

POLITIQUE GÉNÉRALE

VIH, SÉCURITÉ ALIMENTAIRE et NUTRITION

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

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 VIH³ et saper l'observance thérapeutique et la réaction à la thérapie antirétrovirale. L'infection à VIH elle-même affaiblit la sécurité alimentaire et la nutrition en réduisant la capacité de travail et en compromettant les moyens d'existence des ménages.

Le VIH affaiblit l'état nutritionnel en mettant en péril le système immunitaire et la consommation, l'absorption et la mise en valeur des nutriments.⁴ Les adultes vivant avec le VIH ont des besoins énergétiques de 10% à 30% plus élevés que ceux d'un adulte en bonne santé non affecté par le VIH et les enfants vivant avec le VIH ont des besoins de 50% à 100% plus élevés que les besoins normaux.⁵ La disponibilité de la nourriture et une bonne nutrition sont donc cruciales pour garder les personnes vivant avec le VIH en bonne santé et capables de résister plus longtemps aux infections opportunistes telles que la tuberculose.

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 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.

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.⁷ Le manque de sécurité alimentaire limite les choix des personnes en matière de travail et d'éducation et peut entraîner ces personnes à se déplacer davantage pour trouver du travail. Des possibilités limitées de gagner sa vie et cette mobilité forcée peuvent mener à des comportements à risque élevé tels que l'échange de rapports sexuels contre de la nourriture ou de l'argent.⁸

L'instruction est associée à des comportements sexuels plus sûrs, en particulier chez les jeunes femmes. Les enfants mieux instruits sont plus à même d'absorber les informations de prévention et de prendre des mesures pour se protéger du VIH.⁹ 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.

Traitement

Une consommation et une absorption alimentaires adéquates sont essentielles pour tirer le meilleur parti possible de la thérapie antirétrovirale et des données récentes semblent montrer que les patients qui entament une thérapie sans nutrition adéquate ont des taux de survie plus faibles.¹⁰ 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.¹¹ Etant donné que l'observance est nécessaire pour retarder l'apparition de la résistance aux médicaments de première intention, un soutien nutritionnel est essentiel au maintien du traitement antirétroviral.

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 le soutien de programmes de protection sociale ou d'autres personnes) ; et (c) une utilisation appropriée de cette nourriture par les ménages.

² Une bonne nutrition implique à la fois d'avoir accès à une nourriture saine et de l'utiliser de manière rationnelle sur le plan alimentaire.

³ Gillespie S, Kadiyala S (2005). HIV/AIDS and food and nutrition security: from evidence to action. Washington, DC, International Food Policy Research Institute.

⁴ Piwoz E, Preble E (2000). HIV/AIDS and nutrition: a review of the literature and recommendations for nutritional care and support in sub-Saharan Africa. United States Agency for International Development.

⁵ Les besoins énergétiques varient selon l'état symptomatique ou asymptomatique.

⁶ Déclaration politique sur le VIH/sida 2006, Article 20.

⁷ Semba RD, Tang AM (1999). Micronutrients and the pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *The British Journal of Nutrition*, 81(3):181-189.

⁸ 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.

⁹ 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.

¹⁰ 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.

¹¹ Banque mondiale (2007). *HIV/AIDS, nutrition and food security: what we can do. A synthesis of international guidance*. Washington, DC, Banque mondiale.

Femmes, sécurité alimentaire et VIH

Les femmes sont biologiquement, socialement et économiquement plus vulnérables au VIH que les hommes. Les personnes sans accès à une nourriture adéquate, à un revenu ou à la 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, telles que la mobilité forcée pour trouver du travail, les rapports sexuels transactionnels ou rémunérés ou l'obligation de rester dans des relations sexuelles violentes pour des raisons de dépendance économique.

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.

La plupart des enfants séropositifs au VIH sont infectés par leur mère lors de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement. Un état nutritionnel inadéquat peut accroître le risque de transmission verticale du VIH.¹² Les mères séropositives au VIH doivent pouvoir accéder à une information appropriée et à des substituts du lait maternel, afin de minimiser le risque de transmission par l'allaitement.

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 VIH 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.¹³ Dans une économie agraire, cela signifie 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.

Les soins à domicile apportés par la famille et d'autres volontaires sont courants pour les personnes vivant avec le VIH. 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. 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 les 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 et conflits

peuvent mener à la fragmentation des structures sociales normales 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.¹⁴

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 la nécessité « d'intégrer le soutien alimentaire et nutritionnel 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 ». ¹⁵

Les gouvernements ont également 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 et d'enrayer et d'avoir commencé à faire reculer l'épidémie de VIH d'ici à 2015 (Objectifs 1 et 6).¹⁶ Dans des régions comme l'Afrique subsaharienne, un de ces objectifs ne peut être atteint indépendamment de l'autre et il sera nécessaire de résoudre les problèmes de sécurité alimentaire et de nutrition spécifiques au VIH.

Tous les partenaires doivent soutenir des interventions efficaces de sécurité alimentaire et de nutrition, dans le cadre d'une riposte exhaustive et multisectorielle au VIH. En

¹² Op. cit. 3.

¹³ Op. cit. 4.

¹⁴ La prévalence du VIH n'augmente pas nécessairement dans les situations d'urgence et elle est 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.

¹⁵ *Déclaration politique sur le VIH/sida* 2006, Article 28.

¹⁶ 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 ».

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 alimentaires dans les activités de suivi et d'évaluation du VIH, y compris le suivi et l'évaluation de la stratégie nationale de lutte contre le sida.
- Travailler avec tous les 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.¹⁷
- 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 les ménages, 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 compte de leur besoin d'être proches du domicile pour s'occuper de parents malades ;
 - employer les coopératives et les organisations d'agriculteurs comme points d'accès pour 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.¹⁸

A l'attention des partenaires internationaux

- Financer des programmes VIH multisectoriels qui incorporent des interventions efficaces en matière d'alimentation et de nutrition, 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.
- Soutenir des initiatives telles que les repas en milieu scolaire, les jardins communaux ou familiaux, les transferts d'argent liquide, les activités génératrices de revenu et les actions visant à accroître la production agricole.

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 sensibilisation au fait qu'une alimentation et une nutrition correctes peuvent réduire la vulnérabilité à l'infection à VIH et augmenter la résistance au sida.
- Travailler avec le gouvernement et les personnes vivant avec le VIH afin d'atteindre les personnes les plus vulnérables et faire en sorte que l'aide, y compris l'aide alimentaire, corresponde aux besoins et capacités des bénéficiaires et se préoccupe des problèmes d'ostracisme et de discrimination.

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. Reconnaissant que le VIH, une mauvaise nutrition et la sécurité 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.

¹⁷Pour une orientation plus détaillée, voir op. cit. 11.

¹⁸Pour 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

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. Les travailleurs communautaires seront chargés du conseil et du test VIH à domicile, du diagnostic de la malnutrition et du suivi 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, le 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.

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.¹⁹ Dans l'ensemble des sites, environ 20-50% des personnes vivant avec le VIH ont accès à un soutien alimentaire dans le cadre du TAHA²⁰ 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 des appétits croissants. La majorité des patients ont connu un gain de poids, retrouvé de la force physique et ont été capables de reprendre des activités professionnelles.²¹

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.

¹⁹ Le nombre de personnes inscrites au programme augmente d'environ 2000 par mois (<http://medicine.iupui.edu/kenya/hiv.aids.html>).

²⁰ Traitement antirétroviral hautement actif (TAHA).

²¹ 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/renewal/pdf/brKenya.pdf> ; <http://medicine.iupui.edu/kenya/hiv.aids.html>)