



La protection sociale à l'ère du VIH/sida

Examen du rôle des interventions appuyées par une aide alimentaire

Kara Greenblott

Copyright © PAM 2007

Greenblott, Kara

“La protection sociale à l’ère du VIH/sida

Examen du rôle des interventions appuyées par une aide alimentaire”

Programme alimentaire mondial

Rome, Italie

Remerciements

Kara Greenblott, auteur du présent document, est consultante indépendante dans le domaine de la sécurité alimentaire et du VIH/sida.

Elle tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution:

- Steven Devereux, Stuart Gillespie, Ugo Gentilini, Tim Frankenberger et Dorte Drybak pour les informations qu’ils ont fournies et pour leurs critiques et commentaires précieux aux divers stades de la rédaction de ce document;
- Jeanne Downen, Karyn Fox et Tim Frankenberger (Tango International¹), ainsi que Peter Haag (consultant indépendant auprès du PAM), qui ont conduit les premières recherches sous la forme d’études de cas sur les systèmes de protection sociale en place dans quatre pays: le Mozambique, la Tanzanie, le Malawi et le Swaziland.

Les études de cas menées dans le cadre de la préparation de ce document ont été réalisées en 2005. Une analyse bibliographique et une première ébauche des conclusions ont été réalisées au début de l’année 2006

Les points de vue exposés dans le présent document sont essentiellement ceux de l’auteur et ne doivent donc pas être attribués au PAM.

La protection sociale à l'ère du VIH/sida

Examen du rôle des interventions appuyées par une aide alimentaire

Kara Greenblott



TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| 1. Avant-propos | 4 |
| 2. Qu'est-ce que la protection sociale? | 5 |
| Analyse de la terminologie | |
| Filets de protection: de quoi s'agit-il et comment sont-ils utilisés? | |
| Systèmes de protection sociale dans les pays en développement | |
| Souplesse et fiabilité | |
| Qui doit se charger de la protection sociale? | |
| Cohérence au sein d'un cadre national | |
| 3. Pourquoi la protection sociale est-elle importante et en quoi les perspectives ont-elles changé? | 9 |
| Pensée traditionnelle, nouvelles réflexions | |
| Droit de l'homme ou concept humanitariste? | |
| <i>Question clé: Aide sous condition</i> | 12 |
| 4. Protection sociale dans le contexte de l'épidémie de sida | 13 |
| Impact de l'épidémie de sida | |
| Une question d'offre et de demande | |
| Quels sont les facteurs à prendre en compte? | |
| 1. Renforcer les filets de protection communautaires peut se révéler insuffisant | |
| 2. Promouvoir les moyens de subsistance | |
| 3. Accepter un plus grand nombre de bénéficiaires de l'action sociale | |
| 4. Adopter une stratégie intégrée qui appuie la continuité des soins | |
| 5. Concrétiser les réflexions "transformationnelles" | |
| <i>Question clé: dépendance</i> | 18 |
| 5. Vivres, sida et protection sociale | 19 |
| Le rôle spécifique de l'aide alimentaire | |
| 1. Clarifier les objectifs particuliers de l'intervention | |
| 2. Comprendre les rapports entre le VIH et la sécurité alimentaire et nutritionnelle | |
| 3. Tenir compte du contexte pour choisir entre aide en nature et aide en espèces | |
| 6. Transferts sociaux ciblés dans le contexte du sida | 24 |
| Nutrition, soins de santé et traitements | |
| Renforcement des moyens de subsistance et création d'avoirs | |
| Éducation et soutien des enfants vulnérables | |
| Considérations opérationnelles | |

| | |
|---|-----------|
| 7. Le problème du ciblage | 32 |
| Utilisation d'indicateurs de substitution | |
| <i>Question clé: équité</i> | 34 |
| <i>Question clé: prévisibilité</i> | 35 |
| 8. Rôle du PAM en matière de protection sociale dans le contexte du sida | 37 |
| Connaissances | |
| Politiques et stratégies | |
| Programmes | |
| Sigles | 40 |
| Références | 41 |
| Notes | 42 |
| Notes des encadrés (NE) | 43 |

1. AVANT-PROPOS

Le concept de protection sociale est devenu le sujet de débats passionnés parmi les décideurs publics et les groupes de réflexion internationaux. Mais que signifie exactement le terme “protection sociale”? Est-il différent de l’action sociale ou des filets de protection sociale? Comment et pourquoi les perspectives ont-elle changé au cours de la dernière décennie? Et enfin, dans quelle mesure cette discussion est-elle pertinente pour les spécialistes du développement qui mettent en œuvre les programmes d’aide en faveur des populations pauvres?

La protection sociale est un domaine relativement nouveau et en évolution. Une grande partie de l’attention récente portée à cette question est assurément liée à la pandémie de VIH, qui a imposé une nouvelle réflexion sur la meilleure manière de protéger et de défendre les moyens de subsistance des populations pauvres et vulnérables en optant pour les solutions “qui ont fait leurs preuves”.

La protection sociale pourrait être définie comme l’ensemble des **“filets de protection pour le nouveau millénaire”** – avec une portée et une ambition plus vastes, une meilleure définition des concepts auxquels elle fait appel, une présentation plus acceptable politiquement et une plus grande capacité d’action durable sur la pauvreté.

Devereux, 2002

Dans ce document, nous allons essayer d’analyser la terminologie et les concepts relatifs à la protection sociale (chapitre 2). Nous examinerons ensuite les changements de perspectives intervenus au cours des dernières décennies (chapitre 3), puis nous nous intéresserons aux répercussions et aux ouvertures possibles de la protection sociale en ce qui concerne la pandémie de VIH (chapitre 4). Enfin, nous étudierons les possibilités de recours à l’aide alimentaire dans certaines situations (chapitre 5).

Bien qu’il soit largement admis que l’aide alimentaire ne pourra pas, à elle seule, satisfaire les besoins complexes des personnes vivant avec le VIH, et ceux des ménages et des communautés touchés par le virus, l’appui alimentaire et nutritionnel a un véritable rôle à jouer au sein d’un système intégré de protection sociale. Ainsi, dans le combat visant à fournir aux populations pauvres un accès libre aux antirétroviraux, intégrer l’appui

alimentaire dans une enveloppe complète de soins, de traitements et d’aides est essentiel pour optimiser les résultats à moyen terme des traitements et plus globalement, les efforts déployés à l’échelle internationale. L’utilisation de vivres dans la création d’avoirs et la promotion des moyens de subsistance est également extrêmement pertinente dans le contexte du VIH et du sida, dans lequel le capital humain (santé, connaissances, compétences et prise de conscience) peut améliorer les moyens d’existence des personnes touchées par le VIH (chapitre 6).

Le thème de la protection sociale devient de plus en plus important aux yeux des décideurs politiques, à l’échelle internationale, mais le débat à ce niveau a été principalement nourri par les discussions menées dans les pays en développement. Dans une étude des systèmes de protection sociale de quatre pays d’Afrique australe, le PAM notait que les ministères de l’aide sociale, de la santé et de l’éducation, tout comme d’autres acteurs locaux, luttaient pour répondre à la demande croissante de prestations liée essentiellement à l’impact du VIH, tout en faisant face à de fortes limitations en termes de capacités et de ressources, dues aussi en grande partie à l’impact du sida. L’étude faisait également ressortir le besoin d’établir des passerelles horizontales (intersectorielles) et verticales (entre les acteurs informels, semi-formels et formels de la protection sociale) afin de mettre sur pied une réponse plus intégrée et plus complète (Tango International, 2005).

Le présent document a été rédigé à l’intention d’un double public. Premièrement, il est destiné au personnel du PAM et aux autres acteurs de l’aide alimentaire tels que les organisations non gouvernementales (ONG) internationales et locales ou les partenaires gouvernementaux, l’objectif étant de présenter différents aspects du débat sur la protection sociale et d’encourager l’examen de l’appui alimentaire actuel et futur à la lumière de ce débat. En second lieu, il s’adresse aux personnes qui, au sein des gouvernements, des organismes des Nations Unies et des ONG, ne travaillent pas dans le domaine de l’aide alimentaire, afin de les encourager à adjoindre les initiatives d’aide alimentaire (lorsque la situation s’y prête) aux programmes de protection sociale qui se créent dans les pays en développement.

De façon plus générale, le présent document vise à

stimuler la discussion, à soulever des questions et à encourager les échanges d'idées nouvelles en matière de protection sociale et de programmation des activités

en faveur des populations pauvres et vulnérables, en s'intéressant tout particulièrement aux personnes et aux ménages fragilisés par le VIH.

2. QU'EST-CE QUE LA PROTECTION SOCIALE?

Analyse de la terminologie

Les termes "protection sociale", "action sociale" et "filets de protection sociale" sont souvent employés de manière interchangeable. Dans leur acception classique, ils décrivent les transferts de vivres, d'espèces et d'autres contributions en nature en direction des groupes pauvres et vulnérables, pour aider ces populations à lutter contre la pauvreté et les menaces qui pèsent sur leurs moyens de subsistance. Cependant, une nouvelle interprétation élargissant la notion de protection sociale est apparue récemment. "La protection sociale est interprétée depuis peu comme un 'cadre générique' qui va au-delà des simples transferts pour englober des politiques complètes"². À ce titre, les filets de protection et les mécanismes de l'action sociale ne résument plus la protection sociale, mais sont plutôt considérés comme des composantes de celle-ci.

Il est important de reconnaître que la protection sociale revêt une signification différente selon les personnes, et

qu'il n'existe donc pas de définition consensuelle. Pourtant, la plupart des définitions ont en commun l'objectif de protéger les membres les plus vulnérables de la société par la fourniture de certains biens et services, notamment de prestations de santé, d'éducation et de services sociaux, afin d'offrir un appui financier, matériel, social ou psychologique aux personnes qui ne seraient pas en mesure d'obtenir ces biens et services par leurs propres moyens³.

Bien que les démarches de protection sociale aient traditionnellement cherché à protéger les moyens de subsistance des groupes vulnérables, les débats ont porté récemment sur la nécessité de dépasser le concept de protection pour se tourner vers la promotion active de ces moyens de subsistance s'inspirant de différents types de mécanismes. Cet élargissement du champ d'étude a des implications dans le contexte de la pandémie de VIH, notamment au regard de l'assistance alimentaire et de l'aide alimentaire, et sera discuté dans l'ensemble du présent document.

DÉFINITIONS DE LA PROTECTION SOCIALE

PAM Systèmes intégrés de mesures nationales institutionnalisées, qui peuvent englober les plans de retraite financés par des cotisations, les régimes d'assurance et les filets de protection. Les filets de protection sont également définis comme la composante de la protection sociale ciblant les groupes les plus vulnérables de la population.

Institut de développement outre-mer (Royaume-Uni) Ensemble de processus, de politiques et d'interventions permettant à des populations de réduire ou d'atténuer les risques auxquels elles sont confrontées, d'y faire face et de se redresser, de sorte que le niveau d'insécurité subi par ces populations diminue et qu'elles puissent participer à la croissance économique.

Institute of Development Studies (IDS) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) Ensemble des initiatives publiques et privées qui assurent des transferts de revenu ou de consommation en direction des pauvres, protègent les personnes vulnérables contre les menaces pesant sur leurs moyens de subsistance et améliorent le statut social et les droits des populations marginalisées avec pour objectif de réduire la fragilité économique et sociale des groupes pauvres, vulnérables et marginalisés.

Les gouvernements et les organismes donateurs reconnaissent de plus en plus le besoin de fournir aux populations pauvres une protection contre les fluctuations de revenus ou le bouleversement de leurs moyens de subsistance. Dans ce contexte, la "protection sociale" est un terme générique qui recouvre un éventail d'interventions, des systèmes de sécurité sociale formels aux interventions d'urgence ponctuelles, en passant par l'aide alimentaire ciblée (alimentation scolaire, travaux publics, etc.). Devereux, 2002

Les mécanismes de protection sociale peuvent inclure une législation antidiscrimination, des régimes d'assurance financés par des cotisations, des pensions pour les personnes âgées et invalides, des subventions pour les lieux et familles d'adoption des orphelins, des programmes de tickets alimentaires, l'alimentation scolaire, des campagnes de lutte contre les préjugés et une kyrielle d'autres interventions. Dans un document de travail récent⁴, l'Institute of Development Studies (IDS) classait ces mesures en quatre groupes, afin de mieux faire comprendre leurs objectifs respectifs:

- protection – assurer une aide pour lutter contre la perte des biens;
- prévention – chercher à éviter la perte des biens;
- promotion – améliorer les capacités et les revenus réels;
- transformation – s'attaquer aux questions de l'équité et de l'exclusion sociale.

Filets de protection: de quoi s'agit-il et comment sont-ils utilisés?

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les filets de protection peuvent être définis comme l'une des composantes de la protection sociale. Ils comprennent habituellement un certain degré de transfert social ciblé, sous la forme d'espèces, de vivres ou d'autres apports. Dans les textes plus anciens, ces dispositifs sont considérés comme une protection des populations souffrant de pauvreté chronique et des membres les plus vulnérables de la société, bien qu'ils puissent également, selon certains, jouer un rôle préventif pour les personnes susceptibles de tomber dans la misère si la situation se dégrade. D'autres soulignent que les filets de protection assurent non seulement la préservation mais aussi le renforcement des moyens de subsistance, tout en permettant d'aider ceux qui sont démunis. Et dans la plupart des cas, ils se caractérisent par leur nature prévisible et institutionnalisée. Certains spécialistes de la question établissent une distinction supplémentaire entre les filets de protection et les mécanismes d'action sociale en notant que les premiers visent les populations "pauvres mais aptes" tandis que les deuxièmes sont destinés aux populations "pauvres et inaptes" (invalides, malades chroniques, etc.)⁵. Là encore, ces distinctions ne font pas l'unanimité même si ces termes sont fréquemment employés.

Les filets de protection sont également définis comme des instruments que les gouvernements, les organismes des Nations Unies, les ONG internationales et d'autres partenaires du développement peuvent utiliser pour préserver l'avenir et donner de l'espoir aux pauvres. Bien conçus, ils offrent un ensemble institutionnalisé de mécanismes permettant d'aider les ménages en détresse à faire face aux chocs et à pourvoir à leurs besoins essentiels de consommation⁶. Les filets de protection appuyés par une aide alimentaire constituent un sous-ensemble qui fournit des vivres aux bénéficiaires directement ou indirectement au moyen de bons ou de tickets alimentaires.

FILETS DE PROTECTION

Le PAM définit les filets de protection comme une composante des systèmes de protection sociale. Lorsqu'ils sont bien conçus, des dispositifs sont formés d'un ensemble prévisible de mécanismes institutionnalisés visant à aider les ménages en détresse à faire face aux chocs et à pourvoir à leurs besoins essentiels de consommation.

Systèmes de protection sociale dans les pays en développement

Les systèmes de protection peuvent être élaborés et définis à partir d'une infrastructure assez avancée, comme la fourniture de bons de sécurité sociale ou de tickets alimentaires aux États-Unis. Même dans certains pays à revenu intermédiaire comme l'Afrique du Sud, la Namibie et le Botswana, ces systèmes peuvent être bien établis et jouer un rôle particulièrement important dans la réduction de la pauvreté⁷.

Cependant, la grande majorité des systèmes de protection sociale des pays en développement, lorsqu'ils existent, ne sont pas conçus pour être complets. Au minimum, ils assurent un appui limité aux stratégies de survie existantes de façon à faciliter la gestion des risques et à éviter que les moyens de subsistance ne soient pas gravement amputés en cas de crises.

La plupart des systèmes souffrent d'une insuffisance de ressources et sont exposés aux chocs environnementaux, aux fluctuations des monnaies, à la corruption, aux mouvements de populations et aux situations d'urgence de façon générale. Ils doivent également faire face aux contraintes de communication, notamment pour les

populations rurales. Un grand nombre de personnes ne savent pas comment accéder aux services: soit la distance à parcourir pour bénéficier de ces services est si importante que ceux-ci deviennent inefficaces, soit les populations concernées n'ont même pas connaissance des prestations auxquelles elles ont droit. Enfin, on constate régulièrement des insuffisances en termes d'infrastructures et de ressources humaines. Ces problèmes seront développés plus en détail dans la suite de ce document. En résumé, dans les pays exposés aux crises et à la pauvreté chronique, la protection sociale se réduit souvent à des filets de protection sociale dotés de moyens insuffisants.

Le programme de tickets alimentaires aux États-Unis offre aux ménages à faible revenu des coupons ou des avantages sous forme électronique, qui peuvent être utilisés comme moyen de paiement dans la plupart des magasins d'alimentation afin d'assurer à ces ménages un accès à un régime alimentaire équilibré. Ce programme est la pierre angulaire des programmes fédéraux d'aide alimentaire. Il fournit un soutien essentiel aux ménages démunis et aux personnes qui se réinsèrent dans la vie active. L'admissibilité repose sur des conditions de ressources et de revenus des ménages demandeurs.

(NE1)

Les pensions de vieillesse en Afrique du Sud et dans d'autres pays à revenu intermédiaire sont fréquemment partagées au sein des ménages et peuvent avoir un impact non négligeable sur la pauvreté des personnes âgées et de ceux dont elles ont la charge. En Afrique du Sud, on estime entre sept et neuf le nombre de personnes à charge qui dépendent financièrement de chaque pension sociale versée. Dans les années de sécheresse, ce revenu est redistribué aux proches souffrant d'insécurité alimentaire; pendant les années "normales", il contribue à réduire la pauvreté des enfants par le paiement des dépenses de scolarité et d'éducation des petits-enfants des bénéficiaires des pensions. Devant la prise en charge croissante et non rémunérée des orphelins par leurs grands-parents, la pension sociale devient une source vitale d'aide pour les orphelins et les autres enfants vulnérables ainsi que pour les adultes séropositifs.

(NE2)

Souplesse et fiabilité

Pour être efficaces, les mesures de protection sociale doivent être souples, fiables et facilement accessibles aux populations pauvres. Des études sur la vulnérabilité

temporaire, par opposition à la vulnérabilité chronique, montrent que certaines personnes (ou certains ménages) sont plus ou moins sensibles aux chocs selon la période de l'année (en fonction de l'avancement des récoltes, par exemple) et selon leur degré de redressement à la suite d'une crise précédente. Pour protéger et promouvoir les moyens de subsistance de ces populations, il faudrait, dans les mesures de protection sociale, tenir compte de ces variations de capacités et adapter l'aide en conséquence. De même, des mesures précises doivent être mises en place en faveur des personnes dont la pauvreté et la vulnérabilité présentent un caractère chronique et qui correspondent, selon la définition, aux personnes qui ne se sont jamais relevées à la suite d'un choc grave tel qu'une maladie débilitante ou la perte d'avoirs. Pour être efficaces, les aides devraient également être proposées de manière fiable et continue de sorte que les bénéficiaires potentiels puissent gérer leurs risques en sachant que des filets de protection et d'autres dispositifs sont directement accessibles en cas de besoin.

Qui doit se charger de la protection sociale?

Divers acteurs jouent un rôle dans la mise en place d'une protection sociale en faveur des personnes pauvres et vulnérables. Ces acteurs peuvent être répartis en trois catégories: informels (familles et communautés); semi-formels (organismes des Nations Unies, ONG, organisations communautaires et confessionnelles); et formels (gouvernements).

La capacité institutionnelle de ces groupes peut varier considérablement dans les pays en développement. Dans l'examen du PAM des systèmes de protection sociale en Afrique australe, les familles et les communautés étaient en mesure d'apporter un appui de très grande qualité et disposaient de l'accès aux populations et de l'éventail de services les plus impressionnants. Elles étaient de plus les acteurs affichant les plus bas niveaux de ressources et de capacité de gestion. En outre, leur aptitude à faire face aux problèmes et à fournir les ressources nécessaires se détériorait rapidement en grande partie du fait de l'impact de la pandémie de VIH.

À l'inverse, les organismes des Nations Unies et les ONG internationales, qui disposaient des niveaux de ressources les plus élevés, avaient une portée et une gamme de services limitées. L'étude a noté que le système semi-formel se caractérise souvent par un manque de

| ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ DES ACTEURS DE LA PROTECTION SOCIALE AU MOZAMBIQUE ⁸ | | | | | |
|---|----------------|-------------------------------------|----------------|------------------|---------|
| POURVOYEUR DE SERVICES | PORTÉE | DIVERSITÉ DE L'ÉVENTAIL DE SERVICES | QUALITÉ | RESSOURCES | GESTION |
| Informel | | | | | |
| Familles | Très élevée | Très élevée | Très élevée | Très faibles | Moyenne |
| Communautés | Très élevée | Élevée | Élevée | Très faibles | Moyenne |
| Semi-formel | | | | | |
| PAM | Moyenne | Très faible | Élevée | Élevées | Élevée |
| Organismes des N.U. | Faible | Faible | Moyenne-Élevée | Moyennes-Élevées | Élevée |
| ONG internationales | Moyenne | Moyenne | Élevée | Élevées | Élevée |
| ONG nationales | Élevée | Moyenne | Moyenne | Faibles | Faible |
| Org. confessionnelles | Moyenne-Élevée | Élevée | Élevée | Faibles-moyennes | Élevée |
| Formel | | | | | |
| INAS [*] | Très faible | Moyenne | Faible | Faibles-moyennes | Moyenne |
| MISAU ^{**} | Très faible | Moyenne | Moyenne | Moyennes | Moyenne |

^{*} Institut national d'administration sanitaire
^{**} Ministère de la santé

cohérence et de stabilité, tandis que le système formel détient le mandat officiel, mais présente la capacité la plus faible pour mettre celui-ci en application.

Étant donné que le mandat de la protection relève généralement du gouvernement national, il est recommandé aux organisations internationales de collaborer avec les institutions compétentes dans les différents pays pour créer un cadre d'action publique favorable à la mise en œuvre de mécanismes de protection sociale. Toutefois, cette mise en œuvre dépasse souvent les capacités des autorités nationales s'il n'existe pas de partenariat avec d'autres acteurs tels que les ONG internationales et nationales. De la même façon, ces ONG s'appuient sur des partenariats avec les communautés locales pour déterminer la nature et le niveau des besoins, et s'assurer que les avantages sont bien ciblés. Il apparaît clairement que, pour réussir, la protection sociale doit faire appel à une myriade de partenariats. Pour que les acteurs soient efficaces, les mandats, les forces et les faiblesses de chaque groupe doivent être attentivement examinés et exploités.

Cohérence au sein d'un cadre national

Dans les pays en développement, l'un des défis est d'assurer la cohérence au niveau national entre les politiques, les stratégies, les programmes et les activités

destinés à promouvoir la protection sociale. L'étude réalisée par le PAM des systèmes du Malawi, du Mozambique, du Swaziland et de la Tanzanie a mis en évidence la nécessité de formuler une politique nationale de protection sociale ainsi qu'un cadre stratégique générique pour orienter l'allocation de ressources par les différents acteurs en termes de couverture tant géographique que technique. Il est essentiel que ce cadre tienne compte de la nature intersectorielle de la protection sociale et de l'importance des efforts qui visent à atteindre des objectifs communs indépendamment des biais sectoriels.

L'élaboration de mécanismes s'inscrivant dans un cadre stratégique commun peut faciliter l'intégration des différentes interventions de développement et de secours menées (souvent en parallèle) dans un pays donné. En effet, la cohésion à l'intérieur d'un cadre commun favorise l'orientation des secours à des fins de développement, qui s'est élaborée à partir du concept plus rigide de "continuum secours-développement" au début des années 90 et qui suscite un intérêt croissant.

Les documents de politique et les directives du PAM aideront les bureaux de pays à participer à des stratégies nationales de lutte contre la pauvreté. L'objectif est non seulement de promouvoir la sécurité alimentaire, la sécurité nutritionnelle et la préparation aux situations d'urgence au sein de programmes nationaux, mais aussi de s'assurer que les programmes du PAM s'inscrivent et

SIERRA LEONE POSER LES BASES DE FILETS DE PROTECTION NATIONAUX

La Sierra Leone sortait juste d'une guerre civile de plus de dix ans qui a ravagé le pays. Le nouveau gouvernement s'était engagé à inscrire une stratégie de protection sociale dans le cadre de sa stratégie plus large de lutte contre la pauvreté. Le PAM a assumé trois rôles importants pour aider le Gouvernement et la société civile dans cette phase de transition. Tout d'abord, il a participé, en tant que conseiller, à la mise au point du Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) et a préconisé la mise en place de filets de protection appuyés par une aide alimentaire. Il a participé aussi à l'élaboration du premier document sur la stratégie nationale de sécurité alimentaire, qui souligne l'importance de ce type de filets de sécurité. Ensuite, il a appliqué la méthode d'analyse et de cartographie de la vulnérabilité (ACV) à une enquête nationale sur les ménages. Et enfin, le PAM a commencé à élaborer un programme de pays qui comprenait des interventions de type filet de protection, exécutées en partenariat avec le gouvernement et destinées à servir de modèles et à renforcer les capacités en vue de l'installation des futurs filets de protection institutionnalisés.

MALAWI INTERVENTIONS APPUYÉES PAR UNE AIDE ALIMENTAIRE DANS LE CADRE D'UNE STRATÉGIE NATIONALE DE MISE EN PLACE DE FILETS DE PROTECTION

Au Malawi, le bureau de pays du PAM a participé activement à la planification et à la mise en œuvre du programme national de mise en place de filets de protection. Devant l'aggravation de la situation économique et la forte prévalence du VIH, il a aidé en 2003 à établir un programme intégré de mise en place de filets de protection appuyés par une aide alimentaire. Il a également pris une part active à la formation d'une coalition de ministères, donateurs et ONG à l'appui du programme, et à la mise au point de nombre de ses composantes. Depuis, le PAM a entrepris plusieurs activités dans le cadre de ce programme, dont une intervention nutritionnelle ciblée. L'engagement du PAM au Malawi offre un bon exemple de la manière dont des interventions appuyées par une aide alimentaire peuvent être intégrées à des stratégies nationales cohérentes de protection et de renforcement des moyens de subsistance.

s'intègrent dans les cadres stratégiques définis par les gouvernements nationaux et leurs partenaires de développement.

Le document de 2004 du PAM sur les filets de protection

appuyés par une aide alimentaire décrit les efforts déployés par l'Organisation pour élaborer une politique nationale de protection sociale au travers de l'établissement ou du renforcement, ou des deux, de ces filets dans divers pays, dont la Sierra Leone et le Malawi (WFP, 2004b).

3. POURQUOI LA PROTECTION SOCIALE EST-ELLE IMPORTANTE ET EN QUOI LES PERSPECTIVES ONT-ELLES CHANGÉ?

Notre compréhension de la pauvreté a considérablement évolué au cours de ces dernières décennies. L'un des enseignements importants des années 80 et 90 a été que le problème de la pauvreté n'est pas résolu si l'on s'intéresse uniquement à la croissance économique, car les possibilités offertes par cette croissance ne sont pas toujours réparties équitablement. Pis encore, comme cela s'est produit avec les politiques d'ajustement structurel, la croissance peut amplifier les disparités et laisser les populations pauvres

sans protection. Lorsque l'on promeut une "croissance en faveur des pauvres", qui conjugue la protection sociale à des politiques visant à dynamiser la croissance économique, il est nécessaire de s'assurer que les pauvres ont également accès à certains des avantages procurés et que ceux-ci leur permettent de gérer leurs risques et de réduire leur vulnérabilité plus efficacement. Certains restent convaincus que les systèmes de protection sociale sont des mécanismes d'État coûteux et

gérés de manière inefficace, qui ne font guère qu'encourager l'oisiveté et la dépendance. Pourtant, on note de plus en plus de preuves du contraire. Lorsqu'ils sont bien conçus, gérés par des institutions disposant des capacités adéquates et inscrits dans un cadre stratégique plus large, les systèmes de protection sociale peuvent être relativement accessibles financièrement et contribuer non seulement à sauver les pauvres de la misère, mais aussi à

leur donner les moyens d'une plus grande autonomie. Le tableau ci-dessous décrit comment les mentalités ont commencé à évoluer au cours de ces dernières années.

En outre, on cherchait davantage par le passé à proposer des mesures de protection sociale sous la forme de projets au lieu de s'attacher à institutionnaliser leurs avantages. Les mesures étaient souvent considérées comme des

| PENSÉE TRADITIONNELLE | NOUVELLES RÉFLEXIONS |
|---|--|
| <p>La protection sociale est principalement une forme de transfert d'aides, avec peu ou pas d'impact au-delà de la consommation immédiate.</p> | <p>Les régimes de protection sociale ont également des impacts à plus long terme qui ne sont pas visibles immédiatement.</p> |
| <p>L'alimentation scolaire est un moyen à court terme de protection du statut nutritionnel de l'enfant.</p> | <p>Lorsqu'ils sont servis au début de la journée d'école, les repas scolaires améliorent l'apprentissage et, à long terme, augmentent la fréquentation des écoles, ce qui peut se traduire par une génération d'adultes en meilleure santé, dotés d'un niveau d'instruction plus élevé, et plus productifs. Les rations à emporter jouent également le rôle de transfert de revenus en évitant aux familles d'avoir à choisir entre l'achat de produits alimentaires et d'autres dépenses essentielles telles que l'éducation, les soins médicaux ou les intrants agricoles.</p> |
| <p>Les mécanismes de protection sociale sont un geste humanitaire de dernier recours vers les personnes ou les familles indigentes. Ils contribuent à l'oisiveté et à la dépendance, et laissent de nouveau les bénéficiaires en état de vulnérabilité à l'issue des opérations d'aide.</p> <p>Les mécanismes de protection sociale peuvent être mis en place à court terme pour "protéger" les moyens de subsistance.</p> | <p>Pour être efficace, la protection sociale doit couvrir les personnes incapables de subvenir à leurs besoins ainsi que les personnes "aptées mais vulnérables", avec des types d'interventions différents selon le groupe concerné. Une protection sociale efficace répond certes à un impératif humanitaire, mais protège aussi la santé et la productivité, notamment en réduisant la dépendance vis-à-vis de stratégies de survie préjudiciables qui mettent les populations en danger.</p> <p>La protection sociale peut aller au-delà de la simple protection des moyens de subsistance, et englober la promotion de ces moyens. Lorsqu'elle est correctement conçue, elle peut faciliter l'accumulation d'avoirs, y compris en termes de capital humain (santé, connaissances, compétences, etc.), en renforçant la capacité des ménages à résister aux crises suivantes. Dans l'idéal, elle aide également les ménages à commencer à épargner et à investir.</p> |
| <p>Les projets de travaux d'intérêt public, Vivres contre travail (VCT) et Vivres pour la création d'avoirs (VCA) fournissent un travail temporaire aux personnes sans emploi par ailleurs. La ration alimentaire offre un appui à court terme aux familles souffrant d'insécurité alimentaire et sert également à atténuer le risque de dépendance ou l'apparence de "distributions gratuites de vivres". Le choix des projets faisant intervenir le travail comme monnaie d'échange est secondaire par rapport à la considération principale qui consiste à fournir des vivres au travailleur (homme ou femme) et à sa famille.</p> | <p>Ces programmes évitent aux ménages souffrant d'insécurité alimentaire de vendre tous leurs biens. Les infrastructures matérielles créées par l'intervention (jardins potagers, banques de semences, routes d'accès aux marchés, etc.) sont des avoirs productifs nouvellement créés (ou remis en état) destinés à rendre les ménages et les communautés plus autonomes à l'avenir. Enfin, le capital humain nouvellement créé (les connaissances et les compétences) améliore la préparation de ces populations à jouer un rôle productif par la suite.</p> |

éléments externes et ponctuels qui venaient se greffer sur les systèmes nationaux, tandis qu'aujourd'hui on leur accorde une place prépondérante au sein de cadres d'action nationaux.

Droit de l'homme ou concept humanitariste?

La nouveauté du concept actuel de protection sociale est le lien qu'il établit entre l'aide sociale et des objectifs plus larges en matière de vulnérabilité, de croissance et de droits des populations concernées. "Aujourd'hui, la question est de savoir si (...) une approche étroite de la protection sociale (élaborée dans les années 90 et destinée principalement à éviter aux pauvres de tomber dans la misère) peut également contribuer à réunir les conditions qui permettent aux populations en état de pauvreté chronique de sortir de cette pauvreté et même de casser certains des ressorts structurels qui les y maintiennent".

La philosophie sur laquelle repose la protection sociale dans les pays en développement relève davantage de la charité que du droit à prestation, de l'humanitarisme plutôt que des droits de l'homme.

Contrairement aux prestations sociales, les transferts ciblés ne sont pas garantis dans ces pays (la citoyenneté ne confère pas de droit à un revenu minimal)...

*Document de travail de l'IDS n°142:
Social Protection for the Poor*

Cet aspect relativement nouveau des réflexions sur la protection sociale est qualifié de "transformationnel". Il aborde les problèmes en relation avec l'équité, l'autonomisation et les droits économiques, sociaux et culturels, plutôt que de se limiter au débat sur les transferts de revenus. Dans le cadre de ces approches fondées sur les droits, la protection sociale transformationnelle s'intéresse principalement à l'équité sociale et favorise les actions qui visent à réduire les préjudices et les préjugés subis par les groupes vulnérables. Elle tente de modifier la perception de la protection sociale comme instrument caritatif ou humanitaire, et de placer le débat sur le terrain des droits de l'homme et des droits à prestation.

La croissance économique est un aspect important de ce débat. Dans de nombreux pays pauvres, la protection sociale continue d'être considérée comme une charge fiscale insoutenable et un détournement inutile des ressources publiques qui seraient mieux employées dans des initiatives en faveur de la croissance. Pourtant, une étude récente indique que les mesures de protection sociale peuvent contribuer à la réduction de la pauvreté

et à la croissance économique, et qu'elles peuvent se révéler moins coûteuses qu'on ne le pensait auparavant. Un document récent de l'IDS¹⁰ note ainsi que la protection sociale participe à la croissance économique de deux façons: **1) directement** – par l'intermédiaire de transferts de redistribution qui élèvent le revenu des pauvres et facilitent leur consommation, en leur permettant de prendre des risques modérés et de protéger leurs avoirs (au lieu de les perdre progressivement) en cas de crises touchant leurs moyens de subsistance; ou **2) indirectement** – par la création d'avoirs (infrastructures mises en place par des travaux d'intérêt public, alimentation scolaire destinée à renforcer le capital humain) et de multiplicateurs de revenu ou d'emploi.

Dans trois pays d'Afrique australe, le nombre de pauvres parmi les ménages bénéficiaires a baissé considérablement pendant toute la durée des transferts de revenus. Plus ces transferts ont été élevés et se sont prolongés, plus les ménages ont été en mesure d'acquérir des avoirs productifs, d'investir dans des activités agricoles et des activités économiques informelles et de fournir une aide à leurs proches. Les avantages secondaires de ces filets de protection ont profité non seulement à la famille proche et étendue des participants, mais aussi aux marchands locaux et à d'autres personnes qui ont bénéficié des multiplicateurs de revenu générés par les dépenses des ménages.

(NE3)

La **Zambie** met en oeuvre un plan de transferts sociaux en espèces (qui représente 0,5 pour cent de son produit intérieur brut) ciblant les 10 pour cent des habitants les plus pauvres, inaptes au travail et présentant des coefficients de dépendance élevés. Le **Mozambique** tente de mettre en place, dans les zones urbaines et périurbaines, un programme de subvention alimentaire pour les citoyens dans l'incapacité de travailler et sans revenu. L'admissibilité repose sur des conditions de ressources, des indicateurs de substitution (âge, invalidité) et sur l'état de santé (maladie chronique). L'extension aux zones rurales est programmée. Les deux pays espèrent que ces mécanismes de protection sociale auront des effets durables sur la pauvreté à un coût plutôt inférieur aux actions de secours, qui sont devenues une composante régulière de leur arsenal d'activités nationales.

(NE4)

Sans protection sociale, les ménages adoptent des comportements risqués (stratégies de survie préjudiciables tels que la liquidation de leurs biens, la déscolarisation des

enfants ou l'utilisation de relations sexuelles comme monnaie d'échange) qui sont inévitablement très lourdes financièrement. Au niveau macroéconomique, l'insécurité grandissante liée à l'alimentation ou aux moyens de subsistance peut rendre indispensable une action de secours coûteuse. Certains pays, disposant de moins de ressources que les pays développés, ont commencé, tout comme ces derniers le font depuis longtemps déjà, à intégrer des mécanismes de protection sociale dans leurs stratégies nationales. Cependant, la plupart des programmes de

protection sociale sont trop fragmentés et ponctuels pour aboutir à des effets à long terme tels que la promotion des moyens de subsistance et le développement économique. La probabilité de réussite de ces programmes dépend de leur souplesse et de la fiabilité de leur accessibilité, deux caractéristiques souvent incompatibles avec les caractéristiques des programmes d'aide internationale quand ceux-ci sont mis en œuvre indépendamment.

QUESTION CLÉ: AIDE SOUS CONDITION

Est-il opportun de soumettre à conditions les prestations de base auxquelles chacun a droit? Les avantages matériels tels que les produits alimentaires, le logement et les soins de santé ne font-ils pas partie des droits humains fondamentaux? À l'inverse, les avantages matériels octroyés sans condition ne vont-ils pas à l'encontre des principes d'autosuffisance, et pis encore, n'encouragent-ils pas la dépendance? Comment peut-on attendre des populations pauvres qu'elles prennent l'initiative si elles reçoivent des dons continuellement.

Avantages "conditionnels": imposer des conditions sous la forme d'une participation active (Vivres contre travail [VCT] et plans relatifs à la création d'actifs, par exemple) en contrepartie des avantages matériels reçus (vivres ou espèces) est généralement perçu comme une mesure adéquate pour les personnes aptes. Mais s'agissant des personnes extrêmement vulnérables (enfants en bas âge, personnes âgées, femmes enceintes ou mères allaitantes, par exemple), ne faudrait-il pas supprimer ces conditions purement et simplement? Ou ne faudrait-il pas les remplacer par des conditions moins dures axées sur l'autonomie en exigeant, par exemple, l'utilisation des services de santé ou la scolarisation des enfants?

Il est important de tenir compte de la disponibilité et de la qualité des services sociaux. Bien que l'on constate que l'application de transferts sociaux soumis à conditions soit bien plus répandue en Amérique latine qu'en Afrique, cela peut être dû (du moins en partie) au fait qu'il n'y a guère d'avantage à imposer la fréquentation des écoles ou des centres de soins là où les services publics sont insuffisants.

Les organismes d'aide alimentaire soumettent souvent l'obtention de rations alimentaires à des conditions de participation active de la part des bénéficiaires. Les vivres sont considérés comme

une forte incitation à la création d'avoirs productifs – des infrastructures communautaires (avoirs matériels) à l'acquisition d'une instruction et de compétences (capital humain), qui contribuent à terme à améliorer la productivité et à promouvoir les moyens de subsistance. Des conditions sont également prévues dans le contexte du sida. Les vivres sont liés à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, aux programmes de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) pour la tuberculose (qui encouragent l'adoption des services et l'adhésion à ceux-ci) et au traitement antirétroviral, afin de promouvoir le respect des prescriptions médicales.

Au **Mexique**, un programme mis en place par le Gouvernement baptisé *Oportunidades* fournit des transferts individualisés en faveur des enfants sous réserve d'une scolarisation régulière et de l'utilisation des services de santé de base. La responsabilisation des bénéficiaires (ou de la personne qui en la charge) est de plus en plus répandue en Amérique latine et est influencée par le débat sur l'action sociale aux États-Unis et en Europe occidentale¹¹. Son coût total ne représente que 0,32 pour cent du PIB du Mexique.

Au **Zimbabwe** et en **Zambie**, le droit aux rations de mélange maïs-soja (CSB) est accordé aux patients qui suivent scrupuleusement les traitements DOTS (pour la tuberculose) et antirétroviraux. Dans une étude réalisée par C-SAFE en février 2005, l'un des impacts régulièrement mentionnés de l'aide alimentaire était que les patients acceptaient de plus en plus les traitements et les suivaient mieux (traitements de la tuberculose et antirétroviral). Une étude a montré qu'au sein d'un échantillon limité de personnes ayant interrompu leur traitement, le manque d'argent pour l'alimentation était perçu comme un obstacle au suivi du traitement¹².

4. PROTECTION SOCIALE DANS LE CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE DE SIDA

Impact de l'épidémie de sida

L'impact de la pandémie de VIH sur la vulnérabilité des ménages a été abondamment documenté. Les communautés et les ménages qui vivaient déjà de façon précaire ont été rendus encore plus vulnérables en raison des conséquences complexes du virus. Les impacts les plus couramment cités sont les suivants:

- réduction de la capacité de travail des ménages, avec une incidence sur la production agricole au niveau des ménages et des communautés;
- détournement du revenu des ménages consacré aux investissements, à l'épargne et aux dépenses de base afin de couvrir les dépenses médicales, les funérailles et d'autres frais liés à la maladie;
- temps et énergie consacrés aux soins au détriment de la production ou de la génération d'un revenu pour le ménage;
- non-transmission des connaissances intergénérationnelles (compétences de la vie courante, techniques agricoles, etc.) du fait de la maladie des parents ou de leur décès avant que les enfants soient en âge de comprendre;
- déscolarisation des enfants qui doivent aider aux tâches ménagères et aux soins;
- augmentation du nombre d'orphelins et charge supplémentaire imposée aux ménages qui les accueillent;
- accroissement de la sollicitation des systèmes de santé en raison du plus grand nombre de malades chroniques;
- diminution de la capacité de ces systèmes de santé, car les professionnels de santé (et leurs familles) sont aussi directement frappés par la maladie¹³.

Ce tableau, déjà bien sombre, serait incomplet sans les complications supplémentaires liées à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle. Il existe des relations particulières entre le VIH et ces deux phénomènes, relations qui deviennent de plus en plus claires à mesure que s'étoffent la recherche et la documentation.

Une question d'offre et de demande

Compte tenu de l'ampleur de l'impact du VIH et du sida sur les communautés, les ménages et les personnes vivant avec le virus, les aspects relatifs à la demande et à l'offre demandent un examen plus approfondi lorsque la question de la protection sociale est débattue dans un contexte de forte prévalence du VIH.

