

MORITZ HUNSMANN

SIDA ET SÉCURITÉ NUTRITIONNELLE EN TANZANIE : DES AFFINITÉS ÉLECTIVES

Fondé sur l'étude du cas tanzanien, cet article propose d'analyser les effets de la réponse internationale au VIH/sida sur les politiques de sécurité nutritionnelle. En raison de ses interactions avec les questions nutritionnelles et de l'abondance relative des ressources qui lui sont consacrées, le VIH/sida se trouve au cœur des politiques tanzaniennes de sécurité nutritionnelle. Les connaissances scientifiques concernant les interactions entre VIH et nutrition ouvrent des opportunités politiques pour la lutte contre l'insécurité nutritionnelle en suggérant une collaboration plus étroite avec la lutte contre le sida. S'ensuivent des négociations asymétriques entre les acteurs des deux champs, au cours desquelles les acteurs nutritionnels reformulent leurs activités en fonction du VIH/sida. Ainsi, tout en mettant à disposition de nouvelles ressources, le champ de la lutte contre le sida déborde sur celui de la nutrition, influençant considérablement les activités en son sein et plaçant les acteurs nutritionnels dans une position subalterne.

« Une catastrophe peut toujours être une opportunité.
En particulier quand l'aide étrangère s'en mêle¹. »

C'est un fait bien connu dans l'analyse des politiques publiques : ce ne sont pas uniquement l'urgence et la gravité intrinsèques d'un problème qui déterminent sa mise sur agenda. Si les bailleurs internationaux s'investissent ainsi de manière soutenue et régulière dans la lutte contre le sida, ils ne prêtent qu'une attention inégale aux questions de malnutrition et de sécurité alimentaire. Ce contraste donne raison aux manuels de science politique. Si la faim et la malnutrition ne sont toujours pas considérées comme des problèmes en soi, on leur reconnaît en revanche de plus en plus volontiers une place dans la lutte contre le sida en Afrique subsaharienne. En 2006, l'Assemblée générale des Nations unies a ainsi décidé « d'intégrer le soutien alimentaire et nutritionnel [...] comme élément d'une riposte globale au VIH/sida² ». De même, un document commun de politique générale de trois agences

1. A. de Waal, *AIDS and Power: Why There is no Political Crisis – yet*, Londres, Zed Books, 2006, p. 3.

2. Assemblée générale des Nations unies, « Résolution 60/262. Déclaration politique sur le VIH/sida », 15 juin 2006, article 28, <data.unaids.org>.

LE DOSSIER

64 Surveiller et nourrir. Politique de la faim

de l'ONU traitant des Objectifs du millénaire concernant la faim et le sida souligne qu'« un de ces objectifs ne peut être atteint indépendamment de l'autre et [qu'] il sera nécessaire de résoudre les problèmes de sécurité alimentaire et de nutrition spécifiques au VIH³ ».

Les interactions entre la nutrition et le VIH/sida sont multiples. Non seulement, le sida exacerbe l'insécurité nutritionnelle⁴ des foyers touchés par l'épidémie, mais l'insécurité nutritionnelle constitue un « terrain fertile⁵ » à la propagation du VIH et accélère la progression de l'infection chez les personnes vivant avec le virus. Enfin, la prise d'antirétroviraux (ARV) requiert que les patients soient bien nourris. Le récent lancement des programmes d'accès aux ARV en Afrique subsaharienne a mis en évidence la forte prévalence de l'insécurité alimentaire dans de nombreux pays lourdement touchés par le sida. L'insécurité alimentaire et la malnutrition posent ainsi un problème politique nouveau puisqu'elles risquent de mettre en péril cette campagne sans précédent d'accès aux soins. Dans bien des pays d'Afrique, ce lien entre le VIH/sida et la sécurité nutritionnelle est donc au cœur de la gouvernance de la faim.

Les acteurs de la nutrition et ceux de la lutte contre le sida mobilisent de manière sélective ces connaissances sur les interactions entre leurs deux domaines pour suggérer des collaborations nouvelles entre leurs champs d'action respectifs⁶. En Tanzanie⁷, la conjonction de l'augmentation récente des financements pour la lutte contre le sida et d'une meilleure prise en compte des aspects nutritionnels de l'épidémie a ouvert une « fenêtre politique » pour les mesures nutritionnelles⁸. De fait, la lutte contre le sida est richement dotée et une redéfinition marginale de son cadre de référence peut induire des changements majeurs dans la formulation des politiques de sécurité nutritionnelle. Parvenir à « coupler⁹ » leur champ à celui de la lutte contre le sida est donc un enjeu majeur pour les acteurs de la nutrition, qui

3. PAM/OMS/Onusida, *VIH, sécurité alimentaire et nutrition. Politique générale*, Genève, 2008, <data.unaids.org>.

4. Le concept de « sécurité nutritionnelle » intègre des aspects nutritionnels à la notion de sécurité alimentaire.

5. E. Stillwaggon, « HIV/AIDS in Africa: Fertile Terrain », *The Journal of Development Studies*, vol. 38, n° 2, 2002, p. 1-22.

6. Sur les « acteurs », les « champs » et leur autonomie relative, voir P. Bourdieu, avec L. Wacquant, *Réponses*, Paris, Seuil, 1992, p. 71-90.

7. Cet article traite de la Tanzanie continentale et non de Zanzibar, qui possède son propre cadre institutionnel et où la prévalence du VIH est plus faible.

8. Les « fenêtres politiques » sont les moments où toutes les conditions sont favorables pour la prise en compte d'une question particulière. Elles s'ouvrent quand trois flux convergent : celui des problèmes, celui des solutions et celui du contexte politique plus général. Voir J. Kingdon, *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Boston, Little, Brown and Company, 1984.

9. Sur le « couplage », voir *ibid.*

doivent présenter leur action comme un élément crucial de cette lutte. L'importance de leurs financements met en effet les acteurs de la lutte contre le sida en position d'arbitres : ils peuvent juger de la légitimité des acteurs et des différentes approches dans la « zone de chevauchement » des deux champs. En Tanzanie, il en résulte une interaction stratégique entre les acteurs de la lutte contre le sida et ceux de la nutrition. Dans cette négociation asymétrique, les acteurs de la nutrition tentent de redéfinir leur domaine de compétence en fonction du VIH/sida. Ce faisant, ils modifient les limites du champ de la sécurité nutritionnelle. Dans certains cas, les acteurs du sida apprécient ces efforts et coopèrent, cherchant même parfois désespérément des homologues engagés dans le champ de la nutrition. Dans d'autres cas, ils s'opposent à ce qu'ils considèrent comme une redéfinition excessivement large du domaine de compétence des acteurs de la nutrition.

L'abondante littérature qui analyse les interactions entre le VIH et la sécurité alimentaire le fait essentiellement par le prisme du sida. Dans cette optique, le renforcement de la sécurité alimentaire et l'accès à une nutrition adéquate sont avant tout des moyens de limiter les effets de l'épidémie¹⁰. Peu d'études se placent du point de vue des acteurs de la nutrition. En outre, les effets de ces interactions en termes de politiques publiques sont peu analysés. Le présent article, fondé sur une recherche en cours sur les politiques de lutte contre le sida en Tanzanie, propose une réflexion liminaire et empirique sur la nature des relations entre les deux champs. En plus de la littérature scientifique et des rapports nationaux et internationaux, il se fonde sur une série de soixante entretiens menés avec des représentants des bailleurs multi- et bilatéraux, des responsables gouvernementaux tanzaniens et des membres d'ONG locales et internationales.

Il s'agira de montrer qu'alors que la sécurité nutritionnelle souffre d'un manque d'attention politique en Tanzanie, son rôle vis-à-vis du VIH/sida suggère une meilleure articulation des politiques mises en œuvre dans ces deux domaines. Ces résultats scientifiques contribuent à l'ouverture d'opportunités pour les politiques de lutte contre l'insécurité nutritionnelle et conduisent ses acteurs à reformuler ces dernières en fonction de la lutte contre le sida. Du fait de ses importants financements, le champ de la lutte contre le sida déborde sur celui, peu coordonné, de la nutrition, influençant considérablement la nature des activités en son sein. *In fine*, l'élargissement du champ de la sécurité nutritionnelle induite par le sida reste donc limité et place les acteurs de la nutrition dans une position subalterne.

10. Pour une exception notable, voir les analyses du Regional Network on AIDS, Livelihoods and Food Security (Renewal) : <programs.ifpri.org/renewal>.

**NUTRITION ET SÉCURITÉ ALIMENTAIRE : L'OBJECTIF
DU MILLÉNAIRE « OUBLIÉ »**

« On manque de nourriture. Même les foyers normaux en manquent. Alors imaginez les foyers les plus pauvres... Il n'y a pas de politique!¹¹ »

Depuis l'indépendance acquise en 1961, la politique d'Ujamaa du président Nyerere visait « l'autosuffisance » agricole et alimentaire en collectivisant les exploitations. Malgré ces efforts, l'état nutritionnel moyen de la population s'est détérioré à la fin des années 1970. Cette détérioration s'est accentuée dans les années 1980 et 1990 du fait des plans d'ajustement structurel¹². Dans les années 1960 et 1970, 10 à 14 % des dépenses publiques étaient consacrés à l'agriculture. Cette part a continuellement baissé durant les périodes d'ajustement structurel, tombant jusqu'à 1,5 % en 1995. L'idée que l'État est le garant de « l'autosuffisance » a, comme au Mali ou au Sénégal, laissé la place à un discours sur la « sécurité alimentaire » au sein d'un système de régulation fondé sur le marché¹³. Suite aux effets mitigés de la libéralisation de l'agriculture durant les années 1990¹⁴, à la reconnaissance renouvelée du rôle économique de l'État et à la diffusion de la notion de souveraineté alimentaire, les dépenses publiques pour le développement agricole ont légèrement augmenté ces dernières années. En juin 2009, le gouvernement a lancé l'initiative *Kilimo Kwanza* (« L'agriculture d'abord ») pour engager le pays dans une « Révolution verte ». Comme plusieurs analystes l'ont souligné, il n'est pas certain que cette énième initiative apporte plus de changements que celles qui l'ont précédée¹⁵.

Dans la lutte contre la malnutrition et l'insécurité alimentaire en Tanzanie, les acteurs sont très variés et contribuent de manière inégale à la définition des priorités politiques¹⁶. La plupart des ONG internationales (comme

11. Entretien avec le président d'une ONG nationale de personnes vivant avec le VIH, Dar es Salaam, 15 septembre 2008.

12. Voir <www.fao.org>. Ces dernières années, l'apport calorifique moyen a de nouveau légèrement augmenté, sans cependant atteindre le niveau du début des années 1970. Pour une analyse de l'Ujamaa, voir M. Freyhold, *Ujamaa Villages in Tanzania. