

POLITIQUE GÉNÉRALE

VIH, SÉCURITÉ ALIMENTAIRE et NUTRITION

Version longue

Contexte

Souvent négligées, la sécurité alimentaire¹ et la nutrition² sont essentielles pour les individus, les ménages et les communautés affectés par le VIH. L'absence de sécurité alimentaire et un mauvais état nutritionnel peuvent accélérer la progression vers des maladies liées au VIH,^{3 4 5} saper l'observance thérapeutique et la réaction à la thérapie antirétrovirale et exacerber les impacts socio-économiques du virus. L'infection à VIH elle-même affaiblit la sécurité alimentaire et la nutrition en réduisant la capacité de travail et la productivité et en compromettant les moyens d'existence des ménages.

Il est vital de s'intéresser à la sécurité alimentaire et à la nutrition dans tous les milieux si l'on veut atteindre l'objectif de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien en matière de VIH d'ici à 2010, objectif à la réalisation duquel tous les Etats Membres des Nations Unies se sont engagés.⁶ Le présent document de politique générale porte sur la relation entre sécurité alimentaire, nutrition et VIH,⁷ et met en évidence les actions que les gouvernements, la société civile et les

partenaires internationaux peuvent entreprendre pour promouvoir la sécurité alimentaire et la nutrition dans le contexte de l'épidémie de sida.

Pourquoi la sécurité alimentaire et la nutrition comptent-elles dans la riposte au VIH ?

Le VIH affaiblit l'état nutritionnel en compromettant le système immunitaire ainsi que la consommation, l'absorption et la mise en valeur des nutriments.⁸ La malnutrition peut aggraver les effets du VIH et accélérer l'évolution des maladies liées au VIH chez les personnes vivant avec le virus. Les adultes vivant avec le VIH ont des besoins énergétiques 10% à 30% plus élevés que ceux d'un adulte en bonne santé non infecté par le VIH et les enfants vivant avec le VIH ont des besoins 50% à 100% plus élevés que les besoins normaux.^{9 10} La disponibilité de la nourriture et une bonne nutrition sont donc cruciales pour garder plus longtemps en bonne santé les personnes vivant avec le VIH.¹¹ Un corps plus fort, en meilleure santé, peut mieux résister

¹ La sécurité alimentaire implique : (a) la disponibilité d'aliments nutritifs ; (b) un accès fiable à ces aliments (par le biais de la production de nourriture, par la capacité d'acheter de la nourriture, ou grâce au soutien apporté par les programmes de protection sociale ou par d'autres personnes) ; et (c) une utilisation appropriée de cette nourriture par les ménages.

² Une bonne nutrition implique également de bonnes pratiques en termes de soins. Par exemple, une mère peut avoir un accès fiable aux composants d'un régime alimentaire sain, mais peut ne pas être capable d'utiliser cette nourriture de manière rationnelle sur le plan alimentaire, en raison d'une mauvaise santé ou de soins inadéquats, de l'ignorance ou de préférences personnelles ou sexospécifiques.

³ Gillespie S, Kadiyala S (2005). *HIV/AIDS and food and nutrition security: from evidence to action*. Washington, DC, International Food Policy Research Institute (Food Policy Review No.7). Pour les liens entre sécurité alimentaire et VIH, en particulier chez les femmes enceintes et les filles, et croissance et malnutrition, voir le résumé proposé par Edström J, Samuels F (2007). *HIV, nutrition, food and livelihoods in sub-Saharan Africa : evidence, debates and reflections for guidance*. Institute for Development Studies and Overseas Development Institute. Juin. pp.8-9. Pour plus de détails sur le lien entre malnutrition et vulnérabilité aux maladies infectieuses, voir Scrimshaw N, SanGiovanni JP (1997). Synergies of nutrition, infection and immunity : an overview. *American Journal of Clinical Nutrition*, 66 :464 S – 477 S.

⁴ Des données convaincantes montrent un lien prédictif entre la perte de poids, de masse non grasse, de masse cellulaire corporelle, de masse grasse, et les conséquences cliniques négatives y compris le décès, parmi les personnes vivant avec le VIH. Voir : Paton NI et al. (2006). The impact of malnutrition on survival and the CD4 count response in HIV-infected patients starting antiretroviral therapy. *HIV Medicine*, 7(5), 323-330 ; Gillespie & Kadiyala (2005), op. cit. 3 ; pour un aperçu global, voir WHO Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa. Durban, South Africa, 10-13 April 2005 (<http://www.who.int/nutrition/topics/Executive%20Summary%20WHO.pdf>).

⁵ Pour les revues de la littérature les plus récentes, voir : Edström & Samuels (2007), op. cit. 3 ; Gillespie & Kadiyala (2005), op. cit. 3 ; Friis H (2006). Micronutrient intervention and HIV infection : a review of current evidence. *Tropical Medicine & International Health*, 11(12) :1-9 ; Raiten DJ, Grinspoon S, Arpadi S (2005). *Nutritional considerations in the use of ART in resource-limited settings*. WHO Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa. Durban, South Africa, 10-13 April 2005.

⁶ Résolution 60/262 de l'Assemblée générale des Nations Unies (2006). *Déclaration politique sur le VIH/sida 2006*. 15 juin 2006. Article 20 (http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_hlm_politicaldeclaration_ares60262_fr.pdf).

⁷ Ce document de politique générale porte tout particulièrement sur les aspects qualitatifs et quantitatifs de la nourriture et de la nutrition pour les personnes vivant avec le VIH.

⁸ Piwoz E, Preble E (2000). *HIVAIDS and nutrition: a review of the literature and recommendations for nutritional care and support in sub-Saharan Africa*. United States Agency for International Development ; Semba RD, Tang AM (1999). Micronutrients and the pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *The British Journal of Nutrition*, 81(3) :181-189 ; Fawzi W (2003). Micronutrients and immunodeficiency virus type 1 disease progression among adults and children. *Clinical Infectious Diseases*, 37 :S112-S116. Pour plus d'information sur la perte de poids, l'émaciation et le VIH, voir : Suttman U et al. (1995). Incidence and prognostic value of malnutrition and wasting in human immunodeficiency virus-infected outpatients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 8(3) :239-246 ; Tang AM (2003). Weight loss, wasting and survival in HIV-positive patients : current strategies. *The AIDS Reader*, 13 (Suppl. 12) :S23-S27 ; Tang AM et al. (2002). Weight loss and survival of HIV-positive patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31 :230-236 ; Wheeler DA et al. (1998). Weight loss as a predictor of survival and disease progression in HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 18(1) :80-85.

⁹ Les besoins énergétiques varient selon l'état symptomatique ou asymptomatique. Voir OMS (2003). *Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS*. p.4 ; Seume-Fosso E et al. (2004). *Food and nutrition technical assistance. HIV/AIDS : a guide for nutritional care and support*. Washington DC, Food and Nutrition Technical Assistance Project. Octobre 2004 ; Banque mondiale (2007). *HIV/AIDS, nutrition and food security : what we can do. A synthesis of international guidance*. Washington DC, Banque mondiale (<http://sitesources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/281846-1100008431337/HIVAIDSNutritionFoodSecurityLowres.pdf>), p.10.

¹⁰ Les besoins énergétiques sont plus élevés en raison de facteurs tels que la présence de fièvre et d'infection, les pertes de poids en raison de diarrhées ou de vomissements, les complications respiratoires, et le besoin de récupérer en croissance et gain de poids (<http://www.pronutrition.org/archive/200303/msg00222.php>).

¹¹ Friis (2006), p.7, op. cit. 5.

aux infections opportunistes¹² qui affectent les personnes vivant avec le VIH, particulièrement dans des environnements pauvres en ressources, où les services de santé préventive ne sont pas toujours disponibles.

Prévention de la transmission du VIH

Sur le plan individuel, le VIH et la malnutrition s'allient pour affaiblir le système immunitaire, accroître la sensibilité aux coinfections et accélérer l'évolution des maladies liées au VIH.¹³ Un mauvais état nutritionnel peut aussi augmenter le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.¹⁴ Le manque de sécurité alimentaire limite les choix des personnes en matière de travail et d'éducation et d'alimentation et de prise en charge des enfants, et peut entraîner une augmentation de la mobilité à la recherche d'un travail. Des possibilités limitées de gagner sa vie et cette mobilité forcée peuvent à leur tour mener à des comportements à risque élevé tels que l'échange de rapports sexuels pour de la nourriture ou de l'argent.^{15 16}

Il existe une association positive entre l'éducation et la réduction du risque lié au VIH. Les enfants mieux instruits sont plus à même de retenir les informations de prévention et d'adopter des comportements plus sûrs.¹⁷

L'accomplissement d'études secondaires, en particulier parmi les jeunes femmes, peut abaisser le risque d'infection à VIH.¹⁸ Cependant, les ménages victimes d'insécurité alimentaire doivent souvent retirer leurs enfants de l'école afin qu'ils travaillent pour compléter le revenu de la famille, perdu à la suite de la maladie et/ou du décès de leurs parents.^{19 20}

Traitement

La sécurité alimentaire et la nutrition sont essentielles au traitement du VIH. Des données récentes indiquent que les malades qui entament une thérapie antirétrovirale sans nutrition adéquate ont des taux de survie plus faibles.²⁷ Une consommation et une absorption alimentaires suffisantes sont essentielles pour tirer le meilleur parti possible de la thérapie antirétrovirale.²⁸ La thérapie antirétrovirale elle-même peut accroître l'appétit et il est possible de réduire certains effets secondaires et de favoriser le respect des traitements lorsque certains médicaments sont absorbés avec les repas.²⁹ Etant donné que l'observance est nécessaire pour retarder l'apparition de la résistance aux médicaments de première intention, un soutien nutritionnel devient essentiel au maintien du traitement antirétroviral.

¹² Maladies provoquées par divers organismes, survenant chez les personnes au système immunitaire affaibli, y compris les personnes vivant avec le VIH/sida. Les IO (infections opportunistes) courantes chez les personnes atteintes de sida sont notamment la pneumonie à *Pneumocystis carinii*; la cryptosporidiose; l'histoplasmosis; la toxoplasmose; d'autres infections parasitaires et virales, des mycoses; et certains types de cancers (<http://aidsinfo.nih.gov/Glossary/GlossaryDefaultCenterPage.aspx?MenuItem=AIDSinfoTools>). La tuberculose est l'infection opportuniste associée au VIH la plus mortelle. La tuberculose, le VIH et le sida menacent l'état nutritionnel, ce qui peut mener à la malnutrition, qui à son tour aggrave le VIH et la tuberculose. Voir PAM (2006). *HIV/AIDS, TB and malnutrition : triple trouble*. Juin 2006.

¹³ Macallan DC et al. (1995). Energy expenditure and wasting in human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 333(2) :83-88. Babamento G, Kotler DP (1997). Malnutrition in HIV infection. *Gastroenterology Clinics of North America*, 26(2) :393-415; Macallan DC et al. (1993). Prospective analysis of patterns of weight change in stage IV human immunodeficiency virus infection. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 58(3) :417-424; Semba & Tang (1999). op. cit. 8.

¹⁴ Gillespie & Kadiyala (2005), op. cit. 3; Piwoz E (2004). *Nutrition and HIV/AIDS : evidence, gaps and priority actions*. United States Agency for International Development; Friis (2006), op. cit. 5; Piwoz & Preble (2000), op. cit. 8.

¹⁵ Sur la relation entre insécurité alimentaire et comportement à haut risque, voir Weiser SD et al. (2007). Food insufficiency is associated with high-risk sexual behavior among women in Botswana and Swaziland. *PLoS Medicine*, 4(10):1589-1598. Pour plus d'information sur les femmes qui pratiquent le commerce du sexe, voir : Bryceson D, Fonseca J (2006). An enduring or dying peasantry ? In : Gillespie S, ed. *AIDS, poverty and hunger*; Dunkle KL et al. (2004). Transactional sex among women in Soweto, South Africa : prevalence, risk factors and association with HIV infection. *Social Science & Medicine*, 59(8) :1581-1592; Greig FE, Koopman C (2003). Multilevel analysis of women's empowerment and HIV prevention : quantitative survey. Results from a preliminary study in Botswana. *AIDS and Behavior*, 7(2) :195-208.

¹⁶ Pour en savoir plus sur la mobilité et la migration, voir : PAM (2006). *HIV/AIDS and transporters : putting the brakes on transmission*. Juin 2006; Singh S (2003). Food crisis and AIDS : the Indian perspective. *Lancet*, 362(9399) :1938-1939; Sopheab H et al. (2006). HIV-related risk behaviors in Cambodia and effects of mobility. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 41(1):81-86; Lagarde E et al. (2003). Mobility and the spread of human immunodeficiency virus into rural areas of West Africa. *International Journal of Epidemiology*, 32(5):744-752; Lurie MN et al. (2003). The impact of migration on HIV-1 transmission in South Africa: a study of migrant and nonmigrant men and their partners. *Sexually Transmitted Diseases*, 30(2):149-156; Zuma K et al. (2003). Risk factors for HIV infection among women in Carletonville, South Africa: migration, demography and sexually transmitted diseases. *International Journal of STD & AIDS*, 14(12):814-817.

¹⁷ PAM (2006). *HIV/AIDS school feeding : children at risk*. Juin 2006.

¹⁸ Les études sur l'éducation et le risque de VIH comprennent notamment : Glynn JR et al. (2004). Does increased general schooling protect against HIV infection? A study in four African cities. *Tropical Medicine International Health*, 9:4-14; de Walque D et al. (2005). Changing association between schooling levels and HIV-1 infection over 11 years in a rural population cohort in south-west Uganda. *Tropical Medicine & International Health*, 10 :993-1001; Etude de la Banque mondiale (2004) citée dans PAM (2006), op. cit. 17.

¹⁹ Dans certains cas, cette insécurité alimentaire est une conséquence de l'infection à VIH.

²⁰ Pour un aperçu actualisé, voir Greenblatt K, Greenaway K (2006). *OVC, HIV, food security and nutrition : a look at where we stand*. Pour le PAM et l'UNICEF. Novembre 2006.

²¹ FAO, Comité de la sécurité alimentaire mondiale (2001). *Effets du VIH/sida sur la sécurité alimentaire* (<http://www.fao.org/docrep/meeting/003/y0310F.htm>).

²² Pour en savoir plus sur la question des femmes et des droits de propriété, voir Strickland RS (2004). *To have and to hold: women's property and inheritance rights in the context of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. Juin 2004. Centre international de recherche sur les femmes (http://www.icrw.org/docs/2004_paper_haveandhold.pdf).

²³ Coon K et al. (2007). *Transcending boundaries to improve the food security of HIV-affected households in rural Uganda: a case study*. Juillet 2007. New Horizons publication (<http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/UgandaFoodSecurity.pdf>); Organisation panaméricaine de la Santé (2000). Fact Sheet on Gender and Food Security; FAO Committee on World Food Security (2001), op. cit. 21.

²⁴ PAM (2006). *HIV/AIDS & care and treatment : food in the response to AIDS*. Juin 2006.

²⁵ Gillespie & Kadiyala (2005), op. cit. 3.

²⁶ OMS Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa. Durban, South Africa, 10-13 April 2005. Participants' statement.

²⁷ Paton NI et al. (2006), op. cit. 4 : cette étude réalisée à Singapour conclut que les patients qui commencent une thérapie antirétrovirale sans une nutrition adéquate ont une probabilité six fois plus élevée de mourir. D'autres argumentent qu'il n'existe pas encore suffisamment de données pour en tirer des résultats concluants - voir : Friis (2006), op. cit. 5; Drain P et al. (2007). Micronutrients in HIV-positive persons receiving highly active antiretroviral therapy. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 85 :333-345.

²⁸ Op. cit. 26; Seume-Fosso et al. (2004), op. cit. 9; Castleman T, Seumo-Fosso E, Cogill B (2004). *Food and nutrition implications of antiretroviral therapy in resource-limited settings*. Washington DC, Food and Nutrition Technical Assistance Project. Academy for Educational Development. Mai 2004.

²⁹ Seume-Fosso et al. (2004), op. cit. 9; Banque mondiale (2007), op. cit. 9.

Femmes, sécurité nutritionnelle et VIH

Les femmes sont biologiquement, socialement et économiquement plus vulnérables au VIH que les hommes.²¹ Les personnes qui n'ont pas accès à suffisamment de nourriture, de revenu ou de terre, et en particulier les femmes et les filles, ont une plus grande probabilité d'être poussées dans des situations qui les exposent au risque d'infection par le VIH. Ces situations à haut risque peuvent inclure la migration et la mobilité forcée pour trouver du travail (les communautés migrantes ou mobiles ont aussi souvent un (plus) mauvais accès aux services de santé), les rapports sexuels transactionnels ou rémunérés ou l'obligation de rester dans des relations sexuelles abusives ou à haut risque pour des raisons de dépendance économique ou sociale.²²

Les femmes participent généralement à la production, l'achat et la préparation de la nourriture. Lorsqu'une femme est séropositive au VIH, la sécurité alimentaire du ménage est affectée car ces 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 laisse alors moins de temps pour la production et la préparation de la nourriture.²³

Environ 90% des enfants séropositifs au VIH sont infectés par leur mère lors de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement.²⁴ Un mauvais état nutritionnel peut accroître le risque de transmission verticale du VIH en influençant les facteurs maternels et infantiles liés à la transmission.²⁵ Les mères séropositives au VIH doivent aussi pouvoir accéder à une information appropriée et à des substituts du lait maternel, afin de minimiser le risque de transmission par l'allaitement.²⁶

Prise en charge, soutien et atténuation de l'impact

La malnutrition augmente la fatigue et diminue l'activité physique chez les personnes vivant avec le VIH³⁰ et elle érode les moyens de subsistance des ménages en réduisant la capacité à travailler et à gagner un salaire permettant d'acheter de la nourriture. Dans une économie agraire, cela signifie aussi une baisse de la production agricole en raison de la diminution de la productivité, de la maladie et du décès des travailleurs agricoles et une perte possible de la transmission des connaissances en agriculture d'une génération à l'autre. L'infection à VIH a pour conséquence des changements dans les actifs des ménages, confrontés à d'importants coûts de traitement et de soins.

Les soins à domicile apportés par la famille et d'autres volontaires sont courants pour les personnes vivant avec le VIH.³¹ Améliorer la sécurité alimentaire en augmentant la production ou en apportant une aide alimentaire peut aider des familles entières à maintenir la sécurité alimentaire nécessaire et contribuer à soigner les personnes malades. Permettre aux personnes séropositives au VIH de rester productives assure également qu'elles puissent contribuer à la fois au revenu du ménage et à la communauté au sens large.³² Dans les ménages ruraux affectés par le VIH dans les régions où l'agriculture est une des sources

principales d'emploi, il sera important, pour l'atténuation de l'impact, de garantir le transfert des connaissances entre les générations ainsi que des mesures susceptibles de soutenir ou d'améliorer la productivité agricole.

Dans les situations de crise humanitaire, la vulnérabilité au VIH et le risque d'infection par le VIH peuvent augmenter lorsque l'équilibre social est perturbé. Les crises, en particulier si elles sont liées à un conflit, peuvent mener à la fragmentation des structures sociales et des mécanismes de soutien habituels et à une insécurité alimentaire accrue. Il arrive aussi que les vulnérabilités et les risques augmentent, car les services de prévention du VIH et d'autres services publics, y compris l'enseignement, sont interrompus. Cependant, d'autres facteurs peuvent ralentir la propagation du VIH en situations d'urgence. Ces facteurs peuvent être liés à une diminution des réseaux de relations sexuelles, due à une mobilité et une accessibilité limitées, et à un ralentissement de l'urbanisation.^{33 34}

Position de principe

La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies 2001 et la *Déclaration politique sur le VIH/sida* 2006, toutes deux adoptées par tous les Etats Membres des Nations Unies, reconnaissent que la sécurité ali-

³⁰ Piwoz & Preble (2000), p. ix, op. cit. 8.

³¹ Pour un rapport sur le soutien et la productivité alimentaires avant la thérapie antirétrovirale et leurs effets positifs sur les stratégies d'adaptation voir *Catholic Relief Services SUCCESS palliative care nutritional supplementation targeted evaluation*. Final report, May 2007.

³² Samuels F, Simon S (2006). *Food, nutrition and HIV: what next?* Août 2006 (Overseas Development Institute briefing paper).

³³ PAM (2006). *HIV/AIDS & emergencies : compounding crises*. Juin 2006. Il a été démontré que la prévalence du VIH n'augmente pas nécessairement dans des situations complexes d'urgence dans la même proportion que dans les pays en paix relative. Un article récent de Spiegel et al. (2007) montre que la prévalence n'est pas plus élevée et qu'elle est même souvent plus basse parmi les réfugiés que parmi les populations d'accueil environnantes : voir Spiegel P et al. (2007). Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. *Lancet*, 369:2187-2195.

³⁴ Les directives sur le VIH/sida dans les situations d'urgence du Comité permanent interinstitutions des Nations Unies proposent des recommandations spécifiques pour des ripostes appropriées dans ce contexte (voir pp. 45-59 des lignes directrices, http://data.unaids.org/Publications/External-Documents/IASC_Guidelines-Emergency-Settings_fr.pdf). Le comité a été établi en juin 1992, en réponse à la Résolution 46/182 de l'Assemblée générale des Nations Unies qui appelait à une coordination renforcée de l'assistance humanitaire. Voir aussi HCR, UNICEF, PAM (2004). *Integration of HIV/AIDS activities with food and nutrition support in refugee settings : specific programme strategies*. Décembre 2004.

mentaire et la nutrition sont liées au VIH. L'Article 28 de la Déclaration politique, en particulier, prend la résolution « d'intégrer le soutien alimentaire et nutritionnel à la riposte au VIH afin que tous les êtres humains aient, à tout moment, accès 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, comme éléments d'une riposte globale au VIH/sida ». ³⁵

Les gouvernements ont également adopté à l'unanimité des objectifs du Millénaire pour le développement ³⁶ spécifiques, liés à la nutrition et au VIH. Le premier objectif est de réduire de moitié la proportion de personnes qui souffrent de la faim et le sixième objectif a pour but de stopper et de commencer à faire reculer l'épidémie de VIH d'ici à 2015. ³⁷ Dans des régions comme l'Afrique subsaharienne, on ne peut atteindre un de ces objectifs indépendamment de l'autre et il sera nécessaire de résoudre les problèmes de sécurité alimentaire et de nutrition spécifiques au VIH.

La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, réunissant les ministres de la Santé de 192 pays, a également adopté une résolution en mai 2006 qui demande aux pays d'inclure la nutrition en tant que partie intégrante de la riposte globale (générale) au VIH, en identifiant les interventions alimentaires qui doivent (peuvent) être immédiatement intégrées aux programmes VIH. ^{38 39}

L'ONUSIDA, le Programme alimentaire mondial et l'Organisation mondiale de la Santé recommandent que tous les partenaires, y compris les gouvernements, les institutions internationales et la société civile, appuient des interventions efficaces en matière de sécurité alimentaire et de nutrition, dans le cadre d'une riposte exhaustive et multisectorielle au VIH. En particulier, l'ONUSIDA, le Programme alimentaire mondial et l'Organisation mondiale de la Santé recommandent d'entreprendre les actions suivantes.

A l'attention des gouvernements

- Employer des stratégies de réduction de la pauvreté, des politiques sociales et des plans aux niveaux sectoriel, régional et local – y compris des plans de préparation aux situations d'urgence – pour soutenir les moyens de subsistance et intégrer des approches de sécurité alimentaire et de nutrition dans les ripostes au VIH.
- Incorporer des indicateurs relatifs à la nutrition dans les activités de suivi et d'évaluation du VIH, dont le suivi et l'évaluation de la stratégie nationale de lutte contre le sida. ^{40 41}
- Travailler avec tous les départements et secteurs et avec la société civile et les personnes vivant avec le VIH, afin d'atteindre les plus vulnérables, en garantissant une assistance alimentaire et nutritionnelle appropriée et pertinente qui n'entraîne ni ostracisme ni discrimination.
- Intégrer les programmes sur le VIH, l'alimentation et la nutrition, par exemple :
 - en augmentant le soutien alimentaire, notamment des femmes enceintes et allaitantes et des enfants, en mettant l'accent sur l'alimentation appropriée des nouveau-nés en tant que composante de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
 - en favorisant une consommation alimentaire et nutritionnelle adéquate dans le cadre de programmes de traitement efficaces, y compris par l'apport de conseils nutritionnels et en reliant les individus aux services. ⁴²
- Encourager le secteur privé à mettre en place des initiatives locales de renforcement alimentaire génératrices de revenu et relier ces initiatives aux programmes de traitement.
- Faire en sorte que les politiques et programmes agricoles soient attentifs au VIH, par exemple :
 - en améliorant les moyens de subsistance dans la communauté et autour de celle-ci, réduisant ainsi la nécessité d'émigrer ;
 - en intégrant l'information sur le VIH dans les programmes d'encadrement agricole ;
 - en permettant aux ménages affectés de participer à la production et au commerce agricoles en tenant

³⁵ Op. cit. 6.

³⁶ Les huit objectifs du Millénaire pour le développement, qui vont de l'éradication de l'extrême pauvreté à l'arrêt de la propagation du VIH et la fourniture d'une éducation primaire universelle d'ici à 2015 pour tous les objectifs, forment un schéma directeur accepté par tous les pays du monde et toutes les institutions mondiales du développement (<http://www.un.org/french/millenniumgoals/index.shtml>).

³⁷ Ces engagements prennent appui sur les droits humains fondamentaux garantis par la *Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948* (Article 25) et sur le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (1966), qui soulignent le fait que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant... notamment pour l'alimentation... » et que « toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ».

³⁸ Une alimentation et une nutrition adéquates sont des besoins immédiats et critiques des personnes vivant avec le VIH. L'Assemblée de la Santé a également prié l'OMS d'élaborer un plan sur cinq ans pour contribuer à atteindre l'accès universel au traitement du VIH/sida d'ici à 2010. Voir WHA59.11 *Nutrition et VIH/sida* (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC1/f/Resolutions-fr.pdf).

³⁹ Ceci suivait une recommandation de la Consultation organisée en 2005 par l'OMS sur la nutrition et le VIH/sida en Afrique à Durban, Afrique du Sud, qui a passé en revue les données existantes sur la nutrition et le VIH et formulé des recommandations qui ont constitué la base de la politique future de l'OMS.

⁴⁰ Ceci doit être en accord avec les 'Trois principes' (un cadre d'action contre le sida, une autorité nationale de coordination des activités sida et un système unique de suivi et d'évaluation à l'échelon du pays). On peut par exemple créer une unité Nutrition et sida, comme au Malawi.

⁴¹ Comme l'a défini la Consultation de l'OMS sur la nutrition et le VIH/sida en Afrique, à Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril 2005, il convient d'incorporer des indicateurs nutritionnels dans les plans de suivi et d'évaluation du VIH.

- compte de leur besoin d'être proche du domicile pour s'occuper de parents malades ;
- employer les coopératives et les organisations d'agriculteurs comme points d'accès des activités d'atténuation, de prise en charge et de soutien, telles que la mise en place de fonds communautaires d'assurance maladie ou de fonds sociaux en vue de fournir soins et soutien aux orphelins et autres enfants rendus vulnérables par le sida.⁴³

A l'attention des partenaires internationaux

- Financer et soutenir des programmes VIH multisectoriels qui incorporent des interventions efficaces en matière d'alimentation et de nutrition comme moyen de réduire la vulnérabilité à l'infection à VIH et d'augmenter la résilience face au sida.
- Reconnaître et soutenir (au moyen d'une aide technique et d'un financement) des initiatives conçues pour des contextes spécifiques tels que les repas en milieu scolaire,⁴⁴ les jardins communaux ou familiaux, les transferts d'argent liquide, les activités génératrices de revenu⁴⁵ et les actions visant à accroître la production agricole.

- Soutenir les gouvernements dans des programmes qui intègrent la nutrition, la nourriture et la sécurité alimentaire, en accord avec l'objectif d'élargissement en vue de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien d'ici à 2010.

A l'attention de la société civile

- Promouvoir des politiques et programmes qui incorporent la nutrition et la sécurité alimentaire en accord avec l'objectif d'élargissement en vue de l'accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et au soutien d'ici à 2010.
- Accroître la mise en réseau et l'échange d'information sur les interactions entre le VIH, la sécurité alimentaire et la nutrition, afin de promouvoir une bonne compréhension de la manière dont une alimentation et une nutrition correctes peuvent réduire la vulnérabilité à l'infection à VIH et augmenter la résistance au sida.⁴⁶
- Travailler avec le gouvernement et les personnes vivant avec le VIH afin d'atteindre les personnes les plus vulnérables, faire en sorte que l'aide, y compris l'aide alimentaire, corresponde aux besoins et capacités des bénéficiaires et se préoccuper des problèmes d'ostracisme et de discrimination.

Meilleures pratiques

Modèle académique pour la prévention et le traitement du VIH (AMPATH)

Au Kenya, dans le cadre du programme AMPATH qui a débuté en 2002, un soutien alimentaire est apporté, dans 19 sites, aux malades que les critères du programme identifient comme manquant de sécurité alimentaire. Au début 2008, environ 50 000 personnes vivant avec le VIH en avaient bénéficié.⁴⁷ Dans l'ensemble des sites, environ 20-50% des personnes vivant avec le VIH ont accès à un soutien alimentaire dans le cadre de TAHA⁴⁸ et de l'Initiative Harvest d'AMPATH.

Une étude réalisée en 2006 a montré que les patients inscrits au programme de soutien alimentaire alors qu'ils suivaient une thérapie antirétrovirale faisaient état d'une meilleure observance du traitement, de moins d'effets secondaires liés à la nourriture et d'une plus grande capacité à satisfaire un appétit croissant. La majorité des patients ont connu un gain de poids, retrouvé de la force physique et ont été capables de reprendre des activités professionnelles.⁴⁹

De la nourriture est fournie aux individus et à leurs dépendants pour une durée allant jusqu'à six mois après le commencement de la thérapie antirétrovirale. Les patients incapables de répondre à leurs besoins alimentaires après cette période peuvent entrer dans un programme d'appui qui fournit de la nourriture et une formation visant à renforcer la sécurité alimentaire sur le long terme.

⁴² Pour une orientation plus détaillée, voir Banque mondiale (2007), op. cit. 9.

⁴³ Pour en savoir davantage sur l'adaptation des politiques agricoles en lien avec le VIH, voir Jayne TS et al. (2005). HIV/AIDS and the agricultural sector: implications for policy in eastern and southern Africa. *The Electronic Journal of Agricultural and Development Economics*, 2(2):158-181.

⁴⁴ PAM (2006), op. cit. 17. Les repas en milieu scolaire ont été utilisés pour attirer et garder les enfants à l'école, augmenter les performances scolaires et soutenir les familles affectées par le sida avec des rations à emporter à la maison, qui visent aussi à réduire les inégalités sexospécifiques dans l'interruption de la scolarité engendrée par l'insécurité alimentaire. Ceci peut accroître la résistance à long terme de la famille en fournissant des opportunités économiques grâce à l'éducation.

⁴⁵ Pour des exemples spécifiques en Ouganda et en Ethiopie, voir <http://www.worldbank.org/aids>

⁴⁶ Il convient pour cela de se familiariser avec les ressources mentionnées ici et notamment le Comité permanent sur la nutrition (<http://www.unsystem.org/SCN/Default.asp>).

⁴⁷ Le nombre de personnes inscrites au programme augmente d'environ 2000 chaque mois (<http://medicine.iupui.edu/kenya/hiv.aids.html>).

⁴⁸ Traitement antirétroviral hautement actif (TAHA).

⁴⁹ Byron E, Gillespie S, Nangamib M (2006). *Linking nutritional support with treatment of people living with HIV: lessons being learned in Kenya* (<http://ifpri.org/newal/pdf/brKenya.pdf>); <http://medicine.iupui.edu/kenya/hiv.aids.html>).

Paroles de décideurs

Le Dr Mary Shawa, Secrétaire principale pour la nutrition, le VIH et le sida, Bureau du Président et membre du Cabinet, Malawi

Au Malawi, la malnutrition, les pénuries chroniques de nourriture et le VIH sont des problèmes majeurs. Des études sur les micronutriments réalisées en 2001 ont montré que 25% des adultes souffraient de malnutrition et que 75% d'entre eux étaient séropositifs au VIH. Reconnaisant que le VIH, une mauvaise nutrition et l'insécurité alimentaire constituent des problèmes nationaux importants et liés entre eux, qui entravent le développement du capital humain et économique au Malawi, Son Excellence le Dr Bingu wa Mutharika, Président de la République du Malawi, s'est engagé en 2004 à soutenir la recherche d'une solution en créant le Département Nutrition, VIH et sida, afin d'apporter l'orientation, le contrôle et la coordination politiques nécessaires ainsi que le suivi et l'évaluation des ripostes nationales en matière de nutrition, de VIH et de sida.

La Stratégie de développement et de croissance du Malawi : De la pauvreté à la prospérité 2006-2011, stratégie de politique générale pour le développement du Malawi, a identifié la prévention et la gestion des troubles alimentaires, du VIH et du sida comme domaines prioritaires. Il est essentiel de prendre en compte l'interaction entre nutrition et VIH et comme le remarque la Stratégie, « le gouvernement du Malawi s'est engagé à améliorer et diversifier l'alimentation des personnes vivant avec le VIH et à accroître la mise en place d'interventions alimentaires liées au VIH ».

Un exemple : le programme de thérapie antirétrovirale du Malawi, au sein duquel plus de 150 000 personnes sur les 175 000 personnes dont on estimait qu'elles étaient éligibles au traitement en 2004, bénéficient de médicaments antirétroviraux gratuits. Plus de 60 000 d'entre elles reçoivent un soutien alimentaire et plus de 50 000 ont reçu des subsides pour acquérir des engrais afin de contribuer à leur propre production alimentaire. La nutrition n'est pas un traitement pour le VIH, mais elle est un aspect très important d'un traitement effectif et efficace.

Le Malawi prévoit également de former 8000 travailleurs communautaires et 360 spécialistes en nutrition, VIH et diététique, afin de soutenir les changements positifs de comportement et rétablir le programme Home Craft Worker, couronné de succès. Des travailleurs communautaires seront chargés du conseil et du test VIH, du diagnostic de la malnutrition et du suivi à domicile afin de garantir l'observance de la thérapie antirétrovirale. Dans le même temps, ils encourageront la production et la fourniture d'aliments hautement nutritifs, pour une alimentation variée et diversifiée.

Le Dr Praphan Phanuphak, Directeur du Centre de recherche sida de la Croix Rouge thaïlandaise

L'infection à VIH peut avoir un impact négatif sur la sécurité alimentaire et la nutrition, qui à son tour affecte l'évolution de la maladie et les résultats du traitement. Deux années durant, j'ai mené des interventions VIH et nutrition et vu de mes propres yeux comment le conseil et le soutien alimentaires aident de nombreux bénéficiaires d'un traitement antirétroviral, y compris grâce à la diminution des effets secondaires, à l'amélioration de l'observance thérapeutique et de manière générale, à une amélioration de l'état de santé et de la situation alimentaire.

En tant que Co-directeur de la collaboration Thaïlande-Australie sur la nutrition et le VIH, un partenariat entre le Centre de recherche sida de la Croix Rouge thaïlandaise, l'Albion Street Centre et l'Institut de Nutrition de l'Université Mahidol, je vois les effets positifs immédiats du conseil nutritionnel et de l'éducation sur les infirmières, diététiciens, adultes et enfants appartenant à notre programme. Nous fournissons un conseil alimentaire à plus de 300 patients vivant avec le VIH. Je recommande instamment aux pays de réserver un pourcentage du budget qu'ils consacrent aux antirétroviraux pour des interventions alimentaires et de fournir aux malades un revenu leur permettant d'acheter de la nourriture pour eux-mêmes et leurs familles pendant la phase initiale du traitement, au moment où ils pourraient n'être pas en assez bonne santé pour reprendre le travail. S'attaquer à l'ostracisme et à la discrimination aidera également les personnes vivant avec le VIH à trouver et conserver un emploi et à répondre ainsi à leurs propres besoins alimentaires.

ONUSIDA

20 avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse
T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35
distribution@unaids.org
www.unaids.org