

برنامج  
الأغذية  
العالمي



Programme  
Alimentaire  
Mondial

World  
Food  
Programme

Programa  
Mundial  
de Alimentos

**Session annuelle  
du Conseil d'administration**

**Rome, 3–6 juin 2013**

## **QUESTIONS DE POLITIQUE GÉNÉRALE**

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

*Pour information\**



Distribution: GÉNÉRALE  
**WFP/EB.A/2013/5-D**  
6 mai 2013  
ORIGINAL: ANGLAIS

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

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

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



## RÉSUMÉ

À la demande du Conseil d'administration, le PAM fait régulièrement le point sur la mise en œuvre de sa politique en matière de lutte contre le VIH<sup>1</sup>. Approuvée en novembre 2010, cette politique est conforme à la stratégie pour 2011–2015 arrêtée par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida dans le document intitulé "Objectif: zéro"<sup>2</sup>, ainsi qu'à la répartition des tâches qu'il a établie et au Plan stratégique du PAM pour 2008–2013. Au sein d'ONUSIDA, le PAM est l'organisme chef de file chargé de veiller à ce que l'appui alimentaire et nutritionnel soit intégré aux plans et programmes stratégiques nationaux destinés aux personnes vivant avec le VIH. Aux côtés du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, le PAM est également chargé de coordonner les activités relatives au VIH en situation d'urgence humanitaire, afin de faire en sorte que les besoins spécifiques des personnes vivant avec le VIH soient pris en compte lors des interventions de grande ampleur.

Dans la logique de sa politique de 2010 relative au VIH, le PAM a entrepris de réorienter ses programmes: alors qu'il s'attachait précédemment à atténuer les répercussions de la séropositivité, il s'emploie désormais à faciliter l'accès au traitement et à favoriser l'obtention d'effets favorables grâce à un appui alimentaire et nutritionnel. Deux ans après le lancement de sa nouvelle politique, et en écho à la stratégie établie par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, le PAM réajuste ses priorités en adoptant une double démarche: premièrement, collaborer avec les parties prenantes nationales, les mécanismes de coordination de pays et les programmes nationaux de lutte contre les maladies pour que l'appui alimentaire et nutritionnel fasse partie de l'ensemble des stratégies et programmes nationaux relatifs au VIH et à la tuberculose; et deuxièmement, collaborer avec les gouvernements pour mettre en œuvre des programmes d'assistance alimentaire et nutritionnelle destinés aux personnes vivant avec le VIH.

L'appui que procure le PAM aux personnes vivant avec le VIH et aux patients atteints de tuberculose ne se limite pas à ses programmes spécifiquement axés sur le VIH et la tuberculose. Certains programmes plus vastes menés par le PAM dans des régions à forte prévalence du VIH et de la tuberculose tiennent également compte de ces problèmes et cherchent à en atténuer les répercussions sur les personnes, les ménages et les communautés; c'est le cas des programmes d'alimentation scolaire mis en place par le PAM, qui viennent en aide à de nombreux orphelins et autres enfants vulnérables et comprennent souvent l'enseignement de compétences pratiques, des filets de sécurité fondés sur des activités productives, et des distributions générales de vivres.

---

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

<sup>2</sup> ONUSIDA, 2011, *Objectif: zéro 2011–2015*, Genève.

Une analyse réalisée en 2011 a permis de constater que la mise en place de la nouvelle politique par les bureaux de pays était bien avancée<sup>3</sup>; un an tout juste après son adoption, la plupart des programmes du PAM consacrés au VIH et à la tuberculose étaient en phase avec cette politique. Le rapport soulignait que le PAM est efficace dans son action relative au VIH parce qu'il collabore avec les gouvernements pour intégrer l'alimentation et la nutrition dans les politiques et programmes nationaux relatifs au VIH, tout en aidant à la réalisation de ces activités.

Au total, l'aide du PAM a bénéficié à 2,8 millions de personnes séropositives ou atteintes de tuberculose, réparties dans 33 pays<sup>4</sup>. Les programmes spécifiquement axés sur le VIH ont permis de prêter assistance à 1,6 million d'entre eux (personnes sous traitement et membres des ménages concernés), tandis qu'environ 1,2 million d'autres personnes ont été aidées dans le cadre de programmes tenant compte du VIH, notamment les programmes de nutrition à visée thérapeutique et les programmes d'alimentation scolaire. Le PAM a prêté assistance à 1,4 million d'orphelins et autres enfants vulnérables par l'intermédiaire de ses programmes d'alimentation scolaire et de ses programmes spécifiquement axés sur le VIH; à 926 000 patients sous traitement antirétroviral; à 96 000 bénéficiaires de programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant et de nutrition à visée thérapeutique<sup>5</sup>; et à environ 360 000 personnes sous traitement antituberculeux et membres de leur ménage. Le PAM a fourni une aide alimentaire d'urgence aux personnes vivant avec le VIH ou atteintes de tuberculose dans les zones à forte prévalence dans les situations suivantes: crise (Afghanistan, République démocratique du Congo, Somalie et Soudan du Sud); transition et après-crise (Côte d'Ivoire et Haïti); urgence affectant des réfugiés (Rwanda); catastrophe naturelle (Kenya et Malawi), et effondrement de l'économie (Zimbabwe).

## PROJET DE DÉCISION\*

Le Conseil prend note du document intitulé "Point sur les activités du PAM dans le domaine du VIH et du sida" (WFP/EB.A/2013/5-D).

<sup>3</sup> L'analyse a porté sur 15 pays, représentant 85 pour cent des bénéficiaires des activités menées par le PAM dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida et la tuberculose en 2011.

<sup>4</sup> D'après les données issues des rapports normalisés sur les projets mentionnés dans le document intitulé "Analyse des rapports normalisés sur les projets; programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose". Avril 2013; Unité de la nutrition et du VIH-sida du PAM; et données tirées de la série de données 2002-2012 sur le bénéficiaires des projets disponible à la page: [http://wiki.org/operationalreporting/index.php/SPRdata#Project\\_beneficiary\\_data](http://wiki.org/operationalreporting/index.php/SPRdata#Project_beneficiary_data). Prière de noter que les chiffres ont été arrondis.

<sup>5</sup> Les femmes enceintes, les mères allaitantes et les nourrissons exposés au VIH ont reçu une aide par l'intermédiaire de programmes spécifiquement axés sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant ou de programmes plus larges de nutrition à visée thérapeutique.

\* 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.

## VIH ET TUBERCULOSE EN 2012

1. Le sida reste l'un des plus grands défis de notre temps. Le nombre de personnes vivant avec le VIH – environ 34 millions – est plus élevé que jamais<sup>6</sup>. L'Afrique subsaharienne est la région la plus touchée puisqu'elle concentre 69 pour cent des personnes vivant avec le VIH dans le monde et 72 pour cent des personnes contaminées en 2011, alors qu'elle n'accueille pas plus de 12 pour cent de la population mondiale<sup>6</sup>. En Afrique subsaharienne, le VIH vient souvent s'ajouter à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition déjà existantes. Le cercle vicieux créé par le VIH, l'insécurité alimentaire et la malnutrition est bien connu: les personnes touchées par l'insécurité alimentaire recourent fréquemment à des mécanismes de survie qui les exposent au risque d'infection à VIH, tandis que le VIH, s'il n'est pas traité, détruit progressivement le système immunitaire des personnes séropositives, ce qui provoque une perte de poids et aggrave souvent la malnutrition. Les enfants séropositifs grandissent difficilement et sont exposés à un risque élevé de retard de croissance.
2. L'augmentation récente du nombre de personnes vivant avec le VIH tient à l'amélioration globale de l'accès au traitement, qui permet à beaucoup d'entre elles de vivre plus longtemps. On estime que le traitement antirétroviral a évité quelque 2,5 millions de décès depuis 1995<sup>7</sup>. Fin 2011, 8 millions de personnes vivant avec le VIH ont eu accès à un traitement antirétroviral et, pour la première fois, plus de la moitié (54 pour cent) des personnes qui remplissaient les conditions requises pour recevoir ce type de traitement dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire en ont bénéficié. Cependant, on estime que 7 millions de personnes vivant avec le VIH ont besoin de ce traitement mais n'y ont pas encore accès. Si les directives établies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) relèvent le seuil de CD4 (globules blancs) à partir duquel le traitement doit être mis en place, leur nombre va augmenter considérablement. L'accès au traitement du VIH s'est beaucoup élargi et le rythme de contamination est aujourd'hui inférieur de 20 pour cent à ce qu'il était en 2001<sup>6</sup>.
3. En 2011, on estimait à 8,7 millions le nombre de nouveaux cas de tuberculose, dont 13 pour cent présentaient une co-infection à VIH; 1,4 million de personnes sont décédées de cette maladie, dont 430 000 vivaient avec le VIH. La tuberculose est l'une des principales causes de décès chez ces dernières, et l'une des premières causes de mortalité chez les femmes. Des progrès ont été enregistrés dans l'intégration des activités relatives au VIH et à la tuberculose: en 2011, les dossiers de 40 pour cent des patients sous traitement antituberculeux faisaient état d'un dépistage du VIH, et le nombre de personnes soignées pour une infection à VIH et ayant subi un dépistage de la tuberculose a augmenté de 39 pour cent, passant de 2,3 millions en 2010 à 3,2 millions en 2011<sup>8</sup>.
4. À l'échelle mondiale, le VIH est l'une des principales causes de décès chez les femmes en âge de procréer et un facteur majeur de mortalité maternelle. En 2011, en dépit du renforcement des protocoles de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME), qui prennent aujourd'hui en charge jusqu'à 57 pour cent des femmes enceintes

<sup>6</sup>ONUSIDA, 2012, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. Disponible à l'adresse suivante: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120\\_UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2012\\_with\\_annexes\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_fr.pdf)

<sup>7</sup>ONUSIDA, 2010, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*, Genève.

<sup>8</sup>OMS, *Global Tuberculosis Report 2012*. Disponible à l'adresse suivante: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/).

dont la séropositivité est connue<sup>9</sup>, et malgré l'abandon progressif du protocole d'administration d'une dose unique de névirapine, la couverture globale du traitement a été moins bonne pour les femmes enceintes remplissant les critères requis (48 pour cent) que pour l'ensemble de la population (54 pour cent)<sup>9</sup>.

5. Le nombre de contaminations par le VIH recule, y compris chez les nourrissons et les femmes. Selon le rapport mondial d'ONUSIDA de 2012, on a dénombré 333 000 nouvelles infections pédiatriques en 2012 contre 430 000 en 2009, soit un recul de 24 pour cent. Il a été constaté que l'application des directives établies en 2010 par l'OMS en matière de PTME a permis de ramener le risque de transmission de 35 pour cent à moins de 5 pour cent chez les nourrissons allaités au sein, et de 25 pour cent à moins de 2 pour cent pour les nourrissons qui ne sont pas nourris au sein<sup>10</sup>. En avril 2012, l'OMS a publié une mise à jour des programmes concernant l'ajout d'une troisième option de PTME, l'option B+, laquelle consiste à mettre en place un traitement antirétroviral pour toutes les femmes enceintes, quelle que soit leur numération CD4. De nombreux pays cherchent à mettre en œuvre cette option, malgré les surcoûts qui en découlent.
6. Les efforts menés pour éliminer la transmission de la mère à l'enfant ont parfois eu un effet pernicieux en réduisant l'attention accordée à la nécessité de mettre en place un traitement antirétroviral pédiatrique dans le cadre du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial), et les obstacles rencontrés dans l'instauration du traitement antirétroviral pédiatrique sont sous-estimés. Il conviendrait de mener de front l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant et l'amélioration de l'accès au traitement antirétroviral pédiatrique. Dans les régions à forte prévalence du VIH, il faudrait aussi de resserrer les liens avec les programmes de traitement de la malnutrition aiguë. En 2010, 3,4 millions d'enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH. Aujourd'hui, seulement 456 000 (23 pour cent) des 2 millions enfants séropositifs qui auraient besoin d'un traitement sont soignés<sup>9</sup>.
7. Des études récentes ont permis de constater que le traitement antirétroviral pouvait prévenir la contamination entre partenaires sexuels, car il ramenait la charge virale à des niveaux indétectables. Le traitement antirétroviral devient donc une stratégie incontournable pour prévenir de nouvelles infections tout en sauvant la vie de personnes déjà contaminées.

---

## RÉPERCUSSIONS DE L'ÉVOLUTION DES FINANCEMENTS SUR LA PLACE DE L'ALIMENTATION ET DE LA NUTRITION DANS LES INTERVENTIONS RELATIVES AU VIH

8. La conjoncture économique mondiale difficile de ces dernières années soumet les programmes relatifs au VIH à des contraintes financières croissantes. En 2011, pour la première fois, l'aide financière mondiale qui leur est consacrée a diminué, et les financements nationaux ont dépassé les financements internationaux. De plus en plus souvent, les donateurs s'attachent à ce que les activités relatives au VIH soient intégrées à

---

<sup>9</sup> OMS, UNICEF, ONUSIDA, *La riposte mondiale au VIH/sida: Rapport de situation 2011*. Disponible à l'adresse: [http://www.who.int/hiv/pub/progress\\_report2011/en/](http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/en/)

<sup>10</sup> WHO. *PMTCT Strategic Vision 2010–2015: Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals*. Disponible à l'adresse: [www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic\\_vision.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic_vision.pdf) [l'UNGASS est un sigle anglais qui désigne la vingt-sixième session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au VIH/sida].

des interventions de santé plus larges, au lieu d'être isolées, ce qui présente l'inconvénient de compliquer le suivi de leur financement. Le débat sur l'après-2015 a redoublé d'intensité en 2012; les activités relatives au VIH seront vraisemblablement rattachées à des objectifs de santé plus vastes et inscrits dans une protection universelle en matière de santé dans le cadre de l'action à mener au terme de la période couverte par les objectifs du Millénaire pour le développement.

9. C'est au titre du Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR) que sont attribués les crédits les plus importants pour financer les interventions relatives au VIH; or cet appui financier a diminué dans un certain nombre de pays. Le montant global des crédits consacrés par ce Plan d'urgence aux programmes bilatéraux et multilatéraux relatifs au VIH a baissé de 138,6 millions de dollars en 2011 et de 102,3 millions de dollars en 2012, pour s'établir à 6,4 milliards de dollars environ<sup>11</sup>. Néanmoins, les États-Unis d'Amérique ont continué de fournir approximativement 60 pour cent des fonds affectés par les pays donateurs aux activités relatives au VIH en 2012.
10. Dans plusieurs pays bénéficiaires, des problèmes de transparence, auxquels est venue s'ajouter la crise financière, ont conduit le Conseil du Fonds mondial à demander des délais pour envisager des réformes. En 2011, le Fonds mondial a annulé la onzième série d'attributions<sup>12</sup>, ce qui a conduit à un net ralentissement des versements et des nouvelles subventions. Fin 2012, le Fonds mondial a dévoilé un nouveau modèle de financement qui n'est plus fondé sur des séries d'attributions; pour la première fois, les pays recevront une indication des enveloppes de financement et des niveaux d'allocation. La procédure d'élaboration des propositions sera plus interactive, l'objectif étant de mettre fin aux longs délais de signature et de renforcer les mécanismes permettant de rendre compte de l'emploi des fonds. Cela étant, la réforme du Fonds mondial a sérieusement entamé sa capacité de financer de nouveaux programmes en 2012. En février 2013, il a officiellement lancé le nouveau modèle de financement et sélectionné les pays pour lesquels ce dispositif sera expérimenté en 2013.
11. Bien que les perspectives d'avenir soient incertaines, on s'attend à ce que les financements apportés par les donateurs traditionnels stagnent ou diminuent, tandis que la part de nombreux gouvernements de pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire dans la prise en charge du coût total des interventions continuera d'augmenter. Des pays tels que le Brésil, la Fédération de Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud (BRICS) sont probablement appelés à jouer un rôle plus important dans l'aide internationale en faveur des interventions relatives au VIH/sida à mesure qu'ils passent du statut de bénéficiaires à celui de donateurs<sup>9</sup>.
12. Cette nouvelle donne signifie que le PAM doit s'employer encore davantage à démontrer de quelle façon ses interventions tirent parti d'investissements relativement modestes. Lorsque les ressources sont limitées, l'appui alimentaire et nutritionnel peut constituer un moyen économique d'accroître l'efficacité des traitements et d'atténuer les répercussions du VIH et de la tuberculose sur les moyens de subsistance. Il permet en effet de diminuer la mortalité précoce en cours de traitement, de favoriser la récupération nutritionnelle, de contribuer au respect du traitement et d'améliorer les taux de poursuite des soins. Ces avantages sont valables pour le traitement antirétroviral, le traitement antituberculeux et la

---

<sup>11</sup> Salaam-Blyther T., 2012, *The President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR): Funding Issues After a Decade of Implementation, FY2004-FY2013*, Congressional Research Service, octobre 2012.

<sup>12</sup> Chaque phase de versement de subventions par le Fonds mondial est appelée une "série".

prévention des contaminations grâce aux programmes de PTME et de traitement antirétroviral. L'importance de la poursuite des soins reste souvent sous-estimée; le respect du traitement permet d'éviter la remontée de la charge virale, d'améliorer la qualité de vie, de maintenir les personnes en vie plus longtemps et de réduire le risque de voir les patients sous traitement antirétroviral développer une résistance aux médicaments, ce qui nécessiterait de passer à des protocoles thérapeutiques de deuxième et troisième intention bien plus coûteux. Il maintient également l'infectiosité à un faible niveau, ce qui réduit le risque de transmission.

13. Les Déclarations d'engagement sur le VIH/sida adoptées en 2001 et 2006 lors de sessions extraordinaires de l'Assemblée générale des Nations Unies ont spécifiquement pris acte de l'importance du rôle joué par l'alimentation et la nutrition. En juin 2011, l'Assemblée générale a adopté la résolution 65/277, qui marquait la ferme volonté d'intégrer l'appui alimentaire et nutritionnel dans les programmes de prise en charge des personnes touchées par le VIH<sup>13</sup>. Tout en appelant à définir des résultats spécifiques, assortis d'échéances et mesurables, la Déclaration politique de 2011 insiste sur le fait que ces résultats ne pourront être obtenus qu'au moyen de partenariats solides, en particulier avec la société civile et les gouvernements.

## PAM ET ONUSIDA

14. En juin 2011, le vingt-septième Conseil de coordination du Programme ONUSIDA pour 2012-2015 a approuvé le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités, assorti d'une enveloppe totale de 485 millions de dollars. Grâce aux bons résultats que le PAM avait enregistrés dans la mise en œuvre de ses activités au cours de l'exercice biennal précédent, il a été l'un des rares coparrains à obtenir d'une augmentation de 15 pour cent de la dotation qu'il reçoit au titre de ce cadre pour l'exercice biennal 2012-2013<sup>14</sup>.
15. Comme les onze autres coparrains officiels, le PAM souscrit à la stratégie d'ensemble d'ONUSIDA, dont les objectifs pour 2015 sont de parvenir à "zéro nouvelle infection, zéro décès dû au sida et zéro discrimination". Selon la répartition des tâches arrêtée par ONUSIDA, le PAM a pour mandat de coordonner les activités des autres coparrains dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition. Son principal rôle est de faire en sorte que l'alimentation et la nutrition soient bien intégrées, à l'échelle des pays, dans des interventions globales associant soins, traitement et accompagnement des personnes vivant avec le VIH et des patients atteints de antituberculose, conformément à la politique qu'il a approuvée en 2010.
16. Le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités arrêté pour la période 2012-2015 accorde une plus large place aux impacts obtenus à l'échelle des pays, afin de renforcer les ripostes au VIH à ce niveau. La politique de 2010 en matière de lutte contre le VIH préparait le PAM à ce recentrage, puisqu'elle soulignait la nécessité d'intégrer les activités du PAM dans des interventions plus larges dirigées par les pays, tout en coopérant avec ses principaux partenaires membres d'ONUSIDA pour mettre en œuvre des activités d'alimentation et de nutrition liées à la riposte contre le VIH et la tuberculose.

---

<sup>13</sup>"La malnutrition exacerbe les effets du VIH sur le système immunitaire et compromet sa capacité de répondre à des infections et maladies opportunistes, et [...] le traitement du VIH, notamment au moyen d'antirétroviraux, devrait être complété par une alimentation et une nutrition appropriées." Nations Unies, résolution 65/277, *Déclaration politique sur le VIH et le sida: intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida* (8 juillet 2011).

<sup>14</sup> Le montant de la dotation du PAM est passé de 8,5 millions de dollars au titre du Budget-plan de travail intégré pour 2010-2011 à 9,8 millions de dollars pour 2012-2013.

17. Le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités affecte les crédits provenant des contributions versées par les coparrains et le Secrétariat d'ONUSIDA en vue de réaliser les objectifs exposés dans la stratégie d'ONUSIDA pour 2011–2015. Ce cadre définit quatre orientations: i) révolutionner la prévention du VIH; ii) favoriser l'émergence d'un traitement de nouvelle génération; iii) promouvoir les droits humains et l'égalité des sexes; et iv) appuyer l'application des orientations stratégiques. Ces orientations sont subdivisées en dix objectifs stratégiques d'ONUSIDA. Le PAM contribue à la réalisation de nombreux objectifs en fonction de ses avantages comparatifs, et pour certains d'entre eux l'obtention des résultats nécessite des activités à la fois conjointes et individuelles. La section ci-après présente succinctement certaines activités que mène le PAM en rapport avec les objectifs stratégiques définis par ONUSIDA et avec le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités.

## **OBJECTIF DE LA STRATÉGIE D'ONUSIDA: ACCÈS UNIVERSEL AU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL POUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ADMISSIBLES AU TRAITEMENT**

18. Selon la répartition des tâches arrêtée par ONUSIDA, l'OMS est chargée de coordonner les activités dans le domaine du traitement antirétroviral et antituberculeux. Le PAM collabore avec l'OMS et d'autres partenaires pour intégrer l'appui alimentaire et nutritionnel dans le traitement du VIH et les programmes relatifs à la tuberculose.
19. Il est essentiel d'améliorer l'efficacité et l'efficacités des traitements pour assurer la réussite durable de la riposte au VIH. Le cadre d'action de l'initiative Traitement 2.0<sup>15</sup> vise à accélérer l'augmentation du nombre de personnes traitées et à améliorer les résultats sur le plan de la santé. Il prévoit pour cela d'optimiser les schémas thérapeutiques, de mettre à disposition des outils simplifiés de diagnostic et de suivi se prêtant notamment à l'utilisation sur le lieu de soin, de réduire les coûts de traitement, d'adapter les systèmes de prestation grâce à la décentralisation et à l'intégration, et de mobiliser les communautés, dans le but de faciliter l'accès aux soins, d'encourager le démarrage des traitements et d'accroître leur efficacité. Le PAM travaille aux côtés des gouvernements et d'autres partenaires pour faire en sorte que le traitement s'accompagne, dans un premier temps, d'une évaluation de l'état nutritionnel et d'une éducation et de conseils en matière de nutrition, de façon à éviter la perte de poids, préserver la santé et atténuer les effets secondaires, puis – au besoin – de la fourniture d'aliments nutritifs pour traiter la malnutrition. Une ration familiale peut compléter ce soutien de temps à autre, de manière à aider le ménage à faire face aux coûts souvent élevés des soins durant la phase initiale du traitement et à accroître les taux de respect des traitements et de poursuite des soins.
20. Pour tirer le meilleur parti des synergies et des partenariats, le Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités demande aux coparrains de classer leurs interventions par ordre de priorité et de concentrer leurs investissements sur 38 pays hautement prioritaires, qui concentrent au total 70 pour cent de la charge de morbidité à l'échelle

---

<sup>15</sup> ONUSIDA, OMS, 2011, *The Treatment 2.0 Framework for Action: Catalysing the Next Phase of Treatment, Care and Support*, Genève.

mondiale. Le PAM aide actuellement les gouvernements à mettre en œuvre des programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose dans 20 de ces pays<sup>16</sup>.

### **OBJECTIF DE LA STRATÉGIE D'ONUSIDA: RÉDUIRE DE MOITIÉ LE NOMBRE DE DÉCÈS DUS À LA TUBERCULOSE PARMIS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH**

21. La tuberculose est une maladie chronique débilitante, qui nécessite au moins six mois de traitement, et bien plus dans sa forme multirésistante ou ultrarésistante. Elle s'accompagne souvent d'une perte de poids, si bien que l'appui alimentaire et nutritionnel fourni aux personnes vivant avec le VIH contribue aussi au respect du traitement et au rétablissement des patients atteints de tuberculose.
22. Le PAM a veillé à ce que l'appui alimentaire et nutritionnel accompagnant le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) de la tuberculose soit inclus dans les propositions relatives à la tuberculose formulées par Djibouti, la République démocratique populaire lao, le Swaziland et le Tadjikistan dans le cadre de la dixième série d'attributions du Fonds mondial; les propositions de Djibouti et du Swaziland ont été approuvées, et le PAM est un bénéficiaire secondaire du Fonds mondial pour la mise en œuvre des activités d'alimentation et de nutrition dans les secteurs de la santé des deux pays.
23. Un autre aspect important de la nouvelle politique du PAM et de la stratégie d'ONUSIDA est qu'elles visent à s'attaquer à la tuberculose là où les épidémies de VIH et de tuberculose se combinent. La fourniture d'un appui alimentaire et nutritionnel aux personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral et aux patients sous traitement antituberculeux peut contribuer à associer ces deux programmes. L'intégration de ces activités est en cours au Ghana, en Guinée, au Malawi et en Sierra Leone, où l'assistance alimentaire destinée aux patients tuberculeux s'inspire de l'approche nationale de fourniture d'aliments sur ordonnance déjà suivie sur la plupart des sites où un traitement antirétroviral est fourni.

### **OBJECTIF DE LA STRATÉGIE D'ONUSIDA: ÉLIMINER LA TRANSMISSION VERTICALE DU VIH ET RÉDUIRE DE MOITIÉ LA MORTALITÉ MATERNELLE LIÉE AU SIDA**

24. Les femmes (et les filles) sont une priorité pour le PAM, car elles jouent un rôle central dans la sécurité alimentaire des ménages. Elles sont les premières à soigner les malades, et ce sont elles qui produisent, achètent et préparent la nourriture pour le ménage.
25. Une étude menée récemment par le PAM, à paraître courant 2013, a permis de confirmer que l'insécurité alimentaire et la faim étaient fréquemment citées parmi les facteurs qui limitent l'accès aux services de santé et pouvaient constituer un obstacle économique empêchant les femmes de recourir aux services de PTME. En fournissant des vivres pour accompagner cette prévention, on permet aux femmes d'y accéder plus facilement tout en

<sup>16</sup> Burundi, Cambodge, Côte d'Ivoire, Djibouti, Éthiopie, Ghana, Haïti, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Myanmar, République centrafricaine, République démocratique du Congo (RDC), Rwanda, Soudan du Sud, Swaziland, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe. Le PAM met également en œuvre des programmes relatifs au VIH et à la tuberculose dans les pays suivants : Afghanistan, Bolivie (État plurinational de), Burkina Faso, Congo, Guinée, Guinée-Bissau, Honduras, Libéria, Madagascar, Népal, Sierra Leone, Somalie and Tadjikistan.

favorisant ses "effets en cascade", ce qui contribue à éliminer la transmission de la mère à l'enfant et favorise le respect des traitements et la poursuite des soins, tant pour les femmes que pour leurs enfants<sup>17</sup>.

26. Les programmes de PTME se prêtent particulièrement bien à l'intégration des services de santé et de nutrition maternelles et infantiles. Cela permet de prévenir la transmission du VIH et d'améliorer les résultats sur le plan de la santé, puisque les mères et les nourrissons peuvent bénéficier d'un suivi de la croissance, de vaccins, d'une supplémentation en micronutriments, d'une évaluation nutritionnelle, d'éducation et de conseils, et d'aliments complémentaires. Cette prise en charge complète comprenant une assistance alimentaire permet à un plus grand nombre de femmes de commencer et de poursuivre un programme de PTME. À l'instar de nombreux autres intervenants à l'échelle mondiale, le PAM a intégré nombre de ses activités de PTME dans ses programmes de nutrition à visée thérapeutique. Cette évolution complique toutefois la comptabilisation des bénéficiaires des activités de PTME. Les programmes de nutrition à visée thérapeutique étaient déjà associés à la prévention et au traitement de la malnutrition aigüe modérée, mais ils accordaient moins d'importance aux soins anténatals. En plus des programmes de PTME menés en Éthiopie, au Lesotho, en RDC, en République-Unie de Tanzanie, au Swaziland et au Zimbabwe, le PAM apporte aux femmes séropositives et à leurs nourrissons exposés au VIH un appui alimentaire et nutritionnel par l'intermédiaire de programmes de nutrition à visée thérapeutique dans 59 autres pays, dont 27 comptent parmi les pays les plus durement touchés recensés par ONUSIDA<sup>18</sup>.
27. Ainsi en Éthiopie, 2 000 femmes enceintes et mères allaitantes ont reçu une aide alimentaire en échange de l'utilisation de services de PTME. L'appui alimentaire en nature a été remplacé par une aide sous forme de bons, qui a permis aux bénéficiaires d'améliorer l'assortiment alimentaire en y ajoutant des légumes frais, des œufs et du lait. En 2012, 97 pour cent des bébés dont la mère bénéficiait d'une assistance alimentaire étaient séronégatifs.

## **OBJECTIF DE LA STRATÉGIE D'ONUSIDA: PRENDRE EN COMPTE LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LES FAMILLES AFFECTÉES PAR LE VIRUS DANS TOUTES LES STRATÉGIES NATIONALES DE PROTECTION SOCIALE ET LEUR ASSURER DES SOINS FONDAMENTAUX**

28. Par la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida<sup>19</sup>, les Nations Unies s'engagent à utiliser la dynamique de la riposte au VIH pour renforcer les systèmes sanitaires et communautaires et pour intégrer les interventions concernant le VIH dans les activités relatives à la santé et au développement, notamment les programmes destinés à améliorer la protection sociale. Conformément à sa politique et à la répartition des tâches établie par ONUSIDA, le PAM travaille aux côtés du Fonds des Nations Unies pour l'enfance

<sup>17</sup>Micheal O'hlaraithe, Nils Grede, Saskia de Pee, Martin Bloem, *Economic and Social Factors are some of the most Common Barriers Preventing Women from Accessing Maternal and Newborn Child Health (MNCH) and Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Services – a Literature Review*, à paraître.

<sup>18</sup>Burundi, Cambodge, Cameroun, Côte d'Ivoire, Djibouti, Éthiopie, Ghana, Guatemala, Haïti, Inde, Indonésie, Kenya, Lesotho, Malawi, Mozambique, Myanmar, Namibie, Niger, Ouganda, République centrafricaine, RDC, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Soudan, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

<sup>19</sup>Nations Unies, résolution 65/277, *Déclaration politique sur le VIH et le sida: intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida*.

(UNICEF), de la Banque mondiale et de l'Organisation internationale du Travail (OIT) pour consolider la protection sociale des personnes vivant avec le VIH ou indirectement touchées par le virus. Selon la définition large de la protection sociale adoptée par ONUSIDA, il semble qu'il est possible de classer dans cette catégorie tous les bénéficiaires des programmes spécifiquement axés sur le VIH ou tenant compte du virus. Par voie de conséquence, sur les 3,1 millions de personnes recevant actuellement un appui du PAM, 2,8 millions pourraient être classées parmi les bénéficiaires d'activités de la protection sociale<sup>20</sup>.

29. Les transferts de vivres, d'espèces ou de bons, conjugués aux soins de proximité, facilitent l'accès aux services et le respect des traitements. La protection sociale joue manifestement un rôle dans l'amélioration de la riposte au VIH. La collaboration entre les spécialistes du VIH et de la protection sociale doit être encouragée pour faire en sorte que l'essor des systèmes de protection sociale permette de pourvoir aux besoins des personnes vivant avec le VIH.
30. Le PAM recherche les moyens d'intégrer les activités relatives à l'alimentation et la nutrition dans les programmes de soins et de traitement relevant du secteur de la santé, par l'intermédiaire de dispositifs de transfert d'espèces ou de distribution de bons mis en place à l'échelle des communautés. Selon ces modalités, le personnel de santé détermine les conditions requises pour bénéficier de l'appui alimentaire destiné aux personnes vivant avec le VIH et, éventuellement, aux membres de leur ménage. Le soutien est fourni par le PAM sous forme d'espèces ou de bons à échanger contre certains produits alimentaires dans un magasin ou un point de vente de la communauté. Ce dispositif allège le poids que supporte le système de santé et permet aux usagers de bénéficier de services de proximité. Au Zimbabwe, les bons permettant d'obtenir des vivres dans certains magasins de vente au détail à Harare, Bulawayo et Gweru sont remis aux patients, ou aux membres de leur ménage qu'ils auront désignés, dans les points de distribution installés dans des établissements de soins. Dans les magasins sélectionnés, il est possible d'échanger les bons contre du mélange maïs-soja, des légumes secs et de l'huile végétale ainsi qu'une somme de 5 dollars pour acheter d'autres aliments de base. Cette solution garantit l'accès des bénéficiaires à des aliments nutritifs, tout en faisant appel à l'approvisionnement local. Ainsi, les tâches de réception, entreposage et distribution de produits alimentaires des structures sanitaires sont allégées, et les bénéficiaires peuvent récupérer leurs rations plus près de chez eux et au moment de leur choix, tout en protégeant leur vie privée. On s'attend à ce qu'un nombre croissant de pays adoptent ce modèle mixte à l'avenir.
31. En 2012, plusieurs bureaux de pays ont consacré du temps et des ressources afin de mieux cerner les modalités qui permettraient au PAM de renforcer les moyens de subsistance des personnes vivant avec le VIH tout juste sorties de la malnutrition. Étant donné que nombre d'entre elles étaient déjà pauvres et exposées à l'insécurité alimentaire avant de contracter le VIH, elles courent le risque de retomber dans la malnutrition lorsqu'elles cessent de bénéficier de l'assistance alimentaire si elles ne sont pas en mesure de se procurer des revenus suffisants pour subvenir à leurs besoins et à ceux du ménage. Le Bureau du PAM au Swaziland, par exemple, recherche les moyens de faire bénéficier les personnes rétablies grâce à son programme d'aliments sur ordonnance des activités de renforcement des moyens de subsistance, de façon à les aider à sortir de la pauvreté et à trouver une source pérenne de revenus. Le Bureau du PAM au Swaziland collabore avec

---

<sup>20</sup> Les définitions relatives à la protection sociale peuvent être consultées à l'adresse suivante: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/JC1992\\_SocialProtection\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/JC1992_SocialProtection_en.pdf).

des organisations non gouvernementales locales et l'Université du Swaziland, avec laquelle il a présenté au PEPFAR une proposition d'étude sur le sujet.

32. En Éthiopie s'appuyant sur la reconduction du partenariat avec le PEPFAR – qui est doté d'un financement pluriannuel de 56 millions de dollars et doit permettre de venir en aide à 89 000 bénéficiaires au cours de la première année – les interventions du PAM s'attaquent à la malnutrition chez les personnes vivant avec le VIH, encouragent la mise en route du traitement antirétroviral et de la PTME, luttent contre l'insécurité alimentaire et proposent des activités de développement économique. Ainsi, 6 600 personnes vivant avec le VIH qui avaient bénéficié d'une assistance nutritionnelle ont pu prendre part à des initiatives de développement économique visant à les aider à reconstituer leurs moyens de subsistance. Des études des marchés et des chaînes de valeur ont été réalisées, et les bénéficiaires ayant le potentiel nécessaire ont créé un groupe d'épargne villageoise, dans le cadre duquel ils ont acquis un certain nombre de compétences techniques comme la gestion financière et l'élaboration d'un plan de développement. En partenariat avec un programme national d'aide aux orphelins et autres enfants vulnérables, 63 000 enfants ont reçu des bons d'alimentation afin de leur permettre d'aller à l'école. Ce programme rencontre un succès considérable puisque 95 pour cent des enfants concernés ont été scolarisés et leur taux d'assiduité est de 98 pour cent.
33. Le PAM fait partie des bénéficiaires secondaires du Fonds mondial au Swaziland, où il fournit une assistance alimentaire à 52 000 enfants fréquentant les services de protection et de développement intégrés de la petite enfance mis en place dans des centres de soins de proximité. Le Swaziland connaît la prévalence du VIH la plus élevée au monde, et on estime que 250 000 enfants seront orphelins de père ou de mère ou auront perdu leurs parents, d'ici à 2015. Il n'est pas surprenant de constater que le pays enregistre également des taux élevés et persistants de retard de croissance. Venir en aide aux enfants d'âge préscolaire vulnérables, notamment aux nombreux orphelins, peut grandement contribuer à leur développement et leur offrir la possibilité de mener une vie saine et productive.

---

## **OBJECTIF DE LA STRATÉGIE D'ONUSIDA: RÉDUIRE LA TRANSMISSION DU VIH PAR VOIE SEXUELLE**

34. La Banque mondiale et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) sont chargés de coordonner pour le compte d'ONUSIDA les efforts déployés afin de réduire la transmission du VIH par voie sexuelle. Au vu de la nouvelle place accordée à la nutrition dans le développement de la couverture thérapeutique et du rôle prophylactique du traitement, la priorité des activités du PAM a changé: les stratégies de prévention ne sont plus l'objectif principal, exception faite de l'action menée dans ce domaine dans le secteur des transports.
35. Les populations mobiles telles que les travailleurs des transports participant aux opérations du PAM sont particulièrement exposés au VIH et aux infections sexuellement transmissibles: elles courent plus de risques d'avoir des relations avec les professionnels du sexe et d'avoir plusieurs partenaires sexuels et, compte tenu de la mobilité inhérente à leur mode de vie, leur accès aux services de santé est limité.
36. La North Star Alliance, qui a été fondée conjointement par le PAM et TNT en partenariat avec d'autres organismes, a continué de recevoir un soutien financier du PAM en 2012, auquel s'ajoutent des crédits provenant d'une subvention accordée par le Fonds mondial à la Communauté du développement de l'Afrique australe, subvention qui doit servir à lutter contre le VIH à 30 points de passage des frontières dans la région. Ce

concours financier a permis à la North Star Alliance de multiplier les points d'accueil sanitaire situés le long des routes, de façon à proposer des services de santé à des dizaines de milliers de professionnels du sexe et de travailleurs du secteur des transports; ces activités concernent les pays suivants: Afrique du Sud, Kenya, Malawi, Namibie, Ouganda, RDC, République-Unie de Tanzanie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

37. Les programmes de lutte contre l'insécurité alimentaire et la pauvreté à travers l'alimentation scolaire, les activités Vivres pour la création d'avoires et l'appui aux moyens de subsistance contribuent aussi indirectement à prévenir la transmission du VIH, par exemple en retardant le début de l'activité sexuelle chez les filles d'âge scolaire et en réduisant le plus possible le recours à des mécanismes de survie préjudiciables, comme les rapports sexuels en échange de biens ou de services.

## ACTIVITÉS RELATIVES AU VIH ET À LA TUBERCULOSE MENÉES PAR LE PAM EN 2012, EN QUELQUES CHIFFRES

38. En 2012, le PAM a assuré des activités de récupération nutritionnelle, d'atténuation des effets du VIH et de constitution de filets de sécurité dans 33 pays pour venir en aide à 2,8 millions de personnes vivant avec le VIH, patients atteints de tuberculose et autres personnes indirectement touchées par le VIH ou la tuberculose. Le tableau 1 fait apparaître la répartition des bénéficiaires par catégorie d'activité et par objectif.

<b>TABLEAU 1: NOMBRE DE BÉNÉFICIAIRES PAR CATÉGORIE D'ACTIVITÉS RELATIVES AU VIH ET À LA TUBERCULOSE (2012)*</b>	
<b>TOTAL – 1 565 000</b>	
<b>Objectif 1: assurer la récupération nutritionnelle et l'efficacité du traitement grâce à un appui alimentaire et/ou nutritionnel – soins et traitements</b>	<u>Programmes axés spécifiquement sur le VIH</u> 924 000 bénéficiaires au total <ul style="list-style-type: none"> <li>- 818 000 patients sous traitement antirétroviral ou bénéficiaires de la PTME et membres de leur ménage</li> <li>- 106 000 patients sous traitement DOTS antituberculeux et membres de leur ménage</li> </ul>
<b>Objectif 2: atténuer les effets du VIH sur les personnes et les ménages touchés au moyen de filets de sécurité durables – mesures d'atténuation et protection sociale</b>	<u>Programmes axés spécifiquement sur le VIH</u> 641 000 bénéficiaires au total <ul style="list-style-type: none"> <li>- 126 000 patients sous traitement antirétroviral</li> <li>- 261 000 orphelins et autres enfants vulnérables</li> <li>- 254 000 patients sous traitement antituberculeux et membres de leur ménage</li> </ul>

\* Nombre total de personnes vivant avec le VIH inscrites à des programmes de traitement; de patients tuberculeux recevant du PAM un appui nutritionnel ou alimentaire; et de membres de ménages aidés en 2012. Source: PAM 2013. Analyse des rapports normalisés sur les projets du PAM (2012): programmes relatifs au VIH et à la tuberculose. Unité de la nutrition et des questions relatives au VIH/sida. Rome

39. En outre, on estime que le PAM est venu en aide à 1,2 million de personnes vivant avec le VIH au moyen de programmes plus larges tenant compte du VIH, notamment dans le cadre de l'alimentation scolaire, des activités Vivres pour la création d'avoirs et Vivres pour la formation, et des distributions générales de vivres. Ces chiffres ne sont que des estimations, car le PAM ne tient pas – et ne doit pas tenir – de registre indiquant la sérologie VIH des bénéficiaires de ses programmes plus larges de protection sociale; les estimations sont fondées sur les taux de prévalence du VIH enregistrés dans les principales zones d'intervention du PAM.
40. Une étude réalisée en 2011 fait état des progrès accomplis par les bureaux de pays dans la mise en œuvre de la politique de 2010 en matière de lutte contre le VIH<sup>21</sup>. Le rapport conclut que la plupart des programmes sont tout à fait en phase avec les deux principaux objectifs énoncés – soins et traitement d'un côté, et atténuation des effets du VIH et filets de sécurité de l'autre – ou s'alignent rapidement sur ces objectifs. Les auteurs du rapport saluent les efforts entrepris par le PAM pour renforcer les capacités des homologues nationaux afin de pérenniser les opérations, tout en relevant que certains programmes permettent d'établir aussi des liens efficaces avec les activités de génération de revenus. La transition a parfois été plus lente dans les pays où le PAM s'est heurté à des obstacles majeurs pour intégrer l'assistance nutritionnelle dans les interventions à visée thérapeutique. L'adhésion à ONUSIDA, enrichissement de la base d'éléments d'appréciation disponibles et la reconnaissance mondiale de l'importance de l'alimentation et de la nutrition pour les personnes vivant avec le VIH sont pour beaucoup dans l'accélération du passage à des activités de soin et de traitement.
41. Étant donné que les activités d'assistance alimentaire assurées dans le cadre des programmes du PAM relatifs au VIH et à la tuberculose se déroulent dorénavant sur des périodes précises et qu'elles sont généralement assorties de critères de début et de fin de prise en charge stricts, souvent anthropométriques, le nombre total de bénéficiaires de ces programmes recule, conformément aux attentes.
42. Compte tenu des difficultés rencontrées pour trouver des financements dans le contexte actuel, certains bureaux de pays tels que ceux du Cambodge, de République-Unie de Tanzanie et de Zambie ont cessé entièrement leurs activités spécifiquement axées sur le VIH ou sont passés à des activités visant à renforcer la capacité des gouvernements de mettre en œuvre des programmes d'alimentation et de nutrition en phase avec les politiques nationales. Bien que les contraintes de financement aient conduit à ramener le nombre de bénéficiaires de 581 000 en 2011 à 408 000 en 2012, c'est toujours au Zimbabwe que le PAM mène son plus vaste programme relatif au VIH. Haïti, le Malawi et le Mozambique ont aussi enregistré un recul du nombre de bénéficiaires, alors que ce celui-ci a progressé en Côte d'Ivoire, au Lesotho et à Madagascar en 2012. Plusieurs bureaux de pays, notamment ceux du Bénin, de la Côte d'Ivoire, de Djibouti, du Libéria et du Swaziland, sont parvenus à intégrer l'alimentation et la nutrition dans les propositions adressées au Fonds mondial, ce qui permettra d'assurer le financement de futurs programmes.

---

<sup>21</sup> Service de conception des programmes du PAM – Nutrition et VIH/sida, 2012, *WFP HIV & TB Policy Implementation: 2011 Gap Analysis for Programme Strengthening*. Rome.

## REVITALISATION DES PARTENARIATS ET ENRICHISSEMENT DE LA BASE D'ÉLÉMENTS FACTUELS

43. En juillet 2012, à la dix-neuvième Conférence internationale sur le sida qui s'est tenue à Washington, le PAM a souligné la nécessité d'intégrer l'alimentation et la nutrition dans les programmes relatifs au VIH, et il a parrainé un groupe mixte sur l'alimentation, la nutrition et le VIH aux côtés de Partners in Health et de la Faculté de médecine de Harvard. Le bureau du PAM en Éthiopie a présenté deux études sur le sujet.
44. Le PAM a profité de la présence à la conférence de nombreux experts techniques et partenaires pour organiser une table ronde d'une journée, à laquelle ont participé environ 40 spécialistes appartenant aux Nations Unies, aux milieux universitaires et à la société civile. Cette table ronde a notamment débouché sur la création d'une Équipe spéciale interinstitutions sur le VIH et la nutrition. Sous la conduite du PAM, cette équipe a pour but de resserrer la collaboration entre chercheurs, responsables des politiques et agents d'exécution des programmes dans les domaines du VIH et de la nutrition. Des conférences téléphoniques de suivi sont organisées tous les trimestres, et trois sous-groupes de travail ont été constitués pour étudier les thèmes suivants: la mobilisation des ressources et la sensibilisation, la recherche, et les programmes.
45. Le PAM copréside également l'Équipe spéciale interinstitutions sur le VIH dans les interventions humanitaires, et il a pris part aux débats menés par plusieurs autres équipes spéciales interinstitutions, par exemple sur la PTME et la protection sociale.
46. Le PAM a intensifié les efforts visant à enrichir la base d'éléments factuels. À une époque où de nombreux donateurs doivent faire face à des difficultés de financement, il est essentiel de disposer d'éléments probants montrant le rapport coût-efficacité des interventions pour veiller à ce que l'argent soit investi à bon escient. Ainsi, un partenariat de recherche à long terme conclu entre le PAM et l'Université de Californie à San Francisco devrait aboutir à la publication de quatre articles écrits en collaboration au cours de la période 2012–2014.
47. En 2012, le PAM a lancé un projet de recherche visant à mieux cerner les préférences alimentaires des adultes vivant avec le VIH dans différents environnements culturels. L'objectif est de déterminer les produits, les textures et les saveurs que préfèrent les adultes souffrant de malnutrition durant les premières phases de traitement, en Asie et en Afrique. Ce projet débouchera sur l'élaboration de produits nouveaux mieux adaptés au traitement de la malnutrition chez les adultes vivant avec le VIH qui suivent un traitement antirétroviral ou antituberculeux. Les premiers travaux de recherche sont menés en collaboration avec l'Université de Wageningen, la Croix-Rouge thaïlandaise et le projet *Peanut Butter* mené au Malawi, et bénéficient du soutien de certains acteurs du secteur privé.

48. En 2012, un partenariat tripartite de longue durée faisant intervenir le Centre de recherche sur le sida de la Croix-Rouge thaïlandaise, l'organisation australienne Albion Street Centre et le PAM a conduit à la création du Asia Pacific Collaborating Centre for HIV and Nutrition (Centre de collaboration sur le VIH et la nutrition pour la région Asie et Pacifique). Ce centre aura pour mission de former des spécialistes de la santé de la région Asie-Pacifique dans le domaine du VIH et de la nutrition, d'appuyer la recherche, de sensibiliser les responsables politiques à la nécessité d'intégrer l'alimentation et la nutrition dans les ripostes au VIH, et aider les bureaux de pays du PAM et les gouvernements à s'efforcer d'inclure l'alimentation et la nutrition dans les propositions adressées au Fonds mondial. Une première séance de formation réunissant plus de 20 participants originaires de quatre pays s'est déroulée au premier trimestre de 2012, et une deuxième en janvier 2013.

## PERSPECTIVES POUR 2013

49. L'année 2013 sera cruciale pour le PAM, qui achève la mise en place d'une nouvelle structure organisationnelle adaptée à sa mission afin de devenir plus efficace et plus efficient, et met la dernière main à son nouveau Plan stratégique pour 2014–2017.
50. Dans le droit fil de la tendance à décloisonner les activités relatives au VIH, il est probable que l'on assiste à une convergence entre les programmes menés par le PAM sur le VIH et la tuberculose et ses programmes de nutrition, les uns et les autres étant mis en œuvre par l'intermédiaire du secteur de la santé avec le Ministère de la santé comme principal partenaire. Cette évolution est déjà manifeste dans le cas des bénéficiaires de la PTME, qui sont de plus en plus souvent pris en charge dans les programmes de nutrition à visée thérapeutique classiques mis en place par le PAM. Il sera essentiel de veiller à ce que cette intégration ne s'accompagne pas d'un recul des services adaptés aux besoins des femmes enceintes et des mères allaitantes séropositives, surtout pendant la période prénatale. Cette convergence devrait conduire à renforcer l'intégration du VIH et de la tuberculose dans le nouveau plan stratégique d'ONUSIDA, le VIH et la tuberculose étant amalgamés au secteur de la santé et non considérés comme un domaine d'activité autonome.
51. Dans le cadre des activités en matière de VIH et de tuberculose, le PAM a toujours accordé une place importante à l'assistance alimentaire, considérée non pas comme une fin en soi, mais plutôt comme un moyen d'obtenir des résultats plus larges sur le plan de la santé (récupération nutritionnelle, poursuite du traitement et efficacité thérapeutique). Leur conception et leur exécution ont été intégrées au fonctionnement classique des mécanismes mis en place par les gouvernements plus tôt et de manière plus cohérente que dans d'autres domaines d'activité.
52. Il faudrait donc que le PAM cherche toujours davantage à soutenir les gouvernements dans les efforts qu'ils entreprennent pour exécuter des programmes d'alimentation et de nutrition dans le cadre du secteur de la santé tout en les rattachant à des initiatives communautaires. Afin de faire en sorte que la charge de travail supplémentaire ne compromette pas la capacité du système de santé à assurer sa mission, il sera indispensable de trouver une articulation entre le système de santé et l'assistance alimentaire qui soit plus satisfaisante que la simple fourniture de produits alimentaires aux établissements de santé. Plusieurs programmes du PAM établissent déjà des liens de ce type en faisant appel aux bons ou à des modèles de distribution combinée. Certains bureaux de pays du PAM innovent en permettant à des personnes vivant avec le VIH qui ne souffrent plus de malnutrition de bénéficier de filets de sécurité liés à des activités de reconstitution des

moyens de subsistance, afin de conforter les améliorations obtenues du point de vue de la santé. Ces activités visent à créer un cercle vertueux permettant d'une part aux personnes vivant avec le VIH qui sont en bonne santé de redevenir productives, afin d'être à même d'assurer leur propre sécurité alimentaire et nutritionnelle ainsi que celle de leur ménage et, d'autre part, d'obtenir des effets favorables sur le plan de la poursuite du traitement et de l'efficacité thérapeutique.

53. Alors que les ressources internationales s'amenuisent, le PAM aura un rôle crucial à jouer pour faciliter l'accès des gouvernements à des financements de nature à impulser une stratégie d'intégration de l'alimentation et de la nutrition dans les systèmes de santé sans surcharger les programmes en place. Par exemple, il est possible de faire appel à des technologies novatrices telles que l'envoi de SMS par téléphone portable dans le cadre d'initiatives nationales en matière de santé. En outre, des liens peuvent être noués avec les activités communautaires et avec les investissements consentis dans des activités connexes conçues pour obtenir des résultats mesurables.

---

## **LISTE DES SIGLES UTILISÉS DANS LE PRÉSENT DOCUMENT**

<b>DOTS</b>	traitement de brève durée sous surveillance directe
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONUSIDA</b>	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
<b>PEPFAR</b>	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
<b>PTME</b>	prévention de la transmission de la mère à l'enfant
<b>RDC</b>	République démocratique du Congo