50 ans en 2009 et devrait être encore plus réduite en 2011. C'est au Swaziland que ce recul a été le plus spectaculaire, l'espérance de vie tombant de 60 ans en 1994 à 34 ans en 2009, réduisant ainsi à néant les progrès accomplis, sous forme de développement, pendant des dizaines d'années. La mortalité due à l'infection par le VIH abrège l'espérance de vie et a des conséquences sociales et économiques de très large portée. La figure 1, qui prend pour exemple le cas de l'Afrique du Sud⁸, illustre les schémas changeants de la mortalité. Chez les femmes, la mortalité est la plus forte pour le groupe d'âge de 25 à 39 ans tandis que, chez les hommes, c'est plus tard. Le Gouvernement sud-africain a qualifié ces statistiques de la mortalité de "comparables à l'effet d'une guerre".

Figure 1: Mortalité des femmes en Afrique du Sud par groupe d'âge, 1997–2005



12. L'impact social d'une mortalité prématurée à si grande échelle, joint à des sécheresses fréquentes, aux moyens limités dont dispose le gouvernement et à la résilience réduite des communautés, équivaut à une catastrophe humanitaire. Les conséquences de la récente

⁸ Development Bank South Africa. 2008. Road Map Process.

crise économique et financière montrent à quel point il est difficile pour les personnes vivant avec le VIH de résister à des chocs externes⁹.

13. Aucune région n'a été épargnée par le VIH. Dans beaucoup de pays d'Asie, la prévalence de l'infection par le VIH est élevée parmi les populations à plus haut risque comme les usagers de drogue par voie intraveineuse, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les travailleurs sexuels. Au Bangladesh, en Inde et en Papouasie-Nouvelle-Guinée, la transmission hétérosexuelle est significative aussi¹⁰. Dans la plupart des pays d'Amérique latine, l'infection par le VIH est concentrée parmi les populations à haut risque, mais la hausse rapide du taux d'infection chez les femmes et les filles montre que l'épidémie progresse. Dans les Caraïbes, les taux de prévalence sont nettement plus élevés et l'infection par le VIH est fréquemment transmise par les rapports hétérosexuels et les rapports sexuels entre hommes ainsi qu'entre les travailleurs sexuels.
14. La configuration de l'épidémie dépend de facteurs culturels, politiques et économiques. La transmission hétérosexuelle est à l'origine d'une proportion croissante des infections et, dans le sud de l'Asie et en Afrique subsaharienne, il est apparu de nouveaux schémas épidémiologiques dans lesquels des adultes âgés entretenant des relations stables représentent une proportion croissante des nouvelles infections¹¹.

ENSEIGNEMENTS RETIRÉS: PROGRÈS ET DIFFICULTÉS

15. Le PAM a consacré sept ans d'efforts à la conception, la réalisation et l'évaluation de programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose. L'on trouvera ci-après une analyse des enseignements retirés de l'exécution des programmes ainsi que des difficultés rencontrées.

Des programmes fondés sur des informations factuelles donnent des résultats

16. Le PAM a entrepris, en collaboration avec ses partenaires, des recherches visant à constituer une base de données factuelles. C'est ainsi par exemple que le premier guide pratique, concernant la "Programmation de l'assistance alimentaire dans le contexte du VIH", a été rédigé en collaboration avec l'Agency for International Development des États-Unis dans le cadre du Programme d'assistance technique dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition (FANTA)¹².
17. Le PAM a également établi un "Guide du suivi et de l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH appuyé par une aide alimentaire"¹³. Ce guide, fondé sur le cadre de résultats stratégiques et les indicateurs visés dans le Plan stratégique (2008–2013), qui a pour but d'améliorer l'efficacité des interventions liées à la lutte contre le VIH/sida,

⁹ ONUSIDA/Banque mondiale. 2009. *Global Economic Crisis and HIV Prevention and Treatment Programmes. Vulnerabilities and Impact*. Genève. Disponible à l'adresse: www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/PressCentre/PressReleases/2009/20090706_PR_UNAIDS_WB_Report.

¹⁰ PNUD. 2007. *HIV-Related Stigma and Discrimination in Asia: A Review of Human Development Consequences*. UNDP Regional HIV and Development Programme for Asia-Pacific. Colombo.

¹¹ ONUSIDA. 2009. *AIDS Epidemic Update 2009*. Genève. Disponible à l'adresse: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp>

¹² FANTA et PAM. 2007. *Programmation de l'assistance alimentaire dans le contexte du VIH*. Washington.

¹³ PAM. 2009. *Guide S&E de lutte contre le VIH appuyé par une aide alimentaire*. Rome.

contient des indications utiles concernant les enquêtes de référence et les enquêtes de suivi, les indicateurs, les objectifs et la collecte de données. Le PAM a également élaboré un manuel intitulé "Getting Started – Tuberculosis" pour faciliter la conception et l'exécution du programme.

18. Pour rédiger le présent document, le PAM a travaillé avec des universités pour analyser les informations factuelles disponibles concernant la nutrition et le VIH, la nutrition et la tuberculose et l'insécurité alimentaire et le VIH. Ces informations ont été rassemblées dans trois documents de travail. Bien que d'importantes lacunes persistent, l'état actuel de nos connaissances est suffisant pour produire des interventions bien conçues. Le PAM poursuivra ce processus de concertation et actualisera ses programmes en conséquence.
19. Le PAM est conscient de l'importance que revêtent les stratégies de transfert des responsabilités. L'infection par le VIH est une maladie chronique aujourd'hui incurable, mais les interventions du PAM dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition ont un horizon temporel limité et visent à atténuer les effets de la phase aiguë de l'étape clinique de l'infection et les chocs concomitants sur les revenus. Le PAM et les gouvernements doivent s'employer à élaborer des stratégies de transfert des responsabilités des interventions.
20. Le PAM collaborera par conséquent avec ses partenaires pour établir des liens entre ses interventions et les activités tendant à renforcer les moyens de subsistance afin que son appui puisse être suivi d'autres programmes sans singulariser les personnes vivant avec le VIH, ce qui ne ferait que renforcer l'opprobre qui entoure l'infection, sans perdre de vue que les stratégies de transfert des responsabilités doivent être conçues dans un contexte de pauvreté généralisées.
21. Si de telles stratégies n'étaient pas élaborées, les patients suivant une thérapie antirétrovirale risqueraient, après avoir bénéficié des programmes d'appui nutritionnel du PAM, de devoir à nouveau recevoir une assistance vu que les indicateurs biomédicaux s'amélioreront pendant qu'ils bénéficient d'un appui mais se dégradent dès que celui-ci prendra fin. Même si la thérapie antirétrovirale évite que les patients ne perdent à nouveau du poids sous l'effet du sida, il peut être nécessaire de résoudre d'autres problèmes nutritionnels à plus long terme, par exemple en mettant au point des régimes alimentaires qui permettent aux personnes vivant avec le VIH de gérer les symptômes de la maladie et de parer au risque accru de problèmes cardiovasculaires, de cancer ou de diabète. C'est seulement en aidant les bénéficiaires à recouvrer leur état de santé, leur productivité et leur sécurité alimentaire que l'on pourra éviter qu'ils ne se trouvent enfermés dans un cercle vicieux.