MALAWI – FILETS DE PROTECTION INFORMELS SURCHARGÉS PAR L'IMPACT DE LA PANDÉMIE DE VIH

Au Malawi, la combinaison de la pauvreté et du VIH a fortement grevé les ressources des filets de protection fonctionnant sur la parenté en raison de l'importance même du nombre de ménages pauvres frappés par le virus. Les soignants des sujets malades dans les familles recourent de plus en plus au *ganyu*, travail rémunéré de manière informelle, pour se procurer les espèces dont ils ont besoin. Traditionnellement, le *ganyu* était considéré comme un mode courant de protection sociale informelle, les ménages les mieux lotis offrant, par besoin autant que par devoir, des emplois agricoles aux moins fortunés. Devant la transformation progressive du *ganyu* en stratégie principale de survie pour les ménages touchés par le VIH, l'augmentation de l'offre de main-d'œuvre a fait baisser les salaires et augmenter la concurrence sur ces emplois. Cette concurrence diminue le pouvoir de négociation des travailleurs occasionnels déjà vulnérables, notamment des femmes, si bien que les contrats de *ganyu* incluent de plus en plus souvent les relations sexuelles comme monnaie d'échange contre une possibilité de travail.

(NE5)

Demande (de protection sociale): les bouleversements classiques des moyens de subsistance (dus aux catastrophes naturelles, par exemple) ont généralement un déroulement prévisible, avec des trajectoires d'impact et de redressement similaires pour les communautés et les zones géographiques touchées. Ces chocs sont habituellement résorbés en une saison, temps nécessaire à la plupart des populations concernées pour retrouver (en étant aidées toutefois) leurs niveaux de productivité initiaux. Cependant, les personnes et les ménages atteints par le VIH sont considérablement plus vulnérables en cas de chocs externes que leurs voisins et sont par conséquent plus

désavantagés et moins à même de se redresser à la suite d'une crise. Les conséquences de l'hypothèse d'Alex de Waal du "famine de nouveau type"¹⁴ sont à présent bien connues: on constate une érosion des avoirs, une augmentation de la fragilité et l'apparition d'une nouvelle catégorie de personnes pauvres et vulnérables que l'on ne connaissait pas auparavant. Les répercussions sur les systèmes de protection sociale sont tout aussi alarmantes: "Des chocs relativement mineurs peuvent être fortement aggravés et nécessiter des actions humanitaires bien plus vastes en raison de la capacité à réagir de plus en plus faible des communautés et des ménages fragilisés par le VIH." Les personnes touchées par le virus sont davantage exposées aux crises touchant les moyens de subsistance. Pis encore, ces crises frappant des populations entières, les "personnes vivant avec le VIH peuvent perdre l'aide informelle dont elles bénéficiaient, au moment précis où elles en ont le plus besoin"¹⁵. Enfin, les systèmes de santé, qui étaient déjà inadaptés au départ, sont submergés par l'afflux de nouveaux malades et doivent faire face à la charge supplémentaire de la généralisation des antirétroviraux.

Offre (de protection sociale): nombreux sont ceux qui affirment que les filets de protection informels sont surchargés et sur le point de céder. Le nombre de soignants va décroissant (dans les systèmes de santé informels et formels), car ils sont eux-mêmes malades ou doivent s'occuper de membres de leur propre famille atteints par le virus. "L'effet immédiat de l'injection de ressources financières a été de mettre en évidence l'état de précarité des systèmes de santé dans de nombreux pays en développement. Devant de nouvelles crises de santé, certains de ces systèmes se contractent ou s'effondrent"¹⁶.

En outre, les familles rurales qui dépendaient auparavant de l'aide financière de proches vivant dans des zones urbaines sont amenées aujourd'hui à supporter des charges supplémentaires, car les personnes frappées par la maladie reviennent dans leur village natal¹⁷. Les "transferts verticaux" (des riches vers les pauvres) disparaissent en Afrique, tandis que la redistribution "horizontale" (au sein de la population pauvre), quoique toujours répandue, a un impact négligeable sur les moyens de subsistance. "Alors que l'on pourrait s'attendre à ce que les filets de protection informels prennent une importance accrue pendant les crises économiques, en pratique, l'aptitude des populations pauvres à profiter des réseaux d'aide informels atteint son niveau le plus bas précisément lorsque la nécessité se fait la plus urgente"¹⁸.

Ce n'est pas en alourdissant la charge supportée par des familles et des communautés déjà accablées que l'on servira au mieux l'appui apporté à plus long terme aux enfants victimes du VIH et du sida. Ce constat appelle une réévaluation urgente des approches de l'action sociale de l'État.

UNICEF, 2005 (NE6)

À la lumière de cette analyse condensée de l'offre et de la demande, dans quelle mesure peut-on s'attendre à voir les systèmes existants de protection sociale absorber l'impact actuel et à venir du VIH et du sida? Affichent-ils des signes d'essoufflement voire d'effondrement? L'injection d'une aide de grande ampleur est-elle la garantie d'une amélioration? Dans l'affirmative, où commençons-nous, et quels sont les facteurs à prendre en compte?

Quels sont les facteurs à prendre en compte?

1. Renforcer les filets de protection communautaires peut se révéler insuffisant

L'attention portée aux structures communautaires, à l'appui des communautés et aux interventions axées sur celles-ci domine dans la réflexion politique sur le VIH et le sida¹⁹. Néanmoins, les niveaux actuels de pauvreté et de vulnérabilité des ménages devraient remettre en question notre hypothèse que les communautés doivent être en mesure d'étendre les filets de protection aux personnes vivant avec le VIH et aux ménages fragilisés par le virus. Une forme de lassitude s'est répandue au cours de ces dernières années, entraînant les familles, les voisins et les membres des communautés à éviter ou à négliger les personnes vivant avec le VIH, non par ignorance ou malveillance, mais faute d'être encore capable de leur tendre la main²⁰. Les familles qui ont déjà perdu des proches à cause du sida n'ont parfois plus grand chose à offrir à l'ami ou au proche qui vient demander de l'aide ou un abri. Ayant épuisé leurs ressources (affectives et financières), elles n'ont plus les moyens de faire face.

Selon une étude récente de l'UNICEF sur la protection sociale, "Il est vital d'étendre les interventions de protection sociale à l'échelle nationale". Cette même étude note que les conditions de cette extension devraient inclure des systèmes d'acheminement, un financement fiable à

long terme, l'implication et la participation actives des communautés et le fait de se garder de prévisions de durée irréalistes²¹.

MOZAMBIQUE – INCITATIONS SOUS FORME DE VIVRES POUR LES SOIGNANTS À DOMICILE

Dans de nombreux pays, le réseau d'équipes de soins à domicile est considéré comme l'ossature du système de soins et d'appui pour les personnes vivant avec le VIH. Or, ces équipes sont très souvent renouvelées et leurs membres sont de moins en moins à même de donner de leur temps en raison de l'impact direct du VIH sur leurs propres familles. De fait, une évaluation récente de la protection sociale réalisée par le PAM notait que "l'épuisement et la défection des volontaires formés posent fréquemment des problèmes dans les activités incluses dans les filets de protection". La fourniture d'une aide alimentaire aux collaborateurs des équipes de soins à domicile est appuyée par certaines ONG, tandis que d'autres pensent que ce soutien établit un précédent dangereux, car il risque de décourager le volontariat alors même qu'il n'est pas possible de le maintenir à long terme. Au Mozambique le PAM expérimente l'utilisation de vivres comme incitation tout en cherchant à mettre en place d'autres moyens de compensation de ces soignants. Le PAM, le Conseil national du sida et plusieurs ONG font pression sur le Ministère de la femme et de l'action sociale pour que le Gouvernement fournisse une incitation pécuniaire normalisée.

(NE7)

ZIMBABWE – VIVRES POUR LES PERSONNES QUI PRÉPARENT LES REPAS

Comme les volontaires des équipes de soins à domicile, les personnes qui préparent les repas dans les cantines scolaires (qui sont normalement des parents volontaires de la communauté) sont de moins en moins en mesure de consacrer du temps à cette activité, et ce en raison des charges supplémentaires liées aux soins à prodiguer aux malades dans leurs propres foyers. Certaines ONG au Zimbabwe expérimentent la distribution de rations alimentaires pour venir en aide à ces volontaires.

(NE8)

2. Promouvoir les moyens de subsistance

Si nous voulons continuer à oeuvrer dans le sens des récentes perspectives théoriques sur la protection sociale, nous ne devrions pas nous limiter à la simple protection des moyens de subsistance, à la sécurité alimentaire, à la santé, à l'éducation et à d'autres

droits à prestation. Au lieu de cela, notre objectif devrait être de réfléchir à la façon de promouvoir les moyens de subsistance et de contribuer à la croissance économique. La capacité de la protection sociale à participer directement ou indirectement à la croissance devrait être au premier plan de nos réflexions, indépendamment des modalités (espèces, vivres, intrants agricoles, etc.). Les activités Vivres pour la création d'avoirs (VCA) qui associent les vivres au traitement antirétroviral et même les programmes d'alimentation scolaire peuvent contribuer à obtenir de tels résultats lorsqu'ils sont planifiés de façon intégrée et conjuguée à certains concepts, comme le passage progressif des bénéficiaires de l'appui alimentaire et nutritionnel à des stratégies de subsistance à plus long terme.

L'utilisation de critères d'admission et de sortie est une pratique courante des programmes alimentaires dans le cadre des interventions médicales; elle l'est moins (tout en étant aussi importante) dans les interventions non médicales. Quand cela est possible, des critères de sortie clairs liés aux changements de l'état de vulnérabilité (évolution de la grossesse, état de santé, etc.) et aux améliorations de la situation en matière de sécurité alimentaire sont des moyens réalistes de mesure du degré de préparation d'un ménage à la sortie du programme et, si nécessaire, au transfert vers une autre forme d'aide²².

3. Accepter un plus grand nombre de bénéficiaires de l'action sociale

L'approche qui vise à promouvoir les moyens de subsistance et pas simplement à les protéger peut, dans des circonstances de développement normales, faciliter la transformation, l'autonomisation, la réduction de la pauvreté et la croissance économique. Cependant, dans un contexte de forte prévalence du VIH, si nous faisons nôtre le tableau extrême dressé par la théorie de la famine de nouveau type, "l'étendue de la pandémie de sida pose la question de savoir si la protection sociale peut effectivement participer à la croissance économique"²³.

L'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, les traitements antirétroviraux, la gestion des infections opportunistes et la "vie positive" permettent souvent aux personnes vivant avec le VIH d'être en relative bonne santé et de mener une existence plutôt productive. Cependant, on risque toujours de voir une partie de cette population incapable de conserver (ou de retrouver) une bonne

santé et de contribuer à la croissance et au redressement économiques. Les gouvernements et les donateurs doivent admettre que, même si certaines personnes vivant avec le VIH peuvent devenir autonomes lorsque leur état de santé s'améliore, d'autres ne se rétabliront pas et devront bénéficier d'une aide à long terme.

4. Adopter une stratégie intégrée qui appuie la continuité des soins

Pour planifier efficacement la protection sociale, il est essentiel de bien comprendre l'évolution des besoins des personnes, des ménages et des communautés fragilisés par le VIH. Les besoins des personnes vivant avec le VIH ne sont pas statiques, mais changent au fil du temps et de l'évolution de la maladie. De même, les répercussions de la maladie (et les besoins qui en découlent) varient selon le niveau des bénéficiaires ciblés: individus, ménages ou communautés. Dans le contexte du VIH, la souplesse et la fiabilité des activités (deux caractéristiques déterminantes de la protection sociale, comme nous l'avons mentionné plus haut) facilitent le ciblage des personnes ainsi que la programmation et la durée des interventions.

L'analyse du VIH et du sida dans un cadre chronologique peut favoriser une planification plus complète et l'intégration d'actions interinstitutionnelles et intersectorielles; elle facilite la définition de réponses adéquates lorsque le participant est prêt à passer à des interventions davantage tournées vers les moyens de subsistance. Cela peut être, par exemple, la fourniture de vivres associée au traitement antirétroviral lorsque la personne présente les symptômes de la maladie et l'accès au microcrédit une fois la personne rétablie. Ce type d'analyse permet également de trouver plus facilement une solution adéquate si et quand la condition d'une personne se dégrade et appelle des soins et un appui plus intensifs.

Les liaisons organisationnelles et les mécanismes d'aiguillage opérationnels sont autant de facteurs absolument essentiels pour optimiser la continuité des soins. La mise en relation des différents canaux de distribution des services facilitera la fourniture d'un système d'aide complet et intégré aux patients. Un patient atteint de tuberculose et signalé par un médecin ou une infirmière comme ayant besoin d'une aide nutritionnelle (évaluation nutritionnelle, information et rations alimentaires, le cas échéant)

destinée à faciliter la prise de poids et favoriser le processus de rétablissement, est ainsi orienté vers le prestataire adéquat, qui peut lui fournir les services de nutrition adaptés et, sur confirmation du besoin (conditions de ressources), lui délivrer les rations alimentaires et lui permettre d'accéder à d'autres aides à plus long terme visant à l'amélioration des moyens de subsistance. L'examen des systèmes de protection sociale réalisé par le PAM (Tango International, 2005) a fait ressortir que, malgré le fait que les liaisons entre les secteurs, services et organismes soient généralement souhaitées par toutes les parties, elles sont difficiles à maintenir dans la pratique en raison des contraintes de temps, des charges de travail, de l'inadéquation des ressources et du manque de coordination des programmes.

CAMPAGNE TAC EN AFRIQUE DU SUD

La campagne "*Treatment Action Campaign*" (TAC) a été lancée le 10 décembre 1998, à l'occasion de la Journée internationale des droits de l'homme. Son principal objectif est de faciliter l'accès de tous les Sud-Africains au traitement du VIH, en sensibilisant le public et en expliquant les questions relatives à la disponibilité, au caractère économiquement abordable et à l'utilisation des traitements du VIH. Cette campagne vise également à promouvoir et à encourager la législation visant à permettre une égalité d'accès aux services sociaux et de traitement des personnes victimes du sida.

La campagne TAC est gérée par (et au nom) des personnes vivant avec le VIH dans l'ensemble de l'Afrique du Sud. Elle constitue un modèle qui invite ces populations à prendre en main l'élaboration du programme de protection sociale au lieu d'accepter un système défini par d'autres.

(NE9)

5. Concrétiser les réflexions "transformationnelles"

L'une des premières étapes de la mise en pratique des réflexions transformationnelles est de donner la parole aux personnes vivant avec le VIH lors de l'élaboration des systèmes de protection sociale. Cette approche est conforme à l'engagement de l'ONUSIDA sur le principe du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (RMP+) auquel le PAM souscrit également.

ASSURER LA CONTINUITÉ DES SOINS²⁴

Les besoins des personnes vivant avec le VIH changent avec le temps et l'évolution de la maladie une fois celle-ci déclarée. La compréhension de ces besoins est le fondement incontournable d'une planification efficace de la protection sociale. Le fait d'envisager ces besoins dans une optique de "continuité des soins" peut aider à planifier des interventions adéquates de manière intégrée.

L'outil d'analyse chronologique du VIH/sida²⁵ a été élaboré par les organisations CARE et Catholic Relief Services pour offrir un point de départ à l'analyse phase par phase de ce problème complexe. En étudiant les différentes phases à mesure qu'elles apparaissent, les responsables des programmes, les décideurs publics et les membres des communautés peuvent commencer à déterminer les besoins de groupes cibles particuliers et comprendre la façon dont ces besoins évoluent. La chronologie nous conduit à examiner les interventions potentielles adaptées aux personnes, aux ménages et aux communautés en crise du fait de la maladie, aux personnes qui sont séronégatives, mais souffrent d'insécurité alimentaire ou sont en danger, aux personnes séropositives quoique asymptomatiques et aux personnes frappées par la maladie ou le décès de proches.

La difficulté réside dans la détermination de l'intervention adéquate (qu'il s'agisse de sécurité alimentaire, de nutrition, de promotion des moyens de subsistance ou d'autres actions), dans le ciblage judicieux de la personne, du ménage ou de la communauté, et dans la programmation opportune et la juste définition de durée des opérations. Tous ces aspects forment le socle permettant d'assurer une parfaite continuité des soins aux personnes, aux familles et aux communautés touchées par l'infection à VIH. Ainsi, les personnes séropositives, mais encore asymptomatiques, ont besoin d'autre chose qu'une simple information sur les choix alimentaires préconisés si l'on souhaite induire un changement durable; un grand nombre d'entre elles doivent être accompagnées dans le développement de leur pouvoir de production ou d'achat. À ce stade de l'infection, les personnes n'ont pas besoin de distributions de vivres, mais plutôt d'une stratégie à long terme de sécurité alimentaire et de promotion des moyens de subsistance, qui leur permette de résister aux chocs des économies externes et du climat.

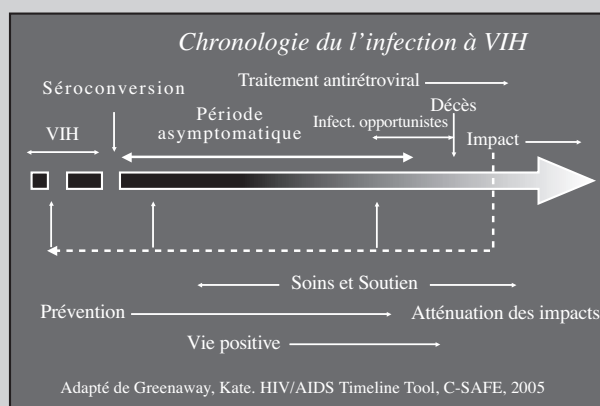
On a tendance à penser l'aide alimentaire comme une mesure palliative ou de dernier ressort, mais il est tout aussi important de savoir discerner les situations dans lesquelles cette aide peut contribuer à la prévention de la transmission du VIH. L'appui aux programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant peut ainsi améliorer l'issue des accouchements pour les mères et les nouveau-nés et favoriser un allaitement plus sûr par les mères séropositives. Pour compenser la perte nutritionnelle qu'entraînent la grossesse et l'allaitement, les femmes des ménages souffrant d'insécurité alimentaire peuvent bénéficier d'une aide alimentaire adéquate pendant six mois avant l'accouchement et six mois après durant la période d'allaitement. Il est essentiel d'encourager l'allaitement maternel exclusif et un sevrage rapide pour réduire la transmission du VIH; un appui supplémentaire peut donc être apporté sous forme de produits de substitution adaptés pendant les 12 mois qui suivent le sevrage du bébé. Maintenir les bébés en état de

satiété diminue la tentation du recours à l'allaitement par intermittence. Veiller à la bonne alimentation des mères diffère la déclaration de la maladie et, au final, retarde le moment où l'enfant devient orphelin.

Nous avons vu que pour être efficace la programmation des activités de lutte contre le VIH doit être complète et multisectorielle. Dans les environnements d'insécurité alimentaire et d'insuffisance de ressources, les filets de protection sociale destinés aux ménages à fort taux de dépendance (ceux comptant plusieurs orphelins et peu d'adultes productifs) devraient comprendre une aide alimentaire à court terme, mais doivent aussi être associés à des stratégies en faveur de l'agriculture et de la génération de revenu, tant au niveau des ménages et que des communautés. Le soutien apporté aux actions dans le secteur de la santé, comme la fourniture d'une aide alimentaire à court terme avec le traitement contre la tuberculose, produit un effet synergique qui aboutit à de bien meilleurs résultats qu'une intervention isolée.

Le traitement antirétroviral sera probablement plus efficace s'il se présente au sein d'un ensemble complet. Pour les patients souffrant d'insécurité alimentaire et de malnutrition, un complément alimentaire adapté devra être fourni au cours des premiers mois du traitement antirétroviral afin d'atténuer les premiers effets secondaires et d'accroître le suivi régulier des prescriptions médicales, en prévoyant le passage progressif à une stratégie indépendante favorisant la sécurité alimentaire et l'adoption de bonnes pratiques nutritionnelles à mesure du rétablissement du patient. Et comme dans toute programmation, une information et une sensibilisation adaptées sur la question du VIH devront être intégrées dans chaque intervention, en valorisant l'accès offert par les interventions à cette population extrêmement vulnérable.

Bien conçues, les interventions appuyées par une aide alimentaire peuvent contribuer à prévenir la transmission du virus, à réduire la morbidité, à retarder le moment où les enfants deviennent orphelins et à prolonger la santé et la productivité. En fin de vie, les vivres peuvent également être utilisés pour alléger les souffrances. Une programmation réfléchie des activités peut restaurer l'espoir et renforcer l'autonomisation des communautés ravagées par de nombreux décès. L'étendue du défi à relever n'a d'égal que la multiplicité des possibilités offertes et l'immensité des besoins.



QUESTION CLÉ: DÉPENDANCE

D'APRÈS HARVEY, P. ET LIND, J. 2005. DEPENDANCY AND HUMANITARIAN RELIEF: HPG REPORT 19. A CRITICAL ANALYSIS. LONDRES, INSTITUT BRITANNIQUE DE DÉVELOPPEMENT OUTRE-MER.

- La **dépendance** est généralement considérée comme quelque chose de négatif.
- La **dépendance** est associée à la fourniture de prestations de secours par opposition aux approches de développement.
- La **dépendance** est perçue comme un facteur d'érosion de la capacité d'initiative des populations.
- La **dépendance** est opposée à un éventail de valeurs ou de termes à connotation positive, notamment l'indépendance, l'autosuffisance, l'autonomie et la durabilité.
- La **dépendance** est particulièrement considérée comme un problème lorsque des opérations de secours ont été assurées pendant une période assez longue.

