

برنامج  
الأغذية  
العالمي



Programme  
Alimentaire  
Mondial

World  
Food  
Programme

Programa  
Mundial  
de Alimentos

**Deuxième session ordinaire  
du Conseil d'administration**

**Rome, 8–11 novembre 2010**

## **QUESTIONS DE POLITIQUE GÉNÉRALE**

**Point 4 de l'ordre du  
jour**

*Pour approbation*



Distribution: GÉNÉRALE  
**WFP/EB.2/2010/4-A**  
5 octobre 2010  
ORIGINAL: ANGLAIS

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

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://www.wfp.org/eb>).

## NOTE AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

**Le présent document est présenté au Conseil d'administration pour approbation.**

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.

Directeur, PS\*: M. D. Stevenson tel.: 066513-2325

Chef, PSN\*\*\*: M. M. Bloem tel.: 066513-2565

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

\*Division des politiques, des planifications et des stratégies

\*\*Service nutrition et VIH/sida

## RÉSUMÉ

En 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: on compte cinq nouveaux cas d'infection pour deux nouvelles thérapies antirétrovirales entreprises. 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. 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 des risques graves de perte pondérale et d'émaciation, qui ne viennent 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 contaminés par le VIH continuent de perdre du poids, ce qui accroît 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.

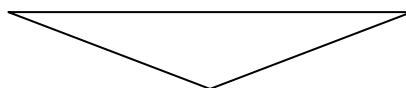
Les progrès des thérapies antirétrovirales ont certes permis à beaucoup de personnes qui vivent avec le VIH de mener une vie relativement normale et ont beaucoup réduit la mortalité et la morbidité liées au VIH, mais moins de la moitié des personnes qui en ont besoin ont accès à un traitement en 2010. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et l'Organisation mondiale de la santé ont souligné l'importance des interventions nutritionnelles, et par conséquent les activités concernant le VIH sont financées par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida. En sa qualité de coparrainant du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 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 en matière de lutte contre le VIH et le sida qu'il a adoptée en 2003, a fait du PAM un partenaire reconnu dans ce domaine avec des interventions adaptées à chaque contexte épidémiologique et social. Depuis 2006, le PAM se charge des activités d'appui nutritionnel et/ou alimentaire conformément à la répartition des tâches convenue dans le cadre du Programme commun.

En 2009, le Programme commun 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, à savoir: i) faire en sorte que les personnes qui vivent avec le VIH reçoivent un traitement; ii) éviter que ces personnes meurent de tuberculose; et iii) renforcer la protection sociale des personnes touchées par le VIH. Le Plan stratégique (2008-2013)

établi par le PAM lui prescrit d'aider les gouvernements à élaborer et à mettre en œuvre des interventions reposant sur des bases factuelles et des modalités d'exécution novatrices. Ces modalités sont applicables au VIH dans les contextes humanitaires, lorsque des crises soudaines ou le sous-développement chronique fragilisent les populations face au VIH et à la tuberculose.

La politique du PAM en matière de lutte contre le VIH et le sida guide ses interventions dans le cadre de l'action menée par l'ensemble du système des Nations Unies et du Plan stratégique quinquennal (2011-2015) du Programme commun; elle vise à assurer que les personnes exposées à 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 ne recourent pas à des stratégies néfastes pour faire face à l'augmentation des dépenses et à la baisse de revenus des ménages entraînées par la maladie. Le PAM s'efforcera donc: i) de promouvoir la récupération nutritionnelle et la réussite des traitements en fournissant un appui nutritionnel et/ou alimentaire; et ii) d'atténuer les effets du VIH et du sida au moyen de filets de sécurité durables.

## PROJET DE DÉCISION\*



Le Conseil approuve la "Politique du PAM en matière de lutte contre le VIH et le sida" (WFP/EB.2/2010/4-A).

---

\* Ceci est un projet de décision. Pour la décision finale adoptée par le Conseil, voir le document intitulé "Décisions et recommandations" publié à la fin de la session du Conseil.

---

## 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 commun des Nations Unies sur le VIH/sida:
  - en contribuant à la récupération nutritionnelle et à la réussite des traitements par un appui nutritionnel et/ou alimentaire; et
  - en atténuant les effets du sida sur les personnes et les ménages affectés au moyen de filets de sécurité durables.

---

## INTRODUCTION

2. La politique en matière de lutte contre le VIH et le 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 exécutés 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 exposées à l'insécurité alimentaire qui suivent une thérapie antirétrovirale dans les pays à faible revenu bénéficient d'un appui nutritionnel adéquat.
3. L'intervention 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 prendre conscience des besoins particuliers des personnes vivant avec le VIH<sup>1,2</sup> 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 de nouveaux éléments sont venus confirmer l'importance que revêt l'appui nutritionnel et alimentaire pour le succès du traitement. Le PAM est devenu un coparrainant d'ONUSIDA en 2003<sup>3</sup>.
5. UNUSIDA 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 en concertation avec UNUSIDA, chaque institution est responsable des activités entreprises dans les domaines où elle a un avantage comparatif. Ainsi, le PAM, qui est responsable de l'appui nutritionnel et

---

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

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

<sup>3</sup> Le Programme UNUSIDA coordonne l'action du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), du PAM, du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), de l'Organisation internationale du travail (OIT), de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), de l'OMS et de la Banque mondiale.

alimentaire, a reçu des fonds du budget ONUSIDA<sup>4</sup> et doit rendre compte de ses activités à ses partenaires et au Conseil d'ONUSIDA.

6. Du fait de cette évolution, la présente politique remplace celle qui avait été élaborée en 2003<sup>5</sup>. Elle s'appuie 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 tirés des examens de ses activités. Cette nouvelle politique fait suite à une évaluation externe conduite en 2008 sur l'action du PAM face au sida et prend en compte les conclusions issues de cet exercice ainsi que les encouragements à améliorer les interventions. Elle est en phase avec le plan stratégique quinquennal d'ONUSIDA (2011-2015) qui guide les travaux du Secrétariat et des coparrainants. Ce plan s'appuiera sur les stratégies de lutte contre le VIH définies par les coparrainants; par ailleurs, le cadre de résultats établi par ONUSIDA sera rendu opérationnel au moyen du budget-plan de travail intégré<sup>6</sup>. La politique couvre la période allant de 2010 à 2015.
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 tuberculose<sup>7</sup>. La tuberculose est en effet la principale infection opportuniste dont sont atteintes 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 le système immunitaire s'effondre, par exemple pour cause d'infection par le VIH ou de malnutrition.

## POINT SUR 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. En 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'année<sup>8</sup>. L'accès aux programmes de traitement est devenu plus facile, et le rythme des nouvelles infections à VIH est aujourd'hui inférieur de 30 pour cent à ce qu'il était en 1996. En dépit des progrès accomplis, la couverture mondiale des programmes de traitement demeure toutefois limitée: en 2008, 42 pour cent seulement des personnes ayant besoin d'un traitement y avaient accès. Dans les pays à revenu intermédiaire et à faible revenu, cependant, 4 millions de personnes avaient accès aux antirétroviraux à la fin 2008. On estime que 5,7 pour cent d'entre elles ont pu bénéficier de l'assistance du PAM par l'intermédiaire des programmes de distribution d'antirétroviraux en 2009.

<sup>4</sup> Le PAM a, en sa qualité de coparrainant d'ONUSIDA, reçu sur le budget du Programme commun 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 versée pour l'exercice biennal 2008–2009.

<sup>5</sup> WFP/EB.1/2003/4-B.