Le ciblage des interventions concernant le VIH/sida est différent de celui de bien d'autres programmes du PAM

22. Le PAM reconnaît l'importance que reflètent le ciblage des populations vulnérables et un processus continu de suivi et d'évaluation (S&E). Conformément aux "trois principes" qui sont à la base du système de S&E au niveau des pays, et pour essayer de mieux comprendre les besoins alimentaires et nutritionnels, le PAM devrait continuer de s'attacher, en association avec les gouvernements et les autorités nationales responsables de la lutte contre le sida, mettre au point des systèmes de S&E bien conçus.
23. Le ciblage des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose diffère des mécanismes de ciblage habituellement employés par le PAM. L'appui fourni dans les domaines de la nutrition et de l'alimentation dans le contexte du traitement est axé sur la

situation nutritionnelle d'un individu plutôt que d'un ménage. Si c'est ce type de ciblage qui est utilisé plutôt qu'un ciblage géographique, c'est parce que, fréquemment, c'est sur la base de critères comme l'indice de masse corporelle que le PAM, à partir du secteur de la santé, est appelé de s'occuper des personnes vivant avec le VIH.

24. Une assistance alimentaire temporaire n'a pour effet seulement d'atténuer les conséquences de l'infection par le VIH mais permet également d'éviter que les ménages n'aient recours à des stratégies pouvant avoir des conséquences irréversibles. Le PAM doit analyser plus avant la vulnérabilité causée par l'infection au niveau de l'individu comme du ménage; de plus en plus, il incorpore des indicateurs indirects liés au VIH/sida à ses évaluations de la vulnérabilité et s'attache à déterminer comment les données recueillies dans le contexte de l'exécution des programmes permettraient de rassembler des informations factuelles sur les avantages apportés par l'aide alimentaire et nutritionnelle fournie dans le contexte des programmes de thérapie antirétrovirale et des programmes de lutte contre la tuberculose. Il a été approuvé de nouveaux indicateurs afin de mesurer les résultats donnés par l'aide alimentaire dans le secteur de la santé; les effets directs et les impacts à long terme de ces interventions sont esquissés à l'annexe I.

De larges partenariats sont essentiels pour permettre au PAM de tenir ses promesses

25. Le PAM sait, à quel point les partenariats sont importants pour satisfaire les besoins des personnes vivant avec le VIH. Conformément aux "trois principes", ses principaux partenaires sont les gouvernements et les autorités nationales responsables de la lutte contre le sida. Les interventions du PAM visent à compléter les programmes administrés par ces autorités, souvent en coopération avec des organisations non gouvernementales (ONG). Le but visé par le PAM est que les acteurs nationaux conçoivent et exécutent leurs propres programmes de lutte contre le sida. Il continuera par conséquent d'aider les gouvernements à intégrer l'alimentation et la nutrition aux programmes de soins et de traitement des personnes vivant avec le VIH. Compte tenu des ressources et des capacités limitées dont ils disposent, le PAM pourra être appelé à participer à la conception des programmes, mais son rôle sera généralement de mener une action de plaidoyer et de renforcer les capacités.
26. Le PAM a travaillé en collaboration avec l'UNICEF pour renforcer la protection sociale et satisfaire les besoins des enfants affectés par le VIH/sida, et il s'est employé, en collaboration avec l'OMS, à affiner les protocoles concernant la nutrition des personnes vivant avec le VIH et en élaborer des nouveaux pour les personnes infectés par la tuberculose. Le PAM continuera de développer ces partenariats.
27. D'autres partenaires du PAM sont notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'aide à la lutte contre le sida (PEPFAR), qui reconnaissent l'un et l'autre qu'un appui nutritionnel et alimentaire doit faire partie intégrante du traitement. Beaucoup des programmes mis en œuvre par le PAM pour combattre le VIH pourraient être financés par ces sources, mais les bureaux de pays ont peine à obtenir le concours du PEPFAR ou des mécanismes nationaux de coordination chargés d'administrer les subventions du Fonds mondial. Le PAM doit doter ses bureaux de pays des moyens nécessaires pour qu'ils puissent avoir accès à ces ressources et faire comprendre aux gouvernements les avantages qu'apporte une assistance technique du PAM.

28. Le PAM continuer de nouer des partenariats avec les réseaux des personnes vivant avec le VIH, les organisations à assise communautaire, les ONG et les organisations de la société civile. Il doit, pour être efficace, pouvoir compter sur les connaissances et l'expérience des ONG, qui défendent les droits des personnes vivant avec le VIH et des tuberculeux et qui sont les mieux placés pour atteindre les groupes à plus haut risque; leur appui est par conséquent essentiel à la mise en œuvre des programmes et au suivi et à l'évaluation. Le PAM s'attachera, en collaboration avec ses partenaires locaux, combattre l'opprobre qui entoure la maladie et à faire mieux connaître les services disponibles et le droit d'y avoir accès.
29. Les défis que représente la lutte contre le VIH et le sida sont trop considérables pour qu'aucun acteur puisse s'y attaquer à lui seul. Certains des objectifs visés par le PAM sont partagés par le secteur privé, lequel peut faire l'apport de ses compétences et de ses ressources pour trouver des solutions en faveur des personnes vivant avec le VIH. Le PAM continuera de travailler avec les grandes sociétés du secteur de l'alimentaire et avec des organisations comme l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition et FANTA. Le secteur privé peut, en collaboration avec le PAM et les universités, montrer comment peuvent être mis au point des produits nutritifs répondant aux besoins des personnes qui suivent un traitement contre l'infection par le VIH et la tuberculose.

QUELLE EST LA PLACE OCCUPÉE PAR LE PAM DANS L'INTERVENTION DU PROGRAMME ONUSIDA?

30. Le Programme ONUSIDA coordonne l'appui que fournit le système des Nations Unies pour aider les gouvernements et la société civile à prévenir des nouvelles infections par le VIH, à organiser des programmes de traitement et de soins à l'intention des personnes vivant avec le VIH et à atténuer l'impact de l'épidémie. Conformément à la répartition des tâches convenue dans le contexte du Programme ONUSIDA, chaque institution est responsable des activités entreprises dans les domaines lesquels elle jouit d'un avantage comparatif. Ainsi, le PAM est responsable de l'appui nutritionnel et alimentaire; a reçu des fonds du budget du Programme ONUSIDA¹⁴ et doit rendre compte de ses activités à ses partenaires et au Conseil du Programme ONUSIDA.
31. Le Programme ONUSIDA est conscient de l'importance que revêtent l'aide alimentaire et la nutrition en tant qu'éléments du traitement, comme stipulé dans le Cadre de résultats pour 2009–2011, qui définit les mesures à adopter en priorité pour élargir l'intervention de lutte contre le VIH, contribuer à la réalisation des objectifs de développement et indiquer aux coparrains comment ils devraient investir leurs ressources pour contribuer à l'intervention commune. Selon le Cadre de résultats du Programme ONUSIDA, le PAM a pour responsabilité d'aider les gouvernements à mettre en œuvre des programmes d'aide alimentaire et de nutrition en faveur des personnes qui vivent avec le VIH et des malades de la tuberculose et à mettre en place des filets de sécurité.
32. Le Cadre de résultats est fondé sur l'objectif consistant à garantir un accès universel aux services fournis dans dix domaines prioritaires en exploitant les avantages comparatifs des différentes organisations, en appuyant la réalisation des priorités nationales et en

¹⁴ Le PAM a, en sa qualité de coparrain du Programme ONUSIDA, reçu du budget du Programme un montant de 8,5 millions de dollars pour l'exercice biennal 2010–2011, soit une augmentation de 21 pour cent par rapport à l'allocation qu'il a reçu pour l'exercice biennal 2008–2009.

s'efforçant d'obtenir des résultats optimaux¹⁵. L'UNICEF, par exemple, axera ses interventions sur les enfants affectés par le VIH/sida ainsi que sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, tandis que les autres coparrains travailleront dans les domaines dans lesquels ils jouissent d'avantages comparatifs.

33. Le PAM concentrera ses activités sur trois des dix domaines prioritaires du Cadre de résultats:

➤ **S'assurer que les personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement.**

Le PAM interviendra auprès des gouvernements pour qu'un appui alimentaire et/ou nutritionnel soit intégré dans les programmes de traitement, afin que toutes les personnes qui suivent un traitement antirétroviral dans un pays à faible revenu bénéficient également d'une assistance alimentaire et d'un appui nutritionnel adéquats. L'évaluation de la situation nutritionnelle, l'éducation à la nutrition et le conseil en matière de nutrition sont nécessaires pour tous les patients qui suivent un traitement antirétroviral. Cela étant, les aliments ne devraient être fournis strictement qu'en fonction des besoins, généralement sur la base d'indicateurs anthropométriques. Lorsque les gouvernements n'ont pas ces capacités, le PAM coopérera avec ses partenaires pour fournir cet appui.

➤ **Empêcher les personnes vivant avec le VIH de mourir de la tuberculose.**

Le PAM contribuera efficacement à la fourniture intégrée de services de lutte contre le VIH et la tuberculose, y compris un appui alimentaire et/ou nutritionnel pour les personnes infectées par la tuberculose.

➤ **Renforcer la protection sociale des personnes infectées par le VIH.**

Le PAM plaidera en faveur des filets de sécurité pour les personnes infectées par le VIH, notamment les personnes qui sont victimes de la faim, d'une mauvaise nutrition et de l'insécurité alimentaire, ainsi que les orphelins et d'autres enfants vulnérables¹⁶. Lorsque les gouvernements n'ont pas ces capacités, le PAM peut les aider en fournissant des filets de sécurité. Le PAM interviendra auprès des gouvernements pour que les systèmes de protection sociale existants intègrent les personnes touchées par le VIH.

34. Le PAM collaborera avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) afin de classer par ordre prioritaire les interventions nutritionnelles et alimentaires visant le VIH/sida dans le contexte humanitaire et les situations de crise alimentaire. Comme les personnes vivant avec le VIH sont vulnérables d'une manière disproportionnée aux conséquences des chocs, le PAM devrait classer leurs besoins par rapport à ceux d'autres groupes vulnérables afin d'accroître leur résilience.

¹⁵ ONUSIDA. 2009. Joint Action: Outcome Framework 2009–2011. Genève.

¹⁶ ONUSIDA. 2009. *Lettre aux partenaires*. Genève. Disponible à l'adresse: http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090210_exd_lettertopartners_en.pdf

35. Le PAM est bien placé pour aider les gouvernements à mettre sur pied des programmes efficaces pour la nutrition, l'appui alimentaire et les filets de sécurité¹⁶, dans le but d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Le PAM, grâce à son rôle de premier plan, continuera de faciliter les dialogues établis au niveau des pays sur l'intégration de stratégies nutritionnelles et alimentaires dans les programmes visant le VIH.
36. L'appui alimentaire et/ou nutritionnel est un facteur essentiel dans l'accès universel aux services. Le VIH, le sida et la tuberculose ont une incidence sur la sécurité alimentaire des personnes et des ménages et ont des conséquences néfastes sur les économies et les sociétés dans lesquelles leur prévalence est élevée. L'insécurité alimentaire qui résulte d'une situation d'urgence soudaine ou d'un sous-développement chronique rend les personnes d'autant plus vulnérables au VIH que cette maladie peut les contraindre à adopter des comportements d'adaptation risqués.
37. L'appui alimentaire et nutritionnel doit être fourni dans le cadre des ripostes nationales au VIH. À ce titre, il peut s'inscrire dans les catégories de programmes et les objectifs stratégiques du PAM. Les personnes vivant avec le VIH sont particulièrement vulnérables aux situations d'urgence parce que leur traitement peut être interrompu et parce qu'elles souffrent de mauvaises conditions d'hygiène, d'une nutrition insuffisante et d'un accès réduit à la nourriture, qui sont autant de facteurs favorisant les infections opportunistes. L'appui nutritionnel et alimentaire visant le VIH/sida peut aussi s'appliquer en vertu du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement. Les programmes du PAM adopteront donc les produits et les résultats à chaque contexte, sur la base d'éléments de preuve concernant la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire et au VIH/sida.
38. Les personnes vivant avec le VIH peuvent aussi bénéficier de programmes de protection (vivres ou espèces contre travail, vivres pour la formation, vivres contre actifs de production et alimentation scolaire) même si le fait d'être atteint du VIH n'est pas le principal critère de ciblage. Le PAM se charge de répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH en les intégrant dans des programmes, en adaptant les critères de ciblage et en sensibilisant le personnel du PAM et des partenaires à toute discrimination éventuelle.

CADRE DE POLITIQUE DU PAM: OBJECTIFS ET PRINCIPES DIRECTEURS POUR LA MISE EN ŒUVRE

39. La politique du PAM a deux objectifs principaux:
- assurer la guérison nutritionnelle et le succès du traitement grâce à la fourniture d'un appui alimentaire et/ou nutritionnel;
 - atténuer les effets du sida sur les personnes et les ménages au moyen de filets de sécurité durables.

Objectif I: Assurer la guérison nutritionnelle et le succès du traitement grâce à un appui alimentaire et/ou nutritionnel

40. Malgré le succès énorme que représente l'accès à la thérapie antirétrovirale (42 pour cent) dans les pays moins avancés, le taux de mortalité des personnes qui commencent cette thérapie dans des contextes à faible revenu est quatre fois plus élevé que celui qui est observé pour ces mêmes personnes dans les pays à revenu élevé. L'appui alimentaire et

nutritionnel doit donc faire partie intégrante du traitement¹⁷, car il facilite la sensibilisation et l'adhésion initiale à la thérapie ainsi que la guérison nutritionnelle, ce qui réduit la mortalité et accroît l'efficacité du traitement antirétroviral. L'appui alimentaire et nutritionnel diminue par ailleurs les effets secondaires des médicaments, des infections opportunistes et des complications métaboliques à long terme comme la dyslipidémie, l'obésité et la résistance à l'insuline.