Emplois courants du terme "dépendance":

Les opérations de secours installent une mentalité d'assisté et sapent les économies locales en enfermant les populations dans des états chroniques de dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure. La dépendance est l'une des caractéristiques de l'extrême pauvreté et est associée à la honte ou à la défaite. Les gouvernements, les parties belligérantes et les organismes d'aide sont tous exposés à une certaine dépendance vis-à-vis des ressources de secours.

Le rapport "HPG" de juillet 2005 réalisé par l'Institut britannique de développement outre-mer note, comme d'autres avant lui, que "les populations dépendent moins des opérations de secours qu'on ne le pense souvent. Peu d'éléments probants montrent que le secours est un facteur d'érosion de la capacité d'initiative ou que les opérations de secours sont déployées de manière suffisamment fiable et transparente pour entraîner un phénomène de dépendance de la part des populations".

Le rapport relève également que "dans la pratique, de nombreuses préoccupations au sujet de la dépendance semblent provenir de l'inquiétude suscitée par les effets démobilisateurs de l'aide alimentaire. Formuler ces préoccupations bien réelles en termes de dépendance est contreproductif, car cela peut servir de prétexte à réduire des prestations de secours destinées à des personnes qui en ont peut-être encore cruellement besoin. La question plus importante est de déterminer les formes d'aide les mieux adaptées pour prévenir la faim, sauver des vies et alléger les souffrances".

Le rapport de l'Institut britannique de développement outre-mer s'intéresse essentiellement aux questions soulevées par les interventions de secours, mais certains pourraient faire valoir qu'un grand nombre de problèmes liés à la dépendance s'appliquent également aux programmes d'aide sociale dans un environnement de développement. Le rapport fait le constat suivant: "Dans les situations dans lesquelles la vie et les moyens de subsistance des personnes sont menacés et où les

capacités locales pour faire face à la crise sont dépassées, être en mesure de dépendre de l'aide reçue devrait être considéré comme une bonne chose. L'attention ne devrait pas être focalisée sur la façon d'éviter la dépendance, mais sur les moyens de fournir une aide suffisamment fiable et transparente pour que ceux qui en ont le plus besoin comprennent les prestations auxquelles ils ont droit et puissent compter sur ces prestations dans leurs efforts pour survivre et se redresser à la suite des crises". Ces concepts sont tout aussi vitaux pour la réussite des systèmes de protection sociale qu'ils le sont en matière de secours.

Le rapport souligne également: "Il est important de replacer les discussions relatives à la dépendance dans un débat plus large sur les moyens de subsistance, la protection sociale et les stratégies de survie qui permettent de réagir en cas de crises. Cela met en évidence le fait que les personnes touchées par les situations d'urgence ne sont pas des bénéficiaires passifs de l'aide, mais qu'elles utilisent cette aide comme une stratégie de subsistance parmi de nombreuses autres pour leur survie et leur redressement. Il est donc préférable de considérer l'aide comme l'une des options auxquelles les personnes peuvent recourir dans leur combat contre la crise... Il est également possible, par exemple, d'envisager le secours comme un moyen de réduire la dépendance en offrant aux populations la possibilité de conserver des avoirs productifs que, sans cela, ils auraient été contraints de vendre".

Le rapport constate que ce regain d'intérêt pour la protection sociale et cette reconnaissance grandissante du besoin d'une aide sociale à long terme offrent l'occasion de repenser le concept de dépendance. "Si l'assistance est nécessaire sur le long terme, il faut rechercher les moyens de l'associer aux devoirs des États de fournir une protection sociale et une aide sociale de base aux habitants de leurs pays".

Enfin, le rapport conclut: "Au lieu d'aborder la dépendance vis-à-vis des opérations de secours en des termes négatifs et comme un état sans avenir, on pourrait envisager la possibilité de se reposer sur des secours comme un objectif positif de l'aide, et considérer que les mesures de protection sociale ont une chance réelle de fournir une forme de transition entre le secours et le développement".

L'AIDE REPRÉSENTE UNE FAIBLE PART DES STRATÉGIES DE SURVIE GLOBALES

Les inondations de 1998 au Bangladesh ont démontré que l'aide alimentaire représentait un apport relativement faible comparé aux besoins des ménages et aux autres mécanismes de survie. À titre d'exemple, les emprunts des ménages représentaient six à huit fois la valeur de tous les transferts à destination des foyers pauvres exposés aux inondations. Les conclusions établies à la suite de la sécheresse de 2000-2001 dans la Corne de l'Afrique vont dans le même sens. (NE10)

En Afrique du Sud, la campagne TAC sert de modèle d'action aux personnes vivant avec le VIH pour influencer le programme de protection sociale. La plupart des pays qui affichent une forte prévalence du VIH abritent des associations et des réseaux nationaux qui sensibilisent les populations et plaident pour une amélioration de l'accès aux services. Ces organisations devraient être invitées à s'engager dans l'élaboration du système de protection sociale afin de garantir que la voix des personnes vivant avec le VIH joue un rôle dans les politiques à venir.

L'utilisation d'un "facteur VIH/sida" lors de la phase d'élaboration (dans le cadre d'une stratégie de niveau national comme dans celui d'une intervention

particulière) peut également faciliter ce processus.

Comme pour un outil d'analyse différenciée par sexe, cette approche revient à établir une liste de questions qui invite les spécialistes à faire une place plus grande aux personnes vivant avec le VIH, à tous les stades du cycle de vie d'un projet, et qui propose des moyens de modifier les programmes classiques (sans recourir à la stigmatisation) de sorte que ces personnes ainsi que les ménages concernés aient la possibilité de participer au débat et profitent pleinement des avantages procurés. La formation à l'organisation de campagnes de lutte contre les préjugés destinée au personnel et aux communautés peut également contribuer aux actions transformatives.

5. VIVRES, SIDA ET PROTECTION SOCIALE

Le rôle spécifique de l'aide alimentaire

La chronologie de l'infection à VIH montre que, pour assurer la continuité des soins, il est nécessaire de mettre à disposition de manière fiable un ensemble complet de services en fonction de l'évolution de la maladie et du niveau ciblé (individus, ménages ou communautés). La politique de protection sociale doit tenir compte de la totalité des moyens de prévention, de soin ou d'appui, de traitement et d'allègement des souffrances, afin de s'assurer que les modalités des transferts sociaux (espèces, vivres, conseils, médicaments, etc.) sont sélectionnées de façon attentive et pertinente pour chaque intervention. Les vivres ont un rôle particulier à jouer, mais il est important de noter qu'ils ne sont que l'une des composantes de l'ensemble constitué par la protection sociale. Lors de l'analyse visant à déterminer le type de transfert social le mieux adapté, les recommandations suivantes peuvent être utiles:

CLARIFIER les objectifs particuliers de l'intervention dans le contexte du système de protection sociale global.

COMPRENDRE les rapports entre le VIH et la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

TENIR COMPTE des arguments respectifs en faveur des espèces ou des vivres dans les prises de décision.

1. CLARIFIER les objectifs particuliers de l'intervention

Bien que l'objectif général de la protection sociale

puisse être de réduire la pauvreté tout en contribuant à la croissance économique, les différentes mesures qui la composent sont contextuelles et portent sur les besoins immédiats des personnes (ou des ménages) et sur l'accès de celles-ci aux services sociaux compétents. Une petite fille peut ainsi être envoyée de nouveau à l'école par ses parents en raison des incitations mises en place par un programme d'alimentation scolaire dans sa communauté (l'objectif particulier étant d'améliorer la fréquentation scolaire des filles). Or, les avantages que peut entraîner cette intervention, comme l'élargissement des possibilités offertes à cette enfant en termes d'éducation et d'emploi, sa meilleure compréhension du VIH et des stratégies de diminution des risques ou encore le renforcement de la sécurité alimentaire de sa famille, vont servir les objectifs plus vastes de la protection sociale en matière de réduction de la pauvreté, de protection de la santé et d'accroissement du développement économique. De même, un patient souffrant de tuberculose qui reçoit des rations alimentaires en complément de son traitement (dans le but d'améliorer le respect des prises de médicaments et l'efficacité du traitement) contribuera aux objectifs plus larges de la protection sociale si, une fois les soins terminés, ce patient est rétabli et retrouve des forces pour travailler et remplir ses obligations parentales.

Pour être efficace, le système d'orientation des patients doit mettre en relation plusieurs objectifs de différentes interventions. Par exemple, un orphelin recevant des repas à l'école peut être orienté vers un

programme de soins communautaires dans lequel l'aide est accordée sous réserve de fréquentation scolaire et qui vise à améliorer la sécurité alimentaire au niveau des ménages. Bien que les activités soient liées, et puissent avoir comme but commun d'améliorer la protection sociale des personnes et des ménages vulnérables, elles se distinguent par des objectifs particuliers.

Il est important d'établir clairement les objectifs précis d'une intervention. Ces derniers doivent être présentés explicitement à la communauté concernée, non seulement pour s'assurer qu'ils correspondent aux besoins et aux attentes de celle-ci, mais aussi pour faciliter l'élaboration du cadre plus large des politiques et systèmes de protection sociale. Une bonne compréhension de l'objectif est également déterminante pour adapter les modalités et l'étendue de l'appui alimentaire, la durée de l'aide et les critères de sélection. L'examen des systèmes de protection sociale réalisés par le PAM dans quatre pays d'Afrique australe (Tango International, 2005) a révélé de fréquentes tensions entre les visées génériques de la protection sociale et les objectifs particuliers des différentes interventions. Ce rapport a également été l'occasion de souligner le besoin de créer un juste équilibre entre ces deux aspects lors de la mise sur pied des systèmes et des mesures de protection sociale.

2. COMPRENDRE les rapports entre le VIH et la sécurité alimentaire et nutritionnelle

L'insécurité alimentaire peut entraîner un

comportement de prise de risque lié à l'exploitation sexuelle et à l'utilisation de relations sexuelles comme monnaie d'échange, augmentant par là même la probabilité d'exposition au VIH. Les personnes séronégatives dont le système immunitaire est mis à mal en raison de la médiocre qualité de leur régime alimentaire ont plus de risques d'être infectées par le virus lorsqu'elles y sont exposées. Les personnes séropositives dont l'état de santé se dégrade (apparition de symptômes) risquent davantage de souffrir d'insécurité alimentaire, car elles sont physiquement moins aptes à générer un revenu et ont moins accès à un régime adapté sur plan nutritionnel. Elles peuvent également subir des contraintes physiques qui les empêchent de s'alimenter correctement (plaies buccales, par exemple) et de profiter de la nourriture qu'elles absorbent effectivement (en raison de diarrhées notamment). Il est par ailleurs possible qu'elles ne reçoivent pas une part équitable des vivres disponibles si elles ne sont pas prévues (intentionnellement ou non) dans l'organisation de la distribution au sein du ménage ou de la communauté. Il s'ensuit des stratégies de survie préjudiciables, telles que la vente d'avoirs productifs et d'autres comportements, qui amplifient la vulnérabilité. La combinaison des défis auxquels doivent faire face les personnes vivant avec le VIH entraînent celles-ci dans un cercle vicieux difficile à interrompre.

Sécurité nutritionnelle: une nutrition adéquate ne peut pas soigner l'infection par le VIH, mais elle est

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET SÉCURITÉ NUTRITIONNELLE

Il est important de distinguer la sécurité alimentaire de la sécurité nutritionnelle, deux concepts bien différents, pourtant souvent employés de manière interchangeable.

La sécurité alimentaire, facteur essentiel de l'amélioration des résultats de la nutrition, désigne l'accès matériel et économique à des vivres de qualité et en quantité suffisantes et sous une forme socialement et culturellement acceptable.

La sécurité nutritionnelle résulte de la bonne santé, de l'environnement sain et des bonnes pratiques de soins qui viennent s'ajouter à la sécurité alimentaire au niveau des ménages. Ainsi, bien que bénéficiant d'un accès fiable aux éléments d'un régime alimentaire sain, une mère peut, en raison de sa mauvaise santé ou de soins inadéquats ou encore par

ignorance ou préférence sexospécifique ou personnelle, ne pas pouvoir (ou choisir de ne pas) tenir compte des aspects nutritionnels lors de l'utilisation des vivres, et par conséquent s'exposer à l'insécurité nutritionnelle.

Pour un ménage, la sécurité nutritionnelle est obtenue lorsque l'accès sûr aux vivres est couplé à de bonnes conditions d'hygiène, à des services de santé adéquats et à des soins éclairés permettant d'assurer une vie saine à tous ses membres. Une famille (ou un pays) peut bénéficier de la sécurité sur le plan alimentaire, tout en ayant une partie de ses membres (ou habitants) qui souffrent d'insécurité nutritionnelle. En conséquence, l'insécurité alimentaire est souvent une condition nécessaire mais non suffisante de la sécurité nutritionnelle.

Banque mondiale, 2006

indispensable pour préserver le système immunitaire, la résistance physique et une qualité de vie optimale. Une nutrition équilibrée est également nécessaire pour bénéficier au mieux du traitement antirétroviral, qui est essentiel pour prolonger la vie des personnes séropositives et prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant²⁶. Il est important de noter que, bien qu'un grand nombre d'habitants des pays en développement subsistent avec un régime alimentaire inférieur aux quantités journalières recommandées, l'OMS indique que les besoins énergétiques augmentent de 10 pour cent chez les adultes séropositifs asymptomatiques et de 20 à 30 pour cent chez les adultes à un stade plus avancé de la maladie – ce qui pose un véritable problème même pour les personnes qui vivent dans des ménages connaissant une relative sécurité alimentaire.

Selon l'OMS, "ces objectifs devraient être atteints autant que possible au travers d'approches appuyées par une aide alimentaire"²⁸.

| Besoins énergétiques ²⁷ | Absence de symptômes | Présence de symptômes |
|------------------------------------|----------------------|--|
| Adultes et adolescents | Augmentation de 10 % | Augmentation de 20 à 30 % |
| Enfants | Augmentation de 10 % | Augmentation de 50 à 100 % (en cas de perte de poids ou de problème de croissance ou des deux) |

Pour quelqu'un vivant avec le VIH, la sécurité nutritionnelle peut être fragilisée, non par insuffisance de vivres, mais parce que les préjugés, les normes culturelles et l'absence de connaissances peuvent avoir une incidence considérable sur les choix alimentaires. La maladie elle-même a des conséquences sur l'appétit, les besoins en nutriments et la capacité à absorber ces nutriments. Alors que certaines questions précises relatives aux nutriments continuent d'être étudiées et débattues, on note un consensus général sur l'importance d'une bonne

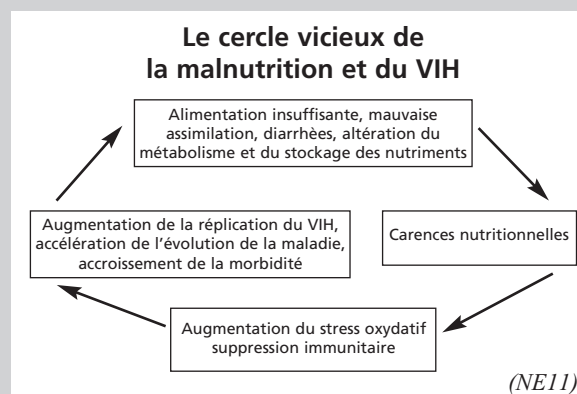
LE CERCLE VICIEUX DE LA MALNUTRITION ET DU VIH

Même chez les personnes non contaminées par le VIH, les fonctions immunitaires sont affaiblies par la malnutrition. Mais la question de la malnutrition est notablement plus complexe pour les personnes vivant avec le VIH du fait du stress supplémentaire que subit un système immunitaire déjà affaibli.

L'infection à VIH altère la santé nutritionnelle de trois façons qui se renforcent les unes les autres²⁹:

- Réduction de la consommation de nourriture: les personnes vivant avec le VIH consomment souvent moins de nourriture en raison de leur perte d'appétit, de plaies dans la bouche ou dans la gorge, de douleurs ou de nausées, d'effets secondaires des médicaments ou du fait de l'aggravation de la pauvreté ou de la détérioration de la sécurité alimentaire des ménages.
- Altération des processus métaboliques: l'infection modifie le métabolisme du corps de sorte que la quantité nécessaire de calories, mais aussi de protéines (en présence d'infections opportunistes) et de micronutriments (si la consommation ou l'absorption de nourriture sont inadéquates) augmente sensiblement.
- Diminution de l'absorption des nutriments: les nutriments sont mal assimilés à cause des diarrhées ou des vomissements, de la dégradation des cellules intestinales et d'autres effets liés aux infections opportunistes. Ce phénomène peut également compliquer le traitement en altérant la capacité de l'appareil digestif à absorber les médicaments et les nutriments³⁰.

Malheureusement, ces processus interviennent précisément au moment où l'individu a besoin de la meilleure alimentation possible. Quand ces effets se produisent simultanément, ils peuvent accélérer rapidement la perte de poids, la malnutrition et l'émaciation. La malnutrition influence directement la survie, et il a été établi qu'une perte de poids importante chez les personnes séropositives entraîne une augmentation du risque d'infections opportunistes, de complications et de mort prématurée³¹. L'approvisionnement en macronutriments et en micronutriments est une intervention essentielle pour les personnes vivant avec le VIH afin de susciter une réponse immunitaire efficace aux infections opportunistes³². En outre, les carences en micronutriments sont courantes chez les personnes vivant avec le VIH, situation qui accélère la destruction des cellules immunitaires et augmente la répllication du virus.



nutrition pour les personnes vivant avec le VIH. “[Ces personnes] doivent maintenir un état nutritionnel optimal à un moment où leur système immunitaire est affaibli par le virus. Sans une intervention nutritionnelle rapide, la perte de poids et d’autres complications risquent fort de s’ensuivre”³³.

3. TENIR COMPTE du contexte pour choisir entre aide en nature et aide en espèces

Les vivres et les espèces sont deux moyens tout à fait adaptés aux transferts sociaux qui doivent être soigneusement examinés dans le contexte d’une enveloppe de protection sociale pour les personnes, les ménages et les communautés atteints par le VIH. Le choix entre vivres et espèces est un vieux débat que l’on retrouve dans presque toutes les discussions et tous les documents relatifs à la protection sociale. Comme toujours, les spécialistes doivent évaluer attentivement les besoins du groupe ciblé et les

infrastructures locales (accès aux marchés, etc.) avant de décider de la modalité à adopter. Bien qu’il n’existe pas de solution “universelle”, il est impératif de tenir compte de la relation particulière entre les personnes vivant avec le VIH et la sécurité nutritionnelle lors du choix entre espèces et vivres. Il est également important de reconnaître que l’assistance alimentaire ne signifie pas nécessairement une aide alimentaire externe. Dans de nombreux cas, on constate que les activités liées à la sécurité nutritionnelle et alimentaire reposent sur les réserves alimentaires locales ou sur des produits de base achetés sur place.

Lorsque les marchés sont affaiblis ou ne fonctionnent pas, comme ce fut le cas au Zimbabwe en 2003, les transferts de vivres peuvent être le seul recours, car les produits alimentaires ne sont pas disponibles localement. Quand les objectifs sont essentiellement nutritionnels, notamment dans le cadre de la fourniture de vivres en complément de soins ou d’un

Débat espèces/vivres³⁴ (les points en caractères gras revêtent une importance particulière dans le contexte du VIH et du sida)

| VIVRES | ESPÈCES |
|--|--|
| <p>Avantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permettent une réponse immédiate aux problèmes de disponibilité des vivres et d’accès aux produits alimentaires. • Peuvent directement compenser des carences nutritionnelles (moins susceptibles d’entraîner des détournements à des fins non alimentaires). • Constituent un ciblage en eux-mêmes (le mélange maïs-soja (MMS), par exemple, est généralement destiné aux enfants et aux personnes malades). • Bénéficient plutôt aux femmes, aux enfants et aux personnes âgées et accroissent l’autonomie de ces populations. • Abaissent le niveau de risque. • Les excédents de produits alimentaires des donateurs sont plus facilement mobilisables que les espèces. • Peuvent être enrichis en nutriments. <p>Inconvénients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Engendrent des coûts de transport élevés. • Génèrent des pertes dues à la dégradation et aux vols. • S’échangent moins facilement que les espèces. • En cas d’aide alimentaire importée, peuvent décourager la production et entrer en concurrence avec les marchés locaux et le commerce local. • Peuvent limiter la valeur nutritionnelle lorsque le choix en produits de base est restreint. • Peuvent exposer les bénéficiaires à la stigmatisation, les rations sèches étant difficiles à dissimuler. | <p>Avantages</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ont un bon rapport coût-efficacité. • Offrent un choix plus large aux bénéficiaires. • Sont plus fongibles que les vivres. • Encouragent la production. • Stimulent le marché. • Sont plus discrètes qu’une ration alimentaire, limitant stigmatisation et discrimination. <p>Inconvénients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentent un risque inflationniste. • Peuvent être utilisées à d’autres fins que l’alimentation • Rendent le ciblage plus difficile. • Bénéficient plutôt aux hommes. • Augmentent le niveau de risque. • Font appel à des ressources plus limitées de la part des donateurs. • Même utilisées pour acheter des vivres, ne garantissent pas le régime alimentaire varié ni les apports en micronutriments recherchés. |

traitement antirétroviral dans un environnement d'insécurité alimentaire, la distribution de rations alimentaires est la meilleure solution. On tend à croire que les vivres sont mieux adaptés à un environnement de secours, tandis que les espèces devraient être utilisées pour le développement. Cette affirmation ne se vérifie cependant pas toujours, et la décision doit être étudiée attentivement en tenant compte du contexte particulier de la communauté bénéficiaire. Au Malawi, il a ainsi été démontré que la modalité d'aide la plus utile changeait selon les saisons. Ce constat indique que les souhaits des participants doivent être inclus dans les termes de l'équation.

Il reste également à explorer d'autres modalités, utilisées moins fréquemment, telles que l'utilisation de tickets alimentaires ou de bons alimentaires, qui présentent chacun des avantages et des inconvénients. L'utilisation des marchés commerciaux compte parmi les autres moyens originaux d'améliorer l'accès des groupes vulnérables à la nourriture.

ACHATS LOCAUX EN AFRIQUE AUSTRALE

Au début de l'année 2003, le PAM avait acheté 45 pour cent (332 000 tonnes) de ses produits alimentaires dans la région de l'Afrique australe (au lieu de recourir aux contributions en nature). Pour les opérations d'urgence des autres régions du monde, les achats locaux représentent jusqu'à 30 pour cent du volume total.

(NE12)

PRODUITS DE BASE LOCAUX UTILISÉS POUR LA PROGRAMMATION ALIMENTAIRE EN INDE

L'Inde est un pays qui dégage des excédents alimentaires, et le PAM ne contribue pas de manière importante à la quantité de vivres fournie.

L'Organisation s'attache en revanche à offrir un soutien opérationnel et technique des filets de protection appuyés par une aide alimentaire, ceux-ci étant mis en œuvre avec des produits de base cultivés localement. Le PAM teste et modélise une nouvelle programmation en vue d'améliorer les caractéristiques des filets de protection, et assume avec conviction le rôle de défenseur des pauvres qui souffrent de la faim et d'un mauvais état de santé.

(NE13)

APPUI CLASSIQUE PAR DES MOYENS ORIGINAUX

En 2003, les marchés commerciaux au Zimbabwe semblaient être sur le point de fermer, et dans les zones urbaines telles que Bulawayo, les étagères des épiceries étaient vides. Les travailleurs urbains pauvres continuaient de percevoir des salaires, mais de manière générale, les produits alimentaires manquaient. Le peu de maïs disponible était à un prix totalement inabordable pour la plupart.

Le Consortium pour l'aide alimentaire d'urgence en Afrique australe (C-SAFE) a conçu le Programme pilote d'assistance aux marchés (MAPP: Market Assistance Pilot Program) que l'organisation Catholic Relief Services (CRS) a mis en œuvre à titre de test à Bulawayo au Zimbabwe. L'objectif de ce programme était de venir en aide aux travailleurs urbains pauvres qui avaient des revenus réguliers (non agricoles), mais dont le pouvoir d'achat ne leur permettait pas d'acheter suffisamment de nourriture pour couvrir leurs besoins quotidiens. Le sorgho a été sélectionné comme produit de base dans le cadre du MAPP; moins prisé que le maïs, aliment de base, le sorgho permettait ainsi de cibler automatiquement les segments les plus pauvres de la population.

Le sorgho était moulu par des meuniers zimbabwéens de la région, puis vendu à prix subventionné par l'intermédiaire de petits commerces de détail dans toute la zone de Bulawayo. De cette façon, le projet contribuait également à revitaliser l'économie locale en ouvrant de nouvelles perspectives d'activités aux meuniers et aux détaillants locaux qui avaient subi des

pertes énormes à l'occasion des déséquilibres, puis de l'effondrement final du marché des produits de base.

Grâce au MAPP, ces ONG internationales ont, pour la première fois, utilisé les filières commerciales pour cibler l'aide alimentaire sur les ménages pauvres et vulnérables.

Dans le cadre du MAPP, le prix du sorgho a été défini en déterminant le prix payé par la population locale pour des produits de base spécifiques lorsque les marchés fonctionnaient de manière efficiente. Les revenus et dépenses de plus de 800 000 ménages ciblés (déterminés à l'aide d'un suivi hebdomadaire) dans la zone de Bulawayo ont ensuite été pris en compte. D'après les premières estimations, le prix de la farine de sorgho permettait à la majorité des familles pauvres d'acheter suffisamment de nourriture pour fournir à tous les membres de la famille trois repas par jour pendant les six mois que devait durer le programme pilote. La prévalence du VIH étant élevée dans les zones urbaines, le MAPP a involontairement touché une grande proportion de ménages fragilisés par le VIH. En adaptant le choix des produits de base, le MAPP pourrait être orienté vers les besoins nutritionnels spécifiques des personnes vivant avec le VIH.

Il est actuellement envisagé de reproduire ce projet financé par l'USAID dans d'autres pays qui connaissent des défaillances de marchés, par exemple des pays qui sortent d'un conflit, comme le Libéria et la Somalie.

(NE14)

LAISSEZ LE PEUPLE CHOISIR!³⁵

Les évaluations des programmes de travaux d'intérêt public au Malawi ont déterminé que les modes de paiement préférés des participants variaient selon la saison, le lieu géographique et le sexe. "Avant la récolte, les participants veulent du maïs; après la récolte, ils sont intéressés par d'autres produits, notamment des semences et des engrais". Une majorité de participants à des programmes de travail contre rémunération, interrogés sur le Fonds d'action sociale du Malawi, ont exprimé une préférence pour des paiements en espèces à l'époque de la récolte, en intrants agricoles au moment des semis et en

nourriture pendant la période de soudure (Zgovu et al. 1998). Les femmes avaient davantage tendance à demander de la nourriture comme paiement, les hommes favorisant les espèces. Il en allait de même des communautés éloignées des routes et des villes, plus intéressées par de la nourriture, alors que celles qui étaient plus proches des lieux d'échange préféraient recevoir de l'argent. Un programme de travaux d'intérêt public totalement adapté fournirait donc des espèces contre du travail après la récolte, des intrants à la saison des semis et de la nourriture en période de soudure.

6. TRANSFERTS SOCIAUX CIBLÉS DANS LE CONTEXTE DU SIDA

Les interventions en matière de protection sociale sont, dans l'idéal, conçues pour aider les personnes et les ménages vulnérables à faire face aux crises (catastrophe naturelle, perte de revenus, maladie, etc.). Non seulement elles offrent une protection, mais elles encouragent également la constitution d'avoirs productifs (y compris de capital humain, tel que la santé, l'éducation et les compétences). Elles permettent aux personnes pauvres et vulnérables de gérer leurs risques et d'éviter le recours à des stratégies de survie préjudiciables, pouvant conduire à la misère et accélérer le rythme de propagation du VIH.

Il est de plus en plus reconnu que la pandémie de VIH a engendré une crise humanitaire à long terme, non seulement pour ceux qui sont touchés par le virus, mais également de manière plus générale pour les enfants, les ménages et les communautés. Cette situation a rendu nécessaire la recherche de transferts réguliers et prévisibles. Les transferts sociaux constituent un aspect essentiel des effets de l'augmentation des coefficients de dépendance et d'autres retombées de la pandémie.

Ces transferts ciblent des groupes spécifiques, ainsi que leurs besoins respectifs. Les personnes généralement considérées comme exposées à des risques exceptionnels dans le contexte du VIH comprennent les orphelins et autres enfants vulnérables, les personnes vivant avec le VIH et les ménages subissant des répercussions disproportionnées du fait du VIH et du sida (ceux qui ont à leur charge des orphelins ou des malades chroniques de leur famille, ceux qui présentent des coefficients de dépendance élevés, etc.).

Ces ménages peuvent également bénéficier d'une aide alimentaire de courte durée, celle-ci étant liée à un appui à plus long terme visant les moyens de subsistance (programmes agricoles ou de microcrédit, par exemple).

Tous les membres de ces groupes ne doivent pas être considérés comme pauvres et vulnérables. Comme pour tous les mécanismes de protection sociale efficaces, un contrôle des ressources doit être intégré sous une forme ou une autre dans les mécanismes de ciblage.

TRANSFERTS EN ESPÈCES DANS LE CADRE DE L'APPUI AUX ENFANTS

En 2000, le Gouvernement du Botswana a introduit un ensemble de subventions en nature pour les orphelins, d'un montant de 60 dollars É.-U. par enfant et par mois. L'Afrique du Sud a mis en place une subvention d'appui aux enfants, une indemnité de placement en famille d'accueil et une subvention pour les enfants à charge souffrant de graves problèmes. La Thaïlande a élaboré un système mixte, dans lequel des transferts fondés sur les temples et les communautés s'accompagnent d'interventions du gouvernement central ciblant les enfants. Même les pays qui sont en difficulté financière, comme la Zambie, ont envisagé un système de transfert modeste (500 000 dollars par an) pour le dédommagement des frais de scolarité des enfants devenus orphelins à cause du sida.

(NE15)

Nutrition, soins de santé et traitements

S'il existe clairement des liens entre le VIH, l'alimentation et la nutrition, il est évident que toutes les personnes touchées par le virus ne souffrent pas d'insécurité alimentaire et que toutes les personnes en état d'insécurité alimentaire ne sont pas directement atteintes par le VIH. La majorité des personnes séropositives sont asymptomatiques et, même si leurs apports caloriques quotidiens doivent être augmentés, elles n'ont généralement pas besoin d'une aide alimentaire du fait de leur séropositivité.

LES PARTICIPANTS À UNE CONSULTATION DE L'OMS PRÉCONISENT L'INTÉGRATION DE LA NUTRITION DANS L'ENSEMBLE DES SOINS

L'épidémie de VIH et de sida est de plus en plus entretenue par des facteurs qui sont aussi à l'origine de la malnutrition, notamment la pauvreté, les situations d'urgence et les inégalités, facteurs qu'elle contribue à son tour à aggraver.

Pour apporter une réponse urgente à cette situation, nous préconisons l'intégration de la nutrition dans le programme fondamental de soins, de traitements et d'appui aux personnes qui vivent avec le VIH et le sida et dans les efforts de prévention des infections. (NE16)

D'autre part, une bonne nutrition peut retarder l'évolution vers le sida, limitant le coût des soins de santé et permettant aux personnes qui vivent avec le VIH de rester productives tout en préservant leurs moyens de subsistance et en continuant d'assumer leur rôle parental. L'introduction de l'éducation nutritionnelle et la protection de la sécurité nutritionnelle aux premiers stades de l'infection, lorsque les personnes séropositives sont encore asymptomatiques, constituent le point de départ naturel d'une programmation ciblant une "vie positive" et une information sur les traitements. Cela permet d'appuyer un passage progressif vers de nouveaux styles de vie et comportements et ouvre la voie à une transition réussie vers le traitement antirétroviral en temps voulu, avant la déclaration de la phase terminale de la maladie et de l'émaciation.

"Les avantages du traitement antirétroviral sont patents pour la survie des malades. Pour profiter pleinement des avantages de ce traitement, un apport alimentaire adapté est essentiel".

OMS, 2005a

Les personnes vivant avec le VIH ont souvent besoin, si elles souffrent d'insécurité alimentaire, d'un appui nutritionnel de courte durée parallèlement à d'autres services primordiaux, afin de sortir du cercle vicieux du VIH et de la malnutrition. Le ciblage des personnes vivant avec le VIH, lorsqu'il est mené en concertation avec les communautés, passe souvent par des indicateurs de substitution tels que la maladie chronique³⁶ afin d'éviter toute stigmatisation.

Dans le contexte du VIH, l'aide alimentaire est aujourd'hui utilisée dans des dispositifs innovants, qui visent à améliorer l'état nutritionnel et sanitaire, l'utilisation des services, la prise régulière des médicaments et l'impact des traitements sur les patients. La fourniture d'une aide alimentaire pour compléter les programmes de traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) de la tuberculose, de traitement antirétroviral et de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ouvre des perspectives prometteuses, mais reste très limitée. Actuellement, l'alimentation est liée à ces interventions de manière ponctuelle, principalement par le PAM et les ONG, et attend d'être totalement intégrée dans ce type d'interventions à l'échelle des pays.

Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant: l'association de l'alimentation aux programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant peut augmenter le recours des mères à ces services, favoriser un allaitement au sein plus sûr chez les mères séropositives et, à terme, améliorer l'état de santé des mères comme des enfants. Il est essentiel d'encourager l'allaitement maternel exclusif et un sevrage rapide pour réduire la transmission du VIH; un appui supplémentaire peut donc être apporté sous forme de produits de substitution adaptés lors du sevrage des bébés.

Traitement DOTS de la tuberculose: en Afrique australe, 40 à 70 pour cent des patients atteints de tuberculose sont séropositifs. Comparés aux personnes séronégatives, une personne séropositive a environ 20 fois plus de risques et un patient atteint du sida 100 fois plus de risques de développer la tuberculose³⁷.

Les patients sont davantage enclins à abandonner un traitement contre la tuberculose qu'un autre traitement. Or, lorsqu'un patient atteint de tuberculose ne suit pas intégralement son traitement, il peut développer et propager des souches de tuberculose chimiorésistantes qui sont beaucoup plus difficiles à traiter, avec un coût jusqu'à 100 fois supérieur³⁸. La fourniture de vivres à

titre de mesure complémentaire pendant tout le traitement DOTS favorise la prise régulière des médicaments et, au final, accélère la guérison du patient et son retour à ses activités productives.

Traitement antirétroviral : il est généralement admis que le traitement antirétroviral est mieux adapté s'il est prescrit dans le cadre d'un plan intégré et coordonné de lutte contre le VIH comprenant un service de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique, une prévention de la transmission de la mère à l'enfant, un diagnostic et un traitement des infections opportunistes, des conseils relatifs au mode de vie et un éventail de services de prévention, de soins et de protection sociale. Évaluation nutritionnelle, information et suivi du poids sont également des composantes essentielles de l'ensemble de mesures d'appui, qui aideront à tirer le meilleur parti des ressources disponibles.

Une bonne nutrition aide à limiter les effets secondaires des médicaments et en améliore la tolérance, notamment lors des phases initiales du traitement. Pour les patients issus de ménages souffrant d'insécurité alimentaire, les experts commencent à recommander une mesure complémentaire d'aide alimentaire/nutritionnelle de courte durée (par exemple pendant les 6 à 12 premiers mois de traitement) afin de contribuer à l'inversion du processus d'émaciation et d'aider les patients à s'habituer au traitement.

Les interventions nutritionnelles et alimentaires en faveur des personnes vivant avec le VIH sont perçues par un grand nombre comme un aspect stratégique du programme de traitement, certains suggérant que les "protocoles de soins qui comprennent des services nutritionnels constitueront bientôt la base de la gestion du VIH"³⁹. Dans le contexte d'une disponibilité croissante du traitement antirétroviral, il devient évident que le fait de proposer aux bénéficiaires concernés des mesures alimentaires et nutritionnelles adaptées au moment opportun peut optimiser non seulement le traitement, mais également la rentabilité des dépenses considérables que représente une couverture universelle.

Documentation et évaluation de l'impact de l'alimentation sur les personnes vivant avec le VIH:

en dépit de la reconnaissance du rôle joué par l'alimentation pour contenir la malnutrition, son impact précis sur les personnes vivant avec le VIH n'est pas encore bien documenté. Une récente étude menée par

C-SAFE sur l'impact de l'alimentation sur les malades chroniques, les tuberculeux sous traitement DOTS, les patients sous traitement antirétroviral et les participants aux mesures de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, recommande vivement d'inclure dans un projet

LES PATIENTS SOUS TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL ATTENDENT DE LA NOURRITURE POUR PRENDRE LEURS MÉDICAMENTS

Le personnel des centres de soins en Ouganda a informé les contrôleurs du PAM que les patients sous traitement antirétroviral refusent de commencer le traitement avant d'avoir reçu de la nourriture en raison des effets secondaires des médicaments pris à jeun.

(NE17)

MALAWI – LES EMPLOYÉS D'UN HÔPITAL QUALIFIENT LA NOURRITURE DE "PUISSANTE MESURE INCITATIVE" POUR L'ADOPTION ET L'APPLICATION RÉGULIÈRE DES TRAITEMENTS

Des anecdotes provenant de l'hôpital de la mission St Gabriel (prévention de la transmission de la mère à l'enfant et traitement antirétroviral) et de l'Université de Caroline du Nord au Bottom Hospital de Lilongwe (prévention de la transmission mère-enfant) indiquent que la nourriture constitue une puissante incitation à commencer un traitement antirétroviral et à le poursuivre.

(NE18)

MARI ET FEMME SOUS TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL DANS LE DISTRICT DE THYOLO

Un couple reçoit des antirétroviraux de Médecins sans frontières (MSF) et une aide alimentaire de World Vision.

"Je devais faire face à de nombreux problèmes avant de recevoir l'aide alimentaire. J'étais malade, j'avais des maux de ventre, des palpitations et des maux de tête, et je souffrais d'une pneumonie. [Après avoir commencé à prendre des antirétroviraux et à recevoir l'aide alimentaire,] mes problèmes physiques se sont atténués, je souffrais moins de diarrhées, j'ai retrouvé beaucoup d'énergie et je pouvais me déplacer et participer à des activités. J'ai retrouvé assez de forces pour mouler des briques, construire une maison et faire un peu de jardinage. [Depuis l'arrêt de l'aide alimentaire,] j'ai de plus en plus de mal à prendre les médicaments et j'ai perdu du poids".

(NE19)

SWAZILAND – LE PAM ET GOOD SHEPHERD: UN PROJET PILOTE DESTINÉ À ASSOCIER NOURRITURE ET TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

L'hôpital privé Good Shepherd est l'un des deux hôpitaux du pays qui délivrent quotidiennement des traitements antirétroviraux. Les patients concernés reçoivent des rations individuelles de mélange maïs-soja distribuées par le PAM dans le cadre d'un projet pilote dont l'objectif est d'évaluer la faisabilité d'une distribution de suppléments alimentaires dans les centres de soins afin de pourvoir aux besoins nutritionnels des malades sous traitement

antirétroviral. Le personnel de l'hôpital assurant les soins à domicile effectue un suivi des patients dans un rayon de 40 kilomètres. L'hôpital a mis à disposition une petite réserve et le PAM prend en charge le salaire des deux personnes qui distribuent la nourriture, un coût financier que l'hôpital ne peut pas assumer à ce stade. Ce modèle parmi d'autres est à l'étude afin de déterminer les possibilités d'une montée en puissance de cette approche.

(NE20)

pilote huit catégories d'indicateurs, notamment des mesures anthropométriques, qualité de vie et respect des prescriptions médicales⁴⁰. Le manque de données concrètes empêche toujours les donateurs et les gouvernements d'appuyer largement l'association de l'aide alimentaire aux services destinés aux personnes vivant avec le VIH. Même si quelques projets de recherche et initiatives pilotes sont déjà en place, il est essentiel, pour faire avancer ce programme, d'explorer davantage les différents indicateurs d'impact et de mieux coordonner les efforts.

Renforcement des moyens de subsistance et création d'avoirs

Tout comme la généralisation de l'utilisation de l'analyse différenciée par sexe dans les années 80 et 90 (devenue aujourd'hui une procédure standard d'une programmation

efficace du développement), le recours à un "facteur VIH" est de plus en plus reconnu comme un moyen de promouvoir la prise en compte des personnes vivant avec le VIH à tous les stades du développement des programmes et de trouver des solutions pour adapter les projets aux besoins et problèmes spécifiques de ces personnes. Cela est particulièrement vrai des projets VCT et VCA.

Comme pour un outil d'analyse différenciée par sexe, le facteur VIH/sida se concrétise principalement par une liste de questions permettant de préserver des ouvertures et de veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH bénéficient des avantages fournis et participent aux décisions relatives à l'utilisation et à la gestion de ceux-ci. Un tel outil est employé au Zimbabwe et en Zambie. Il s'est révélé particulièrement utile pour trouver des tâches moins lourdes et revoir les normes de travail afin de permettre aux personnes vivant avec le VIH et aux ménages concernés de participer aux programmes⁴².

Parmi les autres innovations récentes dans les programmes de travaux d'intérêt public, on peut citer l'introduction de contrats avec des ménages (et non des personnes), de sorte que si un travailleur tombe malade ou décède, d'autres membres de la famille ont le droit de se substituer à lui, ainsi que l'attribution d'une partie des bénéfices des travaux d'intérêt public à des ménages ayant des capacités de travail limitées (10 à 20 pour cent du montant des transferts)⁴³.

La terminologie évolue elle aussi progressivement. Si l'expression "vivre pour la création d'avoirs" (VCA) ne s'entend pas souvent dans les milieux de la protection sociale, elle est pertinente pour ceux qui mènent une

LES PROGRAMMES DE TRAVAUX D'INTÉRÊT PUBLIC SONT PRÉDOMINANTS DANS LES PLANS DE PROTECTION SOCIALE DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT

Historiquement, les programmes de travaux d'intérêt public ciblant les ménages pauvres qui comptent des membres physiquement aptes constituent l'une des formes les plus courantes de protection sociale. En Afrique du Sud, les travaux d'intérêt public comptent parmi les principales interventions en matière de protection sociale des pauvres en âge de travailler et en Éthiopie, il est fait obligation d'utiliser 80 pour cent des ressources destinées aux secours pour payer les travailleurs engagés dans des travaux d'intérêt public nécessitant une main-d'œuvre importante, ce que le gouvernement nomme "secours gratuit" étant réservé aux ménages démunis dont les membres ne sont pas physiquement aptes au travail.

(NE21)

TRAVAUX D'INTÉRÊT PUBLIC, VIVRES CONTRE TRAVAIL ET VIVRES POUR LA CRÉATION D'AVOIRS SOUS L'ANGLE DU VIH

La problématique VIH/sida⁴¹ nous aide à adapter les travaux d'intérêt public et les programmes VCT et VCA au contexte du VIH, quel que soit le type de projet.

- › Elle nous **INCITE** à inclure plus systématiquement les personnes vivant avec le VIH dans notre démarche de sélection pour des programmes VCA, de conception, de planification et de mise en œuvre des projets de travaux communautaires, exploitant ainsi tout le potentiel des communautés;
- › Elle nous **RAPPELLE** d'inviter ceux qui sont le plus atteints par le VIH et le sida à devenir acteurs en élaborant des réponses communautaires aux crises actuelles et futures, permettant ainsi à ces personnes d'être parties prenantes dans la solution retenue;
- › Elle nous **AIDE** à déterminer les étapes nécessaires à l'adaptation de nos projets à ce contexte difficile;

- › Elle **STIMULE** la réflexion sur les moyens d'atténuer activement les répercussions du VIH et du sida;
- › Elle **INSPIRE** des initiatives visant à développer la capacité de résistance des communautés aux crises provoquées par le VIH et le sida;
- › Elle **ALIMENTE** notre réflexion sur les menaces et les risques potentiels liés à un échec de l'adaptation des programmes VCA au contexte d'une prévalence élevée du VIH;
- › Elle fait **AVANCER** l'objectif régional d'une réponse multisectorielle au VIH et au sida. (Si les travaux publics et les projets VCT et VCA ne représentent qu'une pierre de l'édifice, ils peuvent cependant aider à relier différents secteurs.)

réflexion sur la protection sociale. Comme nous l'avons remarqué plus haut, la protection sociale peut contribuer de deux manières à la croissance économique: indirectement, en protégeant les avoirs des ménages et en permettant aux familles de gérer plus efficacement leurs risques, et directement, par la création d'avoirs. La réflexion à l'origine de la notion de VCA et la terminologie correspondante ont vu le jour à la fin des années 90: l'aide alimentaire a ainsi été orientée non plus vers la création d'emplois (Vivres contre travail) mais vers la création d'avoirs et vers la contribution que ces avoirs peuvent apporter à la capacité de résistance des communautés et des ménages aux crises touchant leurs moyens de subsistance.

Plus pertinents encore en matière de protection sociale, les programmes VCA élargissent le concept d'avoirs au-delà de la création ou de la restauration d'avoirs matériels (projets de développement des infrastructures telles que des routes et des barrages) pour englober également la notion de capital humain (santé, éducation, compétences et sensibilisation, par exemple) et d'actifs sociaux (famille, amis et réseaux sociaux, par exemple), et le rôle que ces catégories d'avoirs peuvent jouer dans l'amélioration de la capacité de résistance des ménages et des communautés aux crises.

Les programmes VCA se révèlent particulièrement utiles dans le contexte du VIH, car le développement des connaissances, les compétences et les réseaux sociaux

sont des moyens efficaces d'atténuation des multiples répercussions de l'infection à VIH. Ces programmes peuvent, par exemple, comprendre des formations (Vivres au profit de la formation [VPF]) dans divers domaines tels que les pratiques agricoles de conservation, la vie positive, les technologies épargnant la main-d'œuvre et même les soins à domicile aux malades chroniques, tous considérés comme des activités constructives dans les zones de forte prévalence du VIH.

VIVRES POUR LA CRÉATION D'AVOIRS: DE QUOI S'AGIT-IL?

La notion de VCA est née des expériences, des pratiques optimales et des enseignements accumulés lors des activités VCT d'urgence mises en œuvre en Éthiopie durant la grande famine et dans de nombreux pays d'Afrique australe touchés par les sécheresses de 1992, 1995/96 et 1998. La transition VCT-VCA a été amorcée par le PAM grâce à sa politique sur l'aide alimentaire et le développement "Favoriser le développement" adoptée en 1999. Cette politique a introduit un changement de paradigme, de la création d'emplois et de transferts de revenus dictés par l'urgence vers une nouvelle priorité donnée à l'accroissement des avoirs gérés par les communautés et au développement du capital humain. Les stratégies des programmes VCA mettent l'accent sur la création d'avoirs productifs possédés, gérés et exploités par les ménages ou les communautés ciblées.

(NE22)

LES PROJETS VIVRES POUR LA CRÉATION D'AVOIRS PEUVENT CONTRIBUER À ATTÉNUER LES RÉPERCUSSIONS DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH

Les projets VCA peuvent atténuer une ou plusieurs des conséquences du VIH et du sida sur les communautés et les ménages. Ces interventions contribuent à répondre à la nécessité, pour les communautés touchées par la pandémie, d'une meilleure nutrition, de meilleures conditions de santé et d'hygiène, d'un redressement agricole, d'un rétablissement des stratégies de survie, d'un accroissement des revenus et d'une protection ou d'une reconstitution des avoirs productifs, de transferts intergénérationnels des connaissances et d'un redressement économique⁴⁵.

AU LESOTHO – VIVRES POUR LA CRÉATION DE POTAGERS EN “TROU DE SERRURE”

Au Lesotho, CARE et le partenaire local TEBA ont mis en place, pour les ménages souffrant d'insécurité alimentaire, un programme de formation de neuf mois sur la création et l'entretien de potagers en “trou de serrure” (nommés ainsi en raison de leur forme).

Réalisée dans un objectif de durabilité, la construction du potager fait appel à des composants immédiatement disponibles et d'un coût abordable (fumier, os, pierres et aloès, par exemple), en mettant l'accent sur la conservation et la gestion de l'eau. Ces potagers résistent aux conditions de sécheresse, offrent de hauts rendements en légumes tout au long de l'année et utilisent uniquement des eaux usées (limitant les prélèvements d'eau au sein du ménage). Leur taille et leur circonférence les rendent faciles à entretenir, même par des personnes âgées et infirmes.

Les gains se font sur deux plans: le potager et, tout aussi importantes, les connaissances / compétences nécessaires pour le créer et l'entretenir. Les ménages ne reçoivent le diplôme qu'une fois qu'ils disposent d'un potager fonctionnel et qu'ils ont acquis les compétences nécessaires pour l'entretenir et qu'ils n'ont ainsi plus besoin de l'aide des ONG.

AU ZIMBABWE – VIVRES POUR LE LOGEMENT DES MÉNAGES AVEC DES MALADES CHRONIQUES

Au Zimbabwe, l'équipe World Vision (WV), en collaboration avec des communautés ciblées, a mis en évidence la nécessité d'améliorer le logement des ménages dirigés par des personnes âgées et atteintes de maladies chroniques.

À l'aide du mécanisme VCA, WV a aidé les communautés à fournir des solutions d'hébergement décentes et abordables aux ménages dirigés par des personnes âgées et atteintes de maladies chroniques issues de communautés défavorisées. Dans le cadre de ce programme, les membres de la communauté ont sélectionné les bénéficiaires et ont rassemblé des ressources locales pour aider à la construction de petites maisons. Les travailleurs de la communauté qui ont participé à ce projet Vivres pour la création d'avoirs ont reçu en échange des rations alimentaires à la fin de chaque mois. En septembre 2004, 15 maisons étaient terminées et 23 étaient en construction.

AU MOZAMBIQUE – VIVRES POUR LA FORMATION D'ADOLESCENTS ORPHELINS

La mort de jeunes parents a laissé des enfants en proie à l'exclusion sociale et a entraîné la perte de connaissances en matière d'agroécologie et de pratiques agricoles locales. Face à ce problème, la FAO et le PAM ont mis en place au Mozambique des stages pratiques pour jeunes agriculteurs afin de suppléer à l'absence de transmission des connaissances intergénérationnelles pour les jeunes ayant perdu leurs parents et les personnes qui s'occupaient d'eux à cause du sida.

Des orphelins et autres enfants vulnérables (âgés de 12 à 17 ans) sont formés pendant un an à une combinaison de techniques agricoles traditionnelles et modernes. Garçons et filles en nombre égal apprennent à préparer les sols, à semer et repiquer, à désherber, à gérer l'irrigation et la lutte contre les nuisibles, à préserver les ressources, à traiter les cultures vivrières, à récolter, à organiser le stockage et à gérer leur activité, et reçoivent des vivres en échange de leur participation.

Le projet éducatif explore des sujets sensibles portant sur la santé et la nutrition, les problèmes psychosociaux, les rôles dévolus aux hommes et aux femmes et le VIH.

Les programmes VCA peuvent renforcer les actifs sociaux en fournissant des vivres aux personnes qui assurent des soins à domicile et à celles qui travaillent dans le cadre des projets de développement de la petite enfance (ECCD, *Early Childhood Care and Development*)⁴⁴. Les travaux de développement des avoirs matériels ou des infrastructures dans le cadre de l'appui aux personnes vivant avec le VIH ou aux orphelins et autres enfants vulnérables peuvent porter sur la réhabilitation de centres de soins et d'écoles ou sur la création de potagers communautaires ou hospitaliers. L'inclusion intentionnelle des personnes séropositives asymptomatiques, lorsqu'elle est possible, peut se révéler un moyen extrêmement efficace de les engager dans le processus de création d'avoirs, et peut également stimuler la formation de groupes d'appui et promouvoir les personnes vivant avec le VIH du statut de simple bénéficiaire à celui de participant.

Éducation et soutien des enfants vulnérables

Les enfants rendus vulnérables par le VIH peuvent être ciblés directement ou indirectement (allocations pour orphelins, indemnités pour familles d'accueil, pensions de base pour personnes âgées ou indemnité pour malades chroniques s'occupant d'orphelins). Ces transferts peuvent être effectués en nature (nourriture ou vêtements, par exemple) ou en espèces (pour l'achat de livres ou d'uniformes scolaires ou sous forme d'indemnités de transport, etc.), ou encore prendre la forme d'exonérations de frais de scolarité ou de frais médicaux⁴⁶. Des éléments de dispositifs de ce type existent dans différents pays.

Il apparaît de plus en plus clairement que les transferts en espèces de longue durée, comme les pensions sociales aux personnes âgées, peuvent atténuer les répercussions du VIH et du sida⁴⁷. Les grands-parents assument de plus en plus de responsabilités envers les malades chroniques et les personnes à la charge de ceux-ci, et prennent la tête des ménages lorsque les premiers décèdent. Dans ce contexte, les pensions servent à payer les frais de scolarité, notamment ceux des orphelins, et à acheter de la nourriture pour les autres membres du ménage⁴⁸.

L'éducation, spécialement des filles, est l'un des moyens les plus efficaces d'améliorer la sécurité alimentaire à long terme et de renforcer les stratégies de survie en périodes de crise. Elle a un impact positif sur l'éventail

de possibilités économiques qui s'offriront aux filles et sur leur participation aux processus communautaires de prise de décisions, et se traduit par une réduction de la malnutrition chez les enfants de la génération suivante. Des études ont montré que le taux d'infection par le VIH est bien moindre chez les femmes qui ont fait des études secondaires; en outre, les femmes instruites envoient plus volontiers leurs propres enfants à l'école⁴⁹.

Une récente étude de la protection sociale en relation avec le secteur éducatif réalisée par l'UNICEF met en lumière la nécessité absolue d'envoyer les enfants à

KENYA – TRANSFERTS EN ESPÈCES EN FAVEUR DES ORPHELINS ET AUTRES ENFANTS VULNÉRABLES

En 2004, le Ministre des affaires intérieures et le Conseil national de lutte contre le sida ont entrepris d'élaborer, en faveur des orphelins, un dispositif de transfert en espèces totalement intégré dans la stratégie d'encouragement au placement en famille d'accueil. L'UNICEF et l'organisme SIDA ont financé un projet pilote pour évaluer la faisabilité du dispositif.

Au total, 500 enfants sont pris en charge par des ménages, qui reçoivent chacun une somme mensuelle correspondant à 0,50 dollar É.-U. par jour; une somme équivalente est donnée par enfant pour les initiatives communautaires.

Les premières évaluations indiquent que l'argent a servi à acheter de la nourriture, des vêtements et des chaussures et à couvrir les frais médicaux et d'autres dépenses mineures des ménages. Le taux de fréquentation scolaire a augmenté et certains enfants ont pu obtenir un traitement antirétroviral. Le projet bénéficie d'un fort appui politique, et il est envisagé de le développer pour en faire bénéficier 2 500 orphelins.

(NE23)

LESOTHO – PENSION SOCIALE POUR LES PERSONNES ÂGÉES

À la fin de l'année 2004, le Lesotho a été le sixième pays d'Afrique subsaharienne après l'Afrique du Sud, le Botswana, la Namibie, Maurice et le Sénégal à mettre en place une pension sociale. Le coût du programme de pension est d'environ 1,4 pour cent du PIB et représente 7 pour cent des dépenses récurrentes. L'âge retenu pour bénéficier d'une pension est actuellement de 70 ans, mais il est envisagé de le ramener à 65 ans.

(NE24)

l'école (accès) et de les y maintenir (persévérance), notamment dans le cas des enfants restés "en marge du système éducatif"⁵⁰. Cela est particulièrement vrai à l'ère du sida étant donné: 1) le rôle précieux que les écoles peuvent jouer en matière de soins, d'appui, de protection et de développement des jeunes marginalisés; 2) la perte de l'influence transgénérationnelle (en termes de développement des connaissances, conduite et comportement) qui intervient lorsque la relation parent-enfant est interrompue; 3) l'occasion unique offerte par le système éducatif de dépister précocement les enfants en danger et de les orienter correctement et 4) le rôle que le secteur éducatif doit jouer pour assurer le remplacement des ressources humaines emportées par la pandémie.

Dans ce contexte, l'alimentation scolaire connaît un regain d'intérêt. L'aide alimentaire fournie sous forme de petits-déjeuners, de déjeuners ou de rations à emporter à la maison peuvent sensiblement contribuer à augmenter le taux de fréquentation scolaire, spécialement des filles, et à accroître l'assiduité. À la différence des autres transferts sociaux, les repas scolaires présentent également l'avantage d'accroître la capacité des élèves à apprendre.

AVANTAGES SECONDAIRES DE L'ALIMENTATION SCOLAIRE

Pendant l'exercice 2005, C-SAFE a lancé un programme d'alimentation scolaire d'urgence au Zimbabwe. Des groupes de réflexion organisés autour d'enfants ont constaté que ceux qui bénéficiaient de rations à l'école recevaient moins de repas à la maison, ce qui pouvait laisser à penser que l'aide alimentaire remplaçait simplement un repas normalement fourni à la maison (effet de substitution), sans valeur ajoutée pour l'enfant.

Une enquête plus poussée a toutefois montré que les économies réalisées en supprimant un repas de l'enfant à la maison permettaient à la famille de régler d'autres dépenses, comme les frais de santé et l'achat de savon ou d'autres produits de base, et incitaient en outre les parents à maintenir l'enfant à l'école en dépit de difficultés financières au sein du foyer.

(NE25)

Les transferts sociaux inconditionnels (les rations alimentaires pour les orphelins et autres enfants vulnérables, par exemple) et conditionnels (l'alimentation scolaire ou les projets de Vivres au profit de la formation destinés aux adolescents orphelins, par exemple) peuvent protéger et promouvoir les moyens de subsistance par l'accumulation d'avoirs

matériels, d'actifs sociaux et de capital humain. Il est toutefois important de les planifier de manière intégrée et qu'ils soient réguliers et prévisibles, afin que les participants de ces programmes puissent les utiliser dans leur gestion de risques et renforcer leurs moyens de subsistance.

Le sida a rendu des millions d'enfants orphelins ou vulnérables dans le monde. L'Afrique subsaharienne a été la plus touchée, avec plus de 11 millions d'enfants qui ont déjà perdu au moins un parent, ce nombre continuera d'augmenter au cours de la prochaine décennie à mesure que les adultes séropositifs tomberont malades et mourront du sida. Pour les enfants, le VIH n'entraîne pas seulement la perte d'un ou des deux parents: ils peuvent vivre, par exemple, dans un ménage pauvre qui a accueilli des proches orphelins, s'occuper d'un parent malade, être victimes de préjugés liés à la maladie d'un membre de leur famille ou bien être eux-mêmes séropositifs. Les répercussions sociales, économiques et psychologiques du sida sur les enfants s'additionnent et accroissent la vulnérabilité de ceux-ci à différents risques, notamment l'infection par le VIH, le manque d'éducation, la pauvreté, la nécessité prématurée de travailler, l'exploitation et le chômage⁵¹.

Considérations opérationnelles

La protection sociale dans les pays en développement se voit souvent limitée par la faiblesse des infrastructures et des ressources humaines. Comme nous l'avons indiqué plus haut, ce phénomène est amplifié par la pression que la pandémie de sida exerce sur les prestataires de services de santé et de services sociaux en général, et ce à tous les niveaux (informel, semi-formel et formel).

Certains pays ne rencontrent pas de problème pour financer la montée en puissance des priorités nationales (ou mondiales) définies, comme le déploiement des traitements antirétroviraux, mais les moyens limités sur le terrain constituent une barrière tout aussi frustrante à la réalisation des objectifs.

Toute augmentation des transferts sociaux exige des investissements considérables dans des infrastructures d'acheminement, qu'il s'agisse de généraliser le soutien psychosocial des orphelins et autres enfants vulnérables ou de fournir un appui nutritionnel avec les médicaments antirétroviraux. Diverses actions se révèlent nécessaires, telles que l'harmonisation des stratégies et des critères de

ciblage, la cartographie des acteurs institutionnels et l'amélioration des systèmes d'orientation, la mise en place de systèmes d'approvisionnement, de gestion logistique et de suivi et d'évaluation. Ces actions sont impressionnantes, mais il existe dans la plupart des pays un savoir-faire détenu par des ONG internationales, des organismes des Nations Unies et des spécialistes du secteur privé local.

La montée en puissance d'un système de livraison de produits alimentaires peut être particulièrement complexe, avec des problèmes spécifiques tels que la durée de conservation limitée et la nécessité de disposer de moyens de transport et de stockage adaptés et d'un personnel avec de solides compétences en comptabilité et en gestion des produits. L'étude réalisée par le PAM sur la protection sociale au Mozambique a montré que les coûts de transaction étaient excessifs pour tous les partenaires en raison de contrats distincts conclus avec différents prestataires de services et de la nécessité de mettre en place des systèmes internes séparés pour la gestion des produits alimentaires, avec souvent peu de compétences techniques dans ce domaine.

En outre, les investissements dans des systèmes plus automatisés ne sont pas garantis du fait de la taille limitée du programme alimentaire de chaque organisation. La tâche complexe de distribution et de planification des dotations de nourriture alourdit et perturbe le travail de certains acteurs, dont le savoir-faire réside dans d'autres aspects du développement communautaire. Si une augmentation des livraisons de vivres était envisagée, ces

contraintes pourraient être surmontées par la création d'une infrastructure opérationnelle conjointe capable d'assurer les tâches logistiques de plusieurs partenaires, leur permettant ainsi de profiter d'économies d'échelle tout en concentrant leurs efforts sur ce qu'ils savent le mieux faire: fournir des services de qualité aux communautés.

Un système d'orientation puissant joue un rôle stratégique pour garantir une protection sociale intégrée et globale. Il est important que le système permette une intervention plus adaptée à mesure que les besoins des personnes ou des ménages évoluent. Si, par exemple, un malade chronique reprend des forces, mais a toujours besoin d'un appui pour sa subsistance, il doit pouvoir être facilement aiguillé. Ces connexions sont essentielles à une mise en œuvre réussie d'un cadre global de protection sociale, et la création de liens entre les différents acteurs est fondamentale pour que la montée en puissance reste financièrement abordable.

Il est utile de noter que les atouts des organisations locales mentionnés plus haut (qualité, portée et éventail de services, par exemple) sont difficiles à reproduire en cas d'élargissement au niveau national. Le compromis entre proximité avec les communautés et nécessité d'étendre la couverture doit être étudié avec soin. La montée en puissance des prestations de services n'implique pas forcément plus d'apports. Une meilleure coopération entre les acteurs informels, semi-formels et formels afin de mieux exploiter leurs atouts respectifs peut, à elle seule, permettre de surmonter de nombreuses difficultés.

7. LE PROBLÈME DU CIBLAGE

Le ciblage de la protection sociale n'est jamais une tâche aisée, mais est encore plus compliqué dans le contexte du sida. Un large éventail de mécanismes de vérification et de ciblage est nécessaire pour garantir que les personnes ou les ménages les plus nécessiteux sont identifiés et sélectionnés, qu'il s'agisse de transferts de vivres ou d'espèces, ou de tout autre avantage matériel. La recherche du juste équilibre entre rigueur et efficacité est toujours problématique. Il est donc important de développer un réseau étendu, qui comprenne explicitement les structures communautaires, les prestataires de soins à domicile, les guérisseurs traditionnels, etc., à l'aide de critères et

de systèmes suffisamment nuancés (afin d'éviter l'exclusion de ceux qui devraient être admissibles) et suffisamment spécifiques (afin de garantir que ceux qui ne devraient pas être retenus sont exclus)⁵². Cela est particulièrement nécessaire dans un contexte de forte prévalence du VIH, car les préjugés et la négation de la maladie peuvent compromettre le ciblage transparent et explicite et l'auto-identification⁵³.

