



VIH/SIDA, Sécurité alimentaire et nutrition: Impacts et actions

Stuart Gillespie, Lawrence Haddad et Robin Jackson¹

1er mai 2001

*Établi en vue de la vingt-huitième session du Colloque du Sous-Comité de la nutrition
du Comité administratif de coordination (CAC/SCN) sur la nutrition et le VIH/SIDA*

Ce document représente le fruit d'une collaboration entre un institut de recherche et un organisme opérationnel qui s'occupent l'un et l'autre des questions liées à la nutrition et à la sécurité alimentaire et des moyens de faire face à la crise provoquée par le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. Il reprend et complète les travaux précédemment accomplis par Haddad et Gillespie (2001), lesquels ont eux-mêmes été facilités par une réunion consultative sur le VIH/SIDA et les moyens de subsistance en milieu rural qui a eu lieu à l'IFPRI en janvier 2001 avec un appui du Department for International Development (DFID) du Royaume-Uni. Il expose également les principales conclusions des cinq études qu'a entreprises le PAM dans les pays les plus touchés par l'épidémie afin de mieux comprendre comment l'aide alimentaire pourrait être utilisée au mieux dans les domaines de la prévention, des soins et de l'atténuation des effets de la maladie.

¹ Stuart Gillespie et Lawrence Haddad travaillent à l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI) de Washington, et Robin Jackson au Programme alimentaire mondial (PAM), à Rome.

1 Introduction

L'ampleur et la gravité des répercussions de l'épidémie de VIH/SIDA en Afrique subsaharienne sont effrayantes: la maladie a décimé les pays de la région et a sérieusement compromis la nutrition et la sécurité alimentaire de millions de ménages. Cette étude est une tentative d'analyse de la façon dont le VIH/SIDA affecte la nutrition et la sécurité alimentaire et dont les ménages et les communautés réagissent pour y faire face et des incidences de l'épidémie du point de vue des politiques et des programmes, et en particulier des leçons que l'on peut tirer des efforts qui ont été faits récemment pour en atténuer les effets. Ce document contient également une analyse du rôle spécifique de l'aide alimentaire, étant donné que l'accès insuffisant à l'alimentation est l'un des premiers signes de détresse lorsqu'un ménage est touché par le VIH/SIDA.

A l'heure actuelle, 95 pour cent des plus de 36 millions de personnes qui vivent avec le VIH/SIDA se trouvent dans des pays en développement. Si l'on considère qu'en moyenne, chaque cas de VIH/SIDA affecte directement la vie de quatre autres personnes, la maladie affecte au total plus de 150 millions d'êtres humains (Barnett et Rugalema, 2001). L'Afrique subsaharienne est la région du monde qui est la plus affectée et le VIH/SIDA y est aujourd'hui la première cause de morbidité et de mortalité chez les adultes (voir tableau 1). La plupart des 25 millions d'habitants de l'Afrique subsaharienne qui vivent aujourd'hui avec le VIH/SIDA, sinon tous, seront morts en 2020, indépendamment des 13,7 millions d'Africains ont déjà été les victimes mortelles de l'épidémie.

Le VIH/SIDA se propage aussi à un rythme spectaculaire en Asie. L'on estime qu'il y a en Inde de trois à cinq millions de séropositifs et, en Chine, bien que des données nationales ne soient pas disponibles, certains spécialistes chinois estiment qu'il peut y avoir jusqu'à dix millions de séropositifs. En chiffres absolus, l'Asie dépassera l'Afrique subsaharienne avant 2010 et, en 2020, sera l'épicentre de l'épidémie (Barnett et Rugalema, 2001).

Tableau 1—Incidence du VIH/SIDA, par région, décembre 2000

Région	Début de l'épidémie	Nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA	Adultes et enfants nouvellement infectés	Incidence sur les adultes, en pourcentage	Pourcentage d'adultes séropositifs qui sont des femmes
Afrique subsaharienne	Fin des années 70- Début des années 80	25 300 000	3 800 000	8,80	55
Afrique du Nord et Moyen-Orient	Fin des années 80	400 000	80 000	0,20	40
Sud et sud-est de l'Asie	Fin des années 80	5 800 000	780 000	0,56	35
Est de l'Asie et Pacifique	Fin des années 80	640 000	130 000	0,07	13
Amérique latine	Fin des années 70- Début des années 80	1 400 000	150 000	0,50	25

Région	Début de l'épidémie	Nombre d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA	Adultes et enfants nouvellement infectés	Incidence sur les adultes, en pourcentage	Pourcentage d'adultes séropositifs qui sont des femmes
Caraïbes	Fin des années 70- Début des années 80	390 000	60 000	2,30	35
Europe orientale et Asie centrale	Début des années 90	700 000	250 000	0,35	25
Europe occidentale	Fin des années 70- Début des années 80	540 000	30 000	0,24	25
Amérique du Nord	Fin des années 70- Début des années 80	920 000	45 000	0,60	20
Australie et Nouvelle-Zélande	Fin des années 70- Début des années 80	15 000	500	0,13	10
Total		36 100 000	5 300 000	1,10	47

Notes: L'on entend par adultes les personnes de 15 à 49 ans.

Source: <http://www.unaids.org>

1.1 Le VIH/SIDA constitue-t-il un choc unique?

La pandémie de VIH/SIDA a transformé le paysage dans lequel le développement doit être réalisé dans nombre des régions du monde en développement. Comme les autres maladies infectieuses qui prennent des proportions d'épidémie, l'infection par le VIH commence par un choc idiosyncrasique qui devient en choc global. Elle se distingue cependant, pour les raisons suivantes, des autres maladies ou chocs:

- La maladie est incurable et fatale. Elle tue les membres les plus productifs de la société, ce qui a pour effet d'accroître les ratios de dépendance parmi les ménages, de réduire la productivité et la capacité de soins des ménages et d'entraver le transfert d'une génération à une autre des connaissances et des compétences locales. Son effet sur un ménage peut être permanent: les décès prématurés découragent l'accumulation d'avoirs et menacent la survie même de l'unité familiale;
- Ce sombre pronostic rend difficiles les efforts d'intervention (prévention de la maladie ou atténuation de ses effets). La plupart des efforts de développement offrent quelque espoir d'amélioration des conditions de vie, mais une prévention efficace de l'infection par le VIH ne peut offrir qu'une absence de déclin et une atténuation efficace de ses effets qu'une amélioration temporaire du bien-être, déjà sérieusement compromis par l'infection;
- Les traitements qui peuvent prolonger la vie sont hors de portée pour la plupart des séropositifs, bien qu'il y ait des raisons d'espérer que les prix des médicaments soient bientôt réduits dans des proportions majeures;

- La maladie est socialement invisible. Le secret qui entoure les pratiques sexuelles et les différentes attitudes culturelles à cet égard se traduisent par silence, déni, opprobre et discrimination à bien des niveaux, ce qui complique les efforts de prévention et d'atténuation des effets de la maladie;
- Le VIH a une très longue période d'incubation entre l'infection et l'apparition des symptômes des maladies opportunistes, pendant laquelle les malades ne sont pas productifs. En l'absence de dépistages systématiques, les individus séropositifs ne sont guère encouragés à avoir un comportement moins risqué et peuvent conserver pendant de longues périodes. Du fait aussi bien de l'invisibilité de la maladie que de sa longue période d'incubation, les risques de transmission du VIH sont aggravés. Les séropositifs qui s'ignorent et leurs familles ne peuvent pas commencer à se préparer au choc qui les attendent;
- L'épidémie a des dimensions aussi bien rurales qu'urbaines. Comme dans le cas de la pauvreté, lorsqu'un ou plusieurs des gagne-pain des familles rurales disparaît, les survivants sont souvent obligés de migrer pour aller chercher du travail en ville. La disparition d'un travailleur urbain, inversement, peut obliger les survivants à envoyer les enfants à la campagne pour que les membres de la famille élargie puissent s'en occuper;
- La maladie affecte aussi bien les riches que les pauvres, bien que ce soient ces derniers qui sont les plus exposés et les plus sérieusement touchés (voir la section 1.2);
- La maladie affecte les deux sexes, mais son impact n'est pas neutre. Dans la mesure où les femmes sont marginalisées et n'ont guère le pouvoir d'influer sur la propre vie, elles risquent plus d'être exposées au VIH. Étant biologiquement plus vulnérables, les femmes ont également plus de chances de succomber rapidement à la maladie (voir la section 1.3);
- Enfin, l'un des aspects les plus inquiétants de la pandémie est le fait qu'à mesure qu'elle s'intensifie et que, parallèlement, une action devient de plus en plus nécessaire, *la capacité d'agir* dans la réalité se trouve réduite. Les organisations qui opèrent dans des régions où il existe une forte incidence de VIH/SIDA sont caractérisées par un absentéisme élevé, une rotation rapide du personnel, l'absence de mémoire institutionnelle et une innovation réduite. A mesure que les administrations et les organisations non gouvernementales continuent de voir leurs membres disparaître, le fossé entre ce qui est nécessaire et ce qui peut être fait devient un abîme.

1.2 L'aspect pauvreté

Il existe une interaction et un cercle vicieux entre le VIH/SIDA et la pauvreté (liés pour une large part à l'insécurité alimentaire). La pauvreté accroît la vulnérabilité à l'infection ainsi que l'impact du VIH. Elle réduit l'intérêt qu'il peut y avoir à éviter l'infection ("nous serons tous bientôt morts en tout état de cause"), elle accroît les coûts relatifs aussi bien des mesures de précaution que de traitement et exacerbe l'impact de la maladie sur un système immunologique affaibli du fait de l'existence d'un environnement bactérien et viral plus hostile. La pauvreté accroît également

l'étendue des incidences du VIH sur la famille et les amis (pour les pauvres, les mécanismes informels de survie sont plus tributaires de la famille et des amis et moins des compagnies d'assurance et de l'Etat).

Inversement, le VIH/SIDA est également une cause d'appauvrissement. La maladie, dans l'immédiat et à moyen terme, aggrave la pauvreté en faisant disparaître tous types d'avoirs: humains, sociaux, financiers, matériels, naturels, culturels et politiques (voir la section 2). Du fait de l'érosion de leurs avoirs, les individus, les familles et les communautés sont plus exposés à des chocs futurs. Les enfants sont retirés de l'école pour aider aux travaux de la famille et les jeunes femmes peuvent être obligées de se prostituer.

Néanmoins, en comparaison des autres chocs globaux, les non-pauvres ne sont pas autant en mesure d'éviter l'infection par le VIH et son impact. Si cet état de choses peut accroître l'appui des milieux politiques à la lutte contre le Sida, il compromet la capacité des gouvernements, des industries du secteur privé et des autres institutions structurées de mobiliser des ressources humaines nécessaires pour lutter contre l'épidémie. Il existe également le risque que les budgets de la santé du secteur public privilégient les secteurs les plus aisés et les plus éloquents des populations urbaines touchées par le VIH/SIDA au détriment des ruraux pauvres en général. Les dispensaires qui fournissent des soins de santé primaires risquent de souffrir de plus en plus d'un manque de matériel et de ressources. Cela risque également d'allonger les délais d'attente et la durée des déplacements des pauvres, de sorte que les travailleurs encore sains risquent d'être de plus en plus sollicités.

1.3 L'aspect sexospécifique

Des points de vue biologique, socio-économique et socio-culturel, les femmes sont exposées à l'infection par le VIH que les hommes (Gupta, 2000; Topouzis, 2000). Du point de vue biologique, le risque d'infection par le VIH lors de rapports sexuels non protégés est de deux à quatre fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes (Banque mondiale, 1997). En outre, les femmes sont plus susceptibles aux autres maladies sexuellement transmissibles (MST) et ont moins de chances de se faire traiter. Si elles ne sont pas traitées, les MST peuvent accroître de 300 à 400 pour cent le risque de transmission du VIH. Cette susceptibilité biologique, à son tour, menace la santé génésique, de sorte que les grossesses et les accouchements deviennent beaucoup plus risqués non seulement pour la mère mais aussi pour l'enfant, les MST pouvant même être fatales.