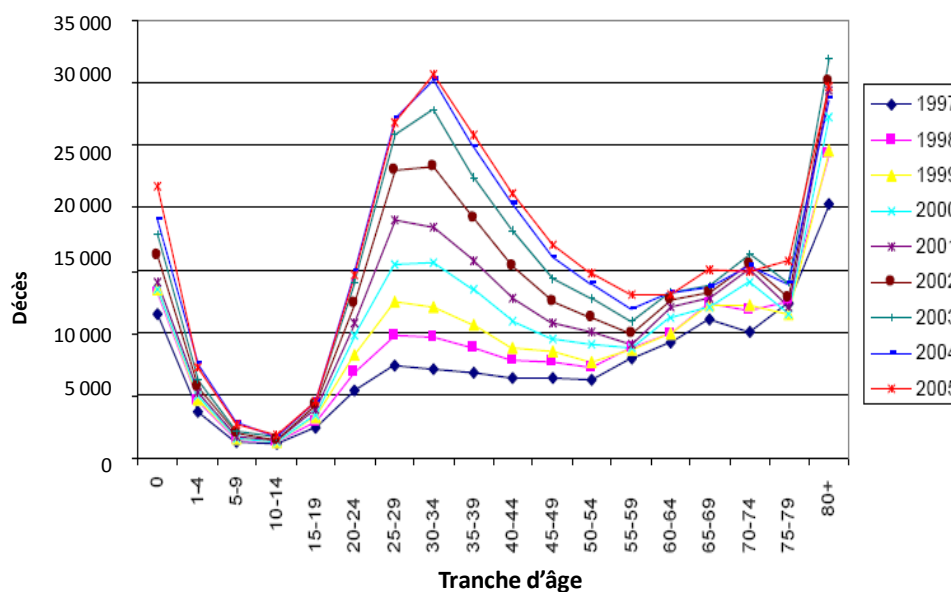
<sup>6</sup> Le budget-plan de travail intégré d'ONUSIDA, qui à compter de fin 2010 sera appelé budget et cadre de responsabilisation unifié, est un instrument unique dans le système des Nations Unies. Il regroupe, dans un programme commun, les activités des dix coparrainants d'ONUSIDA et d'un secrétariat dans un budget-plan de travail biennal ayant vocation de maximiser la cohérence, la coordination et l'impact de la riposte des Nations Unies au sida.

<sup>7</sup> Les expressions "TB/HIV" sont utilisées pour décrire l'intersection des deux épidémies. WHO/HTM/TB/2009.414 et WHO/HTM/HIV/09.01, disponibles à l'adresse: <http://www.who.int/tb/publications/2009/en/index.html>

<sup>8</sup> ONUSIDA. 2009. *Le point sur l'épidémie de sida 2009*. Genève. Disponible à l'adresse: <http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpArchive/2009/default.asp>.

9. Ce progrès n'a pas inversé la trajectoire de l'épidémie: on compte cinq nouveaux cas d'infection pour deux personnes débutant le traitement. 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 entre 15 et 49 ans, soit la tranche d'âge la plus productive au plan économique. Les pays qui comptent un grand nombre de personnes vivant avec le VIH accusent souvent 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 entières, surtout lorsque sévissent aussi la malnutrition et l'insécurité alimentaire. Une grande partie des 2 milliards de personnes qui présentent des carences en micronutriments vivent dans des pays où la prévalence de l'infection à VIH et de 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 retards de croissance et d'émaciation.
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 tombée 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, pendant plusieurs décennies de développement. La mortalité liée au 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 Sud<sup>9</sup>, illustre l'évolution des courbes 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, le pic se situe plus tard. Le Gouvernement sud-africain estime que ces statistiques de mortalité sont "comparables à l'effet d'une guerre".

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



<sup>9</sup> Banque de développement d'Afrique australe. 2008. *Road Map Process* (Processus d'établissement de la feuille de route).

12. L'impact social d'une mortalité prématurée à si grande échelle, conjugué à des sécheresses fréquentes, aux faibles moyens des pouvoirs publics et à la résilience réduite des communautés, équivaut à une catastrophe humanitaire. Les conséquences de la récente crise économique et financière montrent à quel point il est difficile pour les personnes vivant avec le VIH de faire face aux chocs externes<sup>10</sup>.
13. Aucune région n'a été épargnée par le VIH. Dans beaucoup de pays d'Asie, la prévalence du VIH est élevée parmi les populations courant le plus haut risque comme les usagers de drogue par voie intraveineuse, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les travailleurs du sexe. Au Bangladesh, en Inde et en Papouasie-Nouvelle-Guinée, la transmission hétérosexuelle est assez courante<sup>11</sup>. Dans la plupart des pays d'Amérique latine, la contamination 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 le VIH est fréquemment transmis lors de rapports hétérosexuels, de rapports sexuels entre hommes ou de rapports avec des travailleurs du sexe.
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 l'Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, il est apparu de nouveaux schémas épidémiologiques dans lesquels des adultes âgés ayant des relations stables représentent une proportion croissante des nouvelles infections<sup>12</sup>.

## ENSEIGNEMENTS TIRÉS: PROGRÈS ET DIFFICULTÉS

15. Le PAM a consacré sept ans d'efforts à la conception, à la réalisation et à l'évaluation de programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose. On trouvera ci-après une analyse des enseignements tirés de l'exécution des programmes ainsi que des difficultés rencontrées. Une étude sur dossier conduite par le PAM en 2010 a révélé qu'en 2009, quelque 3,0 millions de personnes vivant avec le VIH, dont des enfants, dans 47 pays ont bénéficié d'un programme de récupération nutritionnelle, de filets de sécurité ou des deux, soit dans les centres de soins, soit à travers des mesures de soutien des ménages. Beaucoup d'entre elles peuvent aussi bénéficier de programmes du PAM qui ne les ciblent pas spécifiquement – c'est le cas par exemple des programmes d'alimentation scolaire et Vivres pour la création d'emplois.

<sup>10</sup> ONUSIDA/Banque mondiale. 2009. *Global Economic Crisis and HIV Prevention and Treatment Programmes. Vulnerabilities and Impact*. (Impact potentiel de la crise économique mondiale sur les programmes de prévention et de traitement du VIH) Genève. Disponible à l'adresse: [www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/PressCentre/PressReleases/2009/20090706\\_PR\\_UNAIDS\\_WB\\_Report](http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/PressCentre/PressReleases/2009/20090706_PR_UNAIDS_WB_Report).

<sup>11</sup> PNUD. 2007. *HIV-Related Stigma and Discrimination in Asia: A Review of Human Development Consequences*. (Stigmatisation et discrimination liées au VIH en Asie: examen des conséquences sur le développement humain) UNDP Regional HIV and Development Programme for Asia-Pacific. Colombo.

<sup>12</sup> ONUSIDA. 2009. *Le point sur l'épidémie de sida 2009*. Genève. Disponible à l'adresse: <http://www.unaids.org/fr/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp>



<b>TABLEAU 1. NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PAR CATÉGORIE DE PROGRAMME VIH/SIDA, 2009<sup>13</sup></b>	
<b>Objectif 1:</b> assurer la récupération nutritionnelle et le succès du traitement grâce à un appui alimentaire et/ou nutritionnel - Soins et traitements	1 859 655*
<b>Objectif 2:</b> atténuer les effets du sida sur les personnes et les ménages affectés au moyen de filets de sécurité durables- Atténuation et protection sociale	1 126 346

\* Dont 488 279 sont des patients et 1 371 376 sont des membres des ménages affectés.

## Les 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)<sup>14</sup>.
17. Le PAM a également établi un guide du suivi et de l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH appuyée par une aide alimentaire, qui définit les principales catégories de programmes et les cadres de résultats de la lutte contre le VIH et le sida. Ce guide aide les personnels des programmes à élaborer leurs propres systèmes de suivi et évaluation (S&E) en concordance avec les systèmes de S&E nationaux. Il est fondé sur le Cadre de résultats stratégiques (2008–2013), complété par un recueil d'indicateurs qui contient les éléments nécessaires pour conduire des enquêtes de référence et des enquêtes de suivi, définir les indicateurs, établir des objectifs et déterminer la fréquence des collectes de données. Les rapports annuels normalisés sur les projets sont utilisés pour générer les données, les produits et les effets directs par activité; viennent s'y ajouter les rapports périodiques émanant des bureaux régionaux sur les résultats des programmes financés par le budget-plan de travail intégré d'ONUSIDA<sup>15</sup>.
18. Le PAM a travaillé à la préparation du présent document avec des universités pour analyser les informations factuelles disponibles sur nutrition et VIH, nutrition et tuberculose, et insécurité alimentaire et VIH. Ces informations ont été synthétisées dans trois documents de travail. Malgré la persistance d'importantes lacunes, l'état actuel de nos connaissances est suffisant pour élaborer des interventions bien conçues. Le PAM poursuivra ce processus de concertation et actualisera ses programmes en conséquence.

<sup>13</sup> Ces chiffres comprennent les patients vivant avec le VIH inscrits dans des programmes de traitement et les patients tuberculeux recevant une aide nutritionnelle ou alimentaire du PAM, ainsi que les membres de ménages; ils représentent l'ensemble des personnes aidées en 2009.

<sup>14</sup> FANTA et PAM. 2007. *Food Assistance Programming in the Context of HIV* (Programmation de l'assistance alimentaire dans le contexte du VIH). Washington.