Le ciblage doit s'entendre à deux niveaux:

1. **Niveau général:** les groupes sont sélectionnés en fonction:
 - a) de critères géographiques, c'est-à-dire en

fonction des zones les plus touchées par une crise donnée ou celles qui présentent de hauts niveaux de pauvreté, d'insécurité alimentaire, de malnutrition, etc.;

b) de critères sociodémographiques, en favorisant un groupe plutôt qu'un autre (par exemple les personnes vivant avec le VIH, les orphelins et autres enfants vulnérables, etc.), souvent en raison de stratégies ou de mécanismes de financement mondiaux ou nationaux;

- 2. Niveau individuel:** des facteurs de vulnérabilité précis des personnes et des ménages (au sein des groupes sélectionnés grâce au ciblage général) sont évalués. Le ciblage individuel est généralement désigné par le terme de "sélection des bénéficiaires".

Il n'existe pas de méthode de ciblage standard. Le ciblage des groupes (au niveau général) repose sur des facteurs tels que les priorités d'un programme, l'évaluation des besoins, l'accès à des financements assortis d'objectifs particuliers ou les stratégies mondiales ou nationales. Les mécanismes et procédures de ciblage employés varient selon les moyens, les compétences, l'accès à l'information, les partenariats avec des groupes au sein de la communauté, etc.

Utilisation d'indicateurs de substitution

Si le VIH et la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire et nutritionnelle sont très souvent liés, toutes les personnes vivant avec le VIH ne sont pas vulnérables. Le recours à des indicateurs de substitution (tels que la maladie chronique et les ménages hébergeant des orphelins) pour identifier les personnes/ménages fragilisés par le VIH est devenu un moyen de ciblage très fréquent dans les contextes de forte prévalence du VIH. Toutefois, ces indicateurs ne doivent pas être utilisés de manière isolée pour déterminer l'admissibilité, car ils sont plutôt rudimentaires et souvent imprécis pour juger de l'insécurité alimentaire et de la pauvreté.

Un récent document du PAM, *Rapport résumé - Examen thématique du ciblage dans les interventions de secours (PAM, 2006)*, souligne que si le ciblage sociodémographique peut être plus facile à utiliser, les indicateurs de substitution de statut social ou d'état sanitaire peuvent n'être que médiocrement corrélés à

l'insécurité alimentaire⁵⁴. En Ouganda, le profil "ménage sous la responsabilité d'une femme" a souvent été utilisé pour cibler les personnes vulnérables, mais une analyse des données relatives aux revenus et dépenses des ménages n'a fait apparaître aucune corrélation entre le sexe du chef du ménage et la probabilité que le ménage soit pauvre⁵⁵. Une analyse réalisée par l'Institut international de recherche sur les politiques alimentaires (IFPRI) a révélé que les ménages qui s'occupaient d'un orphelin souffraient moins d'insécurité alimentaire que les ménages sans orphelin, mais que l'insécurité alimentaire augmentait considérablement dans les ménages ayant la charge de plusieurs orphelins⁵⁶. Ces conclusions ont des implications non négligeables sur le ciblage, amenant par exemple à considérer le nombre d'orphelins d'un ménage et à incorporer plusieurs critères de ciblage afin de garantir que les ressources vont aux plus vulnérables.

Le ciblage dans un contexte de forte prévalence du VIH nécessite d'identifier les personnes les plus à risque au sein d'une population largement vulnérable. Que le ciblage repose sur des profils géographiques ou démographiques, il y aura toujours des personnes ou des ménages qui, à vulnérabilité équivalente, se retrouveront exclus de l'appui du fait qu'ils n'appartiennent pas au groupe ou à la zone cibles définis. Dans de nombreuses communautés, tous les ménages subissent les conséquences de l'épidémie à un titre ou un autre; il est donc nécessaire d'adopter plusieurs critères afin d'identifier les ménages les plus vulnérables. L'utilisation de plusieurs critères de vulnérabilité s'applique à toutes les formes de protection sociale, y compris à la programmation de l'aide alimentaire.

La plupart des mécanismes de protection sociale intègrent une forme de contrôle des ressources (utilisation de critères économiques) dans la détermination de l'admissibilité aux avantages. Si certains critères s'attachent aux revenus, d'autres tiennent compte du patrimoine et des avoirs, garantissant que les bénéficiaires des avantages (vivres, espèces ou autres) ne sont pas sélectionnés uniquement en fonction de leur emplacement géographique ou de leur catégorie sociale, mais également en fonction de leur capacité à faire face aux crises (définie à partir de leurs avoirs).

Donner la préférence à un groupe plutôt qu'à un autre pose problème en termes d'équité et de justice sociale. "Les premiers efforts pour cibler les orphelins du sida en Afrique, par exemple, ont donné lieu à un appui ciblé sur tous les orphelins et toutes les familles s'occupant

QUESTION CLÉ: ÉQUITÉ

Il ne fait aucun doute que le VIH et le sida ont eu un impact sans précédent sur la vulnérabilité des ménages à l'insécurité en matière d'alimentation et de moyens de subsistance. En conséquence, les acteurs de l'aide humanitaire ont élaboré des mécanismes de ciblage conçus pour déterminer et atteindre ceux qui sont victimes du VIH et du sida sans engendrer de stigmatisation (par exemple en utilisant des indicateurs de substitution tels que la maladie chronique et les coefficients de dépendance).

Mais pouvons-nous partir du principe que les indicateurs de substitution du sida révèlent de manière fiable une vulnérabilité accrue? Doit-on refuser à un enfant qui a perdu ses parents à l'occasion d'un conflit ou à cause d'une maladie autre que le sida ou même d'un accident de voiture les avantages octroyés à un enfant orphelin du sida? Un ménage s'occupant d'orphelins est-il nécessairement plus vulnérable (et donc a-t-il besoin d'une protection sociale accrue) qu'un ménage sans orphelin, mais pauvre ou vulnérable pour d'autres raisons?

Comment garantir que les personnes et les ménages qui sont au moins aussi vulnérables que ceux touchés par le VIH et le sida ne sont pas laissés pour compte? Dans un cas extrême de sentiment d'injustice, des Ougandais, au début de la pandémie de VIH et de sida, priaient pour devenir séropositifs afin d'avoir droit à certains des avantages dont bénéficiaient leurs voisins séropositifs.

Il devient de plus en plus évident que le ciblage reposant uniquement sur des critères sociodémographiques (ménages dirigés par des

femmes ou avec des orphelins à charge, par exemple) est inadapté. La possession d'avoirs s'est révélé le meilleur indicateur de vulnérabilité, ce qui indique qu'il conviendrait d'utiliser une combinaison de critères économiques et sociodémographiques chaque fois que possible.

Une enquête réalisée en 2003 par C-SAFE au Malawi, en Zambie et au Zimbabwe a conclu que la vulnérabilité était le plus souvent en corrélation avec des ménages qui entraient au minimum dans deux (et de préférence davantage) catégories de groupes vulnérables. L'adoption de *critères de vulnérabilité multiples* augmente la probabilité de sélectionner les plus vulnérables⁵⁹.

La fourniture de services à des personnes de vulnérabilité équivalente, quel que soit leur emplacement géographique, pose des problèmes d'ordre opérationnel et logistique, notamment lorsque les bénéficiaires sont dispersés dans une vaste zone géographique (faible densité des besoins). Dans ce contexte, il est souvent inévitable que le financement et les efforts aillent en priorité aux zones dont la densité des besoins est la plus forte.

Si l'on considère les répercussions à plus grande échelle du VIH et du sida sur les moyens de subsistance, il y a danger d'arriver à un "régime dérogatoire du sida", en privilégiant cette maladie par rapport aux autres dans les systèmes de santé ou en attachant une attention excessive aux répercussions du sida dans les programmes de sécurité alimentaire.

Harvey, 2004

LES MÉNAGES COMPRENANT DES ORPHELINS SONT-ILS PLUS VULNÉRABLES?

En 2005, le rapport *Food Aid and Chronic Illness*⁶⁰ (établi à partir de données collectées dans six pays d'Afrique australe) a conclu que la **possession d'avoirs par les ménages est l'indicateur le plus pertinent** de sécurité alimentaire, comparé aux autres variables de ciblage telles que la maladie chronique, la présence d'orphelins ou le sexe du chef du ménage. On a constaté que la possession d'avoirs présentait une corrélation étroite avec l'indice de stratégie de survie et les niveaux de consommation alimentaire (diversité alimentaire), ce qui suggère que l'efficacité du ciblage de l'aide alimentaire pourrait être améliorée en commençant par différencier les ménages en fonction de leur catégorie patrimoniale.

Les éléments probants qui permettraient de penser que les "ménages accueillant des orphelins" sont plus vulnérables à l'insécurité alimentaire ne sont pas clairement établis. Les données de l'Enquête globale sur les ménages (CHS, *Comprehensive Household Survey*) n'ont pas permis d'établir de corrélation; toutefois, une étude récemment réalisée par l'IFPRI fait état de signes indiquant que si les ménages s'occupant d'un orphelin tendent à être moins sujets à l'insécurité alimentaire, ceux qui en accueillent plusieurs semblent l'être considérablement plus.

QUESTION CLÉ: PRÉVISIBILITÉ

Pour être efficace, la protection sociale doit être transparente, fiable et **prévisible**. Si une communauté sait à quelle protection elle a droit et qu'elle y aura accès régulièrement, elle est en bonne position pour tirer le meilleur parti de ces avantages, en prenant des risques calculés pour augmenter ses chances de renforcer ses moyens de subsistance. Cette attitude n'est pas possible si les droits ne sont pas clairement définis ou si les personnes n'ont pas suffisamment confiance dans l'accessibilité de ces avantages pour élaborer des plans à long terme.

La prévisibilité, la fiabilité et la durabilité ne sont pas des termes couramment associés aux projets d'aide alimentaire ou d'aide humanitaire. Les programmes d'aide alimentaire ont généralement une durée de vie courte (un à cinq ans au maximum) et leurs budgets sont soumis au bon vouloir des donateurs ou à des divergences de priorités d'une année sur l'autre. En outre, des problèmes de filières peuvent entraîner des variations de composition, de taille ou de calendrier de distribution des rations alimentaires, ce qui permet difficilement aux bénéficiaires de faire des projets tenant compte de cette aide. Souvent, par crainte de créer une dépendance, la durée des programmes est intentionnellement réduite.

Or, la fourniture des prestations de protection sociale dans le cadre de programmes associés à une perspective, une planification et des cycles budgétaires à long terme est essentielle pour démontrer leur fiabilité et gagner la confiance des bénéficiaires ciblés. Les ménages peuvent ainsi prendre des décisions en s'appuyant sur la certitude de bénéficier des avantages annoncés. La confiance peut demander plusieurs années d'appui ininterrompu pour s'établir, et que le contenu comme la qualité de cet appui soient prévisibles et garantis. Si un agriculteur est certain de recevoir

des semences du gouvernement pendant plusieurs campagnes agricoles, par exemple, il se sentira suffisamment confiant en l'avenir pour investir ses ressources limitées dans des biens d'équipement et autres moyens de production agricole. Sans cette certitude, en revanche, il n'investira pas, ce qui limitera et gèlera l'évolution de ses moyens de subsistance.

Étant donné les incertitudes liées au financement des programmes dépendant de ressources extérieures, est-il éthique pour les organismes externes de fournir une protection sociale? Quel rôle doivent-ils assumer? D'autres rôles doivent-ils être envisagés (appui des mécanismes gérés par les gouvernements, par exemple)?

Prévisibilité, fiabilité et autres concepts connexes représentent des défis pour les programmes d'aide alimentaire externes et cet état de fait laisse entendre que l'acheminement des ressources par des voies plus durables pourrait être plus efficace. Une évolution vers des programmes nationaux et à long terme de type filet de protection est une option qui rassemble de plus en plus de partisans. Elle implique que les donateurs financent des lignes budgétaires nationales et appuient le mandat des gouvernements nationaux en termes de protection et de promotion des droits de leurs citoyens à certaines prestations.

Alex de Waal faisait valoir en 1997 que "l'internationalisation de la responsabilité du combat contre la famine ne [constituait] pas un développement positif". Les secours internationaux risquent d'ébranler les contrats politiques entre les États et leurs citoyens et "ce n'est que par une gouvernance responsable et un contrat politique que la famine sera vaincue"⁶¹. On pourrait user d'une argumentation similaire en ce qui concerne la protection sociale.

CHANGEMENT DE STRATÉGIE EN ÉTHIOPIE

L'Éthiopie lance un plan de protection sociale de cinq ans intitulé **Programme de protection sociale fondé sur des activités productives (PPSAP)**. Les principaux donateurs bilatéraux et multilatéraux de ce pays ont joué un rôle important en dirigeant le débat actuel et en se prononçant pour de nouvelles stratégies d'aide aux ménages en proie à une insécurité alimentaire chronique. Les secours assurés dans le cadre d'opérations d'urgence ont à peine permis aux pauvres de survivre. Au mieux, ils leur ont permis de ne pas perdre de terrain. Ils n'ont en rien contribué à créer des avoirs ou à mettre les

moyens de subsistance à l'abri. Le PPSAP amène une transformation importante des institutions du système d'aide en Éthiopie. L'un des points stratégiques du plan est l'engagement de financement pluriannuel des donateurs, qui permettra au gouvernement de fournir des ressources prévisibles à des populations ciblées victimes d'insécurité alimentaire chronique. La décision du gouvernement de s'attaquer à cette insécurité alimentaire persistante par une ligne budgétaire plutôt que par un appel de fonds annuel est largement appuyée par les donateurs⁶².

LE MOZAMBIQUE ÉLABORE PLUSIEURS CRITÈRES DE VULNÉRABILITÉ ET DES PROCÉDURES DE CIBLAGE COMPLÈTES⁵⁷

En 2004, le Conseil national contre le sida du Mozambique a confié au Secrétariat technique pour la sécurité alimentaire et la nutrition (SETSAN) la mission d'élaborer des procédures de ciblage des groupes rendus vulnérables à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition par le VIH et le sida. Le SETSAN a créé un groupe de travail multisectoriel chargé de préparer les procédures permettant à des mécanismes institutionnalisés de définir des zones géographiques prioritaires, des groupes bénéficiaires spécifiques au sein du groupe cible général et des critères de sélection des bénéficiaires au sein de ces groupes. Ces procédures comprenaient des critères communs de sélection des bénéficiaires et des moyens standard de vérification de l'admissibilité, ainsi que des conseils pour l'orientation des bénéficiaires entre les différents acteurs.

| CRITÈRES CUMULATIFS | MEMBRE SÉROPOSITIF DU MÉNAGE | MEMBRE DU MÉNAGE FRAGILISÉ PAR LE VIH ET LE SIDA |
|---|--|--|
| CRITÈRES CLINIQUES + | <ul style="list-style-type: none"> • séropositif (test effectué), asymptomatique (stade I); • séropositif (test effectué), asymptomatique, perte de poids non intentionnelle < 10 % (stade II); • séropositif (test effectué), présentant des signes cliniques, alité par intermittence ou en permanence (stades III et IV); • alité par intermittence ou en permanence en raison d'une maladie chronique (adulte de 15 à 59 ans trop atteint pour travailler ou assurer ses activités normales pendant un total de 3 mois au cours des 12 derniers mois); • malnutrition modérée ou sévère. | (aucun critère) |
| CRITÈRES SOCIOÉCONOMIQUES + | Niveau de revenus du ménage insuffisant pour assurer les besoins alimentaires et non alimentaires supplémentaires engendrés par une maladie chronique. Sont pris en compte: <ul style="list-style-type: none"> • les revenus d'un emploi officiel et d'autres sources; • les revenus de la production agricole; • les revenus de la vente de bétail; • les autres sources de revenus importantes au niveau local; • d'autres critères (aucun adulte physiquement apte au travail, coefficient de dépendance réel élevé, avoirs, conditions de logement, etc.). | |
| CRITÈRES SOCIODÉMOGRAPHIQUES | Sexe âge: < 17 ans (enfant) > 55 ans <> 6 mois < 5 ans femme enceinte ou mère allaitante | Lien avec la personne atteinte du VIH: conjoint, enfant, parent; Sexe âge: < 17 ans (enfant) > 55 ans <> 6 mois < 5 ans femme enceinte ou mère allaitante |

LE PROGRAMME D'ASSISTANCE EN MATIÈRE DE DÉVELOPPEMENT DU MALAWI OPTÉ POUR UNE COUVERTURE TOURNANTE PLUTÔT QUE POUR LE CONTRÔLE DES RESSOURCES AFIN D'AMÉLIORER LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

En 2004, un consortium d'ONG internationales au Malawi a conclu un Programme d'assistance en matière de développement de cinq ans intitulé I-LIFE.

L'un des aspects de cet ensemble d'interventions de développement consistait à fournir des rations alimentaires à des ménages vulnérables pendant un cycle de 15 mois. À la fin du premier cycle, une commission des communautés a sélectionné les ménages les plus vulnérables pour le cycle suivant.

La décision d'utiliser un cycle standard plutôt que d'interrompre la prise en charge des bénéficiaires en cas d'amélioration de leur situation en matière de sécurité alimentaire a été prise afin de ne pas démotiver les ménages dans leurs efforts pour améliorer leur sécurité alimentaire. (Le prédécesseur d'I-LIFE, C-SAFE, arrêta la prise en charge des bénéficiaires une fois que leur situation en matière de sécurité alimentaire s'était suffisamment améliorée.)

(NE27)

d'orphelins, plutôt que de refuser des avantages aux enfants biologiques des personnes assumant cette charge²⁵⁸.

L'efficacité du ciblage peut être limitée par des questions de mandat, de compétences, de moyens et de proximité avec les communautés dans lesquelles les services sont fournis. Il est impossible de demander aux services médicaux, par exemple, de procéder à une évaluation approfondie de la vulnérabilité des ménages afin de déterminer si un patient remplit les critères pour bénéficier de suppléments alimentaires en complément d'un traitement. De solides mécanismes d'orientation doivent être mis en place pour relier les services et réaliser les évaluations nécessaires de manière efficiente.

Dans un environnement caractérisé par une vulnérabilité très répandue, où les différences de ressources sont ténues, certains programmes ont opté pour une couverture universelle une fois le ciblage effectué au niveau général (c'est-à-dire sans critère supplémentaire lors de la phase de sélection des bénéficiaires). Cela garantit que les personnes ne fausseront pas leur comportement afin d'être admises dans le programme: familles qui prennent en

charge un orphelin afin d'avoir droit à l'aide alimentaire, mais qui ne s'engagent pas à long terme en faveur de l'enfant, ou qui diffèrent l'achat d'avoirs productifs sachant que l'un des critères de ciblage pour les rations alimentaires est le critère "aucun avoir ou avoirs limités".

En définitive, il est important d'évaluer les coûts et les avantages des stratégies de ciblage, car plus le ciblage est perfectionné (c'est-à-dire plus il est nuancé et spécifique), plus les coûts administratifs sont élevés. Si la nécessité d'améliorer le ciblage et la capacité d'évaluation de la sécurité alimentaire, de la nutrition et des répercussions de la pandémie de VIH et de sida est largement admise, on note une réticence à fournir les ressources pour appuyer cette entreprise à forte intensité de main-d'œuvre. En collaboration avec des homologues gouvernementaux, des organismes tels que le Réseau du système d'alerte rapide face aux risques de famine, le PAM, des Comités nationaux d'analyse de la vulnérabilité et des ONG internationales et nationales ont un rôle à jouer pour fournir un appui technique et créer une capacité locale d'évaluation de la vulnérabilité.

8. RÔLE DU PAM EN MATIÈRE DE PROTECTION SOCIALE DANS LE CONTEXTE DU SIDA

Étant donné les multiples défis que la protection sociale doit relever dans le contexte de l'épidémie de sida et le rôle que l'aide alimentaire peut jouer dans le cadre de la protection sociale globale, le PAM a commencé à repenser sa propre mission institutionnelle et à examiner les occasions de partager son savoir-faire.

Les programmes d'aide alimentaire gérés et financés de façon externe représentent une petite partie des transferts sociaux nécessaires pour satisfaire le besoin global et la plupart ne seront jamais durables dans un contexte de pays en développement. Les programmes d'aide alimentaire servent des objectifs importants,

mais pour être efficaces, les politiques de protection sociale doivent être de nature plus stable, fiable et durable. Il est en outre tout aussi important qu'elles soient accessibles aux citoyens des pays en développement quels que soient leur situation géographique ou leur profil sociodémographique; autrement dit, qu'elles soient fondées sur les besoins. Cette caractéristique peut engendrer une augmentation importante des prestations dans certains pays où les répercussions de la pandémie ont été considérables, de telle sorte que des services de qualité soient disponibles au niveau national. Dans cette optique, le PAM peut envisager d'apporter sa contribution dans plusieurs domaines.

Connaissances

Évaluer l'impact de l'alimentation sur les personnes vivant avec le VIH: il existe d'importantes zones d'ombre dans les connaissances liées à l'impact de l'alimentation sur les personnes vivant avec le VIH (notamment en ce qui concerne les maladies chroniques, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, la tuberculose et le traitement antirétroviral). Si les agents de terrain et les bénéficiaires sont convaincus du rôle stratégique joué par l'alimentation dans la préservation et le rétablissement de l'état sanitaire des personnes vivant avec le VIH, des éléments probants issus d'expérimentations et documentés sont nécessaires pour convaincre les donateurs et les gouvernements de ce besoin. Dans ce cadre, il est important pour le PAM de comprendre les répercussions possibles d'une amélioration des résultats à moyen terme dans le domaine social et sanitaire sur la promotion des moyens de subsistance et la croissance économique. Le PAM peut jouer un rôle dans l'enrichissement de la base de connaissances dans ce domaine en lançant des recherches opérationnelles et des projets pilotes visant à tester diverses options.

Montrer la voie en matière d'évaluation de la vulnérabilité et de ciblage: le PAM a clairement un rôle à jouer pour augmenter la capacité des gouvernements et des partenaires locaux à mener des évaluations de vulnérabilité et à élaborer des stratégies, mécanismes et critères de ciblage efficaces. Le PAM peut transmettre les pratiques optimales et les enseignements tirés de sa vaste expérience des évaluations menées par les Comités d'analyse de la vulnérabilité, du suivi du système de surveillance des communautés et des ménages (articulé autour de

postes-sentinelles) et du ciblage dans des contextes de forte prévalence du VIH. Dans le cadre d'une collaboration, le PAM pourrait également utiliser les résultats des rapports d'évaluation de la vulnérabilité pour élaborer des critères d'admissibilité, d'admission et de sortie recommandés pour des programmes d'aide alimentaire et assurer une formation sur leur application.

Les agents de terrain ont de plus en plus besoin d'une connaissance approfondie de la vulnérabilité de groupes cibles particuliers (patients sous traitement antirétroviral, femmes participant à des programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, et orphelins et autres enfants vulnérables pris en charge dans le cadre de programmes de soins et d'appui) pour orienter l'élaboration et la mise en œuvre des interventions en faveur de ces groupes. Un profil de vulnérabilité peut contribuer à améliorer l'acheminement des services et les projections des besoins futurs.

Politiques et stratégies

Plaider en faveur de la protection sociale et promouvoir les stratégies nationales: le PAM peut aider à convaincre les gouvernements locaux et donateurs des avantages de la protection sociale dans le contexte du sida et promouvoir les pratiques prometteuses de pays tels que l'Afrique du Sud, la Namibie et l'Éthiopie. L'Organisation peut ainsi inciter les donateurs à offrir un appui plus que nécessaire aux plans de protection sociale et à alimenter les budgets nationaux pour soutenir ces politiques.

Appuyer les systèmes de protection sociale: les systèmes d'acheminement de la protection sociale (informels, semi-formels et formels) sont fortement grevés par l'augmentation de la pauvreté et les répercussions du sida. Le déploiement du traitement antirétroviral a exercé une forte pression sur les systèmes de santé au moment où ceux-ci étaient déjà fortement sollicités par une demande en hausse. Quand l'aide alimentaire est adaptée et garantie (qu'elle provienne de sources internes ou externes), le PAM peut faciliter la montée en puissance des systèmes d'acheminement pour les faire passer d'un cadre provincial ou régional à une couverture nationale intégrée. L'association d'un appui nutritionnel au déploiement du traitement antirétroviral représente un domaine d'action potentielle immédiate. Diverses tâches sont nécessaires, telles que l'harmonisation des

stratégies et des critères de ciblage, la cartographie des acteurs institutionnels et l'amélioration des systèmes d'orientation, la mise en place des systèmes d'approvisionnement et de gestion logistique et la création des systèmes de suivi et d'évaluation qui permettront de rendre des comptes. Le PAM, avec son mandat de "renforcement de la capacité des pays et des régions d'élaborer et de gérer les programmes d'aide alimentaire et de lutte contre la faim" (Objectif stratégique 5) peut incontestablement apporter sa contribution dans ce domaine.

Promouvoir les liens entre les cadres d'orientation politique, les organes de coordination gouvernementaux, les organismes internationaux et les prestataires de services locaux: conscient des forces et des faiblesses des acteurs informels, semi-formels et formels en matière de prestations de protection sociale, le PAM peut favoriser les liaisons entre ces protagonistes et promouvoir un cadre national qui permette de tirer le meilleur parti des points forts de chacun d'eux. Comme nous l'avons vu plus haut, si les organisations qui opèrent au niveau des communautés démontrent une forte capacité de proximité et offrent des programmes de grande qualité en faveur des personnes pauvres et vulnérables, il leur manque une couverture géographique et un mandat. Il est impératif de relier acteurs locaux, organismes internationaux intervenant au niveau des districts ou des régions, organes de coordination nationaux et cadre d'orientation politique national. Étant donné les liens étroits (et les accords de coopération) qui existent entre le PAM et l'ensemble des acteurs, l'Organisation a un rôle potentiellement important à jouer pour favoriser la création de ces liens et faire monter les systèmes en puissance jusqu'à parvenir à une couverture universelle⁶³.

Programmes

Promouvoir une stratégie d'intégration qui appuie la continuité des soins: la protection sociale doit être disponible sur tout l'éventail de services de prévention, de soins, de prise en charge, de traitement et d'atténuation des effets de la maladie. Le PAM peut promouvoir l'adoption du modèle de protection sociale afin d'encourager les spécialistes à concevoir de nouvelles réponses, plus globales, et à réexaminer les programmes actuels. Pour utiliser la terminologie du PAM, une analyse de la protection sociale, menée de front avec une analyse intégrée de la vulnérabilité et

une progression étape par étape dans le processus de conception de projets, encouragerait la création de liens entre les activités, les objectifs et les buts au sein des programmes alimentaires. Le PAM pourrait également promouvoir ces programmes comme s'inscrivant dans un cadre de protection sociale plus vaste, en mettant l'accent sur la nécessité de relier les activités sur le plan horizontal, entre secteurs, et sur le plan vertical, entre acteurs informels, semi-formels et formels de la protection sociale, démarche qui pourrait au final servir de modèle aux cadres nationaux de protection sociale.

La cartographie des acteurs institutionnels et des services disponibles est une étape essentielle du renforcement des systèmes d'orientation. Elle garantirait que le système peut facilement trouver un prestataire en mesure de répondre aux besoins d'une personne ou d'un ménage. De même, en fonction de l'évolution des besoins (amélioration ou détérioration de la situation d'une personne ou d'un ménage), des interventions adaptées pourront être proposées. Une femme qui, par exemple, reçoit des rations alimentaires pendant son traitement antirétroviral et commence à retrouver des forces et de la vigueur, pourrait sortir du programme d'un appui nutritionnel de courte durée et être orientée vers un programme (y compris dans d'autres secteurs) de développement des moyens de subsistance de durée plus longue, tel qu'un programme VCA ou un dispositif de microcrédit. Un modèle global devrait faciliter les orientations entre secteurs lorsqu'elles sont nécessaires et pourrait même prévoir une condition intersectorielle (soumettre à condition, l'obtention d'un microcrédit ou d'intrants agricoles: par exemple, fréquentation d'une école ou participation à des travaux d'adduction d'eau et d'assainissement).

Examiner les programmes Vivres contre travail et Vivres pour la création d'avoirs au travers d'un facteur VIH/sida: étant donné la faveur évidente et constante dont jouissent les travaux d'intérêt public comme forme de protection sociale, ainsi que le développement des programmes Vivres contre travail et Vivres pour la création d'avoirs comme mécanismes reposant sur l'aide alimentaire, il est important que ces programmes soient plus ouverts aux personnes vivant avec le VIH et qu'ils soient adaptés de façon à prendre en compte et à atténuer intentionnellement les répercussions du sida. La vaste expérience du PAM en matière de mise en œuvre de programmes VCT et VCA dans des contextes de forte prévalence du VIH en fait l'une des organisations les mieux placées pour promouvoir cette démarche.

SIGLES

| | | | |
|---------------|---|-----------------|---|
| ACV | Analyse et cartographie de la vulnérabilité | ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida |
| CRS | <i>Catholic Relief Services</i> | PAM | Programme alimentaire mondial |
| C-SAFE | Consortium pour l'aide alimentaire d'urgence en Afrique australe | PPSAP | Programme de protection sociale fondé sur des activités productives (Éthiopie) |
| DOTS | Traitement de courte durée sous surveillance directe (<i>Directly Observed Treatment, Short-course</i>) | RMP+ | Réseau mondial des personnes vivant avec le sida |
| DSRP | Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté | SIDA | <i>Swedish International Development Cooperation Agency</i> |
| ECCD | <i>Early Childhood Care and Development</i> | TAC | <i>Treatment Action Campaign</i> |
| FAO | Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture | UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'enfance |
| IDS | <i>Institute of Development Studies</i> | USAID | <i>United States Agency for International Development</i> (Agence des États-Unis pour le développement international) |
| MAPP | <i>Market Assistance Pilot Programme</i> | VCA | Vivres pour la création d'avoirs |
| MMS | Mélange maïs-soja | VCT | Vivres contre travail |
| OMS | Organisation mondiale de la santé | VIH/sida | virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise |
| ONG | organisation non gouvernementale | | |

RÉFÉRENCES

- Bennett, J., *Revue de la migration forcée* n° 18, Logistique de l'aide alimentaire et l'urgence en Afrique australe, septembre 2003: 28–31
- Bishop, C.; Greenaway, K.; Kruse-Levy, N.; Weinbauer, K.; Senefeld, S. Catholic Relief Services. *Nutrition and Food Security for People Living with HIV and AIDS*, 2006.
- C-SAFE, Fichier d'information MAPP, 2003.
- C-SAFE, *Food-for-Assets Programming through an HIV and AIDS Lens – Manual and Checklist*, C-SAFE Learning Spaces, avril 2005.
- C-SAFE, *Food-for-Assets: Adapting Programming to an HIV and AIDS Context*, C-SAFE Learning Spaces, septembre 2004a
- C-SAFE, *Targeted Food Assistance in the Context of HIV and AIDS – Better Practices in C-SAFE Programming from Malawi, Zambia and Zimbabwe*, C-SAFE Learning Spaces, 2004b
- Caldwell, R., *Food Aid and Chronic Illness: insights from the Community Household Surveillance Surveys*. Tango International pour le PAM et C-SAFE, 2005.
- Devereux, S., *Social Safety Nets for Poverty Alleviation in Southern Africa*, ESCOR Research Report, R7017, Londres, DFID, 2000.
- Devereux, S., Institute of Development Studies (IDS), document de travail 142, *Social Protection for the Poor: Lessons from Recent International Experience*, janvier 2002.
- Devereux, S., Institute of Development Studies (IDS), *Policy Options for Increasing the Contribution of Social Protection to Food Security*, septembre 2003
- Devereux, S. et Sabates-Wheeler, R., IDS, document de travail n° 232, *Transformative Social Protection*, octobre 2004.
- Devereux, S et Sabates-Wheeler, R., Institute of Development Studies, *AIDS and Vulnerability Workshop, AIDS, Vulnerability and Social Protection*, 23 24 juin 2005.
- De Waal, A., *Famine Crimes – Politics and Disaster Relief Industry in Africa*, African Rights et Indiana University Press, 1997.
- De Waal, A. et Whiteside, A., 'New Variant Famine': AIDS and Food Crisis in Southern Africa, *The Lancet* 2003, 362: 1234 37 (11 octobre 2003).
- DFID, *Social Transfers and Chronic Poverty, Emerging Evidence and the Challenge Ahead*, A DFID Practice Paper, octobre 2005.
- Egge, K. et Strasser, S., C-SAFE, *Measuring the Impact of Food on HIV/AIDS – Related Beneficiary Groups, With a Special Focus on TB, ART, CI and PMTCT Beneficiaries, M&E Indicators for Consideration*, novembre 2005.
- Erdelmann, F., PAM, correspondance privée, 2006.
- FANTA, *HIV & AIDS: A Guide for Nutritional Care and Support*, octobre 2004.
- Gentilini, U., *Mainstreaming Safety Nets in the Social Protection Policy Agenda: A New Vision or the Same Old Perspective?* *Journal of Agricultural and Development Economics*, vol. 2 n° 2, 2005.
- Gillespie, S. et Kadiyala, S., IFPRI, *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security: From Evidence to Action*, 2005.
- Green, M., UNICEF, *Strengthening National Responses to Children Affected by HIV/AIDS: What is the Role of the State and Social Welfare in Africa*, note d'information pour la conférence de Wilton Park, 14 16 novembre 2005.
- Greenaway, Kate, consultant VIH, correspondance privée, 2006.
- Greenaway, K. et Mullins, D., *The HIV/AIDS Timeline as a Program Tool: Experiences from CARE and C-SAFE*, avril 2005.
- Greenblott, K., groupe de réflexion avec des enfants bénéficiant d'une alimentation scolaire de WV au Zimbabwe, 2005.
- Harvey, P., rapport de recherche HPG n° 16, *HIV/AIDS and Humanitarian Action*, avril 2004.
- Harvey, P. et Lind, J., *Dependency and Humanitarian Relief*, Institut de développement outre-mer, rapport HPG, juillet 2005.
- Meyer, S., *Nutritional Care and People Living with HIV*, Arizona Dietetic Association, *Nutrition and HIV/AIDS Research Abstracts*, 2000.
- Nyangara, F., *Sub national distribution and situation of orphans: an analysis of the president's emergency plan for AIDS relief focus countries*, Washington DC, USAID, 2004.
- Rivers, J., Silvestre, E., Mason, J. IFPRI, *Nutrition and Food Security Status of Orphans and Vulnerable Children*, 2004.
- Rockefeller Foundation, *Human Resources for Health and Development – A Joint Learning Initiative*, 2003.
- RuralNet Associates, World Vision HIV/AIDS, *Food and Nutrition Operations Research Proposal*, janvier 2005.
- Slater, R., Institut de développement outre-mer, *The Implications of HIV/AIDS for Social Protection*, septembre 2004.
- Tango International. 2005. *Linking HIV/AIDS Responses with Food-Based Social Protection Systems, An Appraisal of Social Welfare Systems in Malawi, Mozambique, Swaziland and Tanzania*. Rome, PAM.
- Taylor, A. et Seaman, J., Save the Children UK, *Targeting Food Aid in Emergencies*, ENN Special Supplement Series, n° 1, juillet 2004.



Treatment Action Campaign (TAC), site Web TAC, <http://www.tac.org.za/index.html>, 2006.

UNICEF, rapport résumé, Innovations in Social Protection in Eastern and Southern Africa, Reaching the most vulnerable children in the context of HIV/AIDS, An Integrated Summary Report on Education, Public Works and Cash Transfer Programs, 2005.

Programme Alimentaire Mondil (PAM) 2002, Politique concernant la problématique hommes-femmes (2003-2007): Engagements renforcés en faveur des femmes, octobre 2002.

PAM 2004a, HIV/AIDS & Tuberculosis. Addressing co-infection, juillet 2004.

PAM 2004b, Le PAM et les filets de sécurité appuyés par une aide alimentaire: concepts, expériences et programmes possibles à l'avenir, octobre 2004

PAM 2006, Rapport résumé de l'examen thématique du ciblage dans les interventions de secours, février 2006.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa, Participants Statement, Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril, 2005A.

OMS, Executive Summary of a Scientific Review, Consultation on Nutrition and HIV/AIDS in Africa: Evidence, lessons and recommendations for action, Durban, Afrique du Sud, 10-13 avril, 2005B.

Banque mondiale, Repositioning Nutrition as Central to Development, A Strategy for Large Scale Action, 2006.

Zgouv, E.K., Mvula, P.M., Kunkwenzu, E. et Potani, M. 1988. A review and evaluation of the MASAF safety net programme. Lilongwe, Fonds d'action sociale du Malawi.

NOTES

- 1 Tango International, 2005.
- 2 Gentilini, 2005.
- 3 Tango International, 2005. Cette description d'un objectif commun de la protection sociale a été adaptée de la source mentionnée, avec une modification. L'adjectif "public" a été supprimé intentionnellement du terme "biens publics" afin de mettre en évidence l'importance des biens publics comme privés dans le cadre de la protection sociale.
- 4 Devereux et Sabates-Wheeler, 2004.
- 5 Gentilini, 2005.
- 6 PAM, 2004b.
- 7 Slater, 2004.
- 8 Tango International, 2005.
- 9 Gentilini, 2005.
- 10 Devereux et Sabates-Wheeler, 2004.
- 11 Green, 2005.
- 12 Egge et Strasser, 2005.
- 13 Liste établie en cours de séance plénière par les participants à l'atelier C-SAFE sur les stratégies de retrait, en avril 2005 à Harare, au Zimbabwe. Parmi les participants se trouvaient des membres du personnel de CRS, de CARE, de WV et du PAM ainsi que plusieurs représentants de donateurs.
- 14 De Waal et Whiteside, 2003.
- 15 Devereux, 2005.
- 16 Fondation Rockefeller, 2003.
- 17 Nyangara, 2004.
- 18 Devereux, 2002
- 19 Green, 2005.
- 20 Greenaway, 2006.
- 21 UNICEF, 2005.
- 22 C-SAFE, 2004.
- 23 Slater, 2004.
- 24 Greenaway et Mullins, 2005.
- 25 Cet outil a été élaboré par Kate Greenaway (C-SAFE et CRS) et Dan Mullins (CARE US) comme mécanisme de formation et d'intégration pour le personnel de C-SAFE et de CARE en Afrique australe.
- 26 OMS, 2005a.
- 27 FANTA, 2004.
- 28 OMS, 2005b.
- 29 Greenaway, 2006.
- 30 RuralNet Associates, 2005.
- 31 Gillespie et Kadiyala, 2005.
- 32 Bishop, 2006.
- 33 RuralNet Associates, 2005.
- 34 Devereux, 2002. Tableau adapté en ajoutant des facteurs qui revêtent une importance particulière dans le contexte du VIH et du sida.

- 35 Devereux, 2002.
- 36 Un malade chronique est “une personne souffrant d’une maladie persistante et récurrente, d’une durée de trois mois ou plus, dont le niveau de productivité a diminué pour cette raison”.
- 37 PAM, 2004a.
- 38 PAM, 2004a.
- 39 Meyer, 2000.
- 40 Ce commentaire fait référence à Egge et Strasser, 2005.
- 41 Le facteur décrit ici a été élaboré par le Consortium pour l’aide alimentaire d’urgence en Afrique australe (C-SAFE) en vue de l’adaptation des programmes VCA au contexte du VIH et est présentée en détail dans C-SAFE, 2005.
- 42 Ce commentaire fait référence à C-SAFE, 2005.
- 43 UNICEF, 2005.
- 44 Exemples tirés de C-SAFE, 2004.
- 45 UNICEF, 2005.
- 46 Slater, 2004.
- 47 Slater, 2004.
- 48 Slater, 2004 and UNICEF, 2005.
- 49 PAM, 2002.
- 50 Enfants qui, pour une raison ou une autre, ont des difficultés à accéder à l’enseignement primaire, en sortent prématurément, sont exclus du système éducatif officiel par le système lui-même ou ne parviennent pas à apprendre alors qu’ils sont scolarisés.
- 51 Greenaway, 2006.
- 52 Taylor et Seaman, 2004.
- 53 C-SAFE, Targeted Food Assistance in the Context of HIV/AIDS, 2004.
- 54 PAM, 2006.
- 55 Devereux, 2002.
- 56 Rivers, Silvester, Mason, 2004.
- 57 Tango International, 2005.
- 58 Devereux, 2002.
- 59 C-SAFE, 2005.
- 60 Caldwell, 2005.
- 61 de Waal, 1997.
- 62 Harvey, 2004.
- 63 PAM, 2004b.

NOTES DES ENCADRÉS (NE)

NE1: Site Web du programme de tickets alimentaires du Ministère de l’Agriculture des États-Unis, 2006, <http://www.fns.usda.gov/fsp/>

NE2: Devereux, 2003.

NE3: Devereux, 2000.

NE4: Rapport succinct de l’UNICEF, 2005.

NE5: Tango International, 2005 (Malawi).

NE6: Green, 2005.

NE7: C-SAFE, 2004a.

NE8: C-SAFE, 2004a.

NE9: Treatment Action Campaign, 2006.

NE10: Harvey et Lind, 2005.

NE11: Gillespie et Kadiyala, 2005.

NE12: Bennett, 2003.

NE13: PAM, 2004b.

NE14: C-SAFE, 2003

NE15: Slater, 2004.

NE16: OMS 2005b.

NE17: Erdelmann, 2006.

NE18: Tango International, 2005 (Malawi).

NE19: Egge et Strasser, 2005.

NE20: Tango International, 2005 (Swaziland).

NE21: Harvey et Lind, 2005.

NE22: C-SAFE, 2004a.

NE23: DFID, 2005.

NE24: UNICEF, 2005.

NE25: Greenblott, 2005.

NE26: Tango International, 2005.

NE27: C-SAFE, 2004b



DIVISION DES POLITIQUES, DE LA PLANIFICATION ET DES STRATÉGIES
SERVICE VIH/SIDA
PROGRAMME ALIMENTAIRE MONDIAL
Via C. G. Viola, 68/70 - 00148 Rome, Italie
Courriel: info@wfp.org

wfp.org