Le VIH/SIDA aggrave également l'inégalité sociale, économique et culturelle qui définissent la condition de la femme au sein de la société. Les femmes sont souvent plus susceptibles à l'infection par le VIH et plus vulnérables à l'impact du Sida que les hommes, pour les raisons suivantes: les attitudes prédominantes concernant le sexe, marquées par le silence et la passivité, stigmatisent les femmes qui essaient d'avoir accès à un service de traitement des MST; la virginité étant la norme, les adolescentes peuvent difficilement s'informer et le risque de rapports sexuels imposés se trouve aggravé; la vulnérabilité économique accroît les risques d'échange de faveurs sexuelles contre de l'argent, des aliments, etc.; le pouvoir des hommes se manifeste souvent par des violences sexuelles; la susceptibilité à l'infection par le VIH est accrue par différentes pratiques sexuelles, dont l'ablation génitale, des rapports

sexuels non lubrifiés ou des rites de purification; enfin, les droits de succession reflètent une discrimination à l'égard des femmes.

Les asymétries entre les sexes entraînent d'autres changements importants sur des plans moins personnels mais néanmoins d'importance capitale (voir la section 2.2 consacrée aux moyens de subsistance). Lorsque l'homme adulte disparaît prématurément, la femme risque de ne pas avoir le temps nécessaire pour se constituer un capital extra-familial, par exemple en ayant accès aux terres communautaires, aux groupes communautaires et aux groupes de microfinancement pouvant être utilisés pour exercer un certain pouvoir au sein de la famille. Si les droits de propriété ou d'utilisation de toute une série d'avoirs ne sont pas clairement et équitablement définis ou ne sont pas respectés, les femmes auront encore moins de chances de pouvoir prendre en main leur propre destin. Cet amenuisement du pouvoir relatif des femmes tendra à s'intensifier car elles seront encore moins à même d'exercer une influence sur les décisions touchant leurs propres besoins et ceux de leurs enfants dans des domaines comme les soins de santé, l'apport calorique ou la durée du travail.²

2 Impacts du VIH/SIDA sur la nutrition, la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance

L'on trouvera dans la présente section un examen du type d'impact que le VIH/SIDA peut avoir sur la nutrition, la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance des ménages et des communautés, particulièrement dans le cas des populations rurales qui sont tributaires de l'agriculture.

Trois remarques préliminaires s'imposent. Premièrement, l'impact du VIH/SIDA se manifeste souvent par la réaction ou des "stratégies de survie"³, des ménages et des communautés. Dans le présent document, l'on utilisera de préférence l'expression "réaction" plutôt que "mécanisme de survie".

Deuxièmement, il importe de distinguer la susceptibilité à l'infection par le VIH —c'est-à-dire le risque d'être affecté par le virus— et la vulnérabilité aux différents types d'impact après infection.

Troisièmement, il importe de ne pas perdre de vue que les différentes étapes de l'épidémie de VIH/SIDA auront des indicateurs et des impacts différents et entraîneront des réactions différentes. Il existe également des différences entre pays ou régions d'un même pays pour ce qui est de la progression et de l'incidence de l'épidémie de VIH/SIDA par suite, entre autres, de la rapidité de transmission, qui

² Il convient néanmoins de noter que la plus grande indépendance économique qui accorde aux femmes des situations où le choix des partenaires sexuels est peu contrôlé risque en fait de les exposer davantage à l'infection par le VIH si cette indépendance va de pair avec une plus grande mobilité des moyens de subsistance.

³ L'expression "mécanismes de survie" risque de ne pas toujours être exacte car nombre de réactions sont celles de ménages en détresse qui ne peuvent pas faire face. Faire face implique une stratégie de gestion inversable et sous-entend également que l'adoption de telles stratégies n'est pas trop onéreuse. La réalité est que, souvent, les ménages sont obligés de vendre leurs avoirs à bas prix ou de transformer leurs moyens de subsistance de manière irréversible. Le prix de cette "survie" peut être des privations ou même le dénuement à plus longue échéance.

dépend elle-même des comportements et de la virulence de l'espèce de VIH dont il s'agit. L'encadré 1 expose un scénario qui illustre la dynamique de l'impact du VIH/SIDA sur un ménage d'agriculteurs et de la réaction qu'il suscite de sa part.

Encadré 1: Dynamique de l'impact du VIH/SIDA sur les moyens de subsistance agricoles et de la réaction des ménages

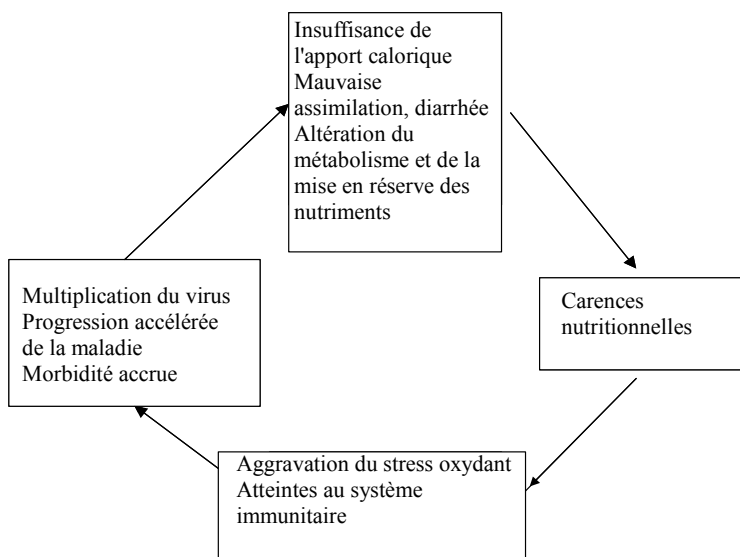
L'on trouvera ci-après une *illustration* de l'impact et des réactions possibles d'un ménage tributaire de l'agriculture dont un adulte est affecté par le VIH. Nombre de ces impacts ont été identifiés dans des études et d'autres, bien que plausibles, sont des suppositions. Le contexte joue manifestement un rôle capital pour ce qui est du type et de l'ordre d'apparition des effets et des réactions aux différentes étapes de l'épidémie.

- L'adulte infecté
- Sa capacité de travail est réduite
- De la main-d'oeuvre de remplacement est "importée", éventuellement de membres de la famille
- Les adultes doivent travailler la terre plus longtemps
- Les dépenses de santé (médicaments, transport) augmentent
- La consommation alimentaire du ménage diminue
- L'exploitation passe à des récoltes et à des systèmes de culture à faible intensité de main-d'oeuvre ou à l'élevage de petits animaux
- La situation nutritionnelle se dégrade
- L'adulte cesse de travailler
- Plus de temps doit être consacré au malade et il reste moins de temps pour s'occuper des enfants
- Les avoirs divisibles, par exemple les animaux, sont vendus
- L'endettement augmente
- Les enfants abandonnent l'école pour participer aux travaux du ménage
- L'adulte meurt
- Dépenses funéraires
- Parfois, le ménage éclate, les autres adultes allant chercher du travail ailleurs
- Le travail de la terre diminue et il en est laissé davantage en jachère
- Une gestion inappropriée des ressources naturelles peut se traduire par la propagation de ravageurs et de maladies
- Les effets de la disparition du savoir s'intensifient
- L'on puise davantage dans les ressources communes
- L'accès à la terre et aux biens du ménage peut être affecté (droits du conjoint survivant)
- Les réseaux de solidarité sont excessivement sollicités, parfois jusqu'à l'exclusion
- Le partenaire est infecté
- La spirale descendante s'accélère ...

2.1 Impacts sur la nutrition

Le VIH/SIDA a des impacts significatifs sur la nutrition aux niveaux de l'individu, du ménage et de la communauté. La malnutrition, à son tour, aggrave à la fois la susceptibilité à l'infection par le VIH et la vulnérabilité à ses différents effets.

Figure 1 — Le cercle vicieux de la malnutrition et du VIH



Source: Semba et Tang (1999)

Au niveau de l'individu, l'infection par le VIH se traduit essentiellement par une accélération du cercle vicieux et de l'insuffisance de l'apport calorique et de la maladie qui entraîne la malnutrition (voir la figure 1), tandis que cette dernière aggrave le risque de transmission du VIH de la mère au nouveau-né et accélère la progression de l'infection (Piwoz et Preble, 2000). Les séropositifs ont des besoins nutritionnels supérieurs à la normale, particulièrement pour ce qui est des protéines (jusqu'à 50 pour cent de plus) et de l'énergie (jusqu'à 15 pour cent). En outre, ils souffrent souvent de perte d'appétit, d'anorexie, ce qui réduit l'apport calorique au moment même où les besoins sont plus grands. De plus, cette interaction est encore plus marquée pour les pauvres, qui ont plus de chances de souffrir de malnutrition avant d'être infectés.

Des recherches montrent que l'apparition de la maladie et même la mort peuvent être retardées dans le cas de séropositifs bien nourris; et que des régimes alimentaires riches en protéines, en énergie et en micronutriments contribuent à améliorer la résistance aux infections opportunistes chez les malades du Sida (CAC/SCN, 1998).

La transmission de la mère à l'enfant (TME, ou transmission verticale) du VIH est un problème nutritionnel majeur. La TME peut se produire pendant la grossesse, à la naissance ou par le biais de l'allaitement au sein. Lors d'une étude récente, cependant, l'on a constaté que le risque de transmission du VIH était bien moindre en cas d'allaitement exclusif plutôt que partiel au sein. Les données empiriques ont montré que les enfants de trois mois nés de mères séropositives qui étaient exclusivement alimentés au sein avaient le même risque d'être affectés par le VIH que ceux qui ne l'avaient jamais été (Coutsoudis et al., 1999). En revanche, les nouveau-nés qui étaient partiellement alimentés au sein étaient beaucoup plus

exposés. Une étude prospective d'un groupe témoin de 551 femmes enceintes séropositives en Afrique du Sud a montré que les nouveau-nés nourris exclusivement au sein pendant trois mois ou plus ne courraient, pour une période de six mois, pas plus de risque d'infection par le VIH que ceux qui n'avaient jamais été nourris au sein (Coutsoudis et al., 2001).

Plusieurs mécanismes biologiques expliquent peut-être pourquoi un allaitement exclusif au sein a un effet de protection, alors que tel n'est pas le cas lorsque les enfants ne sont que partiellement nourris de la sorte. Il peut s'agir notamment d'un moindre risque d'exposition à des contaminants bactériens et à des antigènes alimentaires, ce qui réduit l'activation du système immunitaire (Cebra, 1999), à une plus grande intégrité des parois intestinales (Goto et al., 1999), de l'apparition d'une microflore qui limite l'adhésion et le développement des organismes pathogènes (Mackie et al., 1999) et d'un moindre risque de mastite infraclinique, qui se produit pendant l'engorgement du sein (Willumsen et al., 2000). Des recherches sont en cours pour confirmer s'il existe en fait un lien de causalité entre ces importantes constatations factuelles. Les enfants de mères qui ont absorbé des quantités suffisantes de vitamine A courent peut-être aussi un moindre risque de transmission verticale (Friis, 1998). Les incidences de la TME, du point de vue des politiques et des programmes, sont examinées dans l'encadré 2 de la section 4.

Tels sont, essentiellement, les impacts directs de la maladie sur des personnes infectées. La maladie a néanmoins, à d'autres égards, un important impact *indirect* sur les ménages et les communautés. Tel pourra être le cas, par exemple, lorsque les prestataires de soins ne sont plus à même de s'occuper comme par le passé d'eux-mêmes, de leurs jeunes enfants ou des membres du ménage malades du Sida. Dans nombre de ménages pauvres, même ceux qui ne sont pas affectés par la pandémie, le soin des enfants peut être sacrifié, dans l'immédiat, pour garantir la sécurité alimentaire à plus longue échéance. Tout impact néfaste de telle décision sur la qualité ou la quantité des soins aux enfants est généralement exacerbé par des chocs comme le VIH/SIDA, qui peuvent sérieusement affecter la capacité du ménage de subvenir aux besoins de ses membres.

2.2 Impacts sur l'agriculture et les autres moyens de subsistance

Par moyens de subsistance, il faut entendre l'interaction entre les avoirs et les processus de transformation et structures qui constituent un moyen de subsister, tous ces éléments étant conditionnés par le contexte à l'intérieur duquel opèrent les individus (Carney, 1998). L'agriculture constitue le principal moyen de subsistance pour la plupart des populations rurales en Afrique subsaharienne. Nous examinerons dans cette section l'impact hypothétique du VIH/SIDA sur différents types d'avoirs et son impact effectif sur l'alimentation et la nutrition, dans tous les cas où les données disponibles le permettent. Les avoirs ne sont importants pour les moyens de subsistance que s'ils peuvent être exploités et, lorsqu'ils le sont, peuvent générer des moyens suffisants de subsister. Les règles qui régissent l'accès aux avoirs et leur valeur peuvent, généralement parlant, être rangées dans la catégorie des "institutions". L'accès aux avoirs et leur valeur tendent à être déterminés par les normes et attitudes culturelles ainsi que par les lois, politiques et organisations formelles. La question de la problématique hommes-femmes est abordée dans la section 1.3 et a été traitée plus en détail par Haddad et Gillespie, 2001.