41. Les effets d'une nutrition inappropriée sont les plus manifestes au début et pendant les trois à six premiers mois du traitement, lorsque les patients subissent les effets secondaires du traitement antirétroviral et peuvent avoir besoin de se rétablir après une perte de poids provoquée par la maladie. Ces effets secondaires peuvent mettre les patients dans l'incapacité d'adhérer au traitement antirétroviral ou inquiéter ceux qui n'ont pas encore déposé un dossier d'enregistrement. L'intérêt initial du traitement et son succès ultérieur peuvent être également remis en cause par les coûts réels, les coûts d'opportunité et l'opprobre. Des problèmes analogues sont rencontrés par les patients touchés par la tuberculose et qui commencent des traitements à court terme sous observation directe¹⁸.
42. Dans le contexte du traitement antirétroviral ou des traitements à court terme sous observation, les programmes d'assistance alimentaire relèvent ces défis en intégrant la guérison nutritionnelle dans les programmes de traitement. Le bien-être nutritionnel du patient fait l'objet d'un suivi régulier, fondé notamment sur l'indice de masse corporelle, qui permet de déterminer le début et la fin de la guérison nutritionnelle. L'assistance alimentaire comprend généralement une évaluation nutritionnelle, une éducation à la nutrition et la fourniture de conseils en matière de nutrition. Elle comprend aussi souvent un apport de compléments alimentaires, en fonction des individus. L'assistance alimentaire dure normalement de six à huit mois, selon la rapidité de la guérison et la conception du programme. Cette catégorie de programmes est parfois désignée sous le nom de prescription sur ordonnance de produits alimentaires.
43. Ces programmes doivent être adaptés à chaque contexte. La décision concernant la nature des produits alimentaires à utiliser à chaque phase du traitement doit prendre en compte la situation nutritionnelle, l'efficacité et le coût, sans oublier la finalité de l'assistance alimentaire, la spécificité des besoins nutritionnels, la période de rétablissement, le partage des rations et certaines considérations opérationnelles.

¹⁷ Thiers, B.H. 2006. Mortalité des patients infectés par le VIH-1 pendant la première année de la thérapie antirétrovirale: comparaison entre les pays à faible revenu et à revenu élevé. *The Lancet* 367:817–824.

¹⁸ Un traitement à court terme sous observation directe comprend un diagnostic de la tuberculose, un enregistrement des patients, puis une multi-thérapie normalisée prévoyant une fourniture contrôlée de médicaments de grande qualité contre la tuberculose, une évaluation des résultats pour chaque patient ainsi qu'une évaluation longitudinale des populations et de la thérapie pour vérifier l'exécution globale du programme. Voir: <http://www.tbalert.org/worldwide/DOTS.php>

44. La manière dont le PAM saisira la portée des défis nutritionnels que posent les personnes touchées par le VIH l'aidera à définir ses ripostes. L'approche du PAM en matière d'amélioration de la situation nutritionnelle contribuera à répondre plus efficacement aux besoins des personnes vivant avec le VIH et bénéficiant d'un traitement. Elle vise en effet à améliorer l'analyse des problèmes avant les interventions d'assistance alimentaire et encourage la sélection, dans une palette élargie de solutions possibles, de celles qui sont les plus efficaces, les moins coûteuses et les mieux adaptées aux besoins nutritionnels de chaque groupe ciblé. Cette palette élargie peut comprendre diverses solutions innovantes fondées sur le recours à des produits alimentaires, des espèces et des bons d'alimentation. L'approche en matière d'amélioration de la situation nutritionnelle exige également de cibler les besoins des populations vulnérables telles que les jeunes enfants et les personnes vivant avec le VIH. Dans certaines situations, des interventions préventives peuvent être plus efficaces et moins coûteuses que le traitement d'une malnutrition existante.
45. Le PAM est conscient que la réussite de ces programmes dépend de l'efficacité des systèmes et des infrastructures en place. Il coopère donc avec les services sanitaires nationaux pour faire en sorte que la gestion des programmes et des protocoles de rétablissement nutritionnel soient conformes aux systèmes de prestations de services sanitaires et qu'elle améliore les capacités, les infrastructures et les mécanismes de fourniture de prestations au niveau national.
46. Les programmes d'appui nutritionnel et alimentaire visent les carences nutritionnelles dues aux maladies sévissant dans des zones géographiques et des zones de sécurité alimentaire. Comme le VIH et la tuberculose rendent les personnes infectées plus vulnérables à l'insécurité alimentaire, la plupart des patients vivant dans des contextes à faible revenu ont besoin d'une évaluation nutritionnelle, d'une éducation à la nutrition et de conseils en matière de nutrition, voire d'un apport de compléments nutritionnels pendant une durée limitée. L'importance de la nutrition dans la réussite de la thérapie a été reconnue non seulement par des scientifiques mais aussi par l'ONUSIDA et l'OMS. C'est pourquoi le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et le Plan d'urgence du Président en matière de lutte contre le sida financent des activités dans ce domaine.

Objectif II: Atténuer les effets du sida sur les personnes et les ménages touchés grâce à des filets de sécurité durables

47. Les interventions effectuées dans le cadre de cet objectif fournissent une assistance alimentaire, y compris par le biais d'arrangements innovants comme les programmes de bons d'alimentation ou les transferts d'argent, visant à empêcher les personnes touchées par le VIH/sida d'adopter des comportements d'adaptation négatifs et à atténuer les effets de la maladie. Les groupes cibles comprennent les patients sous observation et traitement, les personnes souffrant de manière chronique et les orphelins et d'autres enfants vulnérables ainsi que leurs soignants. Ces interventions devraient être limitées dans le temps et réalisées en fonction d'évaluations socio-économiques et de l'insécurité alimentaire.
48. Le VIH et le sida représentent un coût économique énorme pour les sociétés et ralentissent nettement le développement économique. Lorsqu'un membre d'un ménage productif est infecté par le VIH et tombe malade, le ménage doit faire face à une hausse des coûts de santé et à une perte de revenus importante, auxquelles s'ajoute parfois l'opprobre social. L'assistance alimentaire peut compléter le soutien apporté par les

familles, les communautés et les institutions, et contribuer à une éducation de base, à une formation professionnelle et à des perspectives d'amélioration des moyens d'existence.

49. L'appui apporté aux orphelins et à d'autres enfants vulnérables revêt des formes multiples afin de correspondre aux besoins identifiés pour ces personnes dans les plans d'action nationaux. L'assistance alimentaire complète l'aide apportée par les familles, les communautés et les institutions d'accueil et fournit une formation professionnelle et des possibilités d'améliorer les moyens d'existence. Elle est conçue pour le contexte dans lequel elle intervient afin de maximiser l'impact du programme de soutien¹⁹.
50. Comme il est souvent difficile de disposer de chiffres fiables concernant les communautés, ce sont les taux estimatifs de prévalence du VIH ou de la tuberculose qui devraient servir de seuils pour la conception des programmes d'appui dans un contexte d'insécurité alimentaire. On part en effet du principe que la capacité naturelle des familles et des communautés à s'adapter au VIH et à la tuberculose est indirectement proportionnelle à la prévalence et qu'elle s'épuise rapidement dans un contexte d'insécurité alimentaire et de faible revenu.
51. L'assistance alimentaire fournie au titre de cet objectif devrait permettre aux ménages et aux individus de faire face au choc du VIH et du sida et d'enrayer la dégradation de leur bien-être. Certes, les filets de sécurité peuvent protéger les personnes et les ménages contre une aggravation de leur situation et, dans certains cas, améliorer la sécurité alimentaire, mais ils ne sont en aucun cas prévus pour éliminer les causes de la pauvreté. Le PAM aidera les gouvernements et les partenaires à identifier les personnes atteintes du VIH – valides mais victimes d'insécurité alimentaire – qui peuvent bénéficier de filets de sécurité fournissant des possibilités de créer des sources de revenus et favorisant l'adhésion à long terme au traitement.

⇒ *Des filets de sécurité élargis*

52. Le PAM a aidé les gouvernements à concevoir des systèmes de protection sociale comme le programme de filets de sécurité productifs en Éthiopie. Ces filets de sécurité, qui sont conçus pour lutter plus contre l'insécurité alimentaire que contre le VIH, jouent néanmoins un rôle important pour enrayer la propagation du VIH et répondre aux besoins des personnes atteintes du VIH. Les dons pour les enfants, les pensions de vieillesse et les dons pour les handicapés sont en général disponibles au niveau national: un accès plus élargi à une nourriture adéquate sur une base périodique ou saisonnière peut être également une contribution importante aux ripostes nationales au sida.
53. De tels filets de sécurité protègent les moyens d'existence des individus et les empêchent d'adopter des comportements d'adaptation pouvant les exposer au VIH. Lorsqu'un traitement a aidé des patients atteints du VIH ou de la tuberculose à se rétablir aux plans médical et nutritionnel, ces personnes peuvent bénéficier des filets de sécurité liés aux programmes nationaux de protection sociale. Lorsque de tels filets de sécurité n'existent pas, le PAM interviendra en faveur de leur création et coopérera avec les gouvernements pour s'assurer qu'ils intègrent les personnes vivant avec le VIH.

⇒ *Activités de prévention*

54. Les institutions des Nations Unies sont engagées dans la lutte contre la propagation du VIH. Le PAM peut y contribuer en s'efforçant de briser le cercle vicieux de l'insécurité

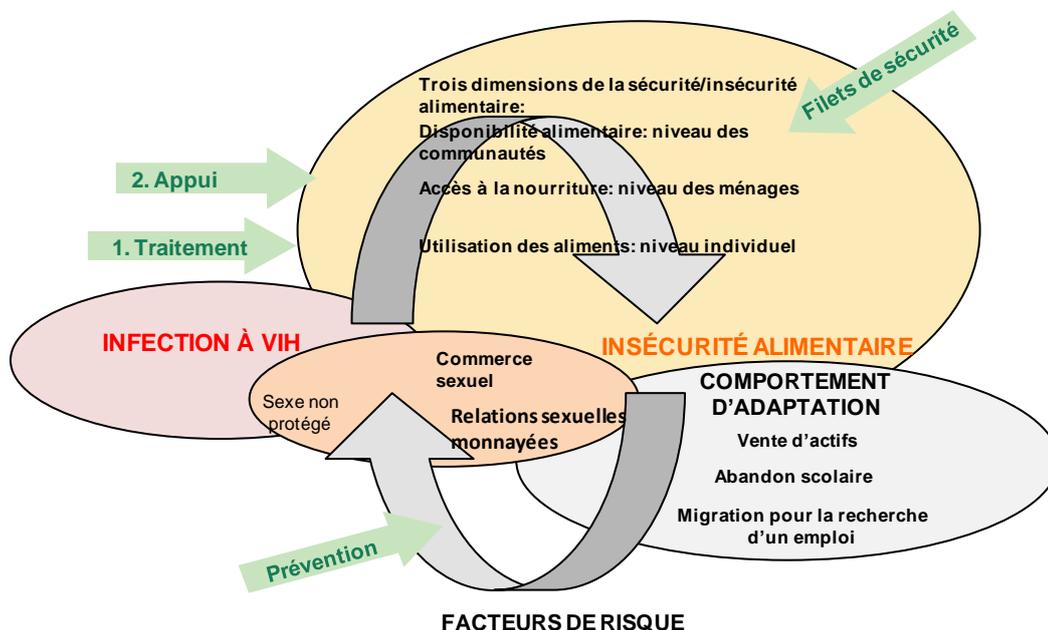
¹⁹ WFP/EB.2/2009/4-A.

alimentaire, du VIH et de l'aggravation de l'insécurité alimentaire. Le PAM a identifié plusieurs points d'entrée pour lutter contre de nouvelles infections du VIH:

- Les traitements contre le VIH contribuent à prévenir la transmission; en effet, les personnes infectées par le VIH présentent des charges virales beaucoup plus faibles, ce qui améliore leur qualité de vie et les rend moins contagieuses. Le PAM participe aux programmes de traitement par le biais de son intervention au titre du premier objectif.
- Des études montrent que les populations mobiles comme les ouvriers du transport dans les opérations du PAM sont particulièrement vulnérables au VIH. En conséquence, le PAM coopère avec des partenaires comme le Forum international du transport, le TNT, l'ONUSIDA, la North Star Alliance et des gouvernements pour élargir l'accès universel afin d'englober la prévention, le traitement, les soins et l'appui le long des itinéraires de transport.
- Le PAM améliorera sa mise en œuvre des dix normes minimales du programme « UN Cares »²⁰ et de son programme concernant le VIH/sida sur le lieu de travail en renforçant son soutien au personnel en matière de VIH quel que soit le lieu d'affectation ou le type de contrat.

55. La figure 2 montre comment le PAM conçoit ses interventions de lutte contre le VIH et l'insécurité alimentaire ainsi que l'importance des filets de sécurité et de la prévention.

Figure 2: Interventions pouvant interrompre les relations causales VIH-insécurité alimentaire et insécurité alimentaire-VIH



²⁰ Ce programme est conçu pour aider le personnel des Nations Unies ainsi que leurs familles à bénéficier des droits prévus par la Politique du personnel des Nations Unies en matière de VIH/sida (1991), le Code des pratiques de l'Organisation internationale du travail sur le VIH/sida et le monde du travail, ainsi qu'à prendre conscience de leurs responsabilités concernant le VIH.

