



**ONUSIDA**  
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR  
UNICEF  
PAM  
PNUD  
UNFPA  
UNODC  
OIT  
UNESCO  
OMS  
BANQUE MONDIALE

UNAIDS/PCB(27)/10.26  
15 novembre 2010

**27<sup>ème</sup> réunion du Conseil de Coordination du Programme  
ONUSIDA  
Genève, Suisse  
6-8 décembre 2010**

**Session thématique : Document de référence**

## I PRINCIPE ET GENERALITES : PRESENTATION DU CONTEXTE

1. Ce document de référence a pour objectif de créer une compréhension commune des liens bidirectionnels existant entre la sécurité alimentaire, la nutrition, le VIH et le sida afin de servir de base à une programmation et à des politiques reposant sur des observations factuelles, dans des contextes spécifiques. Ce document fait le point sur les données existantes concernant les relations entre le VIH, la sécurité alimentaire et la nutrition, expose des solutions programmatiques, notamment dans le cadre humanitaire, soulève des questions politiques majeures et met en évidence les défis en matière de programmation. Des questions transversales telles que la sexospécificité, la stigmatisation et la discrimination sont également abordées tout au long de ce document.
2. En 2008 dans le monde, près de 33,4 millions de personnes vivaient avec le VIH dont un nombre d'enfants de moins de 15 ans estimé à 2,1 millions. On comptait 2,7 millions de nouvelles infections et 2 millions de personnes sont mortes de causes associées au sida<sup>i</sup>. Bien que le VIH ne connaisse pas de frontières socioéconomiques, il est susceptible d'aggraver encore davantage les inégalités existantes étant donné qu'une majorité écrasante des personnes vivant avec le VIH dans le monde se situe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans le monde près d'un milliard de personnes sont sous-alimentées (c'est à dire qu'elles ne disposent pas de suffisamment de nourriture pour répondre à leurs besoins énergétiques), 195 millions d'enfants de moins de 5 ans présentent un retard de croissance et on estime à 26 millions le nombre d'enfants souffrant de cachexie. L'épidémie de VIH touche des populations ayant déjà un régime alimentaire insuffisant et de mauvaise qualité, ce qui a un impact particulièrement grave sur les groupes les plus vulnérables, notamment les enfants, les femmes enceintes et les femmes allaitantes<sup>ii</sup>. En outre, plus de 97 % des nouvelles infections ont lieu dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. C'est tout particulièrement le cas en Afrique subsaharienne, où plus de 40 % de la population vit avec moins de un dollar US par jour. Cette région de l'Afrique regroupe plus des deux tiers (67 %) de toutes les personnes vivant avec le VIH et près des trois quarts (72 %) des décès associés au sida en 2008<sup>iii</sup>.
3. Il est parfaitement établi qu'avoir une bonne nutrition joue un rôle essentiel dans la résistance du système immunitaire et permet d'avoir une meilleure hygiène de vie. Toutefois ce n'est que dernièrement que l'on s'est intéressé plus précisément au rôle et aux rapports de causalité existant entre le VIH, la sécurité alimentaire et la nutrition. La plupart des recherches menées sur le VIH et l'insécurité alimentaire tirent leurs origines de la crise alimentaire qui a débuté en Afrique australe il y a près d'une dizaine d'années. Avant l'émergence de cette crise, des éléments avaient montré que dans les pays d'Afrique subsaharienne à prévalence élevée, le VIH et le sida menaçaient de plus en plus la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance non seulement des individus et des familles mais également de communautés toutes entières.
4. Depuis lors, l'expérience et les données accumulées montrent qu'il est essentiel de mettre en lien sécurité alimentaire et nutrition avec la prévention, le traitement, la prise en charge et le soutien en matière de VIH et de sida, mais aussi avec les activités de réduction de son impact afin de trouver une solution efficace et globale à

l'épidémie de VIH et de sida. En raison de l'insécurité alimentaire les gens sont susceptibles pour trouver à manger d'adopter des modes de vie et des comportements qui les exposeront à des situations à risque : émigrer pour trouver du travail, abandonner l'école ou avoir des rapports sexuels rémunérés par exemple. La malnutrition affaiblit aussi le système immunitaire, rendant en général les gens plus sensibles aux infections. De plus, une alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants est nécessaire à la fois pour réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH et pour maximiser la survie des enfants infectés et exposés au VIH.

5. En outre, les interventions en matière d'alimentation et de nutrition sont absolument essentielles en vue d'atteindre l'objectif de l'Accès Universel au traitement car l'alimentation et la nutrition sont liées de façon significative à la prise initiale, à l'observance et à l'efficacité globale du traitement antirétroviral (ART). Dans les environnements à forte insécurité alimentaire par exemple, il peut être difficile pour les gens de débiter ou d'observer leur traitement antirétroviral s'ils doivent faire le choix entre acheter de la nourriture et accéder aux services de traitement qui bien souvent représentent des coûts accessoires et des coûts d'opportunité importants. De plus, il arrive souvent que les personnes atteintes de malnutrition ne tolèrent pas les effets secondaires des ART.
6. Parallèlement, le VIH et les infections opportunistes associées ont un impact négatif sur l'état nutritionnel des personnes infectées en fragilisant leur système immunitaire et en réduisant l'efficacité de la consommation, de l'absorption et de la mise en valeur des nutriments. En cas d'absence de traitement, la malnutrition affaiblit le système immunitaire, accélérant du même coup la progression de la maladie, réduisant la qualité du vie et augmentant le risque de mortalité. La sécurité alimentaire et une nutrition appropriée sont nécessaires pour que les personnes qui vivent avec le VIH restent en bonne santé et soient capables de résister plus longtemps aux infections opportunistes comme la tuberculose (TB). D'autre part, il apparaît que la mortalité est particulièrement élevée au cours des premiers mois de traitement et qu'elle est indirectement proportionnelle à l'indice de masse corporelle (IMC), ce qui implique que les personnes atteintes de malnutrition qui vivent avec le VIH et qui suivent une thérapie antirétrovirale sont plus susceptibles de mourir que les personnes correctement nourries. L'amélioration de l'état nutritionnel dès le début du traitement représente donc un facteur important permettant de réduire les cas de mortalité précoce disproportionnée. Pour réussir à améliorer l'état nutritionnel, il convient de recourir à une association de traitement antirétroviral et de traitement des infections opportunistes afin de contrôler et de traiter l'infection, ce qui permettra à l'organisme de mettre en valeur les nutriments. La personne retrouvera donc l'appétit ainsi qu'un régime alimentaire qui satisfait aux exigences nutritionnelles, en termes à la fois d'apport énergétique et de contenu en micronutriments. Dans les milieux où les moyens sont limités, de nombreuses personnes vivant avec le VIH ont besoin de compléments alimentaires pour compléter leur régime alimentaire habituel afin de satisfaire leurs besoins en substances nutritives.
7. Les décideurs au niveau international sont de plus en plus conscients de l'existence de ce lien complexe et potentiellement fatal entre le VIH, la sécurité alimentaire et la nutrition. En 2001 dans le cadre de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*<sup>iv</sup> de la Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies (ONU) et de la *Déclaration politique sur le VIH/sida 2006*<sup>v</sup>, les États membres ont unanimement

reconnu la nécessité d'intégrer le soutien nutritionnel et alimentaire à la riposte au VIH dans le contexte du droit à une nourriture adéquate de la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui stipule que tous les être humains ont le droit d'accéder, à tout moment, à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active<sup>vi</sup>. De même, les États membres ont adopté séparément et à l'unanimité les objectifs du Millénaire pour le Développement en vue de réduire de moitié la proportion de personnes qui souffrent de la faim (Objectif 1) ainsi que d'enrayer et de commencer à faire reculer la propagation du VIH (Objectif 6) d'ici 2015.<sup>vii</sup>

8. Il devient de plus en plus évident que tous les objectifs du Millénaire pour le Développement sont connectés les uns aux autres et que pour les atteindre il est essentiel d'élaborer des stratégies qui tiennent compte de ces liens. Il est par exemple établi que les progrès réalisés dans un pays en matière de riposte contre le VIH vont avoir un impact sur les autres objectifs du Millénaire pour le Développement en lien avec la santé, améliorant ainsi la santé des mères et réduisant la mortalité infantile (Objectifs 4 et 5)<sup>viii</sup>. Dans des régions comme l'Afrique subsaharienne, où l'insécurité alimentaire, la malnutrition et la prévalence du VIH sont élevées<sup>ix</sup>, l'objectif visant à atténuer la faim (Objectif 1) ne peut être atteint indépendamment de la riposte au VIH (Objectif 6). On s'attend aussi à ce que les changements climatiques aggravent encore l'insécurité alimentaire (Objectif 7) et les liens entre le climat (tout particulièrement la sécheresse), le VIH et l'insécurité alimentaire en Afrique australe ont déjà pu être observés.
9. La crise financière mondiale associée au développement rapide de la thérapie antirétrovirale a mis sur le devant de la scène l'importance du rapport coût—efficacité dans le développement et les interventions sanitaires ainsi que leur viabilité à long terme. Les pressions sur les systèmes de soins en vue de fournir des résultats concrets se font de plus en plus importantes<sup>x</sup>. Dans ce contexte, il est très important de bien comprendre les rôles et les liens de cause à effet entre sécurité alimentaire, nutrition et VIH entre autres facteurs qui permettront de surmonter les obstacles à l'efficacité des traitements pour les patients, tels qu'une faible observance du traitement ou un recours tardif à celui-ci. Une faible observance entraîne une hausse des coûts, dans la mesure où les personnes développent une résistance aux traitements initiaux, ce qui nécessite le recours à de nouveaux traitements beaucoup plus coûteux<sup>xi</sup>. Une utilisation tardive des traitements est synonyme de mauvais résultats thérapeutiques et d'une plus grande mortalité.
10. Par ailleurs, l'impact du VIH sur la sécurité alimentaire ainsi que le fait de s'assurer que les programmes de protection sociale et les interventions visant à améliorer les moyens de subsistance intègrent la question du VIH, sont indispensables à la réalisation de l'objectif du Millénaire pour le Développement n°6 mais aussi à celle d'autres objectifs du Millénaire pour le Développement. L'intégration des questions de l'alimentation et de la nutrition dans la programmation de la lutte contre le VIH est de plus en plus reconnue comme un facteur essentiel à l'atteinte de la rentabilité, aussi bien pour les interventions sanitaires que pour les interventions plus générale en matière de développement, et ce dans un contexte d'augmentation des besoins et de diminution des ressources. La prise en compte de l'alimentation et de la nutrition dans les programmes VIH va permettre aux pays d'obtenir des résultats

concrets au niveau des individus comme des communautés et d'intégrer les besoins à toutes les politiques de programmation de lutte contre le VIH.

11. Alors que certaines interventions doivent être spécifiques au VIH car elles sont conçues pour assurer la survie des personnes vivant avec le VIH, il est absolument indispensable de souligner le rôle fondamental que jouent les dispositifs de protection sociale au sens large contre le VIH. Bien que généralement conçus pour protéger les gens des chaos de tous types, ils ont pour objectif de réduire la nécessité pour les personnes d'adopter des comportements d'adaptation négatifs qui vont les exposer au risque de contracter le VIH.
12. La protection sociale s'est très largement développée ces dernières années, tout particulièrement en Amérique latine et les dispositifs de protection sociale ont été mis en œuvre avec succès pour atteindre des objectifs en matière sanitaire ou de nutrition. On peut également observer les germes de tels mécanismes en Afrique australe (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Mozambique, Namibie), comme les régimes de retraite et les systèmes d'allocations pour les enfants ou les handicapés. Bien que non conçues exclusivement pour les personnes atteintes de VIH ou ne ciblant pas particulièrement celles-ci, ces mesures de protection sociale peuvent considérablement améliorer la situation socio-économique des personnes démunies, y compris celles qui vivent avec ou qui sont affectés par le VIH. Ces types d'interventions sont bien placés pour améliorer la situation socio-économique sans pour autant poser des problèmes d'équité ou de stigmatisation liés au VIH. On constate de même que les transferts sociaux (sous forme d'argent, de nourriture, de bons d'alimentation, etc.) sont nécessaires mais ne sont pas suffisants pour surmonter les problèmes de vulnérabilité associés au VIH. Ils doivent en effet s'accompagner de politiques d'assistance et de législations afin de protéger les droits des personnes vivant avec le VIH, notamment une diminution de la stigmatisation et de la discrimination ainsi que la mise en œuvre d'initiatives de soutien pour promouvoir un accès à des services de qualité financièrement accessibles.<sup>xii</sup>
13. Il reste encore beaucoup à faire pour comprendre comment adapter au mieux la protection sociale à l'infection à VIH, de manière à répondre à tous les besoins des personnes vivant avec le VIH et des familles affectées et à mieux contribuer à l'Accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH.

## **II ETUDIER LES INTERDEPENDANCES ENTRE LE VIH, LA SECURITE ALIMENTAIRE ET LA NUTRITION**

14. Cette partie décrit les concepts et les éléments relatifs aux liens bidirectionnels (ou cycliques) complexes qui existent entre le VIH et le sida, la sécurité alimentaire et la nutrition. Cette partie commence par expliquer comment appréhender le contexte local lorsque l'on étudie les interdépendances entre la sécurité alimentaire et le VIH et la définition de la sécurité alimentaire ainsi que ses principales dimensions. Cette partie aborde ensuite les thèmes du cercle vicieux du VIH et de l'insécurité alimentaire, au niveau de l'individu, des ménages et de la communauté. Les liens entre les différentes dimensions de la sécurité alimentaire et de la transmission du VIH, de son traitement, de sa prise en charge, des initiatives de soutien et de la

réduction de son impact sont abordés. Enfin elle se termine par une courte discussion sur l'aspect particulier de la vulnérabilité des femmes et des filles à l'insécurité alimentaire et au VIH.

### **Compréhension du contexte local de l'épidémie**

15. Il convient de remarquer que bien qu'il existe des interdépendances entre l'insécurité alimentaire et le VIH et le sida, il n'est pas toujours possible de distinguer les causes et les conséquences. Les facteurs conduisant à une exposition au virus et l'impact du VIH sur la nutrition et la sécurité alimentaire sont extrêmement divers, allant des inégalités hommes / femmes ou des inégalités socio-économiques aux conflits, en passant par un faible niveau éducatif et des déterminants culturels. Ces facteurs donnent à l'épidémie un profil différent selon les régions et les contextes locaux. Il n'est donc pas étonnant que les relations causales insécurité alimentaire-VIH et VIH-insécurité alimentaire dépendent également en grande partie des contextes locaux, des facteurs spécifiques de chaque épidémie et des causes de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition<sup>xiii</sup>.
16. Compte tenu de cette complexité, il est absolument essentiel d'avoir une compréhension différenciée et détaillée de chaque épidémie locale. La force du lien existant entre la sécurité alimentaire, la nutrition et le VIH dans n'importe quel contexte et l'action programmatique appropriée va dépendre du contexte local de l'épidémie, comme par exemple la prévalence de la maladie, les facteurs clés de la transmission et la dynamique de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition. Même lorsqu'un phénomène épidémique est bien compris, il convient de tenir compte du fait que les conditions locales évoluent en permanence.

### **La définition de la sécurité alimentaire**

17. Le Sommet mondial de l'Alimentation de 1996 a déterminé qu'une sécurité alimentaire existait « lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, accès à une nourriture suffisante, saine et nutritive, leur permettant de mener une vie saine et active ». <sup>1</sup> En règle générale, le concept de sécurité alimentaire se définit comme incluant un accès à la fois physique et économique à une nourriture qui permet de satisfaire les besoins énergétiques ainsi que les préférences alimentaires. La sécurité alimentaire s'appuie sur les trois piliers suivants :
  - Disponibilité de la nourriture : des quantités de nourriture suffisantes de façon régulière.
  - Accès à la nourriture : disposer de suffisamment de ressources pour obtenir des aliments appropriés à un régime alimentaire nutritif.
  - Utilisation de la nourriture : utilisation appropriée de la nourriture, s'appuyant sur des connaissances de base en matière de nutrition et de soins, ainsi que sur la possibilité de disposer de systèmes d'alimentation en eau et d'assainissement appropriés.

---

<sup>1</sup> <http://www.fao.org/docrep/003/w3613e/w3613e00.HTM>

18. Le VIH et le sida ont des répercussions négatives sur les trois aspects de la sécurité alimentaire. La morbidité et la mortalité ainsi que les autres évolutions défavorables en termes de santé qui sont associées à la maladie touchent non seulement les individus mais aussi les ménages et des communautés toutes entières.
19. Pour définir une nutrition saine et de bonne qualité on s'appuie souvent sur ce que l'on appelle le cadre conceptuel de l'UNICEF<sup>2</sup>, qui met l'accent sur la disponibilité de la nourriture, l'accès à et l'utilisation de denrées nourrissantes, la connaissance des pratiques de soins appropriées et la compréhension des besoins nutritionnels ainsi que la connaissance indispensable des pratiques nécessaires en matière de santé, de soins et d'hygiène.
20. Les débats autour de la sécurité alimentaire se concentrent souvent sur la capacité des ménages à pouvoir accéder à la nourriture, aux pratiques de soins existantes au sein de la communauté, ou peuvent concerner également des questions plus larges telles que la disponibilité des aliments dans une communauté ou une région. Cela signifie que parfois la question de l'utilisation des aliments, qui met l'accent sur la capacité d'un individu à la fois à consommer de la nourriture et à absorber de l'énergie et des nutriments, ne se voit pas accorder une attention suffisante. L'utilisation des aliments regroupe à la fois les problématiques de la sécurité alimentaire et de la nutrition. Une diminution de la capacité de la personne à utiliser les aliments entraîne un déclin de l'état nutritionnel de cette personne. En général, un état nutritionnel dégradé est associé à des évolutions défavorables en termes de santé. La sous-nutrition et l'infection s'entremêlent pour former un cercle vicieux : une personne atteinte de sous-nutrition est beaucoup plus sujette aux infections et les infections sont elles mêmes une cause directe de sous-nutrition. Par exemple, un enfant gravement malnutri est neuf fois plus susceptible de mourir qu'un enfant correctement nourri<sup>xiv</sup>. Dans certains pays où la prévalence du VIH est élevée, entre un tiers et trois quarts des enfants présentant une malnutrition aiguë sévère sont également séropositifs. L'utilisation des aliments est généralement l'aspect le moins bien compris ou le plus négligé de la sécurité alimentaire. Il convient donc d'intervenir en se focalisant sur les interdépendances existantes entre la santé et la nutrition au niveau individuel et le choix d'une nourriture appropriée est absolument essentiel.