<sup>15</sup> Le guide S&E est en cours de révision, de manière à prendre en compte les changements proposés au Cadre de résultats stratégiques à la suite de la parution du rapport sur l'examen des catégories d'activités récemment approuvé par le Conseil. Une fois que le nouveau cadre aura été approuvé, tous les changements qui concernent le VIH et le sida seront incorporés au guide, qui sera distribué aux bureaux de pays et aux partenaires.

19. Le PAM est conscient de l'importance que revêtent les stratégies de transfert des responsabilités. L'infection à VIH est une maladie chronique incurable actuellement, 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 répercussions 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 relayé par 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 généralisée.
21. Si de telles stratégies n'étaient pas élaborées, les patients sous traitement antirétroviral risqueraient, après avoir bénéficié des programmes d'appui nutritionnel du PAM, de devoir à nouveau recevoir une assistance puisque les indicateurs biomédicaux s'amélioreraient pendant qu'ils bénéficient d'un appui mais se dégraderaient dès que celui-ci prendra fin. Même si la thérapie antirétrovirale évite de nouvelles pertes de poids sous l'effet du sida, il faudra peut-être 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.
22. Le PAM tend de plus en plus à exécuter ses programmes en partenariat avec les ministères de la santé pour faire en sorte que le transfert des responsabilités soit envisagé dès le départ. Le programme d'aliments sur ordonnance en cours de formulation au Swaziland en collaboration avec le Conseil national de la nutrition (entité qui relève du Ministère de la santé) illustre cette approche. Il a été inclus dans les propositions de la Série 10 du Fonds mondial de lutte contre le sida soumises en août 2010. On citera également dans le cas du Mozambique un projet pilote de création d'un système de bons d'alimentation qui permettrait de mettre à disposition des patients sous traitement antirétroviral souffrant de malnutrition, un assortiment alimentaire de base; l'initiative est en cours d'élaboration à la demande du Ministère de la santé, qui a alloué à cet effet des fonds de la Banque mondiale détenus par l'intermédiaire du PAM.
23. Le programme d'appui aux orphelins et autres enfants vulnérables en Namibie a été conçu pour aider le Gouvernement à établir un programme de subventions destiné à promouvoir la nutrition auprès des enfants. Le PAM a amorcé la mise en place d'une aide alimentaire dans les communautés les plus touchées en identifiant les enfants les plus vulnérables, ce qui a facilité l'introduction d'un programme de transferts monétaires. À mesure que la portée du programme de subventions s'élargissait, le PAM a mis progressivement fin à son aide alimentaire.

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

24. Le PAM est pleinement conscient de l'importance que revêtent le ciblage des populations vulnérables et du S&E continu. Conformément aux "Trois Principes"<sup>16</sup> qui prescrivent un seul système de S&E à l'échelon des pays, mais aussi pour 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, à mettre au point des systèmes de S&E bien conçus. Il applique les "Trois Principes" essentiellement par l'intermédiaire des équipes conjointes des Nations Unies sur le sida. Les programmes conjoints des Nations Unies offrent l'occasion d'intégrer l'alimentation et la nutrition dans les ripostes nationales au sida, notamment à travers l'initiative "Unis dans l'action".
25. 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 l'état nutritionnel de l'individu plutôt que du ménage. Ce type de ciblage est utilisé de préférence au ciblage géographique du fait que les personnes vivant avec le VIH sont souvent aiguillées sur le PAM par les services de santé sur la base de critères anthropométriques de mesure de la dénutrition tels que l'indice de masse corporelle ou le périmètre brachial.
26. L'assistance alimentaire temporaire n'a pas seulement pour effet d'atténuer les conséquences de l'infection à VIH mais permet également d'éviter que les ménages aient recours à des expédients dangereux aux conséquences potentiellement 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 d'obtenir des informations factuelles sur les avantages apportés par l'aide alimentaire et nutritionnelle fournie dans le cadre des programmes de thérapie antirétrovirale et de lutte contre la tuberculose. De nouveaux indicateurs cadrant avec les deux grands objectifs énoncés dans la présente politique ont été approuvés; ils permettront de mesurer les résultats de l'aide alimentaire dispensée 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**

27. Le PAM sait à quel point les partenariats sont importants pour répondre aux 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 gérés par ces autorités, souvent en coopération avec des organisations non gouvernementales (ONG). Le but de l'exercice est que les acteurs nationaux conçoivent et exécutent leurs propres programmes de lutte contre le sida. Le PAM 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. En cas de ressources et de capacités limitées,

---

<sup>16</sup> Un cadre commun d'action sur le VIH/sida qui permet de coordonner les activités de tous les partenaires, un organisme national commun de coordination de la riposte au sida et un système commun de suivi et d'évaluation à l'échelon national.

il pourra être appelé à participer à la conception des programmes, mais son rôle sera généralement de mener une action de plaidoyer et de renforcement des capacités.

28. Le partenariat avec l'UNICEF a été utile au PAM pour renforcer les filets de sécurité et satisfaire les besoins des enfants affectés par le VIH/sida; le PAM s'est employé, en collaboration avec l'OMS, à affiner les protocoles concernant la nutrition des personnes vivant avec le VIH et à en élaborer des nouveaux pour les personnes atteintes de tuberculose. Il continuera de développer ces partenariats. Parmi ses autres partenaires figurent le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme<sup>17</sup> et le Plan d'urgence du Président des États-Unis d'aide à la lutte contre le sida (PEPFAR), mécanismes pour lesquels l'appui nutritionnel et alimentaire doit faire partie intégrante du traitement. Nombre des programmes mis en œuvre par le PAM pour combattre le VIH pourraient être financés par ces sources, mais les bureaux de pays éprouvent des difficultés à nouer le dialogue avec le 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.
29. Le PAM continuera de nouer des partenariats avec les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les organisations à assise communautaire, les ONG et les organisations de la société civile. Pour être efficace, il doit 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 placées pour atteindre les groupes les plus à risque; leur appui est par conséquent essentiel à la mise en œuvre des programmes et au S&E. Le PAM s'attachera, en collaboration avec ses partenaires locaux, à combattre l'opprobre qui entoure la maladie et à faire mieux connaître les services disponibles et le droit d'y avoir accès.
30. Les défis que représente la lutte contre le VIH et le sida sont trop considérables pour qu'un acteur isolé puisse s'y attaquer à lui seul. Certains des objectifs visés par le PAM sont partagés par le secteur privé, lequel peut contribuer par ses compétences et ses ressources aux 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 une meilleure nutrition (GAIN) et FANTA. Le secteur privé peut, en collaboration avec le PAM et les universités, conduire la mise au point de produits

---

<sup>17</sup>Le rôle du PAM dans le Fonds mondial concerne aussi bien le conseil technique aux gouvernements sur l'alimentation et la nutrition, la facilitation de la gestion de la chaîne d'approvisionnement alimentaire et peut également consister à aider les gouvernements et les partenaires à concevoir des interventions alimentaires et nutritionnelles ambitieuses pour les personnes vivant avec le VIH. Le PAM multiplie les coalitions dans les pays bénéficiaires afin de promouvoir l'importance de l'alimentation et de la nutrition et de dispenser une assistance et des conseils techniques pour l'élaboration des composantes des propositions du Fonds mondial, qui concernent l'alimentation et la nutrition.

En 2010, la Division des politiques, de la planification et des stratégies du PAM a conduit des recherches en coopération avec les bureaux régionaux, l'Université George Washington et l'Albion Street Center visant à explorer des solutions propres à lever les obstacles qui empêchent les bureaux de pays du PAM d'entamer une collaboration avec le Fonds mondial. Des visites ont été faites à Djibouti, en Éthiopie, au Ghana, en République démocratique populaire lao, au Swaziland et au Zimbabwe avant et après que ces pays aient formulé leur demande de fonds au titre de la Série 10. Ce travail a donné lieu à la publication d'un manuel et d'un programme de formation destinés à renforcer les capacités du personnel à adopter les meilleures pratiques.

Le manuel sera mis à profit dans les prochaines années pour faire en sorte que les pays soient plus nombreux à accorder une place centrale à l'alimentation et à la nutrition dans leurs demandes d'aide auprès du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Ainsi, les programmes d'alimentation et de nutrition pourraient être mieux financés dans le cadre de la lutte contre le sida et la tuberculose, ce qui irait dans le sens des découvertes scientifiques et de la présente politique.

nutritifs répondant aux besoins des personnes qui suivent un traitement contre VIH et la tuberculose.

## QUELLE EST LA PLACE OCCUPÉE PAR LE PAM DANS LA RIPOSTE D'ONUSIDA AU VIH?

31. ONUSIDA coordonne l'appui que fournit le système des Nations Unies pour aider les gouvernements et la société civile à prévenir de nouvelles infections à VIH, à organiser des programmes de traitement et de soins pour les personnes vivant avec le VIH et à atténuer l'impact de l'épidémie. Conformément à la répartition des tâches convenue dans le contexte d'ONUSIDA, chaque institution est responsable des activités entreprises dans les domaines où elle jouit d'un avantage comparatif. Ainsi, le PAM est responsable de l'appui nutritionnel et alimentaire; il a reçu des fonds substantiels du budget ONUSIDA<sup>18</sup> pour sa contribution à la riposte mondiale au VIH/sida et doit rendre compte de ses activités à ses partenaires et au Conseil d'ONUSIDA.
32. ONUSIDA est conscient de l'importance de l'aide alimentaire et de la nutrition dans le cadre des traitements, ainsi que le précise le Cadre de résultats pour la période 2009–2011, qui définit les mesures à adopter en priorité pour amplifier la lutte contre le VIH, contribuer à la réalisation des objectifs de développement et guider les coparrainants dans l'investissement des ressources destinées à contribuer à la riposte commune. Selon le Cadre de résultats d'ONUSIDA, le PAM a pour responsabilité d'aider les gouvernements à mettre en œuvre des interventions portant sur l'alimentation et la nutrition pour les personnes qui vivent avec le VIH et les tuberculeux et à mettre en place des filets de sécurité.
33. Le Cadre de résultats est fondé sur l'objectif de parvenir à l'accès universel en visant dix domaines prioritaires dans l'optique d'exploiter les avantages comparatifs des différentes organisations, et d'appuyer les priorités nationales et d'obtenir des résultats optimaux<sup>19</sup>. L'UNICEF, par exemple, s'occupera des enfants touchés par le VIH/sida et de la prévention de la transmission mère-enfant.
34. Le PAM concentrera ses activités sur trois des dix domaines prioritaires du Cadre de résultats:

➤ **Faire en sorte que les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement.**

Le PAM incitera les gouvernements à veiller à ce qu'un appui alimentaire et/ou nutritionnel soit intégré aux programmes de traitement, afin que toute personne suivant un traitement antirétroviral dans un pays à faible revenu bénéficie également d'un soutien alimentaire et nutritionnel adéquat. Un appui alimentaire et nutritionnel adéquat peut réduire la mortalité prématurée et accroître la réussite des traitements. Pour tous les patients sous traitement antirétroviral, une évaluation de la situation nutritionnelle, une initiation et des conseils en nutrition sont indispensables, tandis que l'aide alimentaire devrait être strictement dispensée en fonction de l'état nutritionnel, généralement déterminé sur la base d'indicateurs

<sup>18</sup> En sa qualité de coparrainant d'ONUSIDA, le PAM a reçu sur le budget du Programme commun 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 perçue pour l'exercice biennal 2008–2009.

<sup>19</sup> ONUSIDA. 2009. Une action conjointe en vue de résultats: Cadre de résultats d'ONUSIDA, 2009–2011. Genève.

anthropométriques. Lorsque les gouvernements n'auraient pas les capacités voulues, le PAM coopérera avec ses partenaires pour fournir cet appui.

➤ **Éviter que les personnes vivant avec le VIH meurent de la tuberculose.**

Le PAM contribuera à la fourniture de services intégrés efficaces de lutte contre le VIH et la tuberculose, y compris par un appui alimentaire et/ou nutritionnel aux personnes atteintes de tuberculose.

➤ **Renforcer la protection sociale en faveur des personnes affectées par le VIH.**

Le PAM prônera l'établissement de filets de sécurité pour les personnes affectées par le VIH, notamment celles qui connaissent la faim, une mauvaise alimentation et l'insécurité alimentaire, ainsi que les orphelins et autres enfants vulnérables<sup>20</sup>. Lorsque les gouvernements manquent des capacités voulues, le PAM peut les aider à mettre en place des filets de sécurité. Il incitera les gouvernements à intégrer les personnes vivant avec le VIH aux systèmes de protection sociale existantes.

35. Le PAM collaborera avec le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) à l'établissement des priorités concernant les interventions nutritionnelles et alimentaires visant le VIH et le sida dans des contextes de crise humanitaire et alimentaire. Les personnes vivant avec le VIH sont les premières à souffrir dans les situations de crise car leur traitement risque d'être interrompu, et le manque d'eau potable, d'aliments nutritifs et d'hygiène, peut les pousser à négliger de se soigner et augmenter le risque d'infections opportunistes. Le PAM donnera donc la priorité aux besoins des personnes vivant avec le VIH et à ceux des autres groupes vulnérables dans les situations d'urgence.
36. Le PAM est bien placé pour aider les gouvernements à mettre sur pied des programmes efficaces centrés sur la nutrition, l'appui alimentaire et les filets de sécurité<sup>20</sup> dans le but de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement. Le PAM, grâce à son rôle de chef de file, continuera de faciliter les dialogues au niveau des pays sur l'intégration de stratégies nutritionnelles et alimentaires dans les programmes liés au VIH.
37. L'appui alimentaire et/ou nutritionnel est un facteur essentiel de l'accès universel. Le VIH, le sida et la tuberculose ont une incidence sur la sécurité alimentaire des individus et des ménages et ravagent les économies et les sociétés où leur prévalence est élevée. L'insécurité alimentaire qui résulte d'une situation d'urgence soudaine ou du sous-développement chronique rend les populations plus vulnérables au VIH car elle favorise souvent des stratégies de survie risquées.
38. L'appui alimentaire et nutritionnel doit être intégré aux ripostes nationales au sida comme le prévoient les catégories d'activités et les Objectifs stratégiques du PAM. Ce type de soutien dispensé par le PAM dans le contexte de la lutte contre le VIH et le sida s'inscrit aussi dans les Plans-cadres des Nations Unies pour l'aide au développement: ainsi les programmes du PAM adapteront les résultats et les produits attendus à chaque contexte, sur la base des données sur la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire et au VIH/sida.
39. Les personnes vivant avec le VIH peuvent aussi bénéficier de diverses formes de programmes d'assistance comme Vivres ou espèces contre travail, Vivres pour la formation, Vivres pour la création d'avoirs ou alimentation scolaire même si la

<sup>20</sup> ONUSIDA. 2009. *Lettre aux partenaires*. Genève. Disponible à l'adresse: [http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090210\\_exd\\_lettertopartners\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090210_exd_lettertopartners_fr.pdf)

séropositivité n'est pas le principal critère de ciblage. Le PAM s'est engagé à prendre en compte les besoins des personnes vivant avec le VIH en les intégrant dans des programmes, en adaptant les critères de ciblage et en sensibilisant son personnel et ses partenaires à toute discrimination éventuelle.

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

40. La politique du PAM vise deux objectifs principaux:

- i) assurer la récupération nutritionnelle et la réussite des traitements grâce à un appui alimentaire et/ou nutritionnel;
- ii) atténuer les effets du sida sur les individus et les ménages au moyen de filets de sécurité durables.

### **Objectif I: Assurer la récupération nutritionnelle et la réussite des traitements grâce à un appui alimentaire et/ou nutritionnel**

41. Malgré l'élargissement remarquable de la couverture antirétrovirale dans les pays à faible revenu, la mortalité liée au VIH reste souvent trop élevée. Les travaux scientifiques montrent que le taux de mortalité dans les premiers mois du traitement est de deux à six fois plus élevé dans les pays pauvres que dans les pays riches<sup>21</sup>. Cet écart est sans doute lié à la malnutrition, qui affaiblit des systèmes immunitaires déjà attaqués par le VIH. En règle générale, les patients vivant dans les pays à faible revenu ne s'adressent aux centres de traitement qu'à un stade avancé de la maladie, quand l'infection a peut-être déjà altéré leur état nutritionnel. Lorsqu'il s'inscrit dans un traitement vital, l'appui nutritionnel et alimentaire peut réduire la mortalité; il peut aussi atténuer les effets secondaires des médicaments, diminuer la gravité et la fréquence des infections opportunistes et réduire les complications métaboliques à long terme comme la dyslipidémie, l'obésité et la résistance à l'insuline.