Principes directeurs

56. En vertu de ses objectifs premiers, le PAM aidera les gouvernements à mettre en œuvre des programmes de lutte contre le VIH/sida conformes aux dix principes suivants:

- Connais ton épidémie, connais ta riposte. Chaque riposte programmatique devrait être adaptée au contexte sociopolitique et épidémiologique.
- Le concept "Trois fois un"²¹ et la pleine responsabilité nationale. Conformément à ce concept, les activités du PAM devraient être coordonnées avec les programmes nationaux afin de renforcer la responsabilité des pays en ce qui concerne les ripostes.
- Intégrer l'alimentation et la nutrition dans des ripostes globales. Les interventions en matière de nutrition et d'alimentation devraient être intégrées dans des programmes de protection sociale et sanitaire. Il ne devrait pas s'agir d'activités autonomes.
- Programmes efficaces et économiques, fondés sur des données probantes et assortis d'un système de suivi et d'évaluation rationnel. Les interventions en matière de nutrition et d'alimentation devraient être fondées sur des données probantes les plus récentes, et un système fiable de suivi et d'évaluation est nécessaire pour orienter et améliorer les interventions et assurer la transparence.
- Collaboration et partenariats. Le PAM devrait choisir des partenaires jouissant d'avantages comparatifs. Il devrait continuer à coopérer avec les coparrains d'ONUSIDA afin d'élaborer des ripostes communes et œuvrer avec des partenaires comme le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et le Plan d'urgence du Président en matière de lutte contre le sida, la société civile, des organisations confessionnelles, des universités et le secteur privé.
- Participation et responsabilité des communautés, y compris des personnes vivant avec le VIH. La société civile joue un rôle décisif dans la riposte au VIH/sida: il faudra accroître la participation des personnes vivant avec le VIH aux programmes de lutte contre le VIH/sida élaborés par le PAM.
- Acheter des produits alimentaires sur les marchés locaux. Les achats de produits alimentaires au niveau local sont un moyen d'assurer la pérennité des programmes et de stimuler les économies.
 - ◇ Financement prévisible et fiable. Il s'agit là d'une condition nécessaire pour développer et appuyer les programmes: l'assistance alimentaire et nutritionnelle doit faire partie de la planification et de la budgétisation gouvernementales et elle ne devrait dépendre d'un financement à court terme que dans des situations d'urgence.
 - ◇ Parité hommes-femmes. Le PAM utilisera l'analyse sexospécifique pour comprendre les aspects sociaux des relations entre les sexes et les normes fondées sur l'égalité hommes-femmes, ainsi que les lois dans la mesure où elles sont liées au VIH. Le PAM continuera à intégrer les aspects sexospécifiques dans les activités nutritionnelles et alimentaires en rapport avec le VIH.

²¹ Cadre d'action convenu sur le VIH/sida prévoyant: une coordination des activités de tous les partenaires, une seule autorité nationale de coordination de la lutte contre le sida, et un seul système de suivi et d'évaluation au plan national.

- ◇ Agir de manière positive. Les ripostes au VIH et au sida ne doivent pas aggraver la situation, par exemple en contribuant à l'opprobre, en créant des situations favorables à la propagation du VIH, en détournant des ressources ou en soustrayant du personnel sanitaire à d'autres programmes.

BUT DE LA NOUVELLE POLITIQUE: ASSISTANCE ALIMENTAIRE ET VIH/SIDA

57. La nouvelle politique du PAM prend en compte les changements qui se sont produits au cours des sept dernières années en ce qui concerne le VIH et le sida. Des données scientifiques récentes ont permis de mieux comprendre la dynamique de l'insécurité alimentaire et du VIH, la co-infection VIH/tuberculose et le rôle de la nutrition dans la prévention, le traitement et les soins. La thérapie a amélioré la vie de millions de personnes et redéfini le rôle du PAM dans la riposte au sida. La présente section récapitule les données probantes à partir desquelles le PAM a élaboré sa politique, en mettant l'accent sur l'insécurité alimentaire et la malnutrition, l'accroissement des besoins énergétiques, l'incidence des stratégies d'adaptation négatives, la tuberculose et l'assistance alimentaire.

⇒ *Le VIH contribue à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition*

58. Le VIH a des conséquences profondes sur la situation nutritionnelle. Les personnes sont souvent victimes d'insécurité alimentaire et souffrent de malnutrition avant l'infection. En outre, la maladie devient une cause de malnutrition par ses effets sur le métabolisme et la capacité à ingérer et digérer les aliments. Elle constitue un facteur d'appauvrissement dans la mesure où la personne vivant avec le VIH perd souvent sa capacité à gagner un revenu, ce qui la plonge encore davantage dans l'insécurité alimentaire. Là où l'opprobre existe, les personnes vivant avec le VIH sont souvent exclues des filets de sécurité fondés sur les communautés²².

⇒ *Accroissement des besoins énergétiques*

59. Une personne touchée par le VIH est confrontée à un risque élevé de perte de poids et de dépérissement dus à la maladie. Une fois infecté, l'organisme élabore une réaction immunitaire qui exige plus d'énergie que les besoins normaux: de 10 pour cent de plus au stade asymptomatique à trente pour cent pour les adultes à des stades ultérieurs. Les enfants atteints d'une infection à VIH symptomatique ont des besoins en calories qui sont de 50 à 100 pour cent supérieurs à ceux qui présentent un VIH négatif²³; et les jeunes enfants luttent souvent pour consommer deux fois la quantité de calories, surtout lorsqu'ils n'ont pas accès à des aliments à forte densité énergétique. Ces facteurs pèsent sur les ressources financières des familles.

60. Si ces demandes énergétiques accrues ne sont pas satisfaites, la personne qui vit avec le VIH commence à perdre des tissus adipeux et musculaires. Un indice de masse corporelle peu élevé est un facteur de risque important pour la progression du VIH et la mortalité qui en découle, et il est indépendant du fonctionnement du système immunitaire²⁴. À mesure

²² PNUD 2007. *HIV-Related Stigma and Discrimination in Asia: a Review of Human Development Consequences*. Colombo.

²³ OMS. 2003. *Nutrient Requirements for People Living with HIV/AIDS*. Genève.

²⁴ Babameto, G. et Kotler, D.P. 1997. Undernutrition in HIV infection. *Gastroenterol Clin North Am* 26: 393–415.

que les besoins énergétiques vont croissant, les symptômes du VIH réduisent l'ingestion d'aliments de l'individu et peuvent agir sur la capacité de l'organisme à absorber et utiliser des nutriments²⁵. Le VIH peut créer la situation paradoxale suivante: la personne infectée réduit son ingestion de nutriments alors que son organisme exige une augmentation. Le soutien nutritionnel²⁶ apparaît donc comme un élément déterminant du traitement du VIH.

61. La qualité du régime alimentaire est importante ainsi que la quantité d'aliments consommés et leur goût. Des données probantes actuelles suggèrent que les personnes infectées par le VIH et la tuberculose ont besoin au minimum d'un apport de vitamines et d'éléments minéraux essentiels recommandés. Dans les contextes à faible revenu, les régimes observés sont très loin du compte à cet égard.
62. D'autres travaux de recherche sont nécessaires pour mettre à jour les données probantes et fournir des indications quant aux besoins en macro et micronutriments des personnes vivant avec le VIH à divers stades infectieux²⁷.

L'insécurité alimentaire peut conduire à des stratégies d'adaptation négatives et à un accroissement de l'exposition au VIH

63. L'insécurité alimentaire entraîne fréquemment des comportements d'adaptation qui ont des conséquences négatives voire irréversibles telles que la vente d'actifs, l'abandon scolaire, la migration et le commerce sexuel. Ces comportements, qui peuvent soulager à court terme, sont pénalisants à long terme, notamment parce qu'ils augmentent l'exposition au VIH.
64. L'éducation est à cet égard fondamentale car elle permet aux jeunes de comprendre et de maîtriser les risques. Des études ont montré que pour chaque année supplémentaire qu'un enfant passe à l'école, la probabilité de contracter le VIH diminue. Les populations mobiles, par exemple les personnes qui migrent pour fuir l'insécurité alimentaire, abandonnent leur contexte social et deviennent souvent plus vulnérables au VIH. La grande pauvreté et le désespoir qui résultent des comportements d'adaptation négatifs peuvent augmenter le risque de voir une personne recourir au sexe non protégé pour se procurer de la nourriture^{28, 29}.

²⁵ Semba, R.D. et Tang, A.M. 1999. Micronutrients and the pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *Br J Nutr* 81:181–189.

²⁶ Le soutien nutritionnel vise à assurer une nutrition adéquate et comprend une évaluation de l'apport alimentaire, de la situation nutritionnelle et de la sécurité alimentaire; l'éducation et le conseil en matière de nutrition ont pour but d'assurer un régime équilibré, d'atténuer les effets secondaires du traitement et des infections et de garantir un accès à l'eau potable et, en cas de besoin, à des compléments alimentaires ou à une supplémentation en micronutriments.

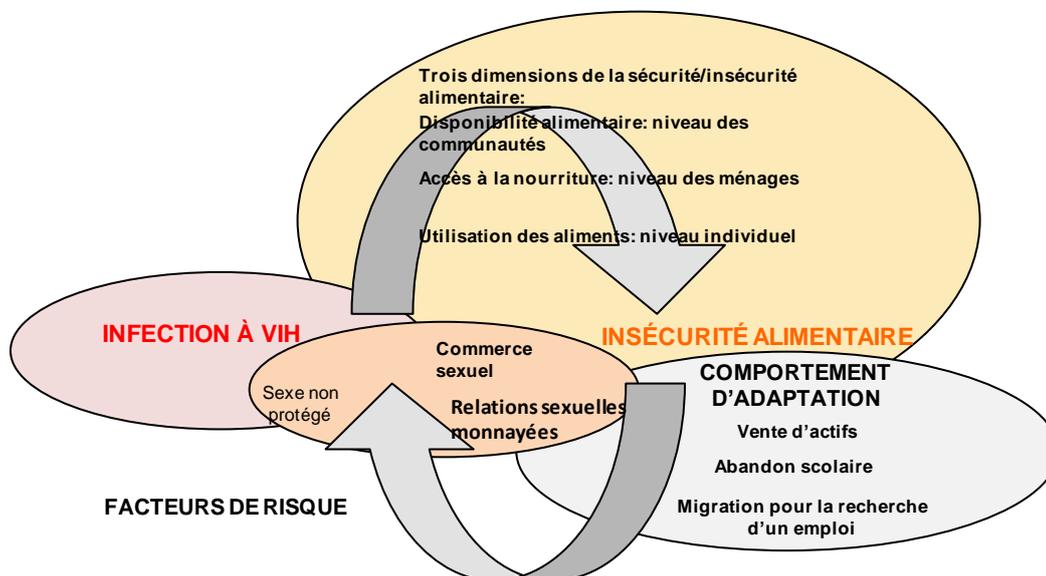
²⁷ Document de référence du PAM sur le VIH et la nutrition soumis pour publication en 2010.

²⁸ Weiser, S., Leiter, et al. 2007. Food Insufficiency is associated with High-Risk Sexual Behaviour among Women in Botswana and Swaziland. *PLoS Medicine* 4(10). Gillespie, S. 2007. *Food Prices and the AIDS Response*. Washington DC, International Food Policy Research Institute (IFPRI). Gillespie, S., Jere, P. et al. 2009. *Food Prices and the HIV Response: Findings from a Rapid Regional Assessment in Eastern and Southern Africa*. Washington DC, IFPRI. Gillespie, S. et Kandiyala, S. 2005. *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: from Evidence to Action*. Washington DC, IFPRI.

²⁹ De Waal, A. et Whiteside, A. 2003. New Variant Famine: AIDS and Food Crisis in Southern Africa. *The Lancet* 362:1234–1237. Naysmith, S., de Waal, A. et Whiteside, A. 2009. Revisiting the New Variant Famine: the Case of Swaziland. *Food Security* 1:251–260.

65. La figure 3 récapitule la dynamique causale qui conduit du VIH à l'insécurité alimentaire et, souvent, de l'insécurité alimentaire au VIH.

Figure 3: L'infection à VIH conduit à l'insécurité alimentaire tandis que l'insécurité alimentaire peut accroître le risque d'être infecté par le VIH



VIH et tuberculose

66. L'infection à VIH et la malnutrition sont des facteurs de risque importants qui peuvent activer la tuberculose. L'infection à VIH accroît le risque de développer une tuberculose après une infection à *Mycobacterium tuberculosis*. Comme le VIH, la tuberculose a des conséquences nutritionnelles pour l'organisme: le dépérissement est un symptôme courant, et il accroît la mortalité parmi les patients infectés par la tuberculose. La malnutrition est généralement plus grave parmi les personnes qui souffrent d'une co-infection tuberculose-VIH que parmi celles qui sont infectées uniquement par la tuberculose. Le dépérissement est difficile à inverser tant que le patient souffre d'une infection active. La nourriture doit fournir au patient la quantité et la qualité de nutriments et de micronutriments qui conviennent afin qu'il récupère le poids perdu et la masse musculaire³⁰.

67. Dans des environnements où les ressources sont faibles, souvent caractérisés par une malnutrition chronique qui ne dépend ni du VIH ni de la tuberculose, l'assistance alimentaire prend une signification et une pertinence nouvelles. Le soutien nutritionnel est un facteur essentiel dans: i) l'incitation du patient à adopter le traitement; ii) la promotion de l'adhésion initiale; iii) la gestion des effets secondaires; iv) l'amélioration du succès du traitement; et v) le rétablissement nutritionnel progressif. L'évaluation nutritionnelle, l'éducation à la nutrition et le conseil en matière nutritionnelle doivent être complétés pendant une durée limitée par une supplémentation nutritionnelle: selon le problème nutritionnel et le régime adopté, il peut s'agir d'un aliment prêt à être consommé, d'un aliment composé fortifié, d'un apport de nutriments à base de lipides ou d'un apport de micronutriments.

³⁰ Document de référence du PAM sur le VIH et la nutrition soumis pour publication en 2010.

68. Il est important de s'occuper des questions nutritionnelles car la plupart des médicaments utilisés dans le traitement antirétroviral et le traitement des infections liées au VIH ont des interférences avec l'ingestion et l'absorption des aliments. La mortalité parmi les patients qui commencent le traitement antirétroviral alors qu'ils sont mal nourris est de deux à six fois plus élevée que celle observée parmi ceux qui ne le sont pas³¹. La reconstitution musculaire est un processus complexe qui exige un traitement antirétroviral, le traitement d'infections secondaires, l'atténuation des effets secondaires et des symptômes de l'infection et un régime complet³¹.
69. Toute recommandation visant à prolonger le traitement peut avoir une incidence sur les questions nutritionnelles et alimentaires. En décembre 2009, l'OMS³² a recommandé de commencer le traitement à un seuil de CD4³² plus élevé, à savoir 350 au lieu de 200/mm³ car des essais ont clairement démontré qu'en commençant le traitement plus tôt, on réduit le taux de morbidité et de mortalité à long terme parmi les personnes atteintes du VIH. Ce relèvement de seuil a des conséquences financières et opérationnelles pour le progrès vers l'accès universel. En effet, un seuil de CD4 plus élevé augmente le nombre de personnes susceptibles de bénéficier du traitement, ce qui accroît les coûts et peut influencer sur le type d'interventions nutritionnelles qui vont de pair avec le traitement. Si les gouvernements mettent en œuvre les nouvelles directives et si le nombre de personnes testées plus tôt est plus important, on peut supposer qu'à moyen et à long terme, les patients infectés par le VIH et qui développeront le sida seront moins nombreux. Le rôle de l'évaluation nutritionnelle, de l'éducation à la nutrition et du conseil en matière de nutrition pourrait prendre une importance accrue, d'autant que les personnes vivant avec le VIH sont plus exposées aux maladies cardiovasculaires ou au diabète.
70. Le traitement renforce aussi la sécurité alimentaire, surtout dans les pays à prévalence élevée. Dès qu'un patient commence à bénéficier d'un traitement, la santé physique et la productivité peuvent être maintenues ou restaurées, ce qui atténue les effets négatifs du VIH. On observe également des effets positifs sur le travail de prévention dans la mesure où les personnes sous traitement ont des charges virales plus faibles et sont donc moins infectieuses.

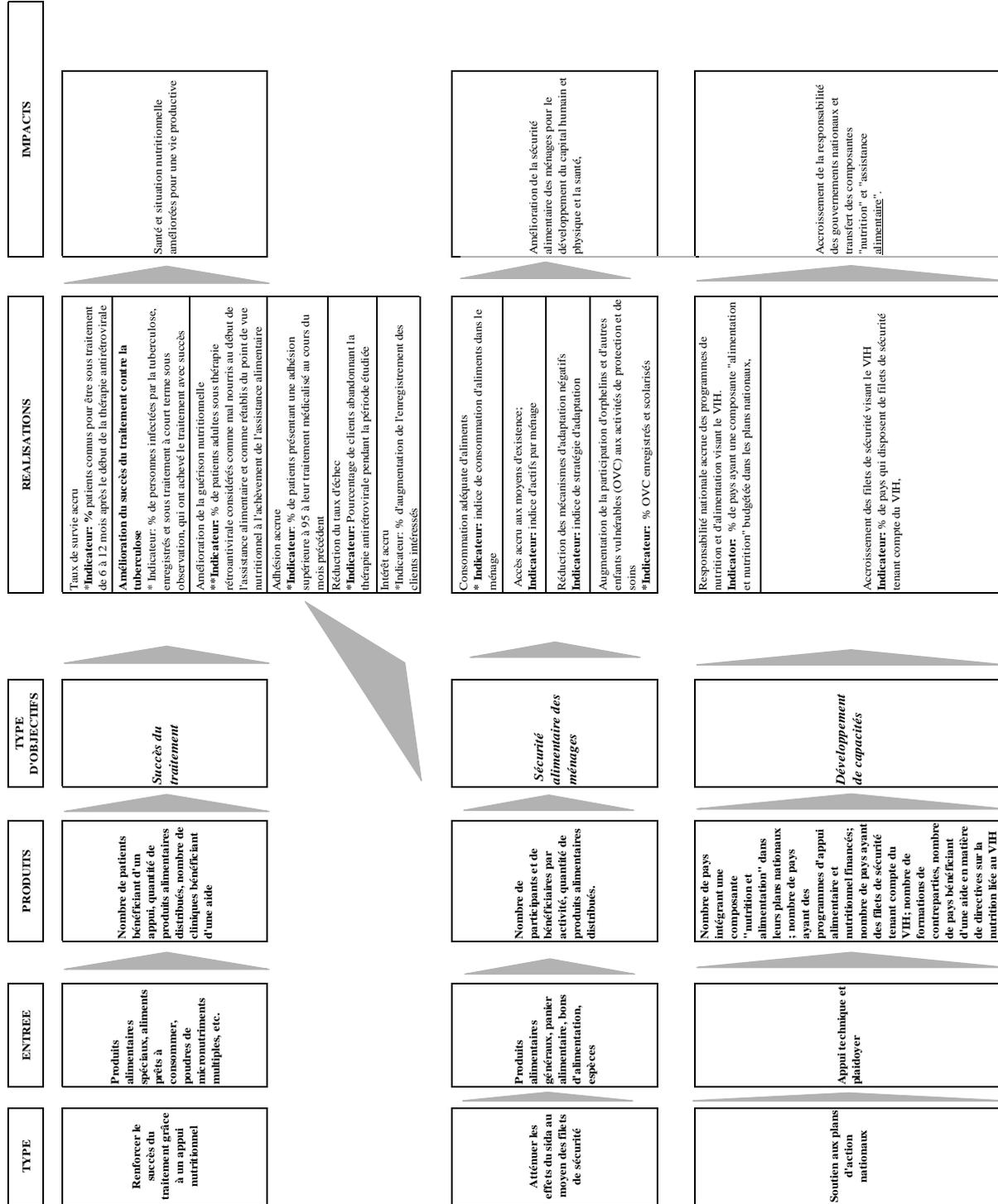
CONCLUSION

71. Le PAM, qui a placé un accent accru sur la nutrition, coopère avec les partenaires de l'ONUSIDA, les universités et le secteur privé en vue de créer des programmes de nutrition innovants. Cette coopération, ainsi que sa volonté d'aller au-delà des analyses de la vulnérabilité des ménages ont permis au PAM de mettre en œuvre sa vision à l'égard du VIH, de la malnutrition et de l'insécurité alimentaire.
72. Le PAM continuera à accumuler des données scientifiques, à nouer des partenariats, à mettre en œuvre des programmes de pointe et à établir des systèmes de suivi fiables qui lui permettront de rendre compte aux gouvernements et à ses partenaires de l'ONUSIDA et d'entreprendre des actions dont les effets seront durables sur l'épidémie de VIH.

³¹ Hsu, J. W.-C., Pencharz, P.B., Macallan, D. et Tomkins, A. 2005. *Macronutrients and HIV/AIDS: A Review of Current Evidence*. Genève, OMS.

³² OMS. 2009. *Rapid Advance: Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults et Adolescents*. Genève.

ANNEXE I: MODELE LOGIQUE VIH/sida



Dans le contexte de l'Objectif stratégique 4, les actifs des ménages sont composés des éléments suivants : naturels (terres, eaux, forêts, etc.), humains (santé et situation nutritionnelle, capacité physique, niveau d'éducation, etc.) et financiers (crédits, prêts, épargnes, etc.).

LISTE DES SIGLES UTILISÉS DANS LE PRÉSENT DOCUMENT

AIDS	syndrome d'immunodéficience acquise
BMI	indice de masse corporelle
DOTS	traitement à court terme sous observation
GFATM	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme
HCR	Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida
PEPFAR	Plan d'urgence du Président en matière de lutte contre le sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
S&E	suivi et évaluation
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	virus de l'immunodéficience humaine