Pour ce qui est des avoirs, le VIH/SIDA prive les individus, les ménages, les réseaux et les communautés de différentes formes de capital —humaines, financières, sociales, matérielles et naturelles— comme décrit ci-dessous.

2.2.1 *Capital humain*

L'aspect le plus visible est que le VIH/SIDA attaque le capital humain à mesure que, un jour ou l'autre, les malades meurent prématurément. Dès l'apparition du Sida, les malades sont moins productifs du fait d'une série d'infections opportunistes, dont la tuberculose est la plus fréquente. L'espérance de vie, corrigée en fonction de l'incapacité, constitue un barème de l'impact de la maladie sur la mortalité et la morbidité (Murray et Lopez, 1996). Au plan mondial, le VIH/SIDA venait au 28^{ème} rang pour ce qui est des causes de réduction de l'espérance de vie en 1990 et devrait venir au dixième rang en 2020. En Afrique subsaharienne, le VIH/SIDA devrait être, par ordre d'importance, la troisième cause de réduction de l'espérance de vie en 2020 (de la septième position en 1990) et tel sera sans doute le cas aussi en Inde la même année (alors que la maladie était tout à fait en bas de la liste en 1990).

Ces chiffres, pour frappants qu'ils soient, ne reflètent pas complètement l'impact du VIH sur le travail pouvant être fourni pour générer des moyens de subsistance étant donné que le travail des individus sains doit être consacré à d'autres activités d'importance capitale, par exemple lorsqu'ils doivent s'occuper des malades ou assister aux funérailles de ceux qui sont morts. L'impact mesuré de ces changements sur le profil démographique des ratios de dépendance à l'intérieur des ménages n'est pas concluant. Cela s'explique peut-être par le fait que le ménage ou la communauté peut réagir au choc en "important" des travailleurs dans la pleine force de l'âge et en "exportant" des enfants en les confiant à la famille élargie ou à des réseaux informels (White et Robinson, 2000). Ces mouvements peuvent affecter les enfants dont on ne peut pas s'occuper aussi bien, et peuvent exacerber la propagation du VIH/SIDA si les travailleurs "importés" proviennent de régions où l'infection bat son plein. Il s'agit là de domaines dans lesquels il faudra poursuivre les recherches.

En ce qui concerne l'agriculture, il est évident que les systèmes d'exploitation qui sont moins tributaires de la main-d'oeuvre pourront mieux résister à de telles pertes. Des études ont été entreprises pour analyser les caractéristiques spécifiques de la vulnérabilité ou de la résistance des systèmes de culture face à une perte de main-d'oeuvre (Gillespie, 1989; Barnett et Blaikie, 1992). De la main-d'oeuvre "de remplacement" peut être trouvée par le biais des réseaux sociaux ou sur le marché du travail. Autrement, il faut trouver des moyens de travailler la terre qui fassent moins appel à la main-d'oeuvre mais qui puissent néanmoins offrir des moyens de subsistance suffisants.⁴ Ces deux stratégies de remplacement de la main-d'oeuvre s'accompagnent d'un risque de nouvelles infections par le VIH. En outre, les familles affectées par l'infection risquent de ne pas avoir les moyens de recruter de la main-d'oeuvre sur le marché du travail. De plus, la stratégie consistant à réduire

⁴ Au niveau de la semi subsistance, l'impact de l'épidémie sur les pratiques agricoles a été résumé dans plusieurs études (White et Robinson, 2000; Topouzis, 2000; FAO/UNAIDS, 1999; Barnett et Halswimmer, 1995; et Barnett et Blaikie, 1992).

l'intensité de main-d'oeuvre ne garantit aucunement des moyens de subsistance plus sûrs que le système qu'elle remplace.

Les autres effets de la maladie sur l'agriculture et l'utilisation des terres sont notamment la culture de récoltes à moindre intensité de main-d'oeuvre mais moins nutritives (par exemple certaines tubercules) et la mise en jachère des terres. Si la famille a les moyens de ne pas utiliser la terre, celle qui sera laissée en jachère sera de meilleure qualité pour de futures récoltes. En revanche, si la terre n'est pas utilisée, la famille risque de perdre ses droits fonciers. Comme le montre le cas des personnes dont les droits fonciers sont généralement moins solides (par exemple les femmes ou les orphelins), il importe tout particulièrement de faire en sorte que les droits fonciers locaux soient mieux définis et plus équitables. En outre, il importe de tenir compte de la diversité actuelle des moyens de subsistance des agriculteurs et du risque qu'ils doivent s'orienter davantage vers des activités non agricoles qui sont moins tributaires de la main-d'oeuvre (Rugalema, 1999a; Topouzis, 2000).

Les effets du VIH/SIDA sur le secteur agricole commercial sont moins connus (Rugalema, 1999b; White et Robinson, 2000). Si le secteur commercial est tributaire de travailleurs migrants, il est vulnérable au VIH/SIDA, surtout si les ouvriers agricoles ne sont pas accompagnés de leurs familles. Dans le cas des travaux du secteur commercial, des réseaux sociaux sont également moins solides. Le secteur commercial peut néanmoins être un élément positif en ce sens qu'il peut être un support d'information et de formation et peut donner aux orphelins du Sida l'occasion d'apprendre les métiers essentiels de l'agriculture.

Cependant, le capital humain dépasse de beaucoup le travail manuel. Un de ces principaux éléments est en effet le savoir. Lorsque le VIH/SIDA décime les adultes en pleine force de l'âge, les individus n'ont pas le temps de transférer leurs connaissances aussi bien à leurs pairs qu'à la génération suivante. Le VIH/SIDA interrompt non seulement le transfert verbal du savoir mais aussi le rôle que joue l'exemple. Les nouvelles générations, ne pouvant plus se nourrir du savoir qui meurt avec leurs parents, sont privées de la possibilité d'apprendre sur le tas sous la direction d'un adulte plus expérimenté.

Le VIH/SIDA réduit également la capacité d'acquérir du savoir et de l'utiliser lorsque les jeunes générations doivent abandonner leurs études pour aider la famille à s'occuper des malades, pour aider à travailler la terre ou pour trouver un emploi de remplacement. C'est là un exemple de "stratégie de survie" qui, en définitive, n'en est pas une. Les moyens de subsistance de demain sont sacrifiés pour s'accrocher à ceux d'aujourd'hui.

2.2.2 Capital financier

Le VIH/SIDA affecte de différentes façons le capital financier. Comme une large part du budget doit aller à l'achat de médicaments, aux frais de transport ou aux dépenses funéraires, les familles doivent trouver de nouveaux moyens de soutenir leurs niveaux de consommation. N'ayant guère accès aux services financiers comme le crédit, l'épargne ou l'assurance, les familles pauvres doivent soit vendre leurs objets de valeur (bijoux ou bétail) ou leur cheptel (matériel ou outillage), soit emprunter à

longue échéance , soit encore —ce qui est peu probable— faire appel à une police d'assurance-maladie ou autre.

Les pauvres sont invariablement tributaires du crédit informel, assorti de taux d'intérêts élevés ou de services communautaires de microfinancement. Regrettablement, ces deux types de services n'existent que dans des localités étroitement circonscrites et sont donc vulnérables aux chocs globaux. Même au début de l'épidémie, une famille infectée n'est guère à même de faire face à ses obligations et représente par conséquent un risque pour les systèmes communautaires. En dépit de ces difficultés, le crédit privé a été considéré comme le principal moyen de réagir lorsque le VIH/SIDA cause la mort d'un adulte, tout au moins dans la région tanzanienne de Kagera, où la situation a été étudiée de près (Lundberg et al., 2000). Il ne fait aucun doute que la mesure dans laquelle les institutions de microfinancement pourront s'adapter aux besoins changeants de leurs clients jouera un rôle capital dans les efforts d'atténuation de l'impact du VIH/SIDA (voir la section 4).

2.2.3 *Capital social*

Le capital social —c'est-à-dire la solidité de la trame collective, la confiance et l'esprit de réciprocité— peut être affecté de différentes façons par le VIH. Premièrement, la maladie affecte la reproduction du modèle social, c'est-à-dire la transmission des normes de confiance et de civisme. Non seulement les générations futures oublient-elles les pratiques de culture des générations précédentes, mais encore elles ne sont pas exposées à la transmission informelle de savoir-faire, d'outils et de traction animale qui caractérisent souvent ce type d'activités de subsistance.

Deuxièmement, l'action coordonnée d'un groupe, dont les avantages à long terme sont érodés par la maladie, perd de son utilité apparente, ce qui a des incidences particulièrement néfastes pour les pratiques de gestion des ressources naturelles qui sont tributaires d'une action collective comme une gestion intégrée des ravageurs, la foresterie sociale ou la mise en valeur des bassins versants (Knox, Meinzen-Dick, et Hazell, 1998).

Troisièmement, les institutions formelles qui contribuent à la formation du capital social, comme les églises, les clubs sportifs ou les associations professionnelles, sont généralement décimées elles aussi par la maladie.

Quatrièmement, les réseaux sociaux sont généralement concentrés dans l'espace. Ceux qui sont plus hétérogènes devraient avoir une capacité de charge supérieure. Cependant, ceux dont les membres sont très mobiles ou vivent en milieu urbain, seront plus vulnérables au VIH/SIDA.

Cinquièmement, le capital social risque d'être affaibli par l'exclusivité accrue des réseaux. L'opprobre que suscite le VIH/SIDA n'encourage pas l'établissement de liens entre les différents éléments du capital social (Narayan, 1999). Ainsi, le VIH/SIDA risque de déboucher sur l'apparition d'un type exclusif de formation de capital social.

Un dernier point qui mérite d'être relevé est que, dans un premier temps, la menace d'une épidémie de grande envergure peut renforcer les réseaux sociaux. Face

à une menace qui touche l'ensemble de la communauté, l'action collective peut être stimulée avant que le danger commence à saper la capacité et la volonté d'action collective. La mesure dans laquelle les réseaux sociaux peuvent résister à un assaut généralisé et soutenu est une question qui devrait retenir davantage l'attention.

2.2.4 *Capital physique et naturel*

Le VIH/SIDA menace également l'infrastructure de base et le matériel productif indispensables à la génération de moyens de subsistance. L'épidémie peut conduire les familles à vendre du matériel productif ou à hypothéquer leurs terres pour faire face aux dépenses de santé et aux frais funéraires ou bien à négliger l'infrastructure de santé dont dépendent les pauvres. Le temps devenant un capital de plus en plus rare dans les régions affectées par le VIH/SIDA, il importe de faciliter l'accès à l'eau salubre et aux sources d'énergie, spécialement si l'on considère que ces activités sont traditionnellement considérées comme relevant de la responsabilité des femmes, lesquelles sont généralement aussi celles qui doivent s'occuper des membres de la famille, qu'ils soient ou non malades. En outre, le VIH/SIDA risque de compromettre la capacité des communautés et des groupes d'utilisateurs de répartir les risques et d'agir collectivement pour gérer de façon durable les biens communs, dont les terres de parcours ou de culture ou les bassins fluviaux.

Il est d'autant plus important de définir clairement et équitablement les droits de propriété et les droits fonciers lorsque nombreux sont ceux qui doivent quitter leurs foyers à la recherche d'autres moyens de subsistance ou pour aider des amis ou des proches dans d'autres localités. Si ces droits dépendent d'une présence physique, ils risquent de se trouver compromis, spécialement si leur titulaire sont des veuves ou des orphelins.

3 Principes de programmation

Avant d'aborder les types de politiques et de programmes spécifiques qui peuvent être formulés pour combattre le VIH/SIDA, il n'est pas inutile de donner une liste des grands principes génériques qui permettent de maximiser la contribution des programmes d'alimentation et de nutrition à l'atténuation de l'impact de la maladie. Ces principes ont été tirés d'une analyse des ouvrages publiés dans ce domaine ainsi que des principales conclusions d'une série d'études cas récemment réalisées par le PAM. Dans ces études de cas (au Kenya, en Éthiopie, en Ouganda, en Zambie et au Cambodge), le PAM a examiné les activités qui sont menées avec une aide alimentaire du Programme ainsi que les autres types d'intervention afin d'identifier le rôle que l'aide alimentaire peut jouer dans la prévention et le traitement du VIH/SIDA et dans l'atténuation de son impact.

3.1 Éviter d'empirer les choses

Toute tentative du secteur public d'atténuer l'impact du VIH/SIDA doit tout d'abord éviter d'empirer les choses. Le secteur public, par exemple, a sciemment adopté un certain nombre de mesures qui ont réduit les capacités des ménages affectés d'atténuer l'impact du VIH/SIDA. Il y a lieu de mentionner notamment le plafonnement des prestations médicales auxquelles ont droit des employés

séropositifs, la réduction de la durée des congés accordés en cas de décès d'un proche et la réduction des contributions des entreprises aux frais funéraires, toutes ces mesures provenant d'Afrique du Sud (White et Robinson, 2000). Plus difficiles à détecter, mais peut-être plus faciles à remédier, sont des interventions ou politiques qui accroissent involontairement le risque d'infection par le VIH ou compromettent la capacité des ménages et des communautés d'atténuer les effets du Sida. Relèvent de cette catégorie, entre autres, toutes les mesures qui aggravent l'inégalité entre les sexes en ce qui concerne l'exercice du pouvoir ou celles qui ont pour effet de déplacer des personnes séropositives qui ne peuvent pas être suivies ou traitées comme il convient (Topouzis, 2000).

3.2 Intégration de la lutte contre le VIH/SIDA

Ce n'est que tout récemment que l'on s'est rendu compte que le VIH/SIDA, loin d'être un problème de santé isolé, est une crise de développement majeure. Cependant, lorsqu'elles existent, les stratégies élaborées ne vont généralement pas au-delà d'une simple prévention ni des limites du secteur de la santé. Très peu est fait pour atténuer les effets de la maladie ou pour revoir les politiques et les programmes d'amélioration de la nutrition et de renforcement de la sécurité alimentaire sous l'angle du VIH (voir la section 3.4). souvent, les agents publics ou fonctionnaires qui travaillent dans les secteurs de l'agriculture ou du développement rural ne comprennent pas lien qui existe entre le VIH et la sécurité alimentaire. Leur programmation est extrêmement ponctuelle, les divers groupes intervenant de différentes façons.

Un effort efficace de plaidoyer est indispensable si l'on veut intégrer aux politiques et aux programmes l'élément VIH/SIDA. Il faut élaborer des stratégies de plaidoyer qui tiennent compte du rôle que jouent les valeurs, les attitudes et les intérêts ainsi que l'information *en soi* et que ces stratégies soient menées à bien par des agents habiles, qui devraient, idéalement, être appuyés par des champions de réputation nationale.

3.3 Assurer un équilibre stratégique

L'on établit habituellement une distinction entre les secteurs de prévention visant à réduire l'infection par le VIH grâce à des changements de comportement et les efforts tendant à atténuer la sévérité de l'impact produit par le VIH/SIDA sur les ménages, les communautés et les autres institutions. Les programmes de soutien sont axés sur ceux qui sont infectés et affectés, particulièrement les enfants de parents séropositifs, les orphelins, les veuves, etc.

Les programmes élaborés pour combattre le VIH/SIDA ont jusqu'à présent été axés surtout sur la prévention, les activités de soutien et d'atténuation de l'impact de l'épidémie ayant été relativement négligées jusqu'à une date toute récente encore. Cette situation doit changer. Il est de plus en plus évident que non seulement toutes ces stratégies revêtent une importance capitale à long terme, mais encore qu'elles doivent être intégrées aussi étroitement que possible.

En effet, les distinctions sont en fait très ténues dans la réalité, et ces stratégies sont complémentaires aussi bien dans leur application que dans leurs effets. C'est

ainsi, par exemple, que des efforts d'atténuation de l'impact de la maladie peuvent avoir un effet de prévention (Topouzis, 2000). Dans la mesure où la pauvreté aggrave la susceptibilité et la vulnérabilité au VIH/SIDA (voir la section 1.2), les programmes tendant à amortir l'impact de l'épidémie, s'ils atténuent ou préviennent la pauvreté, peuvent réduire le risque d'infection par le VIH et ses effets futurs. Par conséquent, les interventions doivent être conçues et évaluées du point de non seulement de la mesure dans laquelle elles parviennent à atténuer l'impact actuel du VIH/SIDA, mais aussi où elles réduisent la susceptibilité à une infection future et la vulnérabilité à divers types d'impact.

Les programmes de soutien sont eux aussi indissociablement liés aux activités d'atténuation des effets de la maladie étant donné qu'ils produisent cet effet au niveau de l'individu, tandis que les autres formes d'activités peuvent mettre les familles et les communautés mieux à même d'atténuer l'impact de l'infection.

Qu'un vaccin contre le Sida soit ou non découvert, la prévention doit tendre à arrêter le moteur qui alimente la propagation de l'infection et donc minimiser les comportements à risque des individus qui risquent le plus d'attraper et de propager la maladie. Cependant, pour infléchir le comportement des individus, il ne suffit pas d'informer, d'offrir des services, de convaincre et d'exhorter. Il faut aussi s'attaquer aux incitations —culturelles, sociales et économiques— qui conduisent les individus à adopter un comportement à haut risque. L'on s'accorde aujourd'hui à reconnaître l'importance de la pauvreté comme élément à prendre en considération dans le calcul implicite des coûts et des avantages que font ceux qui envisagent de tels comportements à risque (par exemple le sexe payant). Si l'on peut identifier certains types de moyens de subsistance qui risquent plus de déboucher sur une infection par le VIH et si l'on peut commencer à comprendre les contraintes qui limitent le choix entre divers types de moyens de subsistance, l'on pourra commencer à mettre au point des politiques qui encouragent les individus à choisir des moyens de subsistance moins risqués et plus durables.

Pour véritablement atténuer l'impact de l'épidémie, il faut créer un environnement qui aide ceux qui sont affectés mais non infectés par le VIH/SIDA, à savoir les familles, les ménages et les communautés. Comme dans le cas de la prévention, certaines stratégies contribuent plus que d'autres à atténuer l'impact de la maladie. À mesure que nous commençons à mieux comprendre les effets sociaux et économiques du VIH/SIDA, nous pouvons commencer à identifier les éléments distinctifs des modes de vie qui sont les plus efficaces de ce point de vue. Idéalement, les activités d'alimentation et de nutrition devraient être intégrées à une série complète d'interventions comportant sensibilisation, conseils biomédicaux et psychosociaux, analyses et soutien. Une telle série de mesures touchent de nombreux aspects qui vont au-delà de la sécurité alimentaire, elles peuvent néanmoins beaucoup contribuer à améliorer la nutrition et à renforcer la sécurité alimentaire des ménages affectés par le VIH/SIDA.

3.4 L'"angle" VIH

Il faudrait revoir d'un oeil critique le rôle que jouent les politiques et les interventions existantes ou celui qu'elles pourraient jouer dans l'atténuation de l'impact de l'impact du VIH/SIDA avant d'élaborer des interventions tout à fait

nouvelles qui mettraient à rude épreuve les capacités disponibles. Dans quelle mesure une intervention doit-elle viser spécifiquement le VIH/SIDA pour en atténuer efficacement les effets? Plus particulièrement, dans quelles circonstances les gouvernements, les ONG, les communautés et les organismes de développement doivent-ils: i) améliorer l'efficacité des efforts existants; ii) considérer les interventions de prévention et d'atténuation de l'impact du Sida sous l'angle de la pauvreté et les modifier en conséquence; iii) considérer les interventions de développement de l'agriculture, de lutte contre la pauvreté et d'amélioration de la nutrition sous l'angle du VIH et les modifier en conséquence; ou iv) mettre au point des interventions totalement nouvelles pour combattre le VIH/SIDA? Les praticiens du développement ne doivent pas fermer les yeux devant la menace représentée par le VIH/SIDA, mais celle-ci ne doit pas non plus les aveugler.

L'un des problèmes qui se posent en l'occurrence est que les programmes tendant à renforcer la sécurité alimentaire en tant que telle sont très insuffisants dans nombre de pays. Il est difficile, en raison du caractère multisectoriel des problèmes qui se posent, d'élaborer des programmes visant à améliorer la nutrition et l'alimentation plutôt qu'à simplement promouvoir la production agricole. La question se complique encore plus lorsqu'il faut relier de tels programmes à ceux qui tendent à combattre le VIH/SIDA outre que, dans nombre de pays, les politiques et les programmes de renforcement de la sécurité alimentaire n'occupent qu'une place limitée dans les stratégies de réduction de la pauvreté en général, ce qui relègue la question encore plus à l'arrière-plan.

3.5 Contexte

Le contexte en général, et le contexte de la pauvreté en particulier, ne sont pas suffisamment pris en compte dans la programmation. Pour les pauvres, le VIH/SIDA n'est qu'un choc de plus qui les empêche de sortir de l'ornière et d'avoir une vie meilleure. Les programmes d'atténuation d'impact doivent tenir très soigneusement compte de la nature de toutes les autres contraintes qui affectent la sécurité alimentaire des ménages touchés par le VIH/SIDA. Ce sont souvent des autres contraintes qui compromettent le succès de l'intervention et qui dictent l'impact que le VIH/SIDA a sur les différents ménages et les différents membres du ménage. En raison de la complexité de ces interactions, il peut être difficile d'identifier pour atténuer l'impact de la maladie des activités qui, en même temps, soient durables, remédient à la malnutrition et à l'insécurité alimentaire et contribuent à la prévention de l'infection par le VIH.

3.6 Ciblage

Il importe de diagnostiquer les différentes étapes de la maladie dans les différentes régions d'un pays. Dans certaines régions, l'accent devra être mis sur la prévention tandis que dans d'autres, là où la maladie a déjà eu un impact visible sur la sécurité alimentaire des ménages, il faudra de plus en plus insister sur les efforts d'atténuation de son impact.

Différentes interventions devront également être mises au point pour les divers groupes. L'impact du VIH/SIDA sur la sécurité alimentaire des groupes pastoralistes sera sans doute différent de ce qu'il est sur une communauté d'agriculteurs.

Particulièrement susceptibles et vulnérables sont les communautés affectées par les situations d'urgence complexes (voir la section 3.10), qui sont généralement un épïcentre pour la transmission de la maladie du fait de la combinaison mortelle que sont des déplacements de populations, des viols, des troupes d'occupation, des femmes qui se trouvent dans des circonstances désespérées, des réserves de sang peu sûr, l'abus des drogues, des pratiques sexuelles risquées et l'insuffisance des mesures de contrôle, autant de facteurs qui rendent la propagation du VIH hautement probable. Une telle situation ne manquera pas d'affecter les communautés voisines.

Il n'est pas nécessaire de recenser les séropositifs ou les ménages affectés. Pour éviter l'opprobre que suscite l'infection, un ciblage communautaire est habituellement la formule la mieux appropriée (voir la section 4.1). Si le programme est conçu de manière à recenser les plus pauvres des pauvres pour mettre en place des filets de sécurité ou réaliser des projets d'aide alimentaire à l'appui du développement, par exemple, il semble que la meilleure méthode de ciblage soit l'utilisation des structures communautaires connues. Les programmes axés sur les ménages très pauvres qui souffrent d'insécurité alimentaire et qui n'ont pas été affectés par le VIH mais par d'autres causes ne doivent pas être considérés comme mal ciblés. Outre que le fait d'individualiser les familles touchées par le VIH suscite l'opprobre, cela risque de ne pas être une formule efficace dans le contexte de nombreux programmes étant donné que, dans la plupart des régions rurales, l'on ne fait guère d'analyses, voire pas du tout.