42. Les effets d'une nutrition impropre sont particulièrement manifestes au début et pendant les trois à six premiers mois du traitement, lorsque les patients subissent les effets secondaires du traitement antirétroviral et ont besoin de reprendre du poids après la perte pondérale provoquée par la maladie. Ces effets secondaires peuvent décourager les patients d'adhérer au traitement antirétroviral ou inquiéter ceux qui ne se sont pas encore inscrits au programme de soins. La décision de commencer le traitement et de le suivre régulièrement peut être également remise en cause par les coûts réels, les coûts d'opportunité et l'opprobre. Des problèmes analogues sont rencontrés par les patients atteints de tuberculose qui entament des traitements de brève durée sous observation directe<sup>22</sup>.

43. Dans le contexte du traitement antirétroviral ou des traitements de brève durée sous observation directe, les programmes d'assistance alimentaire prennent en compte ces problèmes en intégrant la récupération nutritionnelle dans les programmes de traitement.

<sup>21</sup> 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.

<sup>22</sup> Un traitement de brève durée 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 étude de cohorte pour suivre l'efficacité du programme. Voir: <http://www.tbalert.org/worldwide/DOTS.php>

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 récupération nutritionnelle. L'assistance alimentaire comprend généralement une évaluation nutritionnelle, une éducation à la nutrition et des conseils en nutrition; elle est souvent assortie de compléments nutritionnels adaptés aux cas individuels. L'assistance alimentaire dure normalement de six à huit mois, selon la rapidité de la récupération et la conception du programme. On utilise parfois pour désigner cette catégorie de programmes l'appellation "aliments sur ordonnance".

44. Ces programmes doivent être adaptés à chaque contexte. Le choix des produits alimentaires à utiliser à chaque phase du traitement doit prendre en compte l'état nutritionnel, l'efficacité et le coût, ainsi que la finalité de l'assistance alimentaire, les besoins nutritionnels spéciaux, la période de rétablissement, le partage des rations et certaines considérations opérationnelles.
45. La manière dont le PAM appréhende les difficultés que rencontrent les personnes vivant avec le VIH au plan nutritionnel l'aidera à définir ses ripostes. Son approche de l'amélioration nutritionnelle contribuera à répondre plus efficacement aux besoins des personnes séropositives sous traitement. Elle est en effet axée sur une meilleure 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 au plan économique et les mieux adaptées aux besoins nutritionnels de chaque groupe ciblé. Cette palette élargie peut comprendre divers produits alimentaires nouveaux ainsi que le recours aux transferts monétaires et aux bons d'alimentation. L'approche de l'amélioration nutritionnelle implique aussi de s'attacher aux besoins des populations vulnérables telles que les jeunes enfants et les personnes vivant avec le VIH. Dans certaines situations, les interventions préventives peuvent être plus efficaces au plan des coûts que le traitement de la malnutrition.
46. Le PAM est conscient que ces programmes ne peuvent donner de bons résultats que si des systèmes et des infrastructures efficaces sont en place. Il coopère donc avec les services sanitaires nationaux pour faire en sorte que les protocoles de récupération nutritionnelle et la gestion des programmes soient compatibles avec les services sanitaires et qu'ils améliorent les capacités, les infrastructures et les mécanismes de prestations au niveau national.
47. Les programmes d'appui nutritionnel et alimentaire répondent aux carences nutritionnelles dues aux maladies sévissant dans des zones géographiques et des zones de sécurité alimentaire. Comme le VIH et la tuberculose exposent les personnes infectées à l'insécurité alimentaire, la plupart des patients vivant dans des régions à faible revenu ont besoin d'une évaluation nutritionnelle, d'une éducation à la nutrition et de conseils en nutrition, ainsi que de compléments nutritionnels pendant une durée limitée. L'importance de la nutrition dans le succès des traitements a été reconnue non seulement par les scientifiques mais aussi par ONUSIDA et l'OMS. C'est pourquoi le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le PEPFAR financent des activités dans ce domaine.

## **Objectif II: Atténuer les effets du sida sur les individus et les ménages au moyen de filets de sécurité durables**

48. Les interventions relevant de cet objectif fournissent une assistance alimentaire, y compris par le biais de formules novatrices comme les programmes de bons d'alimentation ou les transferts monétaires, afin d'éviter que les personnes affectées par le VIH et le sida recourent à des expédients dangereux et à atténuer les effets de la maladie. Les groupes



cibles comprennent les patients recevant des soins et une thérapie, les malades chroniques qui n'ont pas accès aux traitements, les orphelins et d'autres enfants vulnérables ainsi que leurs soignants. Ces interventions devraient être limitées dans le temps et lancées sur la base d'évaluations socio-économiques et de l'insécurité alimentaire.

49. Le VIH et le sida représentent un coût considérable énorme pour les sociétés et ralentissent fortement le développement économique. Lorsque l'un de ses membres productifs est infecté par le VIH et tombe malade, le ménage doit faire face à des dépenses de santé croissantes et à une perte importante de revenus, auxquelles s'ajoute parfois l'opprobre social. L'assistance alimentaire peut compléter le soutien apporté par les familles, les communautés et les institutions, et appuyer l'éducation de base, la formation professionnelle et le renforcement des moyens d'existence.
50. L'appui apporté aux orphelins et à d'autres enfants vulnérables revêt de multiples formes qui prennent en compte le bien-être général de l'enfant et répondent souvent aux besoins de base identifiés pour ces groupes dans les plans d'action nationaux<sup>23</sup>. L'aide alimentaire est conçue en fonction du contexte dans lequel elle est déployée afin de maximiser l'impact des mesures de soutien.<sup>24</sup>
51. 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 les contextes d'insécurité alimentaire. On part en effet du principe que la capacité naturelle des familles et des communautés à faire face au VIH et à la tuberculose est indirectement proportionnelle à la prévalence et qu'elle s'épuise rapidement dans les contextes d'insécurité alimentaire et de faible revenu.
52. L'assistance alimentaire fournie au titre de cet objectif devrait permettre aux ménages ou aux individus de faire face au choc du VIH et du sida et d'enrayer la dégradation de leur bien-être. Ce type de filet de sécurité peut certes 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 orienter les personnes vivant avec le VIH qui sont valides mais en situation d'insécurité alimentaire – vers des dispositifs plus larges de protection sociale offrant des possibilités de revenus durables et favorisant l'adhésion au traitement. Là où les programmes de traitement ne sont pas encore largement disponibles, les malades chroniques peuvent avoir des difficultés à accéder aux services et doivent compter sur le soutien de leur famille et de leur communauté. L'aide alimentaire peut aider les patients à reprendre des forces, alléger le fardeau des familles, contribuer aux activités des ménages et donner un répit aux familles contraintes de recourir à des expédients. Il importe de montrer d'emblée que l'appui sera limité dans la durée de manière à favoriser la participation et l'investissement personnel des patients<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> PAM. 2009. *Politique du PAM en matière d'alimentation scolaire*. Rome.

<sup>24</sup> WFP/EB.2/2009/4-A.

<sup>25</sup> L'expérience montre que lorsque la couverture thérapeutique a été élargie, il ne faut pas pour autant supprimer les soins à domicile mais les transformer en appui à assise communautaire allant des conseils encourageant au traitement à l'accompagnement psychosocial et au renforcement des moyens d'existence.

⇒ *Des filets de sécurité élargis*

53. 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 contre l'insécurité alimentaire plutôt que contre le VIH, jouent néanmoins un rôle important pour enrayer la propagation du VIH et répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH. Les subventions pour les enfants, les pensions de vieillesse et les subventions pour les handicapés sont en général disponibles au niveau national: un accès plus large à une nourriture adéquate sur une base saisonnière ou régulière peut également constituer une contribution importante à la riposte nationale au sida.
54. De tels filets de sécurité protègent les moyens d'existence des personnes et évitent le recours à des comportements susceptibles de les exposer au VIH. Lorsqu'un traitement a aidé des patients affectés au VIH ou atteints de la tuberculose à se rétablir aux plans médical et nutritionnel, ces personnes peuvent être orientées vers des filets de sécurité liés aux programmes nationaux de protection sociale. Lorsque de tels filets de sécurité n'existent pas, le PAM préconisera leur création et s'efforcera de faire en sorte, avec les gouvernements, qu'ils intègrent les personnes vivant avec le VIH.