### **Les liens entre le VIH, la sécurité alimentaire et la nutrition au niveau individuel**

21. Dans le contexte de l'infection à VIH, il est absolument indispensable de bien saisir la place qu'occupe le concept de l'utilisation des aliments dans la sécurité alimentaire. Le VIH et le sida réduisent la capacité d'une personne à utiliser les aliments, ce qui fait référence à la capacité de la personne à se nourrir, ainsi qu'à la capacité de l'organisme à digérer et à absorber les nutriments essentiels provenant des aliments. Les personnes vivant avec le VIH manquent souvent d'appétit ou éprouvent des difficultés à s'alimenter en raison d'affections comme les candidoses

---

<sup>2</sup> Cadre conceptuel de l'UNICEF sur les causes de la malnutrition, UNICEF 1997. Ce cadre conceptuel explique que les causes de la malnutrition sont multisectorielles et qu'elles englobent les pratiques en matière d'alimentation, de santé et de soins. Elles sont également considérées comme immédiates, sous-jacentes et basiques et que les facteurs intervenant à un niveau vont aussi influencer les autres niveaux. Ce cadre conceptuel est utilisé au niveau national, au niveau de la région et au niveau local afin d'aider à planifier des actions efficaces pour améliorer la nutrition. Il sert de guide afin d'évaluer et d'analyser les causes des problèmes de nutrition et permet d'identifier la combinaison d'actions la plus appropriée.

buccales. Les personnes vivant avec le VIH souffrent souvent de diarrhées, ce qui implique que les nutriments essentiels ne sont pas absorbés. Ces symptômes sont particulièrement importants car les personnes qui vivent avec le VIH ont des besoins énergétiques plus importants que des personnes en bonne santé. Ainsi, alors qu'ils ont besoin de plus d'énergie et que les besoins en micronutriments dans leur régime alimentaire sont aussi potentiellement plus élevés, ils ne peuvent être satisfaits correctement en raison du VIH. Ce type de malnutrition, tout particulièrement en cas d'absence de traitement, peut affaiblir encore davantage le système immunitaire, augmenter la sensibilité aux infections opportunistes comme la TB et accélérer la progression de la maladie, conduisant à une mort prématurée. Toutefois les personnes vivant avec le VIH qui suivent depuis longtemps une thérapie antirétrovirale doivent également lutter contre des affections chroniques ayant parfois des implications nutritionnelles importantes, c'est le cas du diabète et des pathologies cardiovasculaires qui peuvent être une conséquence des pathologies préexistantes, d'un traitement à long terme et/ou de l'infection par le VIH elle-même.<sup>xv</sup>.

22. Une bonne gestion de la nutrition (de préférence en association avec un traitement antirétroviral) est nécessaire pour résoudre ces problèmes. En l'absence de traitement, une bonne nutrition peut permettre de ralentir la progression de la maladie, du stade de l'infection par le VIH au stade de sida déclaré, bien qu'elle ne puisse éliminer la maladie ou arrêter sa progression et ainsi empêcher au final la mort. Une thérapie antirétrovirale associée à des interventions nutritionnelles peut arrêter et inverser la progression de la maladie ainsi que la détérioration associée de l'état nutritionnel tout en réduisant de façon significative la mortalité et en améliorant la qualité de vie<sup>xvi, xvii, xviii</sup>. En outre, la sécurité alimentaire et la nutrition sont des compléments importants à une thérapie antirétrovirale efficace, en particulier respectivement à la prise du traitement, à son observance et à son efficacité globale. Les femmes enceintes et allaitantes ainsi que les enfants vivant avec le VIH représentent deux catégories particulièrement vulnérables à une mauvaise nutrition. L'utilisation des aliments est également un problème pour les nourrissons exposés au VIH, qui sont souvent sevrés prématurément dans des situations où une alimentation de substitution saine n'est pas disponible, les exposant ainsi à un risque accru de malnutrition et de mortalité.
23. Des pratiques d'alimentation des nourrissons inappropriées contribuent largement à une augmentation du risque de transmission mère-enfant (MTE) du VIH. En l'absence de traitement antirétroviral et dans le cas d'un recours à une alimentation diversifiée (le fait de donner du lait maternel et d'autres aliments, du lait ou des liquides) le risque de MTE est au moins quatre fois plus important ; ce type d'alimentation étant la norme dans la plupart des pays à prévalence de VIH élevée. Le choix exclusif de l'allaitement au sein au cours des six premiers mois permet de réduire de façon substantielle le risque de transmission mère-enfant. Les données d'une étude indiquent que seulement 4 % des enfants ayant suivi exclusivement un allaitement au sein (sans prise d'antirétroviraux) sont devenus infectés par le biais d'un allaitement exclusif au sein de l'âge de six semaines à six mois<sup>xix</sup>. L'allaitement exclusif au sein continue donc à être l'option d'alimentation recommandée dans les milieux qui ont mis en place une politique nationale d'allaitement au sein et de thérapie antirétrovirale, y compris lorsque les traitements antirétroviraux ne sont pas immédiatement disponibles. Une accélération urgente des interventions d'appui efficaces et adaptées à l'environnement, en vue de promouvoir, d'assister et de

protéger un mode d'alimentation optimal pour les nourrissons et les jeunes enfants, en particulier via le recours à l'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois dans la population générale, constitue une priorité dans les pays à forte prévalence et largement touchés.

### **Insécurité alimentaire, nutrition et prise, observance et réussite du traitement antirétroviral**

24. La malnutrition est un facteur de risque de mortalité pour les personnes commençant une thérapie antirétrovirale. Les données disponibles indiquent que la mortalité au cours des premiers mois de traitement est deux à six fois plus élevée dans les pays à revenu faible que dans des environnements à revenu plus élevé<sup>xx</sup>. D'autres éléments indiquent que cela est probablement associé à la malnutrition, qui affaiblit le système immunitaire bien au delà des effets du VIH. Un état de malnutrition au début d'un traitement antirétroviral a été associé de façon significative à une diminution de la survie<sup>xxi</sup>. Des études montrent que les individus souffrant de grave malnutrition étaient exposés à un risque de décès lors des 3 premiers mois, six fois plus élevé que les individus présentant un état nutritionnel normal<sup>xxii</sup>. Il apparaît donc qu'un soutien nutritionnel et alimentaire adéquat peut réduire les risques de mortalité précoce et améliorer l'efficacité du traitement. La mortalité en début de traitement antirétroviral est également plus élevée parmi les nourrissons et les jeunes enfants souffrant de grave malnutrition. Les causes de ces évolutions défavorables sont complexes, mais la malnutrition en est certainement un facteur.
25. En outre, lorsque les ART sont disponibles pour les patients, il n'y a aucune garantie quant à la prise initiale et à l'observance du traitement (c'est-à-dire le commencement et la poursuite du traitement). L'arrêt ou l'interruption du traitement augmente également la probabilité d'une résistance médicamenteuse, ce qui va exiger que le patient adopte de nouveaux régimes thérapeutiques différents et plus coûteux qui risquent de ne pas être disponibles ou de ne pas être accessibles financièrement. Il convient de remarquer que l'insécurité alimentaire et la malnutrition ont également des conséquences sur la réussite des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Les femmes séropositives au VIH qui souffrent de grave malnutrition sont plus susceptibles de transmettre le VIH à leurs enfants et certains programmes de prévention de la transmission mère-enfant qui ont proposé des compléments nutritionnels à des femmes enceintes et à des enfants exposés au VIH ont connu des taux de suivi plus élevés.
26. Une étude réalisée en Éthiopie indique que le manque de soutien alimentaire et nutritionnel représente la deuxième raison la plus citée pour expliquer la non poursuite du traitement<sup>xxiii</sup>. Plusieurs autres études ont indiqué que l'insécurité alimentaire constituait un obstacle important à l'observance de la prise des médicaments et des traitements dans les milieux ne disposant pas de ressources adéquates en général, y compris dans des cas de co-infection à TB fréquents<sup>xxiv</sup>. Les recherches menées en Ouganda ont montré : (i) que le traitement augmentait l'appétit et conduisait à « une sensation de faim intolérable en l'absence de nourriture »; (ii) que les effets secondaires des ART étaient aggravés en l'absence de nourriture ; (iii) que les participants pensaient « qu'ils devaient sauter des prises de médicaments ou ne pas débiter du tout leur thérapie antirétrovirale s'ils n'avaient pas les moyens d'assumer le coût supplémentaire en terme nutritionnel »; (iv)

qu'étant donné que le coût de l'alimentation allait rentrer en concurrence avec les frais médicaux, les personnes allaient soit ne pas suivre leur traitement soit renoncer à la nourriture et à leurs salaires pour obtenir des médicaments ; et, (v) que les médicaments étaient parfois oubliés lorsque les personnes étaient occupées à travailler dans les jardins ou les potagers<sup>xxv</sup>.

27. La prise, l'observance du traitement et sa réussite sont très significativement corrélées à l'accès à une nourriture et à une nutrition appropriées, ce qui rend l'intégration des politiques de soutien nutritionnel et/ou alimentaire aux interventions en matière de VIH particulièrement essentielle pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le Développement en matière d'Accès Universel et en matière de santé. Lorsque l'on évalue la rentabilité des programmes de sécurité alimentaire et de nutrition, il est indispensable de tenir compte de leur impact en termes de plus grand intérêt initial pour le traitement et de meilleure observance de celui-ci, améliorant ainsi l'efficacité globale du traitement et réduisant potentiellement le besoin de recourir à des schémas thérapeutiques de deuxième et de troisième intention plus coûteux, que les patients doivent prendre lorsque les schémas thérapeutiques de première intention ont cessé d'être efficaces<sup>3</sup>.

### **Insécurité alimentaire et transmission du VIH**

28. Il apparaît également certain que l'insécurité alimentaire peut rendre les individus plus sensibles au VIH. Lorsqu'il est difficile pour les gens d'accéder à des ressources alimentaires de bonne qualité et en quantité suffisante (ainsi qu'à d'autres produits de première nécessité essentiels), ils sont susceptibles d'adopter des comportements, comme la vente de leurs biens, l'émigration pour chercher du travail, l'abandon scolaire, le fait d'avoir des relations sexuelles en échange d'un repas, d'un voyage en direction de l'hôpital le plus proche ou des frais de scolarité pour leurs enfants, ou de se livrer à des relations sexuelles monnayées, qui les exposent au risque de contracter le VIH. Alors que de nombreuses personnes adoptent des comportements qui augmentent le risque de transmission du VIH, quelle que soit la situation de la sécurité alimentaire, celle-ci peut augmenter la probabilité de développement de tels comportements à risque<sup>xxvi, xxvii, xxviii</sup>.
29. Les enfants et plus particulièrement les filles sont susceptibles d'être retirés de l'école car leurs parents ne peuvent plus assumer des frais de scolarité même réduits et qu'ils ont besoin de leur aide pour faire vivre la famille. On a pu constater que l'éducation représentait un facteur de protection contre le VIH et le sida chez les enfants et les jeunes adultes. Une étude menée en Zambie a révélé que le VIH se propageait deux fois plus vite chez les filles sans éducation<sup>xxix</sup>. Une étude en Ouganda a montré que les jeunes personnes sans éducation ou peu éduquées étaient 2,2 fois plus susceptibles de contracter le VIH que celles qui étaient allées au bout de leur enseignement primaire et que chaque année d'enseignement supplémentaire suivie par les filles réduisait leurs chances de contracter le VIH de 6,7 %<sup>xxx, xxxi</sup>.

<sup>3</sup> En 2009, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié des recommandations préliminaires pour une approche intégrée des soins nutritionnels des enfants infectés par le VIH (6 mois – 14 ans), dans le cadre de leurs recommandations concernant les traitements antirétroviraux.<sup>3</sup> L'OMS est actuellement en train d'étudier avec des partenaires les éléments sur lesquels s'appuyer pour élaborer une prise en charge nutritionnelle chez les adultes vivant avec le VIH et chez les patients présentant des infections opportunistes fréquentes comme la tuberculose.

30. Des études menées au Botswana, au Swaziland<sup>xxxii</sup>, au Malawi<sup>xxxiii</sup>, montrent l'existence de liens entre l'insécurité alimentaire aiguë et la vente de services sexuels non protégés chez les femmes pauvres. De plus une analyse qualitative portant sur l'impact de l'insécurité alimentaire sur les pratiques sexuelles à haut risque en Ouganda montre à quel point l'insécurité alimentaire conduit à la prise de risques en matière sexuelle. Des liens ont aussi été mis en évidence entre l'insécurité alimentaire et les risques de violence sexuelle et la persistance de telles relations violentes<sup>xxxiv</sup>.

### **Les liens entre le VIH, la sécurité alimentaire et la nutrition au niveau des ménages**

31. Le VIH peut constituer pour les ménages un choc très important et peut réduire leur capacité d'accéder à la nourriture. L'accès la nourriture fait référence à la capacité des gens au sein d'un ménage à obtenir de la nourriture en quantité suffisante et d'une qualité adéquate par n'importe quelle combinaison d'activités, notamment la production alimentaire domestique, les achats, les échanges, les dons, les emprunts et enfin l'aide alimentaire.
32. Les ménages touchés négativement par le VIH connaissent souvent une perte de leurs revenus et/ou de la production alimentaire domestique en raison de la maladie et de la mort. Ces problèmes sont encore aggravés lorsque les personnes qui vivent avec le VIH sont justement les principaux soutiens de famille. De même, les ménages peuvent avoir besoin de passer plus de temps à s'occuper des malades, diminuant ainsi encore leur capacité à gagner un salaire ou à contribuer à la production agricole. A ce problème s'ajoutent les fortes dépenses de santé qui sont associées à la chronicité de la maladie. Les ménages peuvent ainsi avoir des dépenses liées à la santé, même lorsque le traitement est gratuit. Il s'agit notamment des frais de transport jusqu'à la clinique, du coût de traitement des infections opportunistes et du coût d'un régime alimentaire nutritif.
33. Une étude menée sur des ménages ruraux au Mozambique a révélé que la mort d'un adulte due à une maladie, probablement associée au VIH, réduisait la quantité d'aliments de base produits par ces ménages de 20 à 30 %, contribuant ainsi à l'insécurité alimentaire des ménages<sup>xxxv</sup>. Le VIH produit une érosion des dépenses, limite l'accès des ménages au crédit et entraîne une réduction des actifs productifs et non productifs. En conséquence, la propagation du VIH peut avoir un impact dramatique sur les revenus, la production alimentaire puis par la suite sur la sécurité alimentaire des ménages.
34. De plus, dans les pays à forte prévalence du VIH, un nombre important d'enfants ont perdu au moins un parent ou leurs deux parents, ce qui peut avoir des conséquences négatives à long terme en matière d'éducation, de santé, de nutrition et de salaires cumulatifs. En outre, lorsqu'un parent séropositif au VIH tombe malade, sa capacité à travailler et à rapporter un salaire s'en trouve réduite. Alors qu'on observe une diminution des revenus de la famille, il faut plus d'argent pour payer les factures médicales alors qu'il y a moins d'argent pour acheter de la nourriture. Cette situation peut conduire les personnes, et en particulier les filles, à s'engager malgré elles dans des activités qui les exposent à un risque accru de contracter le VIH.

35. La stigmatisation du VIH peut également nuire aux réseaux sociaux et aux réseaux communautaires d'une personne, qui souvent font fonction de dispositifs informels de protection sociale. A cause de cette situation la personne peut se voir refuser l'accès à l'éducation, à un emploi ou à un crédit qui sont nécessaires pour couvrir les frais du traitement<sup>xxxvi, xxxvii</sup>.
36. Il est absolument indispensable que les interventions menées sur le VIH garantissent la sécurité alimentaire du personnel soignant comme des ménages concernés. Les interventions au niveau alimentaire et nutritionnel dans le cadre du VIH peuvent contribuer à empêcher les ménages de s'enfoncer encore plus profondément dans l'insécurité alimentaire et la pauvreté. Dans les cas où le traitement n'est toujours pas disponible, il convient de reconnaître le rôle que peut jouer un soutien nutritionnel ciblé en termes de retard de la progression de la maladie et d'atténuation des conséquences de celle-ci. Les transferts de revenus peuvent contribuer à alléger les conséquences du choc et permettre aux ménages concernés de vivre avec dignité et de prendre soin des personnes infectées. Dans les régions où le traitement est accessible, le choc subi par le ménage peut n'être que temporaire. Ainsi un transfert de revenus limité sous forme d'argent ou de nourriture peut aider le ménage à faire face pendant la période au cours de laquelle il est exposé à des dépenses plus importantes et à une baisse de ses revenus.

### **Les liens entre le VIH, la sécurité alimentaire et la nutrition au niveau de la communauté, du quartier, au niveau national ou régional**

37. La disponibilité alimentaire est la présence physique de nourriture dans la région concernée, que cette nourriture soit produite sur place, qu'elle soit importée ou qu'elle provienne de l'aide alimentaire. La disponibilité alimentaire est considérée comme une question d'ordre macroéconomique et peut être totalisée aux niveaux régional, national, du quartier ou au niveau de la communauté. Bien qu'il existe des éléments montrant que le VIH pouvait avoir un effet sur la disponibilité de la nourriture au sein d'une communauté, particulièrement dans les communautés rurales présentant une prévalence élevée du VIH et au sein desquelles les gens s'appuient largement sur une agriculture de subsistance, les recherches n'ont pas établi de façon formelle que le VIH avait une incidence sur la disponibilité des aliments à plus grande échelle, comme au niveau du quartier, au niveau national ou encore au niveau régional. De plus, bien que les communautés où la prévalence du VIH est élevée soient susceptibles de produire moins de nourriture, celle-ci pourra potentiellement être amenée des communautés avoisinantes ou d'autres pays. Dans les économies où le marché est libre, cela peut signifier que la nourriture va devenir plus onéreuse, ce qui va contribuer à aggraver les problématiques d'accès à la nourriture pour les plus démunis, sans conduire pour autant à un problème de disponibilité généralisé.
38. Il n'est donc pas facile d'analyser l'impact du VIH et du sida sur la production alimentaire et du manque de nourriture qui en résulte. Tout d'abord l'impact nuisible du VIH et du sida est difficile à isoler des autres facteurs ayant une incidence sur la production agricole. Deuxièmement, et c'est peut être ce qu'il convient de souligner, on peut avancer l'argument que même si la mortalité est élevée dans les sociétés où l'agriculture est inefficace, principalement de subsistance et utilisant un surplus de main d'œuvre, elle est susceptible de ne pas avoir un impact direct sur les frais de

main d'oeuvre dans l'agriculture, particulièrement si la maladie est située principalement dans les zones urbaines et péri-urbaines<sup>xxxviii</sup>.

### **Les femmes, l'insécurité alimentaire, l'accès au traitement et la vulnérabilité au VIH**

39. Les impacts négatifs et les problèmes posés par le VIH et l'insécurité alimentaire affectent et impliquent de façon disproportionnée les femmes et les filles. Les femmes sont en effet biologiquement, socialement et économiquement plus vulnérables au VIH que les hommes. La vulnérabilité des femmes au VIH en Afrique sub-saharienne résulte non seulement de leur plus grande prédisposition à la transmission hétérosexuelle, mais est due aussi aux graves difficultés aussi bien sociales, légales qu'économiques auxquelles elles sont confrontées. Le risque d'infection est tout particulièrement disproportionné pour les filles et les jeunes femmes. Au Kenya par exemple, les jeunes femmes entre 15 et 19 ans sont trois fois plus susceptibles d'être infectées que leurs homologues masculins, alors que les femmes dont l'âge est compris entre 20 et 24 ans sont 5,5 fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les hommes appartenant à la même tranche d'âge<sup>xxxix</sup>.
40. Les maladies associées au sida sont une des causes principales de mortalité chez les femmes en âge de procréer et près d'un cas de mortalité maternelle sur cinq dans le monde en 2008 était associé au VIH. Dans six pays hyper-endémiques, le sida est également responsable de plus de 40 % de mortalité infantile<sup>4</sup>.
41. Il y a de nombreuses raisons pouvant expliquer cette vulnérabilité accrue au VIH. Les femmes et les filles par exemple ne sont généralement pas en position de négocier des rapports sexuels protégés et en conséquence elles sont particulièrement exposées aux rapports sexuels non protégés qui risquent de les mettre en contact avec l'infection. Les personnes sans accès à une nourriture adéquate, à un revenu ou à la terre et à d'autres ressources de production comme le crédit, la formation et la technologie, en particulier les femmes et les filles, ont une plus grande probabilité d'être poussées dans des situations, notamment mais pas exclusivement, en réaction à l'insécurité alimentaire, qui les exposent au risque d'infection par le VIH.
42. Les femmes participent généralement de façon centrale à la production, l'achat et la préparation de la nourriture. Ainsi, lorsqu'une femme est séropositive au VIH, la sécurité alimentaire du ménage est affectée car ses responsabilités incombent alors aux femmes plus jeunes et moins expérimentées de la famille. Les femmes sont également les principales dispensatrices de soins. Les soins aux membres malades de la famille leur laissent alors moins de temps pour la production et la préparation de la nourriture.
43. Il conviendra aussi de franchir un certain nombre d'obstacles afin de s'assurer que les femmes puissent accéder aux traitements antirétroviraux. Entre l'année 2008 et 2009, la proportion de femmes enceintes ayant été testées séropositives au VIH et ayant fait l'objet d'une évaluation en vue de bénéficier d'une thérapie antirétrovirale

---

<sup>4</sup> Les scénarios pour épidémies hyper-endémiques se retrouvent dans les zones où la prévalence du VIH est supérieure à 15 % dans la population adulte, alimentée par un nombre important de rapports hétérosexuels avec des partenaires multiples et parallèles et une utilisation faible et peu systématique du préservatif (ONUSIDA, Directives pratiques pour l'intensification de la prévention du VIH, 2007)

pour leur propre santé a augmenté de 34 % à 51 %. Parmi les femmes retenues, 15 % ont reçu une thérapie antirétrovirale, alors que ce chiffre n'était que de 9 % deux ans plus tôt. Toutefois, d'après les nouvelles recommandations de l'OMS en matière de traitement, il sera nécessaire d'inclure davantage de femmes dans les programmes ART. En conséquence, lorsque les nouvelles normes sont utilisées, la couverture par thérapie antirétrovirale parmi les femmes ne pourra qu'être encore plus faible.

44. Une nutrition adéquate pour toutes les femmes enceintes/allaitantes et pour les enfants de moins de 5 ans est donc essentielle afin de garantir un croissance et un développement normal et afin d'éviter la malnutrition qui peut entraîner des taux de mortalité élevés chez les enfants de moins de 5 ans. On a vu apparaître une certaine confusion ainsi qu'un certain nombre de difficultés relativement à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans le contexte du VIH. De nombreux nourrissons exposés au VIH étaient sevrés de façon inappropriée dans des cas où des solutions d'alimentation de substitution n'étaient pas disponibles, ce qui conduisait à une mortalité élevée. Les nouvelles recommandations de l'OMS pour 2010 représentent une énorme opportunité de promouvoir l'allaitement au sein dans les populations à forte prévalence de VIH. Les problèmes de prise initiale du traitement et de son observance chez les femmes enceintes et les femmes allaitantes séropositives peuvent potentiellement être réduits en proposant une offre plus complète de services, comprenant la nourriture et la nutrition. En effet, certains programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ont révélé que la fourniture de compléments alimentaires dans la période postnatale semblait être associée à une réduction de la perte de vue des patients et ainsi à une meilleure chance de survie sans le VIH.
45. Sur les 12 pays à forte prévalence qui rendaient compte de la prise de thérapie antirétrovirale chez les femmes enceintes en 2007 et en 2009, le nombre total de femmes bénéficiant du traitement après avoir été identifiées comme étant éligibles a approximativement doublé, passant de 18 000 à plus de 37 000 femmes. Au Swaziland, un effort considérable a été déployé en vue de fournir des services ART dans des environnements sanitaires mère-enfant. Ces services incluaient notamment la fourniture d'un soutien nutritionnel. Le nombre de nouvelles bénéficiaires de la thérapie antirétrovirale est passé de 259 en 2007 à 1844 en 2009<sup>xi</sup>. Bien que ces chiffres attestent d'un certain progrès, ils révèlent également qu'il reste encore beaucoup à faire pour améliorer l'accès des femmes au traitement.

### **III VUE D'ENSEMBLE DES INTERVENTIONS EXISTANTES EN MATIERE D'ALIMENTATION ET DE SECURITE ALIMENTAIRE DANS LES PROGRAMMES DE RIPOSTE AU VIH**

46. Cette partie passe en revue l'évolution des interventions intégrées en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle et de VIH. Seront aussi bien étudiées les activités de limitation centrées en particulier sur la prise en charge à domicile, sur les orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) que l'approche plus complète qui reconnaît maintenant le rôle fondamental du soutien nutritionnel et alimentaire dans de nombreux secteurs de la programmation de lutte contre le VIH.

47. Cette partie s'intéresse également aux différents types d'interventions intégrées en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle dans le cadre de la prévention, de la prise en charge et du soutien et enfin du traitement du VIH. Pour chacun de ces trois secteurs d'intervention, cette partie étudiera à la fois a) les transferts alimentaires (comme forme possible de transfert social) et b) le soutien des moyens de subsistance.
48. Le rôle des principaux donateurs dans le financement de ces diverses interventions sera aussi brièvement abordé.
49. Il convient de remarquer que nombre d'interventions en matière d'alimentation et de nutrition qui sont associées aux programmes de lutte contre le VIH sont considérées comme des stratégies et des politiques nationales faisant partie de programmes de protection sociale plus larges destinés aux personnes les plus vulnérables. L'un des aspects essentiels de la protection sociale dans le contexte du VIH est de s'assurer que tous les programmes de protection sociale, y compris ceux ayant un objectif de sécurité alimentaire et de nutrition sont adaptés au VIH et non pas spécifiques au VIH.
50. Le rôle de la société civile, notamment des réseaux de séropositifs et des organisations à assise communautaire est essentielle dans la mise en œuvre de nombreux programmes centrés sur la sécurité alimentaire et la nutrition. Il convient de ne pas sous-estimer le rôle que peuvent jouer les bénéficiaires dans la planification et l'exécution des programmes. En outre, le ciblage communautaire, une méthode qui est fréquemment utilisée dans les programmes de sécurité alimentaire de plus grande envergure, est aussi utilisé pour ces interventions dont l'objectif est également d'inclure les ménages affectés par le VIH.

### **Contexte évolutif de la riposte au VIH et au sida**

51. Avant de porter sur les avancées en faveur d'un accès plus étendu à la thérapie antirétrovirale dans les environnements à faible revenu, les interventions alimentaires et nutritionnelles portaient principalement sur le soutien aux programmes de prise en charge à domicile et d'assistance aux orphelins et autres enfants vulnérables pour atténuer certaines des conséquences négatives qui touchaient les ménages affectés par le VIH. Avec le développement de l'accès au traitement antirétroviral au cours de ces dernières années, le VIH s'est de plus en plus transformé en maladie chronique exigeant de nouvelles approches en termes de prévention, de traitement et de limitation.

### **Interdépendances entre les interventions de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien**

52. Il convient de garder à l'esprit que les interventions dont l'objectif principal est d'améliorer la réussite du traitement peuvent également avoir un impact sur la prévention du VIH. Par exemple, une fois le traitement commencé, la charge virale est supprimée et l'infectiosité est considérablement réduite. De même, les interventions de soins et d'assistance comme le soutien aux moyens de subsistance par le biais de programmes « vivres contre travail » ou de travaux publics sont également susceptibles de favoriser la réussite du traitement en aidant les personnes qui vivent avec le VIH sous thérapie antirétrovirale à poursuivre leur

schéma thérapeutique en réduisant la pression qui s'exerce sur la sécurité alimentaire des ménages. La politique de soutien à une alimentation optimale pour les nourrissons et les jeunes enfants a également une double fonction : elle réduit le risque de transmission mère-enfant et contribue de façon importante à une survie sans VIH des enfants exposés au VIH. Chez les enfants séropositifs au VIH, elle aide à empêcher le retard de croissance et la malnutrition aiguë. En d'autres termes, les interventions telles que les transferts alimentaires, le soutien aux moyens de subsistance et les interventions en matière de nutrition pour les enfants sont susceptibles de servir plusieurs objectifs simultanément.

## **Interventions de prévention du VIH**

### **Transferts alimentaires**

53. En termes d'interventions alimentaires nutritionnelles pour soutenir la prévention contre le VIH, le rôle que joue l'alimentation scolaire dans le maintien de la scolarisation des enfants vulnérables, en particulier des jeunes filles, a été bien établi. Il est prouvé que plus les jeunes filles restent scolarisées longtemps, moins elles sont susceptibles d'être impliquées dans des comportements à risque augmentant leur vulnérabilité au VIH<sup>xli</sup>, <sup>xlii</sup>. Une politique d'assistance destinée à maintenir les enfants à l'école a également un impact positif sur le reste du ménage et réduit la probabilité que ces enfants adoptent des stratégies d'adaptation négatives, comme l'émigration et les relations sexuelles tarifées qui peuvent contribuer à la transmission. Les repas scolaires qui ciblent les enfants scolarisés dans le secondaire ont une plus grande pertinence en termes de prévention du VIH, dans la mesure où les enfants plus âgés sont plus susceptibles d'être exposés à des rapports sexuels non protégés que les élèves des écoles primaires.
54. Le rôle du soutien alimentaire et nutritionnel dans l'amélioration de la réussite du traitement des personnes vivant avec le VIH et sous thérapie antirétrovirale est également susceptible d'être central dans la prévention du VIH en réduisant la charge virale des personnes vivant avec le VIH plus tôt que s'il n'avait pas été fourni. En particulier, dans la mesure où il a été démontré que la sécurité alimentaire était associée à la suppression virale, s'y intéresser pourrait contribuer à améliorer la suppression de la charge virale dans le contexte d'un élargissement de l'accès au traitement. Ce qui aurait aussi des implications importantes pour la transmission du VIH en raison des impacts positifs du « traitement comme prévention »<sup>xliii</sup>.

### **Soutien aux moyens de subsistance**

55. En général, le soutien aux moyens de subsistance destiné aux ménages des personnes vivant avec le VIH vulnérables et victimes d'insécurité alimentaire ou aux ménages affectés par le VIH est important, car il permet de réduire les comportements d'adaptation négatifs, notamment l'abandon scolaire, l'émigration et les rapports sexuels tarifés. La diminution de la probabilité de tels comportements d'adaptation négatifs réduit l'exposition des ménages au VIH et contribue ainsi à la prévention du VIH.
56. Les recherches ont démontré que le soutien apporté aux moyens de subsistance pouvait avoir le potentiel de diminuer la vulnérabilité des professionnels/professionnelles du sexe à l'infection, mais il convient de nuancer ces

données.<sup>xliv</sup> Tant qu'il existera une demande de relations sexuelles monnayées (non protégées), la demande de professionnels/professionnelles du sexe et la propagation du VIH continuera. Proposer des moyens de subsistance aux professionnels/professionnelles du sexe ne va probablement pas réduire la vente de services sexuels suffisamment pour freiner la propagation de la pandémie. On pourra toutefois avancer qu'avec le nombre supplémentaire d'options que permet le soutien aux moyens de subsistance, les professionnels/professionnelles du sexe auront un pouvoir de négociation supérieur pour se protéger du risque d'infection lors de leurs relations sexuelles, ce qui peut ainsi conduire à une réduction du risque de transmission. Les données du programme Sonagachi<sup>xlv</sup> mené en Inde semblent indiquer que la réussite des initiatives en matière de moyens de subsistance destinées aux professionnels/professionnelles du sexe dépend des stratégies qui sont élaborées avec les professionnels/professionnelles du sexe eux-mêmes, associées à des initiatives de protection sociale, comme une protection juridique, afin de développer les besoins et les droits de ces personnes.

## **Interventions de traitements**

### **Transferts alimentaires**

57. Le rôle crucial du soutien alimentaire et nutritionnel pour améliorer le rétablissement nutritionnel et augmenter la réussite du traitement pour les personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral est de mieux en mieux établi<sup>xlvi</sup>. Différents noms sont souvent utilisés pour décrire des interventions semblables, les deux interventions les plus communes étant les programmes d'aliments sur ordonnance (Food-by-Prescription ou FBP), qui mettent l'accent sur le caractère médical de l'intervention et les programmes NACS (Nutrition Assessment, Counseling and Support) d'évaluation nutritionnelle, de conseils et de soutien, un terme récemment introduit par l'initiative PEPFAR (Le Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida). Il est communément admis que les programmes intégrant nourriture et traitement doivent comporter deux composantes : une base solide d'évaluation nutritionnelle, d'éducation et de conseils (NAEC) ainsi qu'un véritable soutien alimentaire pour toutes les personnes atteintes de malnutrition.
  
58. En termes d'implications sur la programmation, il est important de reconnaître que si le VIH est une maladie chronique qui dure tout au long de la vie, la composante alimentaire de l'intervention est censée avoir une durée limitée. L'inclusion et la sortie dans les programmes fournissant une supplémentation alimentaire doivent être strictement régies par l'utilisation des mesures corporelles (en général l'Indice de Masse Corporel -IMC- pour les adultes et la mesure du périmètre brachial pour les femmes enceintes et les enfants, bien que les mesures de poids/et de taille soient toujours largement utilisées pour guider la récupération nutritionnelle). Ces interventions sont destinées à soutenir les personnes vivant avec le VIH au cours de la phase aiguë du stade clinique du VIH (et des conséquences du VIH en termes de revenus qui sont y associées), en règle générale au cours des premiers mois du traitement. En outre, la sélection des produits alimentaires qui doivent être fournis doit être basée sur une évaluation rigoureuse des facteurs comme le régime alimentaire existant, les besoins nutritionnels, les effets secondaires des ART susceptibles de rendre l'alimentation et la déglutition difficiles et la capacité qu'ont les personnes vivant avec le VIH à pouvoir modifier eux-mêmes leur régime

alimentaire existant. Parmi les solutions proposées on trouve les aliments composés enrichis (FBF) et les aliments prêts à l'emploi (RUF) qui contiennent des suppléments de vitamines et de minéraux.

59. Les femmes enceintes et allaitantes séropositives au VIH, les nourrissons et les jeunes enfants exposés au VIH représentent deux populations qui nécessitent des conseils, une évaluation et un soutien nutritionnels spécifiques. En raison de la vulnérabilité accrue de ces groupes et des exigences métaboliques de l'allaitement au sein, des compléments alimentaires peuvent être requis chez ces populations sur une période légèrement plus longue que chez des adultes vivant avec le VIH. Les enfants vivant avec le VIH ont de plus des besoins nutritionnels spécifiques. Les nourrissons infectés par le VIH sont en particulier très vulnérables au risque de mortalité au cours de leurs deux premières années de vie et une grave malnutrition au début du traitement est associée à un risque de mortalité fortement accru. Il est donc important de traiter à la fois correctement le VIH et la malnutrition chez l'enfant, ou l'évolution du traitement ne sera pas optimale. De plus il existe de nombreux enfants atteints de grave malnutrition vivant dans des milieux à prévalence de VIH élevée et dont on ne connaît pas la sérologie VIH. Les programmes qui traitent la malnutrition aiguë sévère au niveau des hôpitaux comme au niveau communautaire doivent s'assurer que les enfants font régulièrement l'objet de tests de VIH, notamment des tests de recherche des anticorps du VIH, au moyen de tests rapides et doivent les orienter vers des services diagnostiques de néonatalogie pour les enfants qui sont encore allaités au sein.
60. Il est important de souligner que les composants d'évaluation nutritionnelle, d'éducation et de conseils (NAEC) de ces interventions doivent s'accompagner d'un traitement sur le long terme, même lorsque la fourniture de soutien alimentaire a cessé. Le VIH est en effet une affection qui, même traitée, a de graves implications sur la santé ; il est donc indispensable de contrôler rigoureusement l'état nutritionnel et le régime alimentaire.

### **Soutien aux moyens de subsistance**

61. Les interventions destinées à soutenir en temps utile les moyens de subsistance des personnes vivant avec le VIH et des ménages affectés par le VIH sont importantes à bien des égards. La transition d'un soutien alimentaire et nutritionnel vers un soutien aux moyens de subsistance est important afin de veiller à une santé et un bien être nutritionnel à long terme et afin d'empêcher que l'état sanitaire ou nutritionnel des personnes vulnérables vivant avec le VIH ne se détériore une fois qu'elles sont sorties du programme de soutien alimentaire et nutritionnel. Le soutien aux moyens de subsistance peut aider à garantir une continuité de la sécurité alimentaire et nutritionnelle et de ce fait améliorer la qualité de vie globale des personnes vivant avec le VIH et de leurs familles et la réussite de la thérapie antirétrovirale.

## Interventions de soins et de soutien

### Transferts de revenus (nourriture, espèces ou bons d'alimentation)

62. Il est clairement établi que la fourniture de transferts de revenus vers les ménages vulnérables affectés par le VIH représente un moyen important d'atténuer l'impact de l'épidémie. Alors que l'intérêt des transferts de produits alimentaires est établi depuis longtemps dans les environnements où les ressources sont faibles, les programmes de recours aux espèces ou aux bons d'alimentation connaissent une expansion rapide. Le choix de modalité approprié va souvent dépendre du contexte et des objectifs spécifiques du programme. Les produits alimentaires sont susceptibles de rester la modalité privilégiée lorsque les objectifs nutritionnels sont destinés non seulement aux clients sous ART mais aussi à leur ménage. Ces transferts de produits alimentaires peuvent avoir à la fois un impact sur la sécurité alimentaire des ménages et aussi parfois sur la nutrition des membres du ménage<sup>xlvii</sup>. La fourniture d'espèces a l'avantage de couvrir également d'autres besoins cruciaux comme la santé et l'éducation. Le manque d'espèces disponibles représente souvent un obstacle conséquent à la prise et l'observance du traitement dans la mesure où de nombreuses personnes vivant avec le VIH ont besoin d'argent pour régler les frais des voyages réguliers vers la clinique par exemple. Si le commencement et l'observance du traitement sont faibles, il pourra être envisagé dans le cadre de ces programmes de fournir une partie du soutien sous forme d'espèces.
63. De nombreux programmes de soins et de soutien incluent des composants dirigés spécifiquement vers les orphelins et autres enfants vulnérables. La nouvelle approche programmatique à l'attention des orphelins et autres enfants vulnérables consiste à prendre les enfants en compte dans ces programmes. La protection sociale intégrant les besoins des enfants comprend des transferts sociaux, une assurance sociale, des politiques et des services sociaux, une législation et une réglementation qui protègent les enfants de toute forme de discrimination et d'exclusion. Il existe de nombreux éléments de preuve attestant que les transferts d'espèces sans condition ont augmenté la consommation alimentaire des ménages et ont permis de réduire la faim. Sur sept programmes de transferts d'espèces menés en Afrique subsaharienne, la majeure partie des dépenses de ces transferts a été consacrée à l'achat de nourriture.
64. La South Africa's Child Support Grant (Allocation de soutien à l'enfance en Afrique du Sud) est la preuve que lorsqu'un tel soutien est apporté au cours de la période propice où les enfants sont jeunes, les transferts sociaux peuvent avoir un impact considérable sur leur croissance. On a observé chez les enfants qui avaient moins de deux ans lorsque leur foyer a bénéficié de l'Allocation de soutien à l'enfance, percevant régulièrement les allocations pendant au moins deux tiers de leur vie jusqu'à l'âge de trois ans, des améliorations significatives de leur taille respectivement à leur âge, par rapport aux enfants qui ne bénéficiaient pas de cette Allocation de soutien à l'enfance sur cette période.
65. La fourniture d'aliments aux orphelins et autres enfants vulnérables par le biais des programmes d'alimentation scolaire est aussi pertinente dans le cadre des soins et du soutien. On a pu constater que les repas servis à l'école améliorent l'assiduité à l'école, la connaissance et la réussite scolaire, particulièrement lorsqu'ils sont associés à des mesures nutritionnelles comme le traitement vermifuge et la

supplémentation micronutritionnelle<sup>xlviii</sup>, <sup>xlix</sup>. Dans d'autres cas, les ménages comptant des orphelins et des enfants vulnérables ont reçu des transferts pour les aider à couvrir les frais supplémentaires nécessaires au soin des enfants vulnérables.

### **Soutien des moyens de subsistance**

66. Parmi les interventions destinées à soutenir les moyens de subsistance, on trouve les interventions favorisant les activités rémunératrices et la microfinance (qui représente un prêt et non un transfert), qui peuvent également limiter l'impact de l'épidémie et renforcer la sécurité alimentaire<sup>5</sup>. Ces types d'interventions donnent souvent aux ménages les moyens d'acheter de la nourriture et de répondre à d'autres besoins tels que la santé et l'éducation. Ces programmes ne sont généralement pas (et ne doivent pas) être destinés exclusivement aux personnes vivant avec le VIH. Il y a en effet un risque de stigmatisation lorsque les personnes vivant avec le VIH sont retenues pour bénéficier d'un traitement privilégié alors que leurs voisins vivant dans le même état de pauvreté et dont la sérologie VIH peut être négative ou est inconnue ne peuvent bénéficier de tels programmes.
67. Les programmes « vivres contre travail » attirent généralement les personnes pauvres les plus vulnérables. Pour que de tels programmes bénéficient aux ménages affectés par le VIH, ils doivent toutefois être adaptés à cette affection ; par exemple, en désignant des travailleurs suppléants au sein du ménage et/ou en élargissant le champ des types de travaux pouvant entrer en ligne de compte dans les travaux publics. L'expérience acquise montre également que ce type d'initiative risque de représenter pour des femmes déjà surchargées de travail un fardeau supplémentaire<sup>l</sup> et il convient donc de tenir compte de ces inquiétudes dans les programmes de travaux publics pour qu'ils soient adaptés aux personnes vivant avec le VIH et aux ménages affectés par le VIH<sup>li</sup>.
68. Les écoles pour la formation des jeunes ruraux (Junior Farmer Field and Life Schools) ou JFFLS représentent un exemple de programme de soutien aux moyens de subsistance innovant et qui possède un potentiel d'expansion considérable. Les JFFLS fournissent aux orphelins et enfants vulnérables des compétences en agriculture et des aptitudes utiles à la vie quotidienne, d'une façon agréable pour les enfants dans des écoles formelles et non formelles. Les JFFLS sont actives à des degrés variables au Kenya, au Mozambique, en Namibie, au Swaziland, en Tanzanie et en Zambie et il est prévu d'étendre cette initiative à d'autres pays.

### **Le rôle des donateurs dans le financement d'interventions intégrant le VIH et la sécurité alimentaire**

69. Même si ces diverses interventions intégrées ont démontré leur intérêt, la trajectoire de l'épidémie n'a pas été inversée : pour deux personnes qui débutent un traitement, cinq autres personnes sont infectées. De la même façon, en décembre 2009, l'OMS a publié de nouvelles directives recommandant un commencement plus précoce du traitement, reflétant ainsi le fait que commencer un traitement plus tôt permet de réduire sur le long terme la morbidité et la mortalité parmi les personnes vivant avec

---

<sup>5</sup> Projet IMAGE en Afrique du Sud : ce projet propose d'utiliser la microfinance dans le cadre de la riposte au VIH et au sida

le VIH<sup>lii</sup>. Cette constatation a des implications financières et opérationnelles compte tenu du fait que l'ensemble du financement de la riposte contre le VIH à l'échelle internationale est susceptible de ne pas connaître une croissance qui soit conforme à ces besoins. On a également pu observer un changement d'orientation évident parmi les principaux donateurs, avec le passage d'un financement de type vertical ou orienté vers une seule maladie vers des sources de financement plus horizontales et axées sur l'atteinte d'objectifs plus larges, comme le renforcement des systèmes sanitaires. Il est donc important de souligner que les interventions intégrant le VIH, la nourriture et la nutrition peuvent permettre de catalyser le succès des objectifs sanitaires tant au niveau vertical que sur une dimension horizontale plus large. Les interventions intégrées contribuent à l'atteinte des objectifs horizontaux car elles recourent un très grand nombre d'autres évolutions sanitaires, notamment une amélioration de la santé des mères et des enfants. Les interventions intégrant le VIH, la nourriture et la nutrition doivent également être envisagées comme des façons d'accroître le retour sur investissement des programmes de traitement, de soutien et de prise en charge des soins existants pour le VIH. Selon qu'une personne vivant avec le VIH suit ou non un traitement, les interventions alimentaires et nutritionnelles peuvent réduire la mortalité et la morbidité, tout en améliorant la qualité de vie des individus, des ménages et des communautés affectées ; et lorsqu'elles sont associées avec un traitement, elles peuvent améliorer la prise, l'adhérence et la réussite globale du traitement.

70. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM) ainsi que le Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida (PEPFAR) représentent de loin les sources de financement des programmes de lutte contre le VIH et le sida les plus importantes dans les pays à faible revenu et à revenu moyen. Toutefois, en raison des besoins sans cesse croissants en matière de prévention, de prise en charge du traitement, d'activités de soutien du VIH et d'une pression accrue sur la disponibilité des fonds des donateurs, il sera sans doute nécessaire que les gouvernements nationaux continuent à accroître leur part du financement à ces stratégies de riposte.
71. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est un acteur de premier plan dans le domaine des programmes alimentaires et de nutrition. Cet organisme ne participe pas directement à la mise en oeuvre des programmes : son rôle est d'attirer, de gérer, d'allouer des ressources et de veiller à ce que celles-ci soient orientées vers les secteurs qui en ont le plus besoin. Même si les tendances récentes semblent indiquer que les aspects de la nourriture et de la nutrition sont désormais fréquemment inclus dans les propositions du Fonds mondial, il est nécessaire de donner des recommandations supplémentaires pour s'assurer d'une prise en compte plus forte de ces critères. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a pris acte de ces recommandations et réexamine actuellement ses recommandations aux pays en matière de contrôle et d'évaluation afin d'inclure des indicateurs relatifs à l'alimentation et à la nutrition.
72. C'est en 2007 que le PEPFAR fit pour la première fois la demande d'informations spécifiques au sujet des programmes alimentaires et nutritionnels. En 2008, le PEPFAR a soutenu la supplémentation alimentaire et nutritionnelle dans les 15 pays prioritaires<sup>liii</sup> pour environ 48 000 femmes enceintes et allaitantes séropositives au VIH ; 814 800 orphelins et autres enfants vulnérables et 73 000 personnes présentant une grave malnutrition recevant une thérapie antirétrovirale<sup>liiv</sup>.

73. D'autre part, l'ONUSIDA s'est rendu compte que la nourriture et la nutrition étaient essentielles dans la riposte au VIH et au sida en les positionnant dans trois des domaines prioritaires visés par son Cadre de résultats en : i) faire en sorte que les personnes qui vivent avec le VIH reçoivent un traitement ; ii) éviter que ces personnes meurent de la tuberculose ; et iii) renforcer la protection sociale en faveur des personnes infectées par le VIH.
74. Le Programme alimentaire mondial (PAM) qui coparraine l'ONUSIDA est responsable du soutien alimentaire et nutritionnel au sein de la Division du travail de l'ONUSIDA. Par l'intermédiaire de ses nouveaux guides de politique 2010 sur le VIH et le sida, les interventions du PAM ont pour but de garantir que les personnes exposées à l'insécurité alimentaire qui suivent une thérapie antirétrovirale dans les pays à faible revenu bénéficient également d'un soutien nutritionnel et que les personnes affectées par le VIH ou la TB n'aient pas recours à des stratégies adaptatives négatives pour faire face à l'augmentation des dépenses et à la réduction du revenu des ménages. En 2009, 3,0 millions de personnes dans 47 pays, notamment des enfants, ont bénéficié des activités soutenues par le PAM qui étaient dirigées vers les personnes vivant avec le VIH et vers les patients suivant des traitements sous observation directe pour la tuberculose. Il s'agissait notamment de programmes de récupération nutritionnelle, de l'instauration de dispositifs de protection sociale ou d'une association de ces mesures, soit via les établissements hospitaliers, soit via les communautés ou les deux.

#### **IV PRINCIPALES DIFFICULTES ET DEBATS D'ORIENTATION RELATIVEMENT A L'INTEGRATION DE LA SECURITE ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE DANS LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA**

75. Cette partie met l'accent sur plusieurs défis programmatiques que devront relever les personnes en charge de la mise en oeuvre des interventions alimentaires et nutritionnelles intégrées dans un contexte spécifique au VIH. Cette partie n'abordera pas les problèmes relatifs aux interventions dans lesquelles l'objectif principal n'est pas spécifique au VIH, bien que ces interventions puissent contribuer à des évolutions associées au VIH. Parmi les exemples de telles interventions, on trouve les initiatives de protection sociale élargie comme les transferts alimentaires, les programmes d'alimentation scolaire et le soutien aux moyens de subsistance qui peuvent, entre autres choses atténuer, l'impact de l'insécurité alimentaire et contribuer à la prévention du VIH.

#### **Complexités du passage du modèle de prise en charge communautaire à domicile au modèle exhaustif de traitement et de soutien nutritionnel**

76. Alors que les preuves concernant l'importance des interventions alimentaires et nutritionnelles en vue d'atteindre l'Accès Universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH sont désormais parfaitement établies, de nombreux programmes partout dans le monde ne connaissent souvent encore qu'un état transitionnel, depuis des programmes de soins à domicile pré-ART vers des programmes plus complets ayant une composante nutritionnelle importante (comme les programmes FBP ou NACS).

77. Les programmes classiques de soins à domicile sont généralement limités à des objectifs associés à la limitation de l'impact du VIH et la nourriture représente souvent une composante centrale de ces programmes. La transition de programmes de prise en charge à domicile vers des programmes de FBP ou NACS est complexe pour deux raisons. Tout d'abord, le développement des programmes afin de répondre à des besoins qui connaissent une croissance rapide, tout en maintenant un niveau de qualité de service, en changeant parfois les types de services fournis, peut représenter un défi considérable. Même si par exemple, des ressources financières sont disponibles pour embaucher du personnel supplémentaire nécessaire pour la mise en place de programmes exhaustifs, il est nécessaire de former ce personnel qui doit aussi acquérir suffisamment d'expérience pour être capable d'assurer des services de qualité. De plus, les premiers programmes s'appliquaient pour la plupart au niveau communautaire, alors que dans le contexte du traitement, il est préférable que les secteurs sanitaire et communautaire fonctionnent conjointement, ce qui ajoute un niveau de complexité.
78. Ensuite, bien que plus de gens aient accès à un traitement en 2010 par rapport à la situation il y a une dizaine d'années, il y a au moins trois fois plus de personnes en attente de traitement. En conséquence, les nouveaux programmes doivent répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH sous ART, tout en même temps en continuant à s'adresser aux besoins des nombreuses personnes qui n'ont pas encore accès au traitement et pour lesquelles il reste nécessaire de mettre l'accent sur la limitation de l'impact de la maladie. Il est donc nécessaire de parvenir dans un avenir prévisible à conserver une approche double où les programmes intégrant sécurité alimentaire et VIH doivent s'adresser aux deux groupes de personnes, ceux ayant accès au traitement et ceux n'ayant pas accès au traitement, tout en continuant à faire porter les efforts sur l'intensification de l'utilisation des ART.

### **Difficultés liées à l'efficacité et à la rentabilité des produits alimentaires spécifiques**

79. Les personnes vivant avec le VIH ont des besoins énergétiques accrus (10 % de plus lorsqu'ils sont asymptomatiques et 20-30 % de plus lorsqu'ils souffrent d'infections opportunistes) et sont susceptibles d'avoir besoin d'aliments ou de méthodes de préparation alimentaire spécifiques en vue de diminuer les effets secondaires du traitement ou d'améliorer les qualités gustatives des aliments dans une situation de diminution de l'appétit. Il est ainsi essentiel que les apports en micronutriments soient au niveau de un RNI (Apports nutritionnels Recommandés), ce qui dans de nombreuses situations nécessite la prise de solutions de supplémentation en micronutriments et/ou la consommation d'aliments ayant une formulation spéciale. Dans les cas où les gens n'ont pas les moyens d'améliorer leur régime alimentaire habituel afin de répondre à l'augmentation et à la modification de leurs besoins nutritionnels, des compléments alimentaires peuvent être requis. Le choix de tels produits est encore assez limité et les besoins alimentaires et en nutriments varient en fonction des différents stades de la maladie, de l'état nutritionnel ainsi que des préférences alimentaires et des pratiques culturelles.
80. En raison du manque de produits conçus spécifiquement pour répondre aux besoins des différents groupes de personnes vivant avec le VIH (enfants, femmes enceintes et allaitantes, adultes, avant traitement et sous traitement antirétroviral), les

principaux responsables de l'application des programmes utilisent actuellement des produits qui ont été initialement conçus pour les jeunes enfants souffrant de malnutrition, comme les aliments composés enrichis (FBF) ou les aliments prêts à l'emploi (RUF).

81. Les recherches indiquent que dans les milieux présentant une insécurité alimentaire élevée, la consommation d'aliments prêts à l'emploi fournis aux personnes malnutries vivant avec le VIH conduit à un accroissement pondéral plus rapide que lorsqu'ils reçoivent des aliments composés enrichis<sup>lv</sup>,<sup>lvi</sup>. Cette amélioration plus rapide de l'état nutritionnel au cours de la phase de traitement initiale peut être particulièrement intéressante parmi les patients gravement à modérément malnutris qui sont exposés à un risque de mort accru. Il est cependant difficile d'établir une véritable différence en termes de mortalité, dans la mesure où cela nécessite généralement des études coûteuses avec de larges échantillons de populations.
82. En termes de rentabilité, il est important de remarquer que le coût des aliments prêts à l'emploi est à peu près trois fois supérieur à celui des aliments composés enrichis, tout en fournissant la même quantité d'énergie totale. En conséquence, bien qu'il soit sans doute plus efficace de donner des aliments prêts à l'emploi aux personnes vivant avec le VIH, il convient d'évaluer si, dans un milieu de ressources limitées et de très faible couverture des interventions intégrant VIH, nourriture et nutrition, le bénéfice limité d'un accroissement pondéral plus rapide justifie vraiment ce coût significativement plus élevé. Il est nécessaire de faire des recherches supplémentaires sur l'éventualité de fournir une association d'aliments prêts à l'emploi et d'aliments composés enrichis pour réduire les coûts, tout en obtenant toujours un impact optimal. Il convient également de fixer une norme de base en matière de récupération nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH, de façon comparable à ce qui avait été fait pour les enfants de moins de cinq ans souffrant de grave malnutrition pour que les programmes disposent d'un protocole standard en matière de soutien nutritionnel.
83. Dans de nombreux pays touchés par le VIH, il est également difficile d'obtenir des engagements en faveur de la mise en oeuvre d'interventions d'envergure efficaces en matière d'alimentation pour les nourrissons et les jeunes enfants. Bien que l'on observe certaines réussites comme en Zambie et au Kenya par exemple, dans la plupart des pays le champ d'application et l'échelle des programmes doivent être considérablement élargis et faire l'objet d'une intensification pour obtenir des résultats. Les programmes pour la gestion de la malnutrition aiguë sévère doivent aussi faire face à des difficultés en termes de poursuite du financement afin d'obtenir une couverture élevée.

### **Stratégies de transition et de sortie et viabilité à long terme**

84. Comme indiqué précédemment, la composante alimentaire de ces programmes doit être limitée dans le temps et des stratégies de sortie doivent être bien établies afin d'être crédibles et d'éviter le syndrome de « la porte tournante » des patients sous ART, qui entrent dans le programme, le quittent avant d'y entrer de nouveau.
85. Des données d'étude menées au Kenya révèlent par exemple qu'entre 15 et 20 % des patients sous ART dont la situation s'est améliorée et qui ont cessé de recevoir une aide alimentaire, connaissent une insécurité alimentaire, présentent un état

nutritionnel amoindri et répondent aux critères d'éligibilité du programme dans de brefs délais, ce qui les rend éligibles une nouvelle fois au soutien alimentaire. Dans ce contexte, il semble parfois que les personnes ont bien répondu au programme, mais qu'une fois redevenus indépendants et sans soutien alimentaire, ils retournent à un environnement d'insécurité alimentaire qui ne leur permet pas de tirer profit de ces bénéfices nutritionnels.

86. Il est important d'insister sur le fait qu'une perte pondérale survient même dans des environnements où les ressources sont élevées parmi les personnes sous ART et en dépit d'une sécurité alimentaire appropriée. Cela semble donc lié à la maladie elle-même et il est peu probable que les relations causales impliquées soient identiques à celles mentionnées dans l'exemple du Kenya ci-dessus. Ces deux domaines nécessitent d'être étudiés davantage afin de mieux comprendre les raisons de récurrence en termes nutritionnels et d'augmenter les chances d'empêcher une telle récurrence.
87. Il convient en outre de créer des passerelles avec les stratégies de soutien des moyens de subsistance, sans renforcer la stigmatisation et la discrimination qui peuvent émerger lorsque les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'actions d'aide alimentaire ciblées dans un contexte global de pauvreté et d'insécurité alimentaire. Dans de tels cas, les programmes spécifiques au VIH doivent être étroitement associés à des programmes de protection sociale de plus vaste portée.

#### **Défis associés aux interventions d'évaluation nutritionnelle, d'éducation et de conseils (NAEC)**

88. La fourniture de programmes NAEC complets constitue un autre défi à relever. Pour que l'on puisse obtenir un ensemble de mesures sanitaires suffisamment exhaustif, comprenant des services d'alimentation et de nutrition destinés aux patients affectés par le VIH et fréquentant les établissements de santé, il est essentiel que ces interventions soient profondément et complètement intégrées au système de santé en place. Toutefois, embaucher, former et garder du personnel supplémentaire pour proposer ces services intégrés est susceptible de poser des difficultés majeures. Par exemple, les mécanismes de la distribution alimentaire sont souvent nouveaux pour le système sanitaire et peuvent représenter un fardeau supplémentaire important pour des membres du personnel déjà surchargés. L'intégration des seules mesures d'évaluation nutritionnelle, de l'éducation et du conseil est déjà susceptible de poser en soi des problèmes d'envergure. Dans de nombreux pays à faible revenu par exemple, les services sanitaires manquent de personnel et sont incapables de gérer l'afflux de patients qu'ils doivent maintenant accueillir en raison de l'épidémie de VIH. De plus, le fait d'ajouter aux programmes thérapeutiques des activités de nutrition qui exigent souvent un temps considérable et qui nécessitent d'interagir personnellement avec le patient et d'assurer fréquemment un suivi, peut s'avérer totalement irréaliste compte tenu que le secteur de la santé dans de nombreux pays à faible revenu est déjà sollicité de façon excessive.

#### **Mettre en relation le secteur sanitaire et les communautés**

89. Il n'y a pas de consensus quant à l'espace où peuvent exister les programmes alimentaires et nutritionnels dans le contexte du VIH. On assiste à un véritable débat avec d'un côté ceux qui pensent que les soins thérapeutiques communautaires/la

gestion de la malnutrition aiguë au niveau de la communauté (qui a d'ailleurs permis de gérer efficacement la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans) devraient être adaptés aux adultes. Ils estiment ainsi qu'intégrer la récupération nutritionnelle des patients à des environnements cliniques pour les programmes de traitement et de prise en charge du VIH serait un pas en arrière. Leurs opposants de l'autre côté sont quant à eux persuadés que les programmes s'appuyant sur les établissements sanitaires et qui intègrent la sécurité alimentaire et nutritionnelle représentent une extension naturelle des services cliniques. La solution est probablement intermédiaire dans la mesure où des programmes véritablement exhaustifs vont devoir mobiliser à la fois le secteur sanitaire et les communautés. Bien que le secteur sanitaire soit le seul capable de garantir que l'état nutritionnel sera toujours pris en compte conjointement au traitement et aux analyses biomédicales, le secteur sanitaire n'est pas préparé pour soutenir les ménages affectés par la maladie ou pour leur fournir une aide en termes de moyens de subsistances.

90. Il est par conséquent important de passer plus de temps à rechercher comment associer au mieux les programmes de traitement basés sur le secteur sanitaire avec une prise en charge communautaire et des activités de soutien afin de garantir aux patients et à leur ménage un ensemble de soins complets, via un système d'orientation approprié entre les établissements sanitaires et les communautés. Si le soutien nutritionnel soumet déjà le secteur sanitaire à des tensions supplémentaires, les activités de soutien aux moyens de subsistance doivent avoir lieu en dehors de ce secteur. C'est dans ce cadre que les liens avec les programmes communautaires deviennent extrêmement importants. Beaucoup de ces programmes, qui mettaient l'accent sur l'atténuation de l'impact de la maladie et non sur le traitement et qui avaient été mis en place au cours des années précédentes, restent en vigueur. Il est absolument indispensable que ces programmes soient reconvertis de façon à être en lien avec les interventions initiées par le secteur sanitaire et de façon à les compléter. Le secteur sanitaire comme les communautés ont leurs points forts et leurs faiblesses et toute solution exhaustive visant à répondre aux besoins des personnes infectées comme des personnes affectées va nécessiter une étroite collaboration entre les deux partenaires.

### **Comprendre et surmonter les obstacles en termes de demande dans le cadre de la recherche de solutions de santé à l'intention des personnes vivant avec le VIH**

91. Pour mieux comprendre la prise initiale, l'observance et la réussite du traitement, il est également important de mieux comprendre l'aspect « demande » des soins, c'est à dire ce qui fait que les patients commencent le traitement et le suivent. Il faut donc savoir comment lever au mieux les obstacles à la prise initiale et à l'observance du traitement.
92. Une étude menée sur les coûts de l'obtention gratuite d'un traitement antirétroviral en Afrique du sud a révélé que les patients devaient toujours s'acquitter des frais de transport ainsi que des coûts d'opportunité liés au temps requis pour les consultations en clinique<sup>lvii</sup>. Par ailleurs, de nombreuses cliniques facturent des frais de consultation et/ou s'attendent à ce que les patients payent pour les médicaments supplémentaires requis dans le cadre de leur traitement. On a découvert que les patients dépensaient environ 12 \$ US au total par consultation, soit une somme d'argent importante pour des personnes qui vivent souvent avec moins de 1 \$US par

jour<sup>lviii</sup>. En outre, les frais de consultation et les coûts de transports entrent en concurrence avec les besoins alimentaires, forçant souvent les gens à faire des choix difficiles et les empêchant ainsi d'accéder parfois à la thérapie antirétrovirale.<sup>lix</sup> Plus récemment, la crise économique mondiale et l'augmentation du prix des aliments qui a suivi a également eu des répercussions sur l'insécurité alimentaire des personnes vivant avec le VIH. De plus, une étude effectuée par l'International Treatment Preparedness Coalition (ITPC)<sup>lx</sup> a révélé que le manque d'accès à une nutrition adéquate ajouté à la charge financière personnelle s'exerçant sur ceux qui suivaient un traitement, fait que pour nombre de patients il est difficile d'obtenir et de maintenir l'accès aux soins nécessaires<sup>lxi</sup>. Au Kenya, où environ la moitié de la population vit avec moins de 1 \$ US par jour, près de 40 % des personnes vivant avec le VIH et qui reçoivent un traitement ne prennent plus de traitement antirétroviral après deux ans. Cette situation est largement due au coût, car ces personnes doivent choisir entre payer des tickets de bus onéreux pour aller et pour revenir de la clinique, et acheter de la nourriture. L'intensification du développement des programmes de protection sociale souvent naissants est considérée comme absolument nécessaire pour faire face à ces problèmes<sup>lxii</sup>, <sup>lxiii</sup> mais comme ces programmes ne sont pas uniquement axés sur les moyens de supprimer les obstacles à l'obtention d'un traitement antirétroviral, il peut s'avérer difficile d'évaluer leur efficacité à cet égard.

93. Bien qu'il existe certaines études s'attachant à des contextes spécifiques et pouvant aider à identifier certains des obstacles existants du côté de la « demande », il convient de disposer de plus d'études afin de comprendre ces problèmes à une échelle plus large et d'élaborer des interventions à même d'y répondre. Il faut remarquer que les obstacles à une prise initiale de traitement et à son observance sont également élevés dans les pays à haut revenu et de nombreux enseignements peuvent probablement être tirés de ces programmes dans des milieux industrialisés qui disposent d'une large gamme d'instruments permettant de surmonter de tels obstacles.

### **Problèmes de stigmatisation, de discrimination et d'équité**

94. Malgré les progrès considérables réalisés, les phénomènes de stigmatisation et de discrimination à tous les niveaux peuvent constituer d'énormes obstacles pour les personnes vivant avec le VIH<sup>lxiv</sup>. Dans de nombreux contextes, l'Accès Universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH reste limité. Les raisons à ces problèmes s'expliquent non seulement du côté de l'offre, avec notamment le manque de ressources financières ou humaines, mais également du côté de la demande. Dans de nombreux cas, les gens répugnent à effectuer un test de VIH, en raison de la stigmatisation associée à un résultat positif, ce qui explique pourquoi dans les environnements où la stigmatisation et la discrimination sont élevées les gens ont tendance à se présenter dans les cliniques bien trop tard, ce qui entraîne des niveaux élevés de malnutrition, de morbidité et de mortalité. Même lorsque le statut sérologique est inconnu, la stigmatisation et la discrimination continuent à être des obstacles à la prise du traitement et à son observance, empêchant ainsi dans bien des cas la réussite du traitement.
95. D'autre part, dans de nombreux cas, les dispositifs de protection sociale de courte durée mis en oeuvre, comme les systèmes de bons d'alimentation ou de transferts d'espèces, ne proposent toujours pas de stratégie de sortie adéquate ; les questions

de dépendance restent donc sans réponse. Associer les interventions de soutien des moyens de subsistance aux programmes de traitement peut être une des façons de faire face à certaines de ces difficultés programmatiques.

96. Enfin, même si c'est paradoxal, les programmes de lutte contre le VIH peuvent amplifier les problèmes de stigmatisation et de discrimination à moins d'être soigneusement élaborés. Des problèmes d'équité subjectifs ou réels peuvent émerger lorsque les programmes réservent un traitement particulier aux personnes vivant avec le VIH et à leur ménage en matière de services d'assistance et de soutien aux moyens de subsistance, alors que ces mêmes services ne sont pas forcément disponibles pour les personnes séronégatives ou dont la sérologie HIV est inconnue. Ce problème est particulièrement aigu dans les situations de pauvreté et d'insécurité alimentaire généralisées.

### **Orphelins et enfants vulnérables (OEV)**

97. Il y a eu plusieurs changements d'orientation décisifs en matière de programmes destinés aux orphelins et enfants vulnérables qui ont des implications pour la programmation alimentaire et nutritionnelle dans le contexte du VIH. Il est désormais communément admis que le fait d'être orphelin ne constitue pas un déterminant systématiquement utile pour expliquer la vulnérabilité dans le contexte du VIH et du sida et qu'il est nécessaire de prendre en compte d'autres mesures de vulnérabilité, notamment le niveau de ressources. L'analyse montre que dans 23 études analysées sur 35, les orphelins étaient plus susceptibles de souffrir de cachexie, mais la différence était statistiquement significative sur seulement 5 études sur 35<sup>lxv</sup>. La situation nutritionnelle des enfants est beaucoup plus susceptible d'être affectée par le montant de ressources et par le niveau d'éducation existant au sein du ménage que par le statut d'orphelin.
98. Une meilleure compréhension de la vulnérabilité des enfants dans le contexte du VIH a conduit à ce que les programmes intègrent la dimension du VIH plutôt que d'être exclusivement axés sur le VIH. Les enfants affectés par le VIH sont indubitablement exposés à des vulnérabilités spécifiques, par exemple la stigmatisation associée au VIH, les obstacles à l'accès aux ART et bien d'autres. Mais nombre des épreuves que doivent affronter les enfants touchés par le VIH, par exemple les difficultés de scolarisation et la pauvreté des ménages sont partagées par d'autres enfants qui ne sont pas affectés par le VIH. En conséquence les interventions en matière de renforcement économique des ménages et de soutien des moyens de subsistance doivent être destinées aux ménages les plus pauvres, une partie d'entre eux étant affectés par le VIH, plutôt qu'aux seuls ménages affectés par le VIH.
99. Il convient de faire la même distinction relativement aux interventions nutritionnelles. Des interventions nutritionnelles ciblées restent nécessaires pour les enfants gravement malnutris et vivant avec le VIH (via l'association du traitement contre le VIH et d'alimentation thérapeutique) et de la même façon les mères séropositives au VIH et leurs enfants auront besoin d'un soutien, avec un allaitement exclusif au sein. Toutefois il faut davantage recourir à des interventions adaptées au VIH plutôt qu'à des interventions exclusivement orientées vers le VIH pour les enfants affectés par le VIH et souffrant d'insécurité alimentaire chronique, dans un contexte où beaucoup d'autres enfants et ménages sont confrontés à la pauvreté et à l'insécurité

alimentaire. Il est établi qu'affecter prioritairement les transferts sociaux, notamment les transferts effectués sous forme de bons d'alimentation et d'espèces, aux seuls orphelins ou aux seuls ménages affectés par le sida est fortement stigmatisant et risque d'exclure de ces mesures des enfants et des familles qui connaissent également de graves difficultés.

100. Bien que les preuves relativement aux transferts sous forme d'espèces ou autres transferts sociaux soient éclatantes, il est communément admis que de tels transferts doivent être complétés par d'autres composantes en matière de protection sociale. Par exemple, les services d'assistance à la famille à l'intention des ménages vulnérables affectés par le VIH sont essentiels au maintien d'une bonne santé et de bons résultats nutritionnels, tels qu'une alimentation exclusive au sein et le lavage des mains. De la même façon, les familles (y compris les ménages dirigés par les personnes âgées) qui prennent soin d'orphelins ont souvent besoin de soins et de soutien, y compris une assistance psychosociale et une aide pour accéder aux allocations sociales.

## **V PROGRAMME ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNEL VISANT LE VIH ET LE SIDA DANS LES SITUATIONS DE CRISE HUMANITAIRE**

101. Les crises humanitaires posent un certain nombre de difficultés particulières en matière de fourniture de programmes d'assistance alimentaire et nutritionnelle intégrés visant les personnes affectées par le VIH et le sida, bien que la situation se recoupe largement avec celle qui existe dans les activités programmatiques et les défis existant dans des contextes non humanitaires.
102. Les populations touchées par les conflits et/ou les catastrophes naturelles sont souvent susceptibles d'être en situation de plus grande vulnérabilité aux infections à VIH, en raison d'un large éventail de facteurs, notamment la perte des moyens de subsistance, les déplacements, l'insécurité alimentaire, l'augmentation des niveaux préexistants de violence sexuelle, la vente de services sexuels et la désorganisation des services sanitaires, notamment les programmes de traitement et de prévention du VIH.
103. La vulnérabilité à la transmission peut également augmenter en raison d'une rupture des liens familiaux et de l'ensemble du tissu social, y compris des normes culturelles qui régulent les relations entre les sexes et les relations sexuelles, augmentant ainsi le risque de rapports sexuels non protégés, souvent forcés. L'afflux de groupes armés, de personnels en uniforme et de travailleurs humanitaires peut contribuer à augmenter encore davantage la demande de commerce du sexe ou de rapports sexuels tarifés. Enfin, la mobilité accrue après des périodes prolongées de conflit, qui se caractérisent souvent par des restrictions des mouvements, conduit généralement à des niveaux d'interaction élevés entre les gens issus de différents milieux de prévalence de VIH, y compris des rapatriés, des forces de maintien de la paix, des travailleurs humanitaires et des conducteurs de camion sur de longue distance, conduisant à un risque accru de transmission du VIH.
104. Les personnes vivant avec le VIH sont souvent vulnérables avant que les situations d'urgence ne surviennent. L'exclusion sociale qui résulte de la stigmatisation et de la discrimination, associée aux restrictions croissantes qui

pèsent sur les ressources du ménage, peuvent facilement entraîner une réduction de la capacité à trouver ou à maintenir des moyens de subsistance. Les personnes vivant avec le VIH sont également parmi les premières à souffrir des situations d'urgence humanitaire. La thérapie antirétrovirale est susceptible d'être interrompue en raison du manque de médicament, en raison des déplacements ou en raison d'une impossibilité d'accéder aux structures médicales appropriées ou de leur fermeture. Un accès réduit à des quantités de nourriture suffisantes peut aussi poser un autre grave problème en matière d'observance du traitement, alors qu'une mauvaise hygiène et l'absence d'eau potable augmentent les risques d'infection opportuniste.

105. En plus de garantir une fourniture régulière de traitement antirétroviral même dans des situations de catastrophes, il convient également de mettre rapidement à la disposition des personnes vivant avec le VIH, des patients atteints de tuberculose ainsi qu'à d'autres groupes vulnérables ; des aliments nutritifs appropriés. Actuellement, les pays ne planifient pas suffisamment les besoins spécifiques de leurs populations. De même, il est nécessaire de répondre aux besoins des migrants non reconnus/irréguliers dans un contexte humanitaire en matière de VIH et de sécurité alimentaire, car ils sont particulièrement vulnérables aux risques d'exploitation et sont susceptibles d'adopter des comportements à risque en raison de leur absence de statut reconnu.
106. Bien que de nombreuses problématiques relatives au principe de fond de fourniture de programmes d'assistance intégrant le soutien alimentaire et nutritionnel des personnes vivant avec le VIH soient identiques dans les situations d'urgence et dans des situations ne relevant pas de l'urgence humanitaire, la fourniture d'une telle assistance dans un contexte humanitaire implique l'existence d'un certain nombre de défis spécifiques.
107. Les crises humanitaires entraînent en général une désorganisation de la sécurité alimentaire pour tous et les programmes d'assistance humanitaire concentrent en conséquence leurs efforts sur l'apport d'un soutien alimentaire à l'ensemble de la population qui est devenue vulnérable et qui se retrouve en situation d'insécurité alimentaire. Comme dans le cas des programmes de soutien aux moyens de subsistance et des mécanismes de protection sociale, la stratégie mise en place dans ce contexte d'insécurité alimentaire généralisée consiste à privilégier des programmes de soutien alimentaire qui sont adaptés au VIH (incluant le VIH) ; au lieu de spécifiquement cibler les personnes vivant avec le sida avec des interventions d'assistance alimentaire et de soutien nutritionnel personnalisées, qui ne sont probablement pas réalisables au cours d'une crise humanitaire majeure.
108. Une telle intégration doit garantir par exemple que les personnes vivant avec le VIH aient un accès total à une assistance humanitaire et qu'ils ne subissent aucune discrimination en raison de leur statut VIH. Par ailleurs, leur droit à la confidentialité doit être respecté. Il est également important de s'assurer que dès que la situation se stabilise, des interventions stratégiques à plus long terme pouvant garantir un soutien alimentaire et nutritionnel ciblé en direction des personnes vivant avec le VIH et leurs familles seront mises en oeuvre et/ou rétablies, dans le cadre d'un ensemble de mesures plus larges et plus complètes pour le traitement et la prise en charge du VIH et les mesures de soutien associées.

109. En 2004, Le Comité permanent inter-organisations (IASC) a publié des directives concernant les interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence afin d'aider toutes les personnes impliquées dans les réponses aux situations d'urgence à planifier la fourniture d'une ensemble minimum d'interventions de prévention, de prise en charge et de soutien dans le cadre de l'infection au VIH pour toutes les personnes touchées par des crises humanitaires. Ces directives ont fait l'objet d'une révision et elles s'appuient sur les toutes dernières données et expériences recueillies auprès des gouvernements, des Nations Unies, des organisations intergouvernementales et non gouvernementales, et des organisations de la Croix-Rouge/Croissant-Rouge. Ces directives de 2010 prennent en compte, entre autres choses, la prise de conscience croissante que la thérapie antirétrovirale et les soins médicaux associés peuvent être fournis dans des contextes à faible revenu (notamment dans des zones de conflit) ; ainsi que les plus récentes indications relatives à la sécurité alimentaire, à la nutrition et au soutien aux moyens de subsistance. Ces directives constituent un outil essentiel permettant de garantir la prise en compte du VIH dans les interventions d'urgence humanitaire.<sup>lxvi</sup>

## VI CONCLUSION

110. Les informations factuelles présentées et analysées tout au long de ce document montrent les multiples liens existant entre le VIH et le sida et l'insécurité alimentaire et nutritionnelle. Le VIH aggrave souvent l'insécurité alimentaire et la malnutrition préexistantes, alors que l'insécurité alimentaire peut accroître la sensibilité et la vulnérabilité au VIH.

111. La solidité de ces interdépendances bidirectionnelles entre insécurité alimentaire et nutritionnelle et VIH et sida dans n'importe quel contexte spécifique va également dépendre de l'influence d'autres facteurs contextuels. Il est par conséquent nécessaire d'avoir une compréhension appropriée du contexte en vue d'élaborer des interventions alimentaires et nutritionnelles appropriées pour riposter avec succès à l'épidémie.

112. La présentation générale des interventions existantes en matière de sécurité alimentaire et nutritionnelle et les difficultés programmatiques montrent qu'il convient de conduire davantage de recherches afin de combler le déficit actuel de connaissances compte tenu de la nature évolutive de la riposte au VIH et au sida.

113. Malgré un nombre très important de données probantes montrant l'importance des interventions alimentaires et nutritionnelles, de nombreux programmes de lutte contre le VIH et le sida ne prennent en compte que très récemment ces composantes. D'autre part, bien que des progrès considérables aient été effectués en termes d'intensification de l'accès au dépistage du VIH, de conseils et de fourniture de thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, une proportion importante de gens n'ont toujours pas accès à ces services.

114. Pour le moment nous savons que dans des contextes de pauvreté étendue, les dispositifs de protection sociale à court terme pour les personnes vivant avec le VIH vont devoir se confronter aux problématiques d'amélioration de la situation des bénéficiaires et de la viabilité à long terme. En conséquence les questions de dépendance sont susceptibles de ne pas être résolues. Par ailleurs, lorsqu'un traitement n'est pas encore disponible, les activités de prise en charge à domicile et

d'atténuation de l'impact de la maladie devront se poursuivre, alors que dans les autres contextes, l'infrastructure de soins qui est en place peut être développée afin de fournir une structure plus large d'activités de soutien venant compléter les programmes de traitement.

115. La décision de l'OMS consistant à préconiser un démarrage précoce du traitement vient alourdir encore davantage la charge financière, faisant ainsi passer le nombre estimé de personnes ayant besoin d'un traitement immédiat de 10 à 15 millions et augmentant de façon certaine l'ensemble des besoins thérapeutiques futurs. Cela implique l'existence d'un mécanisme de pression en faveur d'une augmentation du financement pour la riposte au sida, qui va mettre également les personnes en charge de la mise en oeuvre dans une situation délicate dans la mesure où elles vont devoir simultanément modifier et accroître l'ampleur des programmes, tout en maintenant ou en améliorant la qualité des services.
116. En raison des contraintes actuelles de financement dans un contexte de besoins toujours croissants, les donateurs risquent également d'être amenés à considérer devoir faire des compromis en matière d'investissements. Toutefois, l'approche suivie risque de ne pas être appropriée si l'on considère qu'il faut établir des priorités entre reporter toute l'attention sur une seule maladie et renforcer les systèmes de soins dans leur ensemble, entre les pays à revenu faible et les pays à revenu intermédiaire, entre des contextes de charge faible et de charge importante de la maladie et entre la prévention et le traitement.
117. Les stratégies doivent au contraire mettre l'accent sur les interdépendances existantes. La nourriture et la nutrition devront par exemple être considérées comme des catalyseurs de l'Accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui en matière de VIH, se traduisant par un impact significatif sur la prise initiale, l'observance et l'efficacité des ART. Ainsi, fournir un soutien alimentaire et nutritionnel représente un investissement relativement modéré qui permet de potentialiser l'efficacité des sommes dépensées en matière de traitement, de prise en charge et de soutien.

## **Abréviations et acronymes**

**ART** Thérapie antirétrovirale ou traitement antirétroviral  
**FAO** Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture  
**FBF** Aliments composés enrichis  
**FBP** Programmes d'aliments sur ordonnance  
**GFATM** Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme  
**IMC** Indice de masse corporelle  
**NACS** Evaluation nutritionnelle, conseils et soutien  
**NAEC** Evaluation nutritionnelle, éducation et conseils  
**OMS** Organisation mondiale de la Santé  
**OEV** Orphelins et enfants vulnérables  
**OMD** Objectifs du Millénaire pour le Développement  
**ONU** Organisation des Nations Unies  
**ONUSIDA** Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA  
**PAM** Programme Alimentaire Mondial  
**PEPFAR** Plan présidentiel d'aide d'urgence à la lutte contre le sida  
**PTME** Prévention de la transmission mère enfant  
**RUF** Aliments prêts à l'emploi  
**RUSF** Compléments alimentaires prêts à l'emploi  
**RUTF** Aliments thérapeutiques prêts à l'emploi  
**SIDA** Syndrome d'immunodéficience acquise  
**TB** Tuberculose  
**UNICEF** Fond des Nations Unies pour l'enfance  
**VIH** Virus de l'immunodéficience humaine

## **ANNEXE I : DEFINITION DES TERMES CLES**

### **Sécurité alimentaire**

Situation assurée lorsque toutes les personnes ont en permanence accès économiquement, socialement et physiquement à une alimentation suffisante, sûre et nutritive qui répond à leurs besoins énergétiques nutritionnels et à leurs préférences alimentaires pour leur permettre de mener une vie saine et active. La sécurité alimentaire du ménage signifie que toutes les personnes qui le composent sont en situation de sécurité alimentaire.

On parle d'insécurité alimentaire lorsque les personnes n'ont pas accès physiquement et économiquement à une quantité suffisante d'aliments sûrs et nutritifs pour mener une vie saine et active. L'insécurité alimentaire du ménage signifie qu'une ou plusieurs des personnes qui le composent sont en situation d'insécurité alimentaire. Elle peut être due à l'indisponibilité de la nourriture et au manque de pouvoir d'achat pour acquérir et/ou produire une quantité suffisante d'aliments sains et nutritifs.

Au niveau d'un ménage, l'inadéquation du mode d'acquisition et de distribution des aliments et/ou de leur utilisation peut entraîner une situation d'insécurité alimentaire pour un ou plusieurs de ses membres. Les personnes ou les ménages qui par période n'ont pas accès physiquement et économiquement à une quantité suffisante d'aliments sûrs et nutritifs sont quand même considérés comme en situation d'insécurité alimentaire. L'insécurité alimentaire peut donc être chronique (permanente ou quasi permanente), saisonnière ou temporaire lorsqu'un événement sortant de l'ordinaire entrave momentanément l'accès à l'alimentation avant un retour à la normale (voir Vulnérabilité à l'insécurité alimentaire). Lorsque des personnes ou des ménages sont en situation d'insécurité alimentaire, ils sont privés de leur droit à une alimentation adéquate, même si cette situation est temporaire. Ils ne jouissent pleinement de ce droit que lorsqu'ils sont en situation de sécurité alimentaire.

### **Sécurité nutritionnelle**

On parle de sécurité nutritionnelle lorsqu'une personne est en permanence dans un état nutritionnel optimal pour mener une vie saine et active. Cet état dépend de l'âge, du style de vie souhaité et de l'état physiologique et recouvre à la fois les aspects quantitatifs (besoins énergétiques alimentaires) et qualitatifs (besoins en protéines, minéraux et vitamines). Les personnes qui ne sont jamais dans un état nutritionnel optimal ou qui ne le sont que par période, sont en situation d'insécurité nutritionnelle. Tout comme l'insécurité alimentaire, l'insécurité nutritionnelle peut être chronique (permanente ou quasi permanente), saisonnière ou temporaire. Les personnes peuvent être en situation d'insécurité nutritionnelle à cause de leur insécurité alimentaire ou pour des raisons sans lien avec l'alimentation telles qu'un état de santé défaillant et de mauvaises conditions sanitaires qui provoquent certaines maladies affectant l'assimilation des aliments par l'organisme. En ce qui concerne la sécurité nutritionnelle des jeunes enfants, deux facteurs sont particulièrement importants : le mode de garde et les pratiques d'alimentation qui affectent négativement l'état nutritionnel des enfants. La sécurité nutritionnelle est assurée lorsqu'une personne jouit pleinement de son droit à une alimentation adéquate et de son droit à la santé.

### **Vulnérabilité à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle**

La vulnérabilité désigne l'existence de facteurs qui exposent les personnes au risque d'insécurité alimentaire ou de sous-alimentation, notamment les facteurs qui affectent la capacité des personnes à faire face ou résister à l'impact négatif des facteurs de risque sur leur capacité à accéder à une alimentation adéquate et/ou sur leur état nutritionnel. La vulnérabilité conjugue par conséquent l'exposition à un ou plusieurs facteurs de risque et la capacité de résistance aux effets de ce ou ces risques. Les personnes ou les ménages qui sont exposés à certains risques mais sont en mesure de les affronter et de conserver ou de retrouver rapidement leur capacité d'accès à une alimentation adéquate ne sont pas considérés comme vulnérables.

En revanche, les personnes ou les ménages qui ne sont pas ou quasiment pas en mesure de sauvegarder leur capacité d'accès à l'alimentation, même lorsqu'ils sont confrontés à un facteur de risque minimal, sont considérés comme vulnérables voire hautement vulnérables. Il y a plusieurs degrés de vulnérabilité, celle-ci variant en fonction de la combinaison du : (i) niveau d'exposition aux risques (et du type de risque) et de (ii) la capacité à compenser les effets de ces risques sur l'adéquation de l'accès à l'alimentation ou sur l'état nutritionnel de la personne.

Les personnes ou les ménages en situation d'insécurité alimentaire sont également vulnérables car la moindre exposition à un risque ne fait qu'aggraver leur situation. Les facteurs de risque auxquels peuvent être exposés les groupes vulnérables sont extrêmement variés. Il s'agit notamment des changements climatiques et environnementaux (sécheresse, inondation, atteinte à l'environnement et déforestation par exemple), des changements démographiques et économiques (notamment croissance rapide de la population, hausse en flèche des prix à la consommation ou effondrement des prix à la production), de la santé et des maladies (pandémie de VIH/sida, paludisme, maladies parasitaires, etc.) ou encore de facteurs tels que les guerres et les conflits armés et les lois, politiques et réglementations qui affectent négativement les personnes démunies.

### **Soutien nutritionnel**

Les interventions de ce type comprennent toujours une évaluation de la nutrition, une formation et des conseils personnalisés. Dans certains cas, elles incluent également la prescription de compléments nutritionnels ciblés (par exemple un apport de micronutriments) et sont couplées à des interventions dans le domaine de l'alimentation et à des programmes plus larges portant sur les moyens de subsistance. Compte tenu des profondes conséquences du VIH sur l'état nutritionnel, le soutien nutritionnel doit être intégré en standard aux protocoles de traitement du VIH dans les pays à revenu faible et élevé, même si les composantes spécifiques de ces protocoles peuvent varier. Le soutien nutritionnel peut ou non inclure la fourniture d'aliments. Il est essentiel d'aider les personnes vivant avec le VIH et les patients atteints de tuberculose à réduire les conséquences nutritionnelles de la maladie avant et pendant le traitement et dans le cas du VIH à atténuer les effets secondaires à long terme de la thérapie antirétrovirale pour favoriser l'observance du traitement.

### **Soutien alimentaire**

Le soutien alimentaire est une des composantes du soutien nutritionnel qui consiste à fournir des aliments ou des compléments alimentaires. Il peut être assuré selon différentes modalités : par exemple dans des centres de réhabilitation couplés à des centres de traitement ou via les organisations communautaires. Les personnes vivant

avec le VIH et les patients atteints de tuberculose qui souffrent de malnutrition devraient bénéficier d'un soutien alimentaire dès les premières phases de leur traitement antirétroviral, connues pour être une période de très grande vulnérabilité. Les familles affectées par le VIH peuvent également bénéficier d'un soutien alimentaire sous forme de transfert de revenus. Le soutien alimentaire est en général fourni uniquement sur une période limitée, jusqu'à ce que les personnes ne soient plus en état de malnutrition et puissent subvenir elles même à leurs besoins alimentaires. L'objectif principal est de contribuer à la réussite du traitement plutôt que de remédier à la pauvreté qui est souvent très étendue et affecte aussi bien les personnes séropositives que séronégatives. Idéalement le soutien alimentaire doit être lié au soutien aux moyens de subsistance et aux filets de sécurité plus larges de façon à permettre aux ménages surmontant le choc de l'infection au VIH ou à la tuberculose de subvenir à leurs besoins de manière durable.

### **Malnutrition**

Etat physiologique qui peut être causé par une carence systématique en substances énergétiques, protéines et/ou vitamines et minéraux, ou à l'inverse par un excès systématique de ces nutriments, par rapport aux besoins de la personne. Le terme malnutrition désigne par conséquent toutes les formes de sous ou suralimentation et/ou de carence systématique en protéines, vitamines et minéraux.

### **Sous-alimentation**

La sous-alimentation correspond à un niveau d'apport alimentaire systématiquement insuffisant pour répondre aux besoins énergétiques alimentaires d'une personne. De la même façon, la suralimentation correspond à un apport énergétique quotidien qui dépasse systématiquement les besoins en énergie. Les enfants et les adultes dont le poids corporel dépasse de façon significative et sur une période prolongée leur poids normal sont par conséquent considérés comme suralimentés. Les besoins énergétiques alimentaires d'un individu sont déterminés par les besoins énergétiques des fonctions corporelles normales et par les besoins énergétiques destinés à maintenir une bonne santé et une activité normale. Les besoins énergétiques alimentaires varient avec l'âge, le sexe et le style de vie. Ils varient également entre les individus du même âge et du même sexe, dans la mesure où les styles de vie et les niveaux d'activité varient. Par ailleurs, si les styles de vie et les niveaux d'activité se modifient dans le temps pour la même personne, c'est le cas également de ses besoins énergétiques, y compris pendant des courtes périodes de temps, comme le travail agricole saisonnier.

Les données relatives à l'apport alimentaire au sein des ménages ne sont souvent pas disponibles au niveau national. Pour estimer l'apport énergétique quotidien dans un pays, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) utilise les données issues des bilans alimentaires pour mesurer l'énergie quotidienne disponible pour la consommation humaine, ou les besoins journaliers en énergie, qui sont ainsi une mesure indirecte de l'apport énergétique quotidien. La prévalence de la sous-alimentation, ou de la carence alimentaire, est alors évaluée pour les pays en appliquant les formules mathématiques pour estimer les distributions à la population des besoins énergétiques alimentaires et des besoins journaliers en énergie. Les besoins journaliers en énergie par habitant et la prévalence de la sous-nutrition sont utilisés pour évaluer dans le temps la position du pays en matière de sécurité alimentaire.

### **Disponibilité alimentaire**

La disponibilité alimentaire est la présence physique de nourriture dans la région

concernée, que cette nourriture soit produite sur place, qu'elle soit importée ou qu'elle provienne de l'aide alimentaire. La disponibilité alimentaire est considérée comme une question d'ordre macroéconomique et peut être additionnée aux niveaux régional, national, du quartier ou au niveau de la communauté.

### **Accès à la nourriture**

L'accès la nourriture fait référence à la capacité des personnes au sein d'un ménage à obtenir de la nourriture d'une qualité adéquate et en quantité suffisante. L'accès à la nourriture est rendu possible par n'importe quelle combinaison d'activités, notamment la production alimentaire domestique, les achats, les échanges, les dons, les emprunts et enfin l'aide alimentaire. Il est possible que la nourriture soit disponible mais non accessible à certains ménages, s'ils ne parviennent pas à acquérir une quantité ou une variété suffisante de nourriture par le biais de divers mécanismes.

### **Utilisation de la nourriture**

L'utilisation de la nourriture fait référence à l'utilisation faite par les ménages de la nourriture à laquelle les personnes ont accès ainsi qu'à la capacité des individus à absorber ou à manger cette nourriture et à la capacité de l'organisme à absorber et à métaboliser les nutriments, la capacité de transformation de l'organisme. Ainsi, la nutrition est une composante essentielle de la sécurité alimentaire. L'utilisation de la nourriture comprend les façons de stocker, de transformer et de préparer les aliments, les pratiques alimentaires (tout particulièrement pour les individus ayant des besoins nutritionnels spécifiques tels que les bébés, les jeunes enfants, les personnes âgées, les malades et les femmes enceintes et allaitantes), le partage de la nourriture au sein du foyer, le fait de savoir dans quelle mesure cette utilisation de la nourriture correspond aux besoins nutritionnels des individus ainsi que l'état de santé de chaque membre du ménage. La nourriture peut être *disponible* et *accessible* mais certains membres du ménage sont susceptibles de ne pas en bénéficier complètement s'ils ne reçoivent pas une part appropriée de nourriture en termes de quantité et de variété, ou si leur organisme n'est pas en mesure d'absorber la nourriture en raison d'une mauvaise préparation de celle-ci ou de la maladie. L'utilisation de la nourriture est axée sur les besoins des individus au sein du ménage. Il s'agit d'un sujet particulièrement important dans le cas du VIH et de la tuberculose dans la mesure où la maladie, en particulier lorsqu'elle n'est pas traitée, compromet la capacité de l'organisme à utiliser les nutriments de façon appropriée.

### **Moyens de subsistance**

Les moyens de subsistance se composent des capacités, des biens (y compris les ressources à la fois matérielles et sociales) et des activités requis pour se donner un moyen de gagner sa vie qui soit propice à la survie et au bien être futur<sup>lxvii</sup>.

### **Dispositif de protection sociale**

Un dispositif de protection sociale constitue un ensemble prévisible de mécanismes institutionnalisés (alimentation, bons d'alimentation ou activités de transferts sous forme d'espèces) qui aident les ménages vulnérables à faire face aux chocs et à répondre à leurs besoins de consommation minimum. Dans l'idéal, un dispositif de protection sociale s'appuyant sur la nourriture devra faire partie intégrante d'une stratégie de protection sociale nationale.

### **Insuffisance pondérale**

Celle-ci est mesurée en comparant l'indice du poids par rapport à la taille d'un enfant avec une population de référence d'enfants bien nourris et en bonne santé. On estime que la mort de 3,7 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans est associée à un état d'insuffisance pondérale concernant les enfants eux-mêmes ou leurs mères.

### **Cachexie**

La cachexie fait référence à un processus récent et grave qui a conduit à une importante perte pondérale, généralement associée à l'inanition et/ou à la maladie. La cachexie est calculée en comparant l'indice de poids par rapport à la taille d'un enfant avec une population de référence constituée d'enfants bien nourris et en bonne santé. Ce terme est souvent utilisé pour évaluer la gravité des urgences car il est fortement associé à la mortalité.

### **Indice de masse corporelle (IMC)**

Poids (en kilogrammes) divisé par la taille (en mètres) au carré ( $\text{kg/m}^2$ ). La plage normale d'indice de masse corporelle se situe entre 20 et 25. Une valeur de 30 ou supérieure à 30 révèle des risques sanitaires liés à l'obésité. Des valeurs inférieures à 18,5 indiquent une malnutrition aiguë modérée, des valeurs inférieures à 16 sont considérées comme graves et exigent une attention médicale immédiate et nécessitent souvent un traitement dans le cadre d'établissements. En plus de l'IMC, la mesure du périmètre brachial est souvent utilisée pour les femmes enceintes et les femmes allaitantes ainsi que chez les jeunes enfants.

### **Micronutriments en poudre**

Les micronutriments en poudre se présentent sous la forme d'une poudre contenant de nombreux minéraux et vitamines essentiels. Ils sont utilisés pour enrichir les aliments après leur préparation et juste avant leur consommation, afin de garantir un apport adéquat de micronutriments qui sont essentiels aux fonctions corporelles, telles que la croissance, l'immunité, la productivité et la prévention de la mortalité parmi des sous-groupes de population différents. Les micronutriments en poudre ont été conçus pour fournir des micronutriments aux jeunes enfants qui ne sont pas capables d'avaler des capsules de micronutriments et qui mangent tellement peu d'aliments de base que les aliments enrichis ne leur permettent pas d'atteindre les Apports nutritionnels Recommandés (RNI) pour la plupart des micronutriments.

### **Contenu fondamental du Droit à disposer d'une nourriture adéquate**

Le droit de disposer d'une nourriture adéquate se compose des éléments fondamentaux suivants :

- Accès économique et physique à la nourriture
- Disponibilité alimentaire
- Qualité alimentaire

L'accès économique implique que les frais alimentaires dépensés par le personnel ou par le ménage pour bénéficier d'un régime alimentaire approprié doivent se situer à un niveau qui n'empêche pas la satisfaction d'autres besoins de base. L'accès économique s'applique à toute méthode d'acquisition ou droit grâce auquel les gens se procurent leur nourriture. Cet accès économique constitue une mesure du niveau de satisfaction relativement au fait de jouir du droit de bénéficier d'un accès à une nourriture

appropriée. L'accès physique à la nourriture implique que la nourriture appropriée doit être accessible à tous. Les victimes de catastrophes naturelles, les personnes vivant dans des régions exposées à des désastres et les autres groupes désavantagés sont susceptibles de nécessiter une attention particulière et de se voir parfois accorder la priorité respectivement à l'accès à une nourriture appropriée. L'accès économique et physique doivent être stables, ce qui implique que l'accès à la nourriture ne doit pas fluctuer dans le temps, un fois qu'elle a atteint des niveaux appropriés (se référer à la Sécurité alimentaire).

La disponibilité ou l'approvisionnement alimentaire doit être approprié afin de répondre aux besoins alimentaires (à des niveaux optimum) et les systèmes alimentaires doivent être viables aussi bien d'un point de vue environnemental qu'économique. Les systèmes alimentaires qui permettent l'accès des consommateurs à la nourriture sont constitués de la production alimentaire (y compris la production alimentaire pour une consommation réservée au ménage), la transformation, la distribution et le marketing. Tous ces processus doivent être efficaces, présenter une viabilité économique et environnementale à long terme et ne doivent pas entraîner de dégâts économiques. Sinon la sécurité alimentaire à long terme risque d'être compromise (se référer à la Vulnérabilité à l'Insécurité alimentaire). Pour que l'apport alimentaire soit considéré comme « approprié », il doit remplir les trois conditions de base suivantes :

- Le régime alimentaire doit satisfaire à toutes les exigences nutritionnelles, à la fois quantitativement (contenu énergétique) et qualitativement (contenu en protéine, vitamines et minéraux).
- Sa consommation doit être sûre pour les êtres humains et ne doit entraîner aucune maladie.
- La nourriture doit être acceptable d'un point de vue culturel pour les personnes qui la consomment.

### **Non discrimination**

Toute discrimination dans l'accès à la nourriture ainsi qu'en matière d'accès aux moyens ou aux droits d'acquies de la nourriture, sur la base de l'origine ethnique, de la couleur, du sexe, de la langue, de l'âge, de la religion, de l'opinion politique ou autre type d'opinion, de l'origine sociale ou nationale, de la propriété, de la naissance ou de tout autre statut avec pour objectif ou comme effet d'annuler ou de compromettre la pleine et égale jouissance ou l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels, constitue une violation du Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

Les politiques, programmes et institutions doivent faire l'objet d'un examen minutieux afin de détecter tout résultat ou effet discriminatoire susceptible de survenir lorsqu'ils profitent à certains groupes aux dépens d'autres groupes. Les stratégies visant à éliminer la discrimination en matière d'accès à la nourriture doivent inclure : les garanties d'un accès plein et égal aux ressources économiques, en particulier pour les femmes, y compris le droit à l'héritage et à la propriété foncière et autres propriétés, le crédit, les ressources naturelles et les technologies appropriées ; les mesures visant à respecter et à protéger l'emploi indépendant et le travail fournissant une rémunération garantissant aux salariés et à leurs familles des moyens décents de gagner leur vie ; la garantie de l'enregistrement des droits fonciers.

### **Prise en compte de la sexospécificité**

Dans de nombreux pays, les femmes et les jeunes filles sont plus souvent victimes de violations de leurs droits. Bien qu'en règle générale les hommes et les femmes soient égaux devant la loi, les femmes font généralement l'objet de mesures discriminatoires lors de l'accès à la nourriture, à la terre, au crédit et aux autres moyens de production. Appliquer une approche attentive à la sexospécificité signifie aller au delà de la simple égalité dans le système juridique, en tenant compte dès le début, et de façon systématique, des différences en termes de conditions de vie et d'intérêts chez les hommes et les femmes, lors de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un projet ou d'un programme de politique sociale. Cela implique également la promotion de mesures compensatoires afin d'atteindre de facto l'égalité conformément à l'Article 4 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

## **ANNEXE II : AUTRES RESSOURCES** (complétant les notes de fin de ce document)

### **Sélection de documents d'orientation sur les politiques et les programmes**

- HIV, Nutrition, and Food: a Practical Guide for Technical Staff and Clinicians, Family Health International, décembre 2007
- Notes d'orientation de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) : Sécurité alimentaire. N°2, Rome, Italie : FAO 2006
- L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde : Crises économiques, répercussions et enseignements. Rome, Italie : FAO, 2009
- Le droit à l'alimentation dans le contexte du VIH/sida, FAO 2009
- Publications de la FAO sur le Droit à l'alimentation disponibles à partir du site [http://www.fao.org/righttofood/publi\\_en.htm](http://www.fao.org/righttofood/publi_en.htm)
- Nutrition, Food Security and HIV: A Compendium of Promising Practices, FANTA (Food and Nutritional Technical Assistance), octobre 2008
- Food Assistance Programming in the context of HIV – Manuel rédigé conjointement par FANTA et le Programme Alimentaire Mondial (PAM)
- Projet FANTA et Programme Alimentaire Mondial (PAM). Food Assistance Programming in the Context of HIV. Washington DC, E.U. : Projet FANTA, Académie pour le Développement de l'Éducation (AED), 2007
- Directives sur les interventions relatives au VIH dans les situations humanitaires, Comité permanent inter-organisations sur le VIH (IASC), 2010
- Politique du PAM en matière de lutte contre le VIH et le sida, octobre 2010
- Food Assistance Programming in the Context of HIV : Ration Design Guide, PAM, 2008
- Getting Started: Programming Food Assistance for Orphans and Vulnerable Children, PAM, 2008
- Getting Started: WFP Food Assistance in the Context of Tuberculosis Care and Treatment, PAM, 2007
- Getting Started: Running a Junior Farmer Field and Life School, PAM, FAO, 2007
- Getting Started: WFP Support to HIV/AIDS Training for Transport and Contract Workers, PAM, 2006
- Getting started: HIV/AIDS education in school feeding programmes, PAM, 2005
- Ten Minutes to Learn about Nutrition Programming, A joint Initiative of the United Nations World Food Programme and DSM, 2008
- Fortifying Food in the Field to Boost Nutrition: case studies from Afghanistan, Angola and Zambia (PAM- Études thématiques N°16)
- La protection sociale à l'ère du VIH/sida : Examen du rôle des interventions appuyées par une aide alimentaire (PAM-Études thématiques N°17)
- Widening the 'Window of Hope': Using Food Aid to Improve Access to Education for Orphans and Other Vulnerable Children in Sub-Saharan Africa (PAM-Études thématiques N°15)
- Guide de terminologie du Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), juin 2010
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Nutrient Requirements for People Living with HIV/AIDS. Report of a Technical Consultation. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003
- OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et l'ONUSIDA. Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Genève : OMS, UNICEF, ONUSIDA, 2009

- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Rapid Advice: Antiretroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents. Geneva, WHO, 2009

### **Sélection de recherches complémentaires dans le domaine de la sécurité alimentaire et nutritionnelle et le VIH/sida**

- Aranka A, Vogenthaler n, Frongillo EA, Kadiyala s, Weiser S. Food insecurity and HIV/AIDS: Current knowledge, gaps, and research priorities. Current HIV/AIDS Reports 2009;6:224-231.
- Cantrell, R., Sinkala M, Megazinni K, Lawson-Marriott S, Washington S, Chi BH, Tambatamba-Chapula B, Levy J, Stringer E, Mulenga L, Stringer J. A Pilot Study of Food Supplementation to Improve Adherence to ART among Food-Insecure Adults in Lusaka, Zambia. J Acquir Immune Def Syndr 2008;49:S190-195.
- Gillespie S, Kadiyala S, Greener R. Is Poverty or Wealth Driving HIV Transmission? AIDS 2007;21:S5-S16.
- Gillespie S, Kadiyala S. HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action. Food Policy Review 7. International Food Policy Research Institute (IFPRI): Washington DC, 2005.
- Klotz C, de Pee S, Thorne-Lyman A, Kraemer K, Bloem M. Household Descent into Stress and Distress. Nutrition in a perfect storm: why micronutrient malnutrition will be a widespread health consequence of high food prices. Sight and Life 2008;2:5–13.
- Miller CM, Bangsberg DR, Tuller DM, Senkungu J, Kawuma A, Frongillo EA, Weiser SD. A Qualitative Analysis of the Impact of Food Insecurity on High-Risk Sexual Practices in Uganda. AIDS Behav 2010. Publié en ligne sur le site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20405316>
- Oyefara JL. Poverty, Food Insecurity, and the HIV/AIDS Pandemic: Evidence of Relationship from Reproductive Behaviour of Commercial Sex Workers in Lagos Metropolis, Nigeria. Étude présentée lors de la Conférence internationale sur le VIH/sida et la sécurité alimentaire et nutritionnelle. Durban, Afrique du Sud, 14-16 avril 2005.
- Weiser S, Fernandes K, Brandson E, Lima V, Anema A, Bangsberg D, Montaner J, Hogg R. The Association between Food Insecurity and Mortality among HIV-Infected Individuals on HAART. J Acquir Immune Def Syndr 2009;52:S342–349.

### **Sites Internet d'une sélection d'organisations travaillant sur les questions liées à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle et le VIH/sida**

- Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)  
<http://unaidstoday.org/>
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)  
<http://www.fao.org/>
- Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR)  
<http://www.unhcr.org>
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)  
<http://www.unicef.org/>
- Programme Alimentaire Mondial (PAM)  
<http://www.wfp.org/>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS)

- <http://www.who.int/en/>
- La Banque mondiale  
<http://www.worldbank.org/>
- Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme  
<http://www.theglobalfund.org/en/>
- Le Programme d'urgence du Président des Etats Unis pour lutter contre le sida (PEPFAR)  
<http://www.pepfar.gov/>
- Projet Assistance technique alimentaire et nutritionnelle (FANTA)  
<http://www.fantaproject.org/>
- Family Health International  
<http://fhi.org/en/index.htm>
- Alliance mondiale pour une meilleure nutrition (GAIN)  
<http://www.gainhealth.org/>
- Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires (IFPRI)  
<http://www.ifpri.org/>
- Réseau régional sur le VIH/sida, les moyens de subsistance en milieu rural et la sécurité alimentaire (RENEWAL)  
<http://programs.ifpri.org/renewal/>

## NOTES DE FIN

- <sup>i</sup> ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008. Genève : ONUSIDA.
- <sup>ii</sup> Ivers L, Cullen K, Freedberg K, Block S, Coates J, Webb P. HIV/AIDS, Undernutrition, and Food Insecurity. *Clinical Infectious Diseases* 2009;49:1096–102.
- <sup>iii</sup> ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008. Genève : ONUSIDA..
- <sup>iv</sup> Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de 2001 : [http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aidsdeclaration_en.pdf)
- <sup>v</sup> Déclaration politique sur le VIH/sida de 2006 : [http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615\\_hlm\\_politicaldeclaration\\_ares60262\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_hlm_politicaldeclaration_ares60262_en.pdf)
- <sup>vi</sup> Le droit à l'alimentation dans le contexte du VIH/sida. FAO 2009 :: [http://www.fao.org/righttofood/publi09/hiv\\_aid.pdf](http://www.fao.org/righttofood/publi09/hiv_aid.pdf)
- <sup>vii</sup> <http://www.un.org/millenniumgoals/>
- <sup>viii</sup> <http://www.un.org/millenniumgoals/>
- <sup>ix</sup> Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Effets du VIH/sida sur les modes de subsistance et la sécurité alimentaire en milieu rural. Rome, Italie : Programme de lutte contre le VIH/sida, 2002.
- <sup>x</sup> Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé ; OMS, ONUSIDA, UNICEF. Disponible sur le site [http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/summary\\_en.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/summary_en.pdf)
- <sup>xi</sup> Bloem M, Saadeh R. Foreword: The role of nutrition and food insecurity in HIV and tuberculosis infections and the implications for interventions in resource-limited settings. *Food Nutr Bull* 2010;31:S289-291.
- <sup>xii</sup> Nous pouvons améliorer la protection sociale des personnes affectées par le VIH, ONUSIDA 2010.
- <sup>xiii</sup> de Pee S, Semba RD. Role of nutrition in HIV infection: Review of evidence for more effective programming in resource-limited settings. *Food and Nutrition Bulletin* 2010;31:S313-344.
- <sup>xiv</sup> Black R. *et al.* Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. (Maternal and Child Undernutrition Series 1). *The Lancet* 2008.
- <sup>xv</sup> de Pee S, Semba RD. Role of nutrition in HIV infection: Review of evidence for more effective programming in resource-limited settings. *Food and Nutrition Bulletin* 2010;31:S313-344.
- <sup>xvi</sup> Semba RD, Graham NM, Caiaffa WT, Margolick JB, Clement L, Vlahov D. Increased mortality associated with vitamin A deficiency during human immunodeficiency virus type 1 infection. *Arch Intern Med* 1993;153:2149-54.
- <sup>xvii</sup> Baum MK, Shor-Posner G, Lu Y, Rosner B, Sauberlich HE, Fletcher MA, Szapocznik J, Eisdorfer C, Buring JE, Hennekens CH. Micronutrients and HIV-1 disease progression. *AIDS* 1995;9:1051-6.
- <sup>xviii</sup> de Pee S, Semba RD. Role of nutrition in HIV infection: Review of evidence for more effective programming in resource-limited settings. *Food and Nutrition Bulletin* 2010;31:S313-344.
- <sup>xix</sup> La transmission du VIH par l'allaitement au sein : Bilan des connaissances actuelles – Mise à jour de 2007. OMS/ UNICEF/ONUSIDA/UNFPA (2008). Disponible en anglais uniquement sur le site [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9789241596596/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241596596/en/index.html)
- <sup>xx</sup> Thiers, B. H. 2006. Mortality of HIV-1-infected patients in the first year of anti-retroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries. *The Lancet* 367: 817–824.
- <sup>xxi</sup> Paton NI, Sangeetha S, Earnest A, Bellamy R. The impact of malnutrition on survival and the CD4 count response in HIV-infected patients starting antiretroviral therapy. Department of Infectious Diseases, Tan Tock Seng Hospital, Singapore. *HIV Med.*2006 Jul;7(5):323-30.
- <sup>xxii</sup> Zachariah R, et al. 2006. Risk factors for high early mortality in patients on antiretroviral treatment in a rural district of Malawi. *AIDS.* 20(18):2355-60.
- <sup>xxiii</sup> ART Scale-up in Ethiopia: Success and Challenges. Ethiopia HIV/AIDS Prevention and Control Office (HAPCO) Plan, Monitoring and Evaluation Directorate. January 2009.
- <sup>xxiv</sup> Farmer P, Robin S, Ramilius SL, Kim JY. Tuberculosis, poverty, and "compliance": lessons from rural Haiti. *Semin Respir Infect* 1991;6:254-60.

- 
- <sup>xxv</sup> Weiser SD, Tuller DM, Frongillo EA, Senkungu J, Mukibi N, et al. Food Insecurity as a Barrier to Sustained Antiretroviral Therapy Adherence in Uganda. *PLoS ONE* 2010;5(4): e10340. doi:10.1371/journal.pone.0010340.
- <sup>xxvi</sup> Weiser SD, Leiter K, Bangsberg DR, Butler LM, Percy-de Korte F, Hlanze Z, Phaladze N, Iacopino V, Heisler M. Food Insufficiency is Associated with High Risk Sexual Behaviour among Women in Botswana and Swaziland. *PLoS Med* 2007;4:1576-1577.
- <sup>xxvii</sup> Miller CM, Bangsberg DR, Tuller DM, Senkungu J, Kawuma A, Frongillo EA, Weiser SD. A Qualitative Analysis of the Impact of Food Insecurity on High-Risk Sexual Practices in Uganda. *AIDS Behav* 2010. Published online, available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20405316>
- <sup>xxviii</sup> Oldewage-Theron W, Dicks E, Napier C. Poverty, Household Food Insecurity and Nutrition: Coping Strategies in an Informal Settlement in the Vaal Triangle, South Africa. *Public Health* 2006;120:795–804.
- <sup>xxix</sup> Vandemoortele J, Delamonica E. The Education Vaccine against HIV. *Current Issues in Comparative Education* 2000; Volume 3, Number 1.
- <sup>xxx</sup> De Walque D, Nakiyingi-Miiró JS, Busingye J, Whitworth JA. Changing Association between Schooling Levels and HIV-1 Infection over 11 years in Rural Population Cohort in South-West Uganda. *TM and IH* 2005;10:993-1001.
- <sup>xxxi</sup> De Walque D. How Does the Impact of an HIV/AIDS Information Campaign Vary with Educational Attainment? Evidence from Rural Uganda. Washington DC: The World Bank Development Research Group, 2002.
- <sup>xxxii</sup> Weiser SD, Leiter K, Bangsberg DR, Butler LM, Percy-de Korte F, Hlanze Z, Phaladze N, Iacopino V, Heisler M. Food Insufficiency is Associated with High Risk Sexual Behaviour among Women in Botswana and Swaziland. *PLoS Med* 2007;4:1576-1577.
- <sup>xxxiii</sup> Bryceson D, Fonseca J. An Enduring or Dying Peasantry: Interactive Impact of Famine and HIV/AIDS in Rural Malawi. AIDS, Poverty and Hunger: Challenges and Responses. International Food Policy Research Institute (IFPRI): Washington DC, 2006.
- <sup>xxxiv</sup> Miller CM, Bangsberg DR, Tuller DM, Senkungu J, Kawuma A, Frongillo EA, Weiser SD. A Qualitative Analysis of the Impact of Food Insecurity on High-Risk Sexual Practices in Uganda. *AIDS Behav* 2010.
- <sup>xxxv</sup> Donovan C, and Massingue J. "Illness, Death and Macronutrients: Adequacy of Rural Mozambican Household Production of Macronutrients in the Face of HIV/AIDS". *FNB* 2007;28:331–338.
- <sup>xxxvi</sup> Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Impact de la crise financière et économique mondiale sur la riposte au sida. ONUSIDA, décembre 2009. Disponible en anglais uniquement sur : [http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2009/20091030\\_impact\\_economic\\_crisis\\_on\\_hiv\\_final\\_en](http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2009/20091030_impact_economic_crisis_on_hiv_final_en)
- <sup>xxxvii</sup> Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). HIV-Related Stigma and Discrimination in Asia: A Review of Human Development Consequences. UNDP Regional HIV and Development Programme for Asia-Pacific, and UNDP Regional Centre in Colombo, 2007.
- <sup>xxxviii</sup> Frega R, Duffy F, Rawat R, Grede N. Food Insecurity in the Context of HIV and AIDS: A Framework for a New Era of Programming. *Food Nutr Bull* 2010;31:S291-312.
- <sup>xxxix</sup> National AIDS/STI Control Programme, 2009. Ministère de la santé du Kenya
- <sup>xl</sup> OMS/UNICEF/ONUSIDA Vers l'accès universel 2010
- <sup>xli</sup> Vandemoortele J, Delamonica E. The Education Vaccine against HIV. *Current Issues in Comparative Education* 2000; Volume 3, Number 1.
- <sup>xlii</sup> De Walque D. How Does the Impact of an HIV/AIDS Information Campaign Vary with Educational Attainment? Evidence from Rural Uganda. Washington DC: The World Bank Development Research Group, 2002.
- <sup>xliii</sup> Aranka A, Vogenthaler n, Frongillo EA, Kadiyala s, Weiser S. Food insecurity and HIV/AIDS: Current knowledge, gaps, and research priorities. *Current HIV/AIDS Reports* 2009;6:224-231).
- <sup>xliv</sup> Temin, M. HIV Sensitive Social Protection: what does the evidence say? July 2010
- <sup>xlv</sup> Jana S, Basu I, Rotheram-Borus MJ, Newman PA. The Sonagachi Project: a sustainable community intervention program. *AIDS Educ Prev.* 2004 Oct;16(5):405-14.

- 
- <sup>xlvi</sup> de Pee S, Semba RD. Role of nutrition in HIV infection: Review of evidence for more effective programming in resource-limited settings. *Food and Nutrition Bulletin* 2010;31:S313-344
- <sup>xlvii</sup> Adelman S et al. The impact of alternative food for education programs on child nutrition in northern Uganda. Washington DC, International Food Policy Research Institute and World Bank, 2008.
- <sup>xlviii</sup> Bundy D et al. Rethinking school feeding: social safety nets, child development, and the education sector. Washington DC, World Food Programme and World Bank Directions in Development, 2009.
- <sup>xliv</sup> Kristjansson BPM et al. School feeding for improving the physical and psychosocial health of disadvantaged students. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007.
- <sup>i</sup> Slater R. HIV/AIDS, social protection and chronic poverty. In: Barrientos A, Hulme D, eds. *Social protection for the poor and poorest*. Melbourne, Palgrave Macmillan, 2008.
- <sup>ii</sup> Temin, M. HIV Sensitive Social Protection: what does the evidence say? July 2010
- <sup>iii</sup> WHO. 2009. *Rapid Advance: Anti-Retroviral Therapy for HIV Infection in Adults and Adolescents*. Geneva.
- <sup>iiii</sup> 15 pays cibles du PEPFAR : Botswana, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Guyana, Haïti, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigeria, Rwanda, Afrique du Sud, Tanzanie, Ouganda, Vietnam, Zambie
- <sup>iv</sup> Celebrating Life: Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA. 2009 Annual Report to Congress
- <sup>lv</sup> Matilsky DK, Maleta K, Castleman T, Manary MJ. Supplementary feeding with fortified spreads results in higher recovery rates than with a corn/soy blend in moderately wasted children. *J Nutr* 2009;139:773-8.
- <sup>lvi</sup> Van Oosterhout JJ, Ndekha M, Moore E, Kumwenda JJ, Zijlstra EE, Manary M. The benefit of supplementary feeding for wasted Malawian adults initiating ART. *AIDS Care*. 2010 Jun;22(6):737-42.
- <sup>lvii</sup> Rosen S. Cost to Patients of Obtaining Treatment for HIV/AIDS in South Africa. *SA Med Jour* 2007;97:524-529.
- <sup>lviii</sup> Rosen S. Cost to Patients of Obtaining Treatment for HIV/AIDS in South Africa. *SA Med Jour* 2007;97:524-529.
- <sup>lix</sup> Tuller D, Bangsberg D, Senkungu J, Ware N, Emenyonu N, Weiser S. Transportation Costs Impede Sustained Adherence and Access to HAART in a Clinic Population in South-western Uganda: A Qualitative Study. *AIDS Behav*. 2010;14:778-784.
- <sup>lxi</sup> International Treatment Preparedness Coalition. *Missing the Target, Failing Women, Failing Children: HIV, Vertical Transmission and Women's Health*. May 2009.
- <sup>lxii</sup> International Treatment Preparedness Coalition. *Missing the Target, Failing Women, Failing Children: HIV, Vertical Transmission and Women's Health*. May 2009.
- <sup>lxiii</sup> International Treatment Preparedness Coalition. *Missing the Target 8. Rationing Funds, Risking Lives: World backtracks on HIV treatment*, April 2010, available at: [http://www.itpcglobal.org/images/stories/doc/ITPC\\_MTT8\\_FINAL.pdf](http://www.itpcglobal.org/images/stories/doc/ITPC_MTT8_FINAL.pdf)
- <sup>lxiv</sup> GNP+, ICW and Young Positives, Engender Health, IPPF, ONUSIDA, UNFPA, OMS. *Creating a supportive and enabling environment for the sexual and reproductive health of people living with HIV: legal and policy considerations with areas for action (draft)*. Geneva, 2007.
- <sup>lxv</sup> Akwara PA, Noubary B, Lim Ah Ken P, et al. Who is the vulnerable child? Using survey data to identify children at risk in the era of HIV and AIDS. *AIDS Care* 2010 Sep; 22(9):1066-1085.
- <sup>lxvi</sup> Comité permanent inter-organisations sur le VIH (IASC). *Directives sur les interventions relatives au VIH dans les situations humanitaires*. Genève, mars 2010. <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=9>
- <sup>lxvii</sup> « Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors des catastrophes », le Projet Sphère, Genève, 2004.