3.7 Échelle

La plupart des programmes de lutte contre le VIH/SIDA ont une échelle très réduite et ont parfois été qualifiés de "boutiques chères" qui ne sont disponibles que pour une proportion réduite des populations affectées (Binswanger, 2000). À Kagera, Tanzanie, région qui a fait l'objet de nombreuses études, deux districts sur cinq seulement sont desservis par les services de lutte contre le VIH/SIDA (en l'occurrence de prévention) et, à l'intérieur de ces districts, 5 pour cent de la population seulement y a accès. Une coordination multisectorielle imposée des programmes de développement durable intégré a échoué pendant les années 70 et 80 (Banque mondiale, 1988), et il importe de ne pas répéter de telles erreurs. Il demeure cependant nécessaire que le sommet appuie dans une certaine mesure les initiatives prises à la base en ce qui concerne la détermination des paramètres des politiques et des programmes, le cofinancement des programmes, la facilitation et la formation, le suivi et l'évaluation (Binswanger, 2000). Ce qui importe, c'est de trouver le moyen de transposer à plus grande échelle les approches communautaires adaptées aux besoins locaux.

L'échelle d'une intervention peut susciter également des considérations de durabilité. Les résultats seront sans doute de plus en plus durables à mesure que l'on commence à envisager systématiquement les politiques et les programmes sous l'angle du VIH. Il importe aussi de souligner à nouveau que la nature, aussi bien à court terme qu'à long terme, de l'impact de la maladie et des interventions tendant à l'atténuer doit être soigneusement prise en considération.

3.8 Partenaires et collaboration

Les interventions les plus efficaces reposent sur une solide participation communautaire et dépendent directement du concours des autorités sanitaires locales, des représentants de la communauté et des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA. Une participation de ces dernières à tous les aspects de l'élaboration des programmes peut beaucoup contribuer à l'efficacité des efforts de prévention, de soutien et d'atténuation de l'impact de l'épidémie. Les plus efficaces des organisations associées à la lutte contre le VIH/SIDA sont des organisations communautaires. Toutefois, il est rare que ces institutions aient une envergure nationale, il peut être difficile de les localiser et elles n'ont souvent pas les moyens d'étendre leurs interventions (voir la rubrique "Échelle" ci-dessus).

Il importe aussi de regarder au-delà des réseaux habituels des organisations qui travaillent dans les domaines de la nutrition et de la sécurité alimentaire pour recenser des partenaires qui s'occupent de la lutte contre le VIH/SIDA et avec lesquels des partenariats mutuellement bénéfiques peuvent être créés. Nombre des organisations qui aident et appuient les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et leurs familles ont des affiliations religieuses. Les organismes qui s'emploient à renforcer la sécurité alimentaire doivent s'efforcer de maximiser les apports de telles organisations tout en tenant compte des contraintes éventuelles et des lacunes que peut laisser subsister leur action. Dans de nombreuses régions, par exemple, les groupes religieux sont très actifs dans les soins au foyer mais n'encouragent pas l'utilisation de préservatifs en vue de prévenir la transmission du VIH. En pareille situation, il faudra mobiliser le concours d'autres partenaires. Comme les organisations associées risquent d'être très réduites et n'avoir que des capacités, spécialement en matière d'innovation, le renforcement des capacités devra être un des éléments essentiels de ces partenariats.

3.9 Suivi

Il est difficile d'adapter les politiques et les programmes à l'évolution de l'épidémie si celle-ci ne peut pas être efficacement suivie. Un système de suivi relativement simple mais permettant de surveiller l'évolution de l'épidémie et son impact sur la nutrition et la sécurité alimentaire avec les attitudes et la fiabilité requises pour pouvoir si besoin est améliorer l'action entreprise n'existe toujours pas, ce qui est probablement dû au fait que ce type d'information n'est guère demandé et que les moyens de l'obtenir sont eux-mêmes limités. Il est difficile de répondre à la question de savoir comment une telle demande pourrait être encouragée. L'opprobre, le déni et le silence qui entourent le VIH/SIDA rendent cette tâche plus difficile que, par exemple, l'élaboration d'indicateurs permettant d'annoncer une menace de sécheresse. L'épidémie elle-même limite les capacités de rassembler de telles informations.

Plusieurs indicateurs génériques de ce type ont été suggérés dans les différents ouvrages publiés sur le sujet. La nature de l'impact de la maladie sur les ménages et les communautés et de la réaction de leur part donne, comme on l'a vu dans la section précédente, quelques indications. Les données rassemblées par les dispensaires concernant les maladies sexuellement transmissibles, la tuberculose et les grossesses chez les adolescentes sont utiles lorsqu'elles existent. Dans ce cas également, il n'est pas nécessaire de réinventer des indicateurs de la situation nutritionnelle ou de la

sécurité alimentaire, mais seulement d'utiliser les indicateurs existants sous l'angle du VIH/SIDA. Il faut trouver un moyen terme entre les indicateurs qui peuvent être comparés d'une communauté ou d'un ressort administratif à un autre et les processus communautaires qui permettent de générer des indicateurs plus spécifiques en fonction du contexte. Le savoir cumulé par les communautés peut être précieux non seulement pour identifier les indicateurs mais aussi pour déterminer comment ils doivent être utilisés et qui pourra rassembler les données pertinentes.

3.10 La programmation en situation d'urgence

La programmation en situation d'urgence doit tendre à maîtriser la propagation du VIH/SIDA parmi les populations affectées et empêcher que l'épidémie continue de se propager. L'on peut, à cette fin, distribuer gratuitement des préservatifs, mener des campagnes d'information, s'attacher à prévenir la transmission du VIH par transfusions sanguines et veiller à ce que tout le personnel de santé prenne toutes les précautions requises. Il faut également s'efforcer de mettre les femmes à l'abri de la violence sexuelle. En outre, les forces armées qui servent sous la bannière de l'ONU risquent fort aussi bien de transmettre la maladie que de la contracter et constituent un bon groupe cible pour des activités d'éducation et de prévention.

4 Mesures pouvant être envisagées

L'on examinera dans cette section certaines des mesures spécifiques qui peuvent être envisagées pour atténuer l'impact du VIH/SIDA sur la nutrition et la sécurité alimentaire —en commençant par l'élaboration de politiques et de programmes de nature à améliorer la situation nutritionnelle—⁵ avant d'analyser le rôle de l'aide alimentaire et enfin les mesures pouvant être envisagées dans le contexte du secteur agricole. Il importe de ne pas perdre de vue, pour analyser ces options, les principes génériques décrits plus haut.

4.1 Politiques et programmes d'amélioration de la nutrition

Plusieurs approches différentes peuvent être appliquées pour élaborer et appliquer une intervention nutritionnelle appropriée pour atténuer l'impact du VIH/SIDA. Il faut tout d'abord faire une distinction en ce qui concerne l'objectif. Des soins et un soutien nutritionnel revêtent une importance capitale pour empêcher l'épuisement des nutriments chez ceux qui vivent avec le VIH/SIDA. Les objectifs qui peuvent être fixés à cet égard peuvent consister à améliorer la qualité du régime alimentaire, d'accroître l'apport calorique, d'encourager l'organisme à mettre en réserve des micronutriments ou à reconstituer ses réserves, à prévenir ou à stabiliser la perte de poids, à préserver et à accroître la masse musculaire, à prévenir la diarrhée et les autres troubles digestifs qu'entraîne une mauvaise assimilation des graisses, à accélérer la récupération après des infections opportunistes et à préparer les patients à gérer les symptômes causés par le Sida qui affectent la consommation alimentaire et l'apport calorique.

⁵ Pour une large part, la discussion concernant les politiques et programmes de nutrition se rapportent aux programmes de nutrition et de soins appuyés par une aide alimentaire.

Un soutien nutritionnel peut considérablement allonger la vie des séropositifs, dans leur propre intérêt aussi bien que dans celui des personnes qui sont à leur charge (par exemple les jeunes enfants), ce qui, en un sens, repousse à plus tard la nécessité d'intervenir pour atténuer l'impact de la maladie et de réduire la vulnérabilité à celle-ci (Page, 2000). C'est, s'il intervient au début de la maladie, que ce soutien nutritionnel peut être le plus efficace en prolongeant la période de santé relative —c'est-à-dire avant que des anomalies du métabolisme n'affectent la nutrition— avant l'apparition du Sida (Piwoz et Preble, 2000). À ce stade de la maladie, regrettablement, rares sont ceux qui se savent séropositifs.

Les interventions nutritionnelles peuvent également être axées sur les communautés afin de prévenir les effets du VIH/SIDA, ou tout au moins de les atténuer, en réduisant l'interaction entre la maladie et la malnutrition, que ce soit avant ou après l'infection par le VIH.

Toute intervention nutritionnelle doit tenir compte de trois principaux éléments d'une bonne nutrition: sécurité alimentaire, services de santé et d'assainissement et soins. Pour les personnes qui vivent avec le VIH/SIDA, cela signifie qu'un traitement approprié des infections opportunistes, la gestion du stress, l'exercice physique et des conseils et un appui psychologique et spirituel, par exemple, sont indispensables (Abdale et Kraak, 1995), de même que les mesures classiques comme la distribution au foyer de repas aux malades du Sida qui ne peuvent pas les préparer eux-mêmes.

Hors d'un milieu clinique, appliquer de telles mesures de manière à ne pas stigmatiser le bénéficiaire soulève un problème majeur. Il est probablement beaucoup plus réaliste et efficace de cibler ce type d'intervention sur les communautés où l'incidence du VIH/SIDA est élevée (celle-ci étant évaluée au moyen de tous indicateurs pertinents) que sur des individus ou des ménages. Un ciblage au deuxième degré peut être employé pour centrer les activités sur les personnes se trouvant à une période de leur cycle biologique qui les rend particulièrement susceptibles et vulnérables (par exemple les adolescentes, les femmes enceintes ou les jeunes enfants).

Les programmes de promotion de l'allaitement au sein et d'alimentation complémentaire, vus sous l'angle du VIH, devront également tendre à diffuser des informations claires parmi les décideurs, les prestataires de services de santé et les communautés pour qu'ils comprennent bien la réalité de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ainsi que les risques et les avantages de l'allaitement au sein (voir l'encadré 2).

Encadré 2: Comment le phénomène de la transmission du VIH de la mère à l'enfant influe-t-il sur les politiques?

La constatation que le VIH se transmet par le lait maternel a compliqué les recommandations concernant l'alimentation des nouveau-nés (Nicoll et al., 1995). Reconnaisant que l'allaitement au sein était un mode de transmission du VIH qui était important mais qui pouvait être évité, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONU/SIDA), l'OMS et l'UNICEF ont publié de nouveaux principes directeurs concernant le VIH et l'alimentation des nouveau-nés (OMS, 1998). Ces directives soulignent la nécessité d'entreprendre d'urgence une action pour éduquer, conseiller et aider les femmes séropositives à prendre des décisions quant à la façon d'alimenter leurs enfants dans les meilleures conditions de sécurité.

La découverte que l'allaitement exclusif au sein pouvait jouer un rôle de protection (Coutsoudis et al., 1999 et 2001) a été faite après la publication de ces directives. Il faut confirmer cette conclusion et les avantages que de saines pratiques d'allaitement au sein peuvent avoir du point de vue de la réduction du risque de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant avant de pouvoir élaborer une recommandation qui permette aux nouveau-nés de bénéficier des innombrables avantages qu'apporte un allaitement exclusif au sein tout en évitant le risque de transmission du VIH que suppose un allaitement partiel seulement. Pour une large part, les débats sur ce point et les controverses qu'il a suscitées ont montré que l'on connaît mal les multiples avantages d'un allaitement exclusif au sein et les sérieux dangers que peut avoir la non-application de cette recommandation.

Cependant, alors même que ces effets sont peu à peu reconnus, il subsiste une forte résistance pour le motif que l'allaitement exclusif au sein est à la fois rare (Haggerty et Rutstein, 1999) et difficile à encourager. Manifestement, il reste beaucoup à faire. Les efforts de promotion de l'allaitement au sein doivent être intensifiés rapidement, notamment en étendant aux hôpitaux ruraux l'Initiative pour les hôpitaux amis des bébés et en renforçant les liens entre cette initiative et les communautés (dixième point de la Déclaration Innocenti). Il importe également de défendre le droit des travailleuses de nourrir leurs enfants au sein (en invoquant, par exemple, la nouvelle Convention No. 183 de l'OIT sur la protection de la maternité et la recommandation 19, qui préconise un allongement des congés payés de maternité et la fourniture des autres services d'appui nécessaire sur les lieux de travail).

Ces programmes devront également tenir compte du fait que les ménages affectés par le VIH/SIDA auront encore moins de temps et d'argent pour acheter, préparer et dispenser des aliments complémentaires appropriés. Les programmes tendant à améliorer la situation nutritionnelle des femmes n'auront pas à être modifiés à des égards importants, mais devront être beaucoup plus appuyés, spécialement dans le cas des mères allaitantes. Encore une fois, ces problèmes seront encore aggravés par l'affaiblissement progressif des systèmes de prestations de soins de santé et de services sociaux.

Les communautés affectées peuvent être la cible des types d'interventions ci-après: conseils sur la nutrition dans les dispensaires, dans le contexte communautaire ou au foyer pour améliorer le régime alimentaire, accroître la consommation d'aliments et de nutriments ou gérer l'anorexie et autres affections qui influent sur les habitudes alimentaires; promotion de l'utilisation d'eau salubre, de précautions d'hygiène et de la sécurité des aliments pour prévenir la diarrhée; et distribution de "paniers" d'aliments complémentaires pour préparation au foyer.

Comme dans le cas de tous les programmes de nutrition, il importe que ces interventions soient non seulement axés sur la communauté mais entretenus par celle-ci. Les méthodes employées sont donc fort importantes. Au niveau communautaire, ce qu'il faut, c'est créer un espace et développer les capacités afin de lancer un processus itératif d'évaluation, d'analyse et d'action.

Il importe aussi de créer des partenariats et de promouvoir la convergence des programmes. Comme il s'agit d'un thème dont les multiples aspects exigent une action intersectorielle, la nutrition est et a toujours été exposée à l'inertie bureaucratique provoquée par des structures organisationnelles compartimentées qui n'encouragent guère l'intégration ou la convergence. Des recettes magiques ont généralement été privilégiées, comme en témoigne la place faite à la distribution de comprimés de vitamine A et à l'iodisation du sel pendant les années 90. Intrinsèquement, il n'y a rien à redire à des recettes magiques, à moins qu'elles n'évincent d'autres approches globales importantes, nécessaires et à longue échéance de la nutrition. Or, tel a

certainement été le cas, comme en témoigne la stagnation relative de la croissance des enfants en comparaison de la progression des indicateurs de consommation de micronutriments (CAC/SCN, 2000). Si la distribution de micronutriments, et en particulier de vitamine A, peut contribuer à soutenir la situation nutritionnelle des communautés affectées par le Sida, il importe tout spécialement de ne pas renouveler cette erreur dans le cas de cette dernière, surtout si l'on considère que l'on ne peut pas satisfaire au moyen de pilules les besoins accrus en énergie et en protéines des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA.

4.2 Programmation de l'aide alimentaire

Les organisations de terrain viennent à peine de commencer à étudier le rôle que l'aide alimentaire peut jouer dans les efforts tendant à atténuer l'impact du VIH/SIDA et à soutenir les populations affectées. Les familles pauvres affectées par le Sida disent souvent que c'est surtout d'aliments dont elles ont besoin. Le plus difficile, dans le contexte des interventions appuyées par une aide alimentaire, consiste non seulement à apporter des aliments suffisants pour satisfaire les besoins de consommation et les besoins nutritionnels, mais aussi de programmer les interventions de sorte que les membres de la famille et les communautés conservent durablement un moyen d'améliorer leur nutrition et de renforcer leur sécurité alimentaire après que l'aide alimentaire a pris fin. La durabilité des résultats pose donc des problèmes épineux qui sont loin d'être tout à fait réglés.

Les études récentes ont montré qu'il y a place pour l'aide alimentaire dans les séries de mesures de soutien comme celles qui tendent à atténuer l'impact de la maladie (Kraak et al., 2000; PAM, 2001). Il importe néanmoins de respecter certains principes de programmation:

- Si des interventions appuyées par une aide alimentaire doivent être ciblées sur des familles et des communautés affectées par le VIH/SIDA, il importe que les bénéficiaires aient manifestement besoin d'aliments. Il existe des méthodes fiables et ayant fait leurs preuves qui permettent de déterminer le niveau relatif de sécurité alimentaire et nutritionnelle d'un ménage, et ces méthodes sont utilisées dans la plupart des interventions ciblées d'aide alimentaire (PAM, ACV).
- Comme dans le cas de toute intervention d'aide alimentaire autre que les secours d'urgence, des aliments ne doivent être distribués que dans le cadre d'une "enveloppe" d'assistance plus large. L'"enveloppe" la mieux appropriée pour les personnes et communautés affectées par le VIH/SIDA dépendra des circonstances propres au pays ou à la communauté considéré(e). L'information, l'éducation et la sensibilisation (c'est-à-dire la prévention) constituent un élément essentiel aussi bien des programmes de soutien que des activités tendant à amortir l'impact de l'épidémie.
- Combiner la distribution de vivres et une formation ou des activités génératrices de revenus semble être un moyen à la fois d'aider les ménages assistés à avoir plus facilement accès à l'alimentation et de renforcer l'autonomie de ceux qui doivent soit soigner un adulte chroniquement malade, soit faire face à la disparition d'un membre de la famille. Il faut, lorsque l'on

applique cette approche, veiller à ce que les métiers enseignés et les activités génératrices de revenus créées soient viables et aient des débouchés.

- Établir un lien vertical entre les projets appuyés par une aide alimentaire et d'autres types d'assistance, comme les programmes de microcrédit, peut renforcer l'impact du projet initial vivres-contre-formation ou vivres-contre-travail.
- Le projet doit prévoir des consultations étroites avec les communautés affectées quant à la façon de cibler et de fournir l'aide alimentaire. Il faut discuter avec les participants des types d'aliments les mieux appropriés, particulièrement lorsque les membres de la famille comprennent des personnes chroniquement malades et des nouveau-nés. Par aliments appropriés, il faut entendre non seulement des aliments goûteux et nutritifs, mais aussi des aliments faciles à préparer et à cuire, surtout si l'on considère que, la force de travail du ménage étant affaiblie, il peut être difficile pour la famille de se procurer du combustible, par exemple du bois de feu.
- Les communautés ont souvent leurs propres moyens de déterminer quels sont les ménages les plus pauvres et quels sont ceux qui ont besoin d'aliments. Pour éviter l'opprobre, les ménages pauvres et menacés par l'insécurité alimentaire, doivent être inclus dans le groupe de bénéficiaires, même s'ils n'ont pas été visiblement affectés par le VIH/SIDA, s'ils sont sélectionnés par la communauté.

Les projets appuyés par une aide alimentaire suscitent certaines difficultés. Pour de multiples raisons, ils peuvent susciter plus de problèmes pour les organismes qui les exécutent que les autres types de projets de développement. La plupart des organisations communautaires qui participent à la lutte contre le VIH/SIDA et qui peuvent aider à la réalisation de projets d'aide alimentaire sont très petites et opèrent avec des ressources minimales. Souvent, elles n'ont pas les compétences ou les capacités nécessaires pour élargir leurs activités et n'ont pas l'expérience du transport, de l'entreposage, de la manutention et de la distribution de produits alimentaires. Les organisations d'aide alimentaire doivent tenir compte de ce manque de capacités et prévoir de renforcer les capacités et de dispenser une formation dans ces domaines. De plus, nombre des organisations communautaires n'ont jamais utilisé l'aide alimentaire dans leurs programmes. Il est donc essentiel de dispenser une éducation concernant le rôle que l'alimentation doit jouer dans les programmes de soutien ou d'atténuation des effets de l'épidémie.

Il peut être difficile aussi de déterminer comment doivent être concentrés les programmes et projets appuyés par une aide alimentaire. L'aide alimentaire est généralement ciblée sur les régions géographiques d'un pays où l'insécurité alimentaire est la plus grave puis, à l'intérieur de ces régions, sur les communautés et les familles qui n'ont pas assez à manger. Or, souvent, des régions ne sont pas celles où l'incidence du VIH/SIDA est la plus forte (PAM, ACV Ouganda, Kenya, Inde). Les régions où règne l'insécurité alimentaire sont souvent plus éloignées, ont un moindre potentiel de production et leurs marchés sont peu développés. Les régions où les taux d'infection sont élevés, en revanche, sont souvent les agglomérations ou régions semi urbaines ou celles où les marchés et les réseaux de transport fonctionnent

assez bien et où sont concentrées les activités commerciales, et notamment le commerce de produits agricoles. Les villes à proximité des grands axes routiers et les zones où se trouvent des marchés commerciaux actifs ont souvent des taux d'incidence élevés.

Pour cibler efficacement l'aide alimentaire dans les régions caractérisées par une sécurité alimentaire relative, les interventions doivent pouvoir recenser et identifier les familles et les communautés affectées par le Sida et les ménages qui arrivent difficilement à manger à leur faim. Si les institutions locales, les ONG ou les organisations communautaires qui aident les populations affectées par le VIH/SIDA n'opèrent pas dans la localité, il sera extrêmement difficile d'identifier les familles et les populations pour lesquelles une aide alimentaire peut faire une différence.

En outre, les programmes de lutte contre le VIH/SIDA qui sont appuyés par une aide alimentaire doivent être élargis pour englober des activités de prévention. La plupart des organisations qui fournissent une aide alimentaire se chargent également de la transporter dans le pays, soit au moyen de leurs propres camions, soit en ayant recours à des entreprises de transport locales. Comme l'on sait que les routiers sont un vecteur pour la propagation du VIH, il importe d'inclure ce groupe dans les campagnes d'éducation, de sensibilisation et de formation, et notamment de leur distribuer des préservatifs. Les organisations qui fournissent une aide alimentaire devraient envisager de cibler leurs efforts sur le personnel des entreprises de transport, en particulier celles qui interviennent en cas d'urgence, lorsque les quantités de produits alimentaires à distribuer et par conséquent le nombre de chauffeurs nécessaires augmentent considérablement.

L'on trouvera dans l'encadré 3 ci-dessous plusieurs options pour la programmation de l'aide alimentaire. En modifiant légèrement les projets existants d'aide alimentaire, l'on pourrait tenir compte des besoins spécifiques des familles affectées par le VIH/SIDA qui sont menacées par l'insécurité alimentaire. L'alimentation scolaire en particulier, par exemple, peut être un moyen d'encourager les orphelins à fréquenter l'école et de réduire les taux d'abandons scolaires. En distribuant aux orphelins des rations à emporter à la maison pour leurs familles adoptives dans le cadre d'un programme ordinaire d'alimentation scolaire, les familles peuvent être encouragées à continuer de s'occuper des enfants dont les parents ont disparu et les orphelins sont encouragés à fréquenter l'école. L'expérience montre que les familles adoptives, si elles continuent d'envoyer leurs propres enfants à l'école lorsque les temps sont difficiles, en retirent souvent les enfants recueillis.

Bien qu'une aide alimentaire puisse et doive être distribuée aux institutions et par leur intermédiaire, il faut veiller à ne pas compromettre les stratégies de soutien des ménages et des communautés. Par exemple, en fournissant une aide, sous forme de produits alimentaires ou d'autres ressources, aux orphelinats, les communautés risquent d'être encouragées à y envoyer les orphelins plutôt qu'à trouver des familles adoptives et de permettre ainsi aux enfants de rester dans un environnement familial.

Encadré 3: Exemples d'utilisation de l'aide alimentaire pour appuyer les interventions de prévention de soutien et d'atténuation de l'impact de l'épidémie

Prévention

- Des sites de distribution des produits alimentaires peuvent être utilisés pour permettre aux partenaires de sensibiliser les populations au VIH et au Sida, de diffuser des informations sur les précautions à prendre et de distribuer des préservatifs en encourageant leur emploi
- Il importe de veiller à ce que les routiers employés par les organismes d'aide alimentaire soient informés des précautions à prendre pour réduire les risques d'infection et reçoivent d'amples quantités de préservatifs
- Il faudrait apprendre aux agents de santé communautaires à diffuser des informations sur les pratiques optimales en matière d'allaitement au sein aux bénéficiaires des activités des organismes d'aide alimentaire
- Il faudrait former de jeunes moniteurs pour diffuser des informations sur les précautions à prendre pour éviter les MST et le VIH/SIDA, encourager des analyses volontaires et donner des conseils

Atténuation de l'impact de l'épidémie

- Organisation d'activités vivres-contre-formation professionnelle pour les enfants des rues et les orphelins
- Programmes d'alimentation scolaire et distribution spéciale de rations destinées aux familles ayant recueillies des orphelins
- Programmes vivres-contre-formation tendant à encourager les activités génératrices de revenus (culture de champignons, batiks, etc.), en établissant un lien avec les mécanismes de microcrédit pour les femmes et les orphelins d'un âge suffisant
- Activités vivres-contre-formation et vivres-contre-travail pour aider les agriculteurs au moyen de programmes de traction animale et de distribution de semences et d'outils agricoles
- Activités vivres-contre-travail pour promouvoir une augmentation de la production agricole grâce à l'horticulture familiale afin d'encourager une diversification du régime alimentaire et un apport accru en micronutriments
- Activités vivres-contre-travail et vivres-contre-formation pour appuyer l'introduction d'activités d'élevage à petite échelle et à faible intensité de travail afin: i) d'accroître l'apport en aliments à forte teneur en énergie et protéines; et b) d'encourager une épargne et la formation d'un capital qui augmenteront avec le temps

Soutien

- Distribution de produits alimentaires aux femmes qui vivent avec le VIH/SIDA et à leurs enfants pour prolonger la vie de la mère tout en garantissant la nutrition de ses enfants
- Appui à la formation des agents itinérants pour qu'ils puissent donner des conseils en matière de nutrition pour encourager l'adoption de pratiques optimales et la consommation d'aliments appropriés pour leurs malades
- Appui nutritionnel aux tuberculeux pour protéger leur sécurité alimentaire et pour les encourager à suivre intégralement le protocole de traitement (la tuberculose est l'une des infections opportunistes les plus communes chez les séropositifs)

Source: PAM 2001

4.3 Politiques et programmes agricoles

L'orientation des politiques et des programmes agricoles peut être définie selon les principaux types d'impact: pertes de main-d'oeuvre, pertes de savoirs et faiblesses des institutions. Au-delà des phases initiales de l'épidémie, tels sont les

effets les plus notables. Touts sont aggravés et deviennent une spirale descendante lorsque la réaction immédiate est l'épuisement des avoirs collectifs et individuels.

Les questions liées au VIH/SIDA peuvent, et devraient dans toute la mesure possible, être intégrées aux systèmes de fourniture de services à l'agriculture. L'on peut en citer en exemple les programmes de gestion intégrée des ravageurs en Afrique australe dans le cadres desquels il est diffusé des informations sur la prévention du VIH, l'atténuation de son impact et le soutien aux personnes affectées. C'est ainsi également que, dans le sud-est de l'Asie, les écoles d'agriculture et de gestion intégrée des ravageurs apprennent aux étudiants les mesures à prendre pour prévenir le VIH (White et Robinson, 2000). Il peut y avoir intérêt à cibler les ressources limitées qui sont disponibles pour les services de vulgarisation sur les groupes à haut risque comme les travailleurs agricoles saisonniers, les travailleurs des plantations et les pêcheurs. Comme dans tout autre secteur, il faut établir des systèmes de suivi pour analyser la progression de l'épidémie et l'adéquation des mesures adoptées. Il faudrait encourager ceux qui font des recherches sur les systèmes agricoles nationaux à étudier les possibilités de substitution du travail et du capital dans les systèmes agricoles locaux en prévision de graves pénuries de main-d'oeuvre.

Néanmoins, le plus difficile, dans les pays menacés par le VIH/SIDA, est de concevoir des systèmes de gestion de l'agriculture et les ressources naturelles qui fassent appel à moins de main-d'oeuvre et à moins d'intrants achetés mais qui puissent néanmoins fournir des moyens de subsistance durables. En l'absence de nouvelles technologies et de nouvelles techniques, les agriculteurs passent à des systèmes de culture qui, bien que moins productifs, font appel à moins d'intrants et sont donc viables et préférables à des types de cultures à forte intensité d'intrants et de main-d'oeuvre (Page, 1999). Ce faisant, toutefois, ils risquent d'adopter une "stratégie de survie" qui risque en définitive d'aller à l'encontre du but recherché. La diminution de la productivité agricole, par rapport à ce qu'elle était avant l'épidémie est suffisamment marquée, des revenus aussi bien agricoles que non agricoles se trouveront enfermés dans un cycle descendant.

Adopter de telles pratiques agricoles peut sans doute permettre de gagner du temps mais a peu de chances d'être une solution viable. Ce qu'il faut, c'est que les agriculteurs et en particulier les agronomes identifient des pratiques de culture adaptées à la réalité d'un environnement affecté par le VIH/SIDA tout en soutenant les niveaux de productivité. Pour cela, il faudra que les agriculteurs épargnés par la maladie soient associés de plus en plus près à la planification et à la réalisation des recherches (Topouzis et de Guerny 1999). Un exemple simple d'adaptation technologique à un environnement affecté par le VIH/SIDA est la fabrication de charrues plus légères que puissent utiliser les femmes et les adolescents (White et Robinson, 2000).

Les méthodes proposées pour remédier aux pertes d'information et de savoirs consistent notamment à organiser des écoles locales où les agriculteurs expérimentés puissent apprendre ce qu'ils savent à ceux qui le sont moins (jeunes et veuves). Au Zimbabwe, par exemple, il a été organisé pour les veuves du Sida une formation participative à la culture du coton, traditionnellement réservée aux hommes (White et Robinson, 2000). Les services de vulgarisation —eux-mêmes décimés par l'épidémie— doivent être axés davantage sur les jeunes pour combler le vide créé par

la maladie. Les pertes de savoirs influent directement aussi sur le rôle que les négociants jouent en faisant le relais et entre l'exploitation et le marché. Des recherches récentes ont mis en relief le rôle important que jouent les mécanismes d'échange d'informations et les relations sociales entre négociants et agriculteurs et ce rapport de réciprocité fondé sur la confiance (Fafchamps et Minten, 1999). C'est là une des formes de capital social qui est probablement affecté par le VIH/SIDA. Les négociants itinérants sont sans doute relativement susceptibles à l'infection par le VIH/SIDA et, les marchés agricoles étant déjà fragiles dans de nombreuses régions d'Afrique subsaharienne, cela risque d'avoir de graves conséquences. Il faut entreprendre des efforts pour préserver ces réseaux.

L'agriculture n'existe pas dans le vide. Il importe par conséquent de renforcer les institutions qui soutiennent l'agriculture face aux assauts du VIH/SIDA. À cet égard, il faut commencer par améliorer l'accès du personnel de ces institutions aux informations et aux méthodes de prévention du VIH. Il faut ensuite aider les institutions à se renforcer elles-mêmes. L'on ne sait pas encore quelles sont les contraintes qui limitent le plus les capacités et quelles sont les capacités qui ont été les plus affectées par le VIH/SIDA. Il s'agit là d'une question qui devra être étudiée de manière plus approfondie avant que l'on puisse accroître les ressources destinées au perfectionnement du personnel et au recrutement.

La situation de certains des pays les plus affectés a démontré l'aptitude d'une importante institution rurale, le microfinancement, à innover et à mettre au point des produits qui répondent mieux aux besoins de la clientèle naissante. Tel est particulièrement le cas en Ouganda, où les dirigeants nationaux ont ouvertement reconnu la nécessité de lutter contre le VIH/SIDA (Parker et al., 2000). Les institutions de microfinancement et les ONG qui aident à les animer auront un rôle crucial à jouer dans la prévention de la maladie et l'atténuation de ses effets sur les nouveaux champs de bataille contre le VIH/SIDA du sud et du sud-est de l'Asie, qui sont les régions où le microfinancement a généralement le plus innové. Si l'on veut encourager ce type d'innovation à l'interface entre les communautés et les institutions qui leur doivent des comptes, les donateurs devront faire preuve de plus d'imagination dans la programmation de leurs ressources.

5 Recherche

La base de recherche sur laquelle l'impact du VIH/SIDA et les efforts d'atténuation de ses effets sont évalués est très étroite. Il existe certes quelques bonnes études publiées dans les ouvrages indiqués dans la bibliographie, ainsi que des analyses non publiées. Étant donné l'ampleur du problème, toutefois, la base de recherche est extrêmement exiguë.

Les avis ne concordent pas sur le point de savoir si la difficulté tient plus au manque d'informations qu'au manque de ressources, mais il est clair que des analyses et des informations plus complètes permettraient de mieux utiliser les ressources existantes et de mieux justifier la demande de ressources accrues.⁶ Il est permis de

⁶ Pour une description détaillée des lacunes de l'information touchant les interventions les plus propres à atténuer l'impact du VIH/SIDA, voir l'étude récente de Haddad et Gillespie (2001).

penser que nombre d'interventions dans les domaines de l'alimentation, de l'agriculture et de la nutrition n'atteignent pas un public aussi large qu'il le faudrait. Étant donné l'environnement complexe dans lequel ils travaillent, les praticiens novateurs ne sont guère encouragés à documenter leur expérience et, en tout état de cause, le mur de silence qui entoure le VIH/SIDA risque fort d'étouffer la demande de telles informations. Il faut trouver des moyens de partager l'information et de permettre à ceux qui sont sur la ligne du front de se faire entendre.

Deuxièmement, il faut mettre au point et appliquer des méthodes d'évaluation des capacités. L'insuffisance des capacités, qui nuit à l'efficacité des interventions, est souvent négligée, ce qui a des conséquences désastreuses, et comme le VIH/SIDA affecte directement ces capacités, il est d'autant plus important d'évaluer celles qui restent. L'évaluation de l'efficacité des interventions tendant à atténuer l'impact du VIH/SIDA par le biais de l'alimentation, de l'agriculture et de la nutrition est un domaine dans lequel les travaux doivent commencer immédiatement. Pour faciliter le plaidoyer, tout comme pour des raisons éthiques, les recherches doivent être orientées vers l'action, et elles devront être fondées sur des normes scientifiques rigoureuses, tâche difficile mais pas impossible, comme l'ont prouvé les recherches entreprises dans d'autres domaines et aussi les études sur la prévention du VIH/SIDA.

Troisièmement, il faut entreprendre plus de recherche pure sur la dynamique des chocs, y compris le VIH/SIDA. Quelles sont les communautés, les familles et les individus qui réussissent le mieux à minimiser les dégâts causés par le VIH/SIDA et pourquoi? Il faut faire preuve de pragmatisme à cet égard si l'on veut que la recherche donne des dividendes dans un délai de deux à trois ans, et aucun effort ne doit être négligé pour tirer le meilleur parti des données déjà rassemblées.

Enfin, le processus d'élaboration des politiques doit être mieux compris. Pourquoi le VIH/SIDA apparaît-il plus rapidement comme une menace au développement dans certains pays que dans d'autres? Comment les décideurs apprennent-ils et quel est le rôle de la recherche, de la communication et du plaidoyer à cet égard?

6 Conclusions

Le VIH/SIDA a un impact incalculable sur la vie des populations affectées et sur le développement. L'épidémie a fait des millions de morts et a dévasté les moyens de subsistance, particulièrement en Afrique subsaharienne. Or, l'agriculture et les ressources naturelles constituent des éléments importants de ces moyens de subsistance. En outre, la situation nutritionnelle des personnes infectées et affectées influe directement sur leur bien-être et sur leur capacité d'orienter leurs efforts vers des activités qui contribuent à atténuer l'impact du Sida et à empêcher la propagation du VIH.

L'on a examiné dans le présent document les circuits par lesquels le VIH/SIDA peut affecter la nutrition, la sécurité alimentaire et les moyens de subsistance des ménages, et en particulier de ceux qui sont tributaires de l'agriculture. En ce qui concerne la nutrition, le VIH/SIDA a un impact significatif sur les individus et les ménages en accélérant le cercle vicieux de l'insuffisance de l'apport calorique et

de la maladie et en réduisant la capacité d'obtenir les aliments essentiels et les soins indispensables à une bonne nutrition. L'épidémie a également un impact sur l'agriculture en causant des pertes de main-d'oeuvre et de savoirs et en affaiblissant les institutions.

L'on a vu ensuite comment le secteur public peut et doit réagir face à ce défi. Sa réaction doit revêtir principalement —mais pas exclusivement— la forme d'efforts d'atténuation de l'impact de la maladie. Il importe également de ne négliger aucune possibilité d'intégrer aux politiques et aux programmes des activités de prévention et de soutien, en particulier parce que des mesures efficaces d'atténuation de l'impact de l'épidémie peuvent constituer aussi une forme de prévention extrêmement efficace. Les communautés doivent être étroitement associées à ces activités non seulement parce que ce sont elles qui savent le mieux comment leurs propres moyens de subsistance ont changé par suite de la maladie, mais aussi parce que c'est une stratégie qui permet d'atténuer l'opprobre qui entoure le VIH/SIDA. L'impact potentiel de la réaction des pouvoirs publics doit être évalué pour ce qui est aussi bien de la mesure dans laquelle elle permet d'atténuer l'impact de la maladie dans l'immédiat, mais aussi pour ce qui est de la mesure dans laquelle elle pourra réduire la susceptibilité et la vulnérabilité à l'épidémie à l'avenir. De nouvelles interventions tendant à amortir les effets du VIH/SIDA ne doivent être envisagées que si les interventions existantes dans les domaines de l'agriculture, de l'alimentation et de la nutrition ne peuvent pas utilement être adaptées sous l'angle du VIH/SIDA. Les pouvoirs publics ne doivent pas fermer les yeux devant le VIH/SIDA, mais l'épidémie ne doit pas non plus les aveugler. Les autres grands principes qui doivent inspirer les politiques et les programmes sont notamment, on l'a vu, la nécessité de ne pas empirer les choses et celle de ne négliger aucune possibilité d'intégrer la lutte contre le VIH/SIDA aux programmes d'alimentation et de nutrition. D'autres considérations sont importantes aussi, notamment l'envergure, le contexte, le ciblage et le suivi des activités et la collaboration.

Un appui nutritionnel peut considérablement retarder l'apparition des maladies opportunistes et prolonger la vie. En ce qui concerne la transmission du VIH de la mère à l'enfant, il faut mieux confirmer l'effet de protection qu'un allaitement exclusif (plutôt que partiel) au sein afin de renforcer les politiques existantes. Il faut par ailleurs concevoir des interventions communautaires appropriées tendant à améliorer l'alimentation et les soins de santé pour garantir une situation nutritionnelle adéquate au moyen d'un processus participatif d'évaluation, d'analyse et d'action.

L'aide alimentaire peut améliorer la situation des ménages et des communautés affectées par le VIH/SIDA. Les principales considérations à prendre en compte dans ce contexte sont la nécessité de mettre au point des mécanismes communautaires de ciblage appropriés et celles d'intégrer l'aide alimentaire à une enveloppe d'assistance plus large intégrée, dans toute la mesure possible, à des programmes de formation, de promotion d'activités génératrices de revenus ou de microcrédit.

Étant donné la réaction du secteur agricole face à une main-d'oeuvre en diminution constante, il importe de mettre au point de nouvelles techniques de culture et de nouvelles variétés qui n'aient pas tant besoin de main-d'oeuvre mais qui permettent néanmoins aux récoltes de résister à la sécheresse et d'être nutritive. Et à mesure que le savoir disparaît peu à peu, il faut qu'apparaissent des innovations

comme les écoles de terrain pour agriculteurs pour faciliter le transfert des connaissances propres à chaque communauté et à chaque type d'organisation entre cohortes et générations.

L'on a décrit enfin quelles sont les priorités en matière de recherche. Il faudra, entre autres, élaborer des mécanismes de partage de l'information et d'évaluation des capacités; évaluer l'efficacité des efforts qui ont été faits pour atténuer l'impact du VIH/SIDA au moyen d'interventions dans les domaines de l'alimentation, de l'agriculture et de la nutrition; et entreprendre des recherches pures sur la dynamique des chocs. Enfin, il faudra revoir le processus de formulation des politiques pour comprendre comment les politiques et les programmes existants peuvent être modifiés de manière à ne pas encourager la propagation du VIH ou à amortir l'impact du VIH/SIDA sur les ménages et les communautés.

Références

- Abdale, F. et V. Kraak. 1995. *Community-based nutrition support for people living with HIV and AIDS: A technical assistance manual*. New York: God's Love We Deliver, Inc.
- Banque mondiale. 1988. Développement rural intégré: L'expérience de la Banque mondiale, 1965–86. OED, Banque mondiale, Washington.
- Banque mondiale. 1997. *Confronting AIDS: Public priorities in a global epidemic*. Oxford: Oxford University Press.
- Barnett, T. et M. Halswimmer. 1995. The impact of HIV/AIDS on farming systems in Eastern Africa. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Rome.
- Barnett, T. et P. Blaikie. 1992. *AIDS in Africa: Its present and future impact*. New York: The Guilford Press.
- Barnett, T. et Rugalema, G. (2001) HIV/AIDS and Food Security. In: Flores, R. et Gillespie, S. (eds) *Health and Nutrition: Emerging and Reemerging Issues in Developing Countries*. 2020 Focus 5, IFPRI, Washington.
- Binswanger, H.P. 2000. Scaling-up HIV/AIDS programs to national coverage. *Science* 288: 2173–2176.
- CAC/SCN. 1998. Overview to the feature: Nutrition and HIV/ AIDS. *SCN News* 17: 3–4.
- CAC/SCN. 2000. *The fourth report on the world nutrition situation: Nutrition throughout the lifecycle*. Genève: ACC/SCN.
- Carney, D., ed. 1998. *Sustainable rural livelihoods: What contribution can we make?* Londres (Royaume-Uni): Department for International Development.
- Cebra JJ. 1999. Influences of microbiota on intestinal immune system development. *American Journal of Clinical Nutrition* 69 (5S): 1046S-1051S.
- Coutsoudis, A. et al. 2001. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban (Afrique du Sud). *AIDS* 15 (3), 379-87.
- Coutsoudis, A., K. Pillay, E. Spooner, L., Kuhn, et H.Coovadia. 1999. Influence of infant feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban (Afrique du Sud): A prospective cohort study. *The Lancet* 354: 471-476.
- Fafchamps, M. et B. Minten. 1999. Relationships and traders in Madagascar. MSSD Discussion Paper 24. Washington: IFPRI.

- FAO/ONU-SIDA. 1999. *Sustainable Agricultural/Rural Development and Vulnerability to the AIDS Epidemic*. UNAIDS Best Practice Collection. FAO. Rome.
- Friis, H. 1998. The possible role of micronutrients in HIV infection. *SCN News* 17: 11–12.
- Gillespie, S. 1989. Potential impact of AIDS on farming systems: A case study from Rwanda. *Land Use Policy* 6 (4): 301–312.
- Goto K, Torun B, Peerson J et al. 1999. Epidemiology of altered intestinal permeability to lactulose and mannitol in Guatemalan infants. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 28(3): 282-90.
- Gupta, G.R. 2000. Gender, sexuality, and HIV/AIDS: The what, the why, and the how. Allocution prononcée devant la treizième Conférence internationale sur le Sida organisée à Durban (Afrique du Sud) par l'International Center for Research on Women.
- Haddad, L. et Gillespie, S. 2001. Effective food and nutrition policy responses to HIV/AIDS: what we know and what we need to know. FCN Discussion Paper, à paraître, IFPRI Washington.
- Haggerty, P.A. et O. Rutstein. 1999. *Breastfeeding and complementary infant feeding, and the postpartum effects of breastfeeding*. DHS Comparative Studies No. 30. Calverton, MD: Macro International.
- Knox, A., R. Meinzen-Dick, et P. Hazell. 1998. Property rights, collective action, and technologies for natural resource management: A conceptual framework. CAPRI Working Paper No. 1. Washington: IFPRI.
- Kraak, V., D. Pelletier, E. Frongillo, et S. Rajabuin. 2000. The potential role of food aid for AIDS mitigation in East Africa: Stakeholder views. FANTA discussion paper. Food and Nutrition Technical Assistance, Academy for Educational Development, Washington.
- Lundberg, M., M. Over, et P. Mujina. 2000. Sources of financial assistance for households suffering an adult death in Kagera, Tanzania. *The South African Journal of Economics* 68 (5): 1–39.
- Mackie RI, Sghir A, Gaskins HR. 1999. Developmental microbial ecology of the neonatal gastrointestinal tract. *American Journal of Clinical Nutrition*; 69(suppl): 1035S-1045S.
- Murray, J.L. et A.D. Lopez. 1996. *The Global Burden of Disease*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Narayan, D. 1999. *Bonds and bridges: Social capital and poverty*. Poverty group, PREM. Banque mondiale, Washington, projet.

- Nicoll, A., M.-L. Newell, E. Van Praag, P. Van de Perre, et C. Peckham. 1995. Infant feeding policy and practice in the presence of HIV-1 infection. *AIDS* 9: 107-119.
- Organisation mondiale de la santé 1998. HIV and Infant Feeding WHO/FRH/NUT/CHD 98.1 Genève: OMS.
- Page, S.L.J. 1999. Towards a new agricultural research agenda: The need for a paradigm shift towards farmer participatory research and training in the interest of Zimbabwe's AIDS survivors. Document présenté à la Conférence sur le Sida, les moyens de subsistance et les transformations sociales en Afrique, Université d'agronomie de Wageningen (Pays-Bas), avril.
- Page, S.L.J. 2000. Longevity in HIV+ Mothers: The Need to Promote Good Health, Household Food Security and Economic Empowerment to Ensure Family Survival in Southern Africa. Document préparé en vue de la réunion du Groupe d'experts sur le VIH/SIDA et la problématique hommes-femmes tenue à Windhoek (Namibie) du 13 au 17 novembre 2000, projet.
- Parker, J., I. Singh, et K. Hattel. 2000. The role of microfinance in the fight against HIV/AIDS. Development Alternatives, Inc. (DAI), Bethesda, Maryland.
- Piwoz, E. et E. Preble. 2000. HIV/AIDS and nutrition: A review of the literature and recommendations for nutritional care and support in Sub-Saharan Africa. SARA Project, USAID, Washington.
- Programme alimentaire mondial (PAM) 2000 Étude sur la sécurité alimentaire, l'aide alimentaire et le VIH/SIDA. Première partie: Étude du cas de l'Ouganda, et deuxième partie: Stratégie, projets pilotes et programmes de travail pour le PMA en Ouganda.
- Programme alimentaire mondial (PAM) 2001 Étude sur la sécurité alimentaire, l'aide alimentaire et le VIH/SIDA. Programme de travail, stratégie et projets pilotes pour le PAM au Kenya.
- Programme alimentaire mondial (PAM) 2001 Étude sur la sécurité alimentaire, l'aide alimentaire et le VIH/SIDA: Éthiopie
- Programme alimentaire mondial (PAM) 2001 Étude sur la sécurité alimentaire, l'aide alimentaire et le VIH/SIDA: Zambie.
- Programme alimentaire mondial (PAM) 2001 Étude sur la sécurité alimentaire, l'aide alimentaire et le VIH/SIDA. Rapport d'une mission effectuée au Cambodge pour le Programme alimentaire mondial.
- Programme alimentaire mondial (PAM) 2001 Étude sur la sécurité alimentaire, l'aide alimentaire et le VIH/SIDA: Idées de projet pour faire face à la crise provoquée par le VIH/SIDA.
- Programme alimentaire mondial (PAM) 2001 Étude sur la sécurité alimentaire, l'aide alimentaire et le VIH/SIDA, 26 mars 2001, projet.

- Rugalema, G 1999a. Adult mortality as entitlement failure: AIDS and the crisis of rural livelihoods in a Tanzanian village. Institut d'études sociales, La Haye, septembre.
- Rugalema, G. 1999b. HIV/AIDS and the commercial agricultural sector of Kenya: Impact, vulnerability, susceptibility, and coping strategies. Service de la vulgarisation, de l'éducation et de la communication (SDRE) de la Division de la recherche, de la vulgarisation et de la formation de la FAO, Rome (Italie).
- Semba, R.D. et Tang, A.M. 1999. Micronutrients and the pathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *British Journal of Nutrition* 81, 181-89.
- Topouzis, D. 2000. Measuring the impact of HIV/AIDS on the agricultural sector in Africa. Joint and Cosponsored Program on AIDS. Genève: ONU-SIDA, décembre.
- Topouzis, D. et J. du Guerny. 1999. Sustainable Agricultural/Rural Development and Vulnerability to HIV/AIDS. UNAIDS Best Practice Paper. Rome. FAO/ONU-SIDA.
- White, J. et E. Robinson. 2000. HIV/AIDS and rural livelihoods in Sub-Saharan Africa. Policy Series 6. Chatham (Royaume-Uni): Natural Resources Institute.
- Willumsen, J.F., S.M. Fiteau, A. Coutoudis, K.E. Uebel, et A.M. Tomkins. 2000. Subclinical mastitis as a risk factor for mother-infant HIV transmission. In *Short- and long-term effects of breastfeeding on infant health*, ed. B. Koletzko, O. Hernell, et K. Michaelsen. New York, N.Y. Plenum Press, sous presse.