⇒ *Activités de prévention*

55. Les institutions des Nations Unies sont engagées dans la lutte contre la propagation du VIH. Le PAM peut y contribuer en s'attachant à briser le cercle vicieux de l'insécurité alimentaire-VIH-aggravation de l'insécurité alimentaire. Le PAM a identifié plusieurs points d'entrée pour prévenir de nouvelles infections au VIH:
- Les traitements contre le VIH contribuent à prévenir la transmission; en effet, les personnes vivant avec le VIH qui sont sous traitement, 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 ses interventions au titre du premier objectif.
  - Des études montrent que les populations mobiles comme les travailleurs du transport dans les opérations du PAM sont particulièrement vulnérables au VIH. En conséquence, le PAM s'emploie avec des partenaires comme le Forum international du transport, le TNT, ONUSIDA, la North Star Alliance et des gouvernements à élargir l'accès universel pour inclure la prévention, le traitement, les soins et l'appui le long des itinéraires de transport.
  - Le PAM améliorera l'application des dix normes minimales du programme "UN Cares"<sup>26</sup> et de son programme concernant le VIH/sida sur le lieu de travail en renforçant le soutien au personnel en la matière, quel que soit le lieu d'affectation ou le type de contrat. Il se conformera à la norme internationale du travail de l'OIT<sup>27</sup> sur

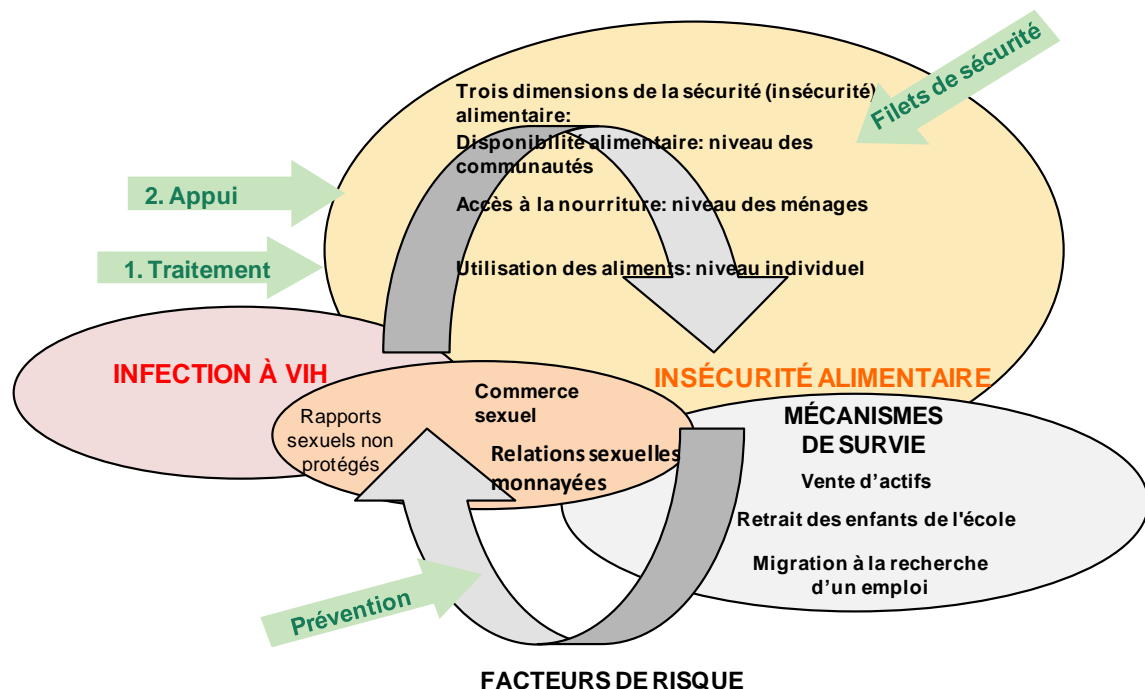
<sup>26</sup> Ce programme est conçu pour aider le personnel des Nations Unies ainsi que leurs familles à bénéficier des droits prévus par la Politique du personnel des Nations Unies en matière de VIH/sida (1991), le Recueil de directives pratiques de l'OIT sur le VIH/sida et le monde du travail, ainsi qu'à prendre conscience de leurs responsabilités concernant le VIH.

<sup>27</sup> Cette norme est le premier instrument juridique avalisé au plan international ayant vocation à renforcer la contribution du monde du travail à l'accès universel et à la prévention du VIH, aux traitements, aux soins et au soutien. Elle contient des dispositions concernant des programmes de prévention susceptibles de sauver des vies ainsi que des mesures de lutte contre la discrimination sur le lieu de travail et à l'échelle nationale; elle souligne aussi l'importance que revêt l'emploi pour les travailleurs et les personnes vivant avec le VIH, en particulier pour la poursuite du traitement.

le VIH/sida, premier instrument international des droits de l'homme spécialement consacré à cette question dans le monde du travail.

- Dans la mesure du possible et s'il dispose de partenaires qualifiés, le PAM devrait utiliser ses plateformes de livraison de produits alimentaires pour multiplier les occasions de faire passer aux bénéficiaires des messages de prévention des infections au VIH.
56. La figure 2 montre comment le PAM conçoit ses interventions de lutte contre le VIH et l'insécurité alimentaire dans le cadre de sa politique ainsi que l'importance des filets de sécurité élargis et de la prévention.

**Figure 2: Comment les interventions peuvent rompre les rapports de causalité entre insécurité alimentaire et VIH et entre VIH et insécurité alimentaire**



### Principes directeurs

57. 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 :
- Connaître l'épidémie, connaître la riposte. Chaque riposte programmatique devrait être adaptée au contexte sociopolitique et épidémiologique.
  - Garder à l'esprit les "Trois Principes" et veiller à la prise en main du programme par le pays. Le PAM adhère pleinement aux "Trois Principes": ses activités devraient pleinement répondre aux programmes nationaux afin de renforcer la maîtrise des ripostes par les pays.
  - Intégrer l'alimentation et la nutrition dans des ripostes globales. Les interventions centrées sur la nutrition et l'alimentation devraient être intégrées dans des programmes de santé et de protection sociale. Il ne devrait pas s'agir d'activités isolées.

- Exécuter des programmes d'un bon rapport coût-efficacité fondés sur des données probantes et assortis d'un solide système de suivi et d'évaluation. Les interventions portant sur l'alimentation et la nutrition dans les programmes visant le VIH et la tuberculose, devraient être fondées sur les 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.
- Intégrer collaboration et partenariats. Le PAM devrait choisir des partenaires disposant d'avantages comparatifs. Il devrait continuer à coopérer avec les coparrainants d'ONUSIDA afin d'unifier l'action et œuvrer avec des partenaires comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le PEPFAR, la société civile, les organisations confessionnelles, les universités et les organisations du secteur privé.
- Favoriser la participation et la responsabilisation des communautés, y compris des personnes vivant avec le VIH. La société civile a un rôle critique à jouer dans la riposte au VIH/sida: il faut accroître la participation des personnes vivant avec le VIH à la mise au point des programmes de lutte contre le VIH/sida du PAM.
- Acheter des produits alimentaires sur place. Les achats locaux de produits alimentaires sont un moyen de pérenniser les programmes et de stimuler l'économie.
- Disposer de financements prévisibles et fiables. Il s'agit là d'une condition nécessaire pour amplifier et appuyer les programmes: l'assistance alimentaire et nutritionnelle doit faire partie de la planification et de la budgétisation gouvernementale et elle ne devrait dépendre d'un financement à court terme que dans des situations d'urgence.
- Se pencher sur la problématique hommes-femmes. Le PAM utilisera l'analyse différenciée par sexe pour comprendre les aspects sociaux des relations entre les sexes et les normes régissant les rôles dévolus aux hommes et aux femmes, ainsi que les lois dans la mesure où elles se rapportent au VIH. Le PAM continuera d'intégrer les aspects sexospécifiques dans les activités nutritionnelles et alimentaires liées au VIH.
- Ne pas nuire. 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.

---

## FONDEMENT DE LA NOUVELLE POLITIQUE: ASSISTANCE ALIMENTAIRE ET VIH/SIDA

58. La nouvelle politique du PAM prend en compte l'évolution au cours des sept dernières années de la situation relative au VIH et au 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 se concentrant sur l'insécurité alimentaire et la malnutrition, l'accroissement des besoins énergétiques, des stratégies de survie néfastes, la tuberculose et l'assistance alimentaire. La figure 3 illustre les trajectoires allant du VIH à l'insécurité alimentaire et de l'insécurité alimentaire au VIH.

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

59. Le VIH a des conséquences profondes sur l'état nutritionnel. Bien que les personnes soient souvent exposées à l'insécurité alimentaire et souffrent de malnutrition avant même d'être infectées, le VIH devient rapidement une cause spécifique de malnutrition. Il constitue un fort facteur de risque de perte de poids et d'émaciation. Une fois contaminé, l'organisme mobilise des défenses immunitaires qui exigent plus d'énergie que la normale. L'OMS estime ce surcroît d'énergie nécessaire à 10 pour cent au stade asymptomatique et à 30 pour cent pour les adultes aux stades ultérieurs. Les enfants atteints d'une infection à VIH symptomatique ont des besoins en calories de 50 à 100 pour cent supérieurs à ceux des enfants séronégatifs<sup>28</sup>. Les jeunes enfants ont souvent de grandes difficultés à absorber cette double ration 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. Si ces demandes énergétiques accrues ne sont pas satisfaites, la personne qui vit avec le VIH commence à perdre des tissus adipeux et musculaires. À mesure que les besoins énergétiques vont croissants, les symptômes du VIH non traités réduisent l'ingestion d'aliments et peuvent agir sur la capacité de l'organisme à absorber et utiliser les nutriments<sup>29</sup>. Le VIH peut créer une situation paradoxale dans laquelle la personne infectée réduit son ingestion de nutriments alors que son organisme exige une augmentation; le soutien nutritionnel<sup>30</sup> apparaît donc comme un élément déterminant du traitement du VIH.
60. La reprise de poids nécessite un régime approprié. Elle implique aussi que l'infection à VIH et des infections opportunistes telles que la tuberculose soient jugulées. Si la perte de poids n'est pas enrayée par un traitement et un soutien nutritionnels, la baisse de l'indice de masse corporelle expose la personne vivant avec le VIH au risque de progression accélérée de la maladie et de mort précoce. Le risque de mortalité lié à la diminution de l'indice de masse corporelle est particulièrement élevé au début du traitement et de la stabilisation, pendant les trois à six premiers mois, quand le patient ressent les effets secondaires des antirétroviraux pour la première fois et a besoin de reprendre du poids. Un faible indice de masse corporelle est un facteur majeur d'aggravation de la maladie liée au VIH et de mortalité, quelle que soit l'efficacité des défenses immunitaires<sup>31</sup>. Les patients tuberculeux sont confrontés aux mêmes difficultés.

---

<sup>28</sup> OMS. 2003. *Besoins en micronutriments des personnes vivant avec le VIH/sida*. Genève.

<sup>29</sup> Semba, R.D. et Tang, A.M. 1999. *Micronutrients and the pathogenesis of human immunodeficiency virus infection*. (Les micronutriments et la pathogénèse de l'infection au virus de l'immunodéficience humaine). *Br J Nutr* 81:181–189.

<sup>30</sup> Le soutien nutritionnel vise à assurer une nutrition adéquate et comprend une évaluation de l'apport alimentaire, de l'état nutritionnel 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.

<sup>31</sup> Babameto, G. et Kotler, D.P. 1997. *Undernutrition in HIV infection* (La dénutrition dans l'infection à VIH). *Gastroenterol Clin North Am* 26: 393–415.

61. La qualité du régime alimentaire est importante de même que la quantité d'aliments consommés et leurs qualités gustatives. Les données disponibles montrent 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 souvent loin du compte à cet égard.
62. D'autres travaux de recherche sont nécessaires pour mettre à jour les données scientifiques et fournir des indications quant aux besoins en macro et micronutriments des personnes vivant avec le VIH à divers stades infectieux<sup>32</sup>.

### **L'insécurité alimentaire peut conduire à des stratégies de survies néfastes et à un accroissement de l'exposition au VIH**

63. L'insécurité alimentaire entraîne fréquemment des expédients qui ont des conséquences négatives voire irréversibles, telles que la vente de biens, le retrait des enfants de l'école, la migration et le commerce sexuel. Ces comportements, qui peuvent apporter un mieux immédiat, 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 gérer les risques. Des études ont montré que chaque année de scolarité supplémentaire diminue la probabilité de contracter le VIH pour l'enfant. Les populations mobiles, comme celles qui migrent pour échapper à l'insécurité alimentaire, abandonnent leur environnement social et deviennent souvent plus vulnérables au VIH.
65. La grande pauvreté et le désespoir qui résultent des comportements préjudiciables peuvent augmenter le risque de recours au sexe non protégé en échange de nourriture<sup>33</sup>.

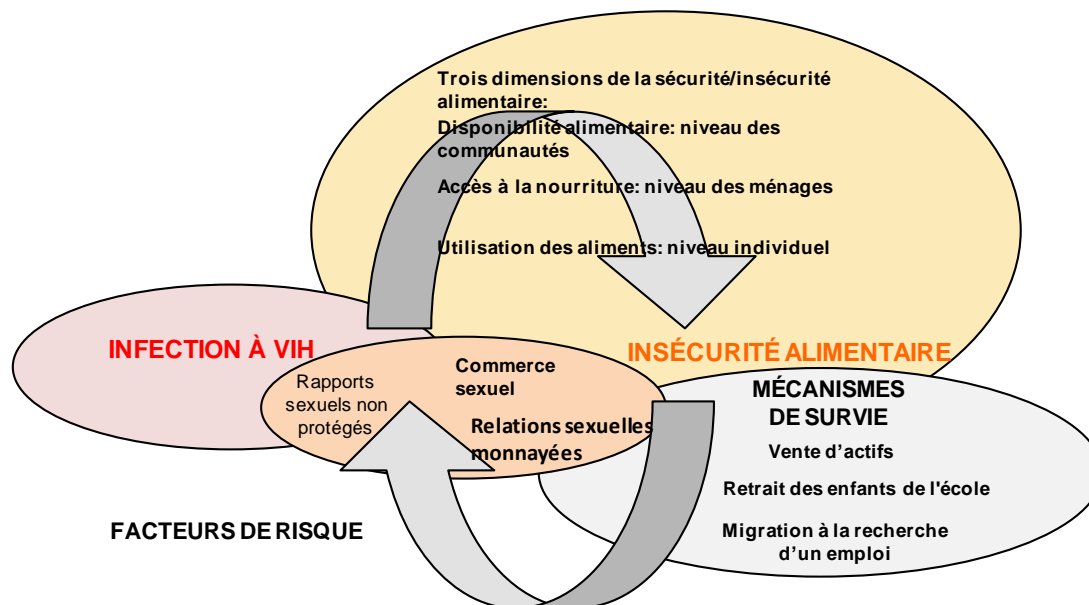
<sup>32</sup> Document d'information du PAM sur le VIH et la nutrition, soumis pour publication en 2010.

<sup>33</sup> Weiser, S et al. 2007. Le manque de nourriture est lié à des comportements sexuels à haut risque parmi les femmes du Botswana et du Swaziland. *PLoS Medicine* 4(10).

Gillespie, S. 2007. *Food Prices and the AIDS Response* (Les prix des produits alimentaires et la riposte au sida). Washington, Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (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* (Les prix des produits alimentaires et la riposte au VIH: conclusions d'une évaluation régionale rapide en Afrique orientale et australe.). Washington, IFPRI. Gillespie, S. et Kandiyala, S. 2005. *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: from Evidence to Action* (VIH sida et sécurité alimentaire et nutritionnelle: de l'information à l'action). Washington, IFPRI.

De Waal, A. et Whiteside, A. 2003. *New variant famine: AIDS and food crisis in Southern Africa* (Nouvelle variante de la famine: le sida et la crise alimentaire en Afrique australe). *The Lancet* 362:1234–1237. Naysmith, S., de Waal, A. et Whiteside, A. 2009. *Revisiting the new variant famine: the case of Swaziland* (Réexaminer la nouvelle variante de la famine: le cas du Swaziland). *Food Security* 1:251–260.

**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 latente. 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: l'émaciation est un symptôme courant, et il accroît la mortalité parmi les patients atteints de tuberculose. La malnutrition est généralement plus grave parmi les personnes qui souffrent d'une co-infection VIH/tuberculose que parmi celles atteintes d'une seule pathologie. L'émaciation est difficile à inverser tant que le patient présente une infection active. La nourriture doit apporter au patient la quantité et la qualité de nutriments et de micronutriments lui permettant de récupérer le poids et la masse musculaire perdus<sup>34</sup>.
67. Dans des environnements où les ressources sont faibles, souvent caractérisés par une malnutrition chronique indépendamment du VIH ou de la tuberculose, l'assistance alimentaire revêt une importance inédite et une pertinence nouvelle. Le soutien nutritionnel est un facteur essentiel pour: i) inciter le patient à suivre le traitement; ii) encourager l'adhésion initiale au traitement; iii) gérer les effets secondaires; iv) renforcer les effets du traitement; et v) amorcer la récupération nutritionnelle. L'évaluation nutritionnelle, l'éducation à la nutrition et le conseil nutritionnel doivent être complétés pendant une durée limitée par une supplémentation nutritionnelle: selon le problème et le régime adopté, il peut s'agir d'un aliment prêt à l'emploi, d'un aliment composé enrichi, d'un complément de nutriments à base de lipides ou d'un complément de micronutriments.

<sup>34</sup> Document d'information du PAM sur la tuberculose, la nutrition et la co-infection à VIH soumis pour publication en 2010.

68. Il importe de résoudre les aspects nutritionnels car la plupart des médicaments utilisés dans le traitement antirétroviral et le traitement des infections liées au VIH affectent l'ingestion et l'assimilation des aliments. La mortalité parmi les patients qui commencent un traitement antirétroviral alors qu'ils sont dénutris est de deux à six fois plus élevée que celle observée parmi ceux qui ne le sont pas<sup>34</sup>. La reconstitution du tissu musculaire est un processus complexe qui implique une thérapie antirétrovirale, le traitement des infections secondaires, l'atténuation des effets secondaires et des symptômes de l'infection et un régime complet<sup>35</sup>.
69. Toute recommandation visant à prolonger le traitement peut avoir une incidence sur les questions nutritionnelles et alimentaires. En décembre 2009, l'OMS<sup>36</sup> a recommandé que le traitement soit administré à compter d'un seuil de CD4<sup>35</sup> plus élevé, à savoir 350 au lieu de 200/mm<sup>3</sup>, car les 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 vivant avec le VIH. Cette recommandation a des conséquences financières et opérationnelles pour parvenir à l'accès universel. En effet, un seuil de CD4 plus élevé augmente le nombre de personnes habilitées à 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 appliquent les nouvelles directives et si le nombre de personnes testées plus tôt augmente, on peut supposer qu'à moyen et long terme, les patients porteurs du VIH qui développeront le sida seront moins nombreux. Le rôle de l'évaluation nutritionnelle, de l'éducation à la nutrition et du conseil nutritionnel pourrait prendre une importance accrue, d'autant que les personnes vivant avec le VIH sous traitement sont plus exposées aux maladies cardiovasculaires et au diabète.

---

## CONCLUSION

70. La focalisation renforcée du PAM sur la nutrition, sa détermination à créer avec les partenaires d'ONUSIDA, des universités et le secteur privé des programmes de nutrition novateurs fondés sur les aliments, ainsi que sa volonté d'aller au-delà des analyses de la vulnérabilité des ménages ont permis au PAM de concrétiser sa conception de la lutte contre le VIH, la malnutrition et l'insécurité alimentaire. L'épidémie de VIH/sida continue de se propager et le PAM devra redoubler d'efforts pour contribuer à la juguler.
71. Le PAM continuera à recueillir des données scientifiques, nouer des partenariats, mettre en œuvre des programmes de pointe et établir des systèmes de suivi solides qui lui permettront de rendre compte de son action aux gouvernements et à ses partenaires d'ONUSIDA et avoir un impact durable sur l'épidémie de VIH.
72. La présente politique sera communiquée aux personnels du PAM sur le terrain — dont bon nombre ont contribué à son élaboration — lors d'ateliers régionaux qui donneront aux fonctionnaires du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays l'occasion d'explorer les modalités de sa mise en œuvre dans les différents contextes régionaux et épidémiologiques. Une stratégie sera formulée pour continuer d'améliorer les programmes en conformité avec la nouvelle politique. La stratégie institutionnelle d'apprentissage sur le VIH récemment définie par le PAM servira de plateforme pour diffuser la politique et les directives correspondantes.

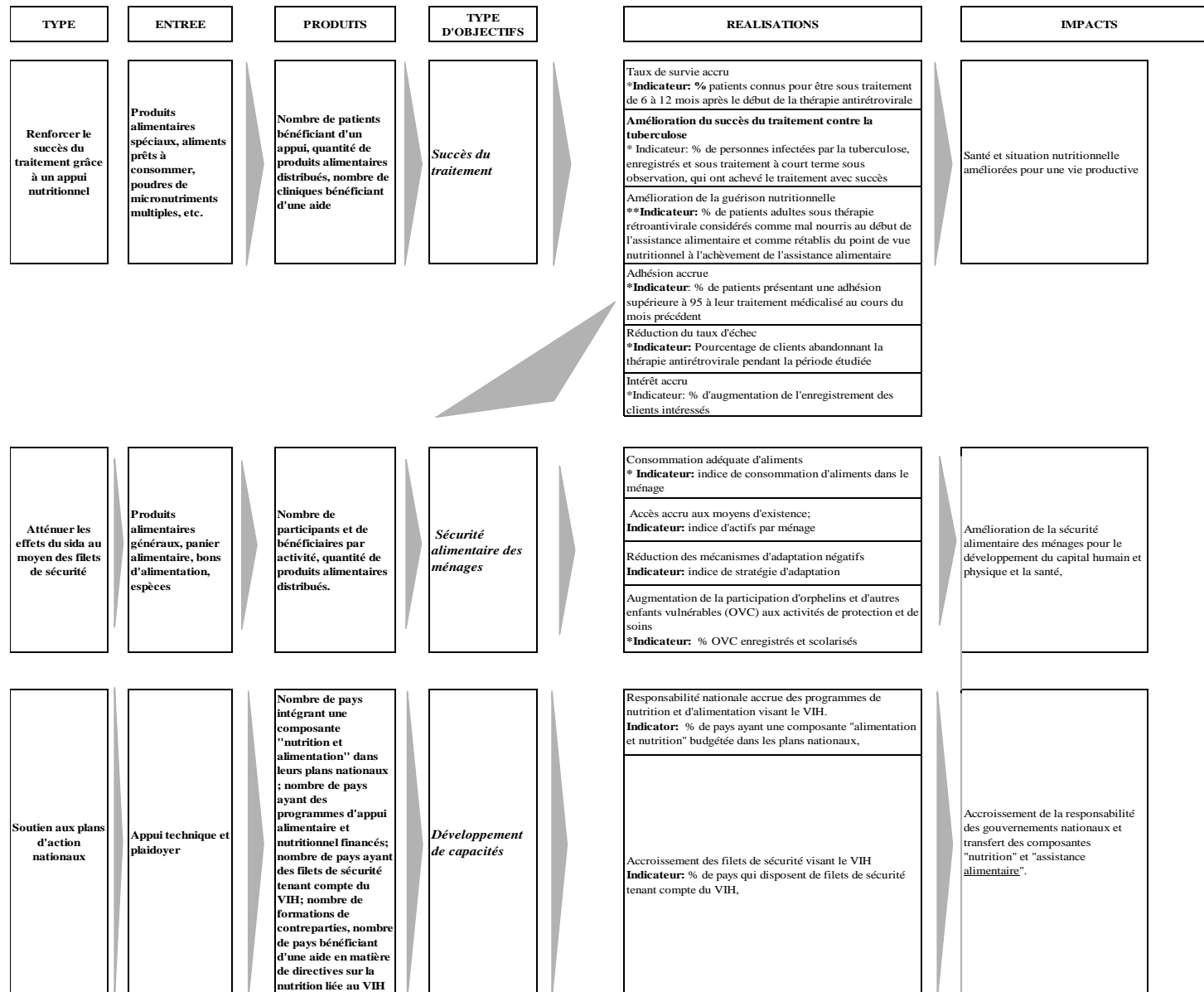
---

<sup>35</sup> Le CD4 est le seuil d'immunofonctionnalité. Voir Hsu, J.W.-C., Pencharz, P.B., Macallan, D. et Tomkins, A. 2005. *Macronutrients and HIV/AIDS: a Review of Current Evidence* (Macronutriments et VIH/sida: Examen des données scientifiques actuelles). Genève, OMS.

<sup>36</sup> OMS. Mise à jour 2009. Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent. 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

FANTA	assistance technique en matière d'alimentation et de nutrition
GAIN	Alliance mondiale pour une meilleure nutrition
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IFPRI	Institut international de recherche sur les politiques alimentaires
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PEPFAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis d'aide à la lutte contre le sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
S&E	suivi et évaluation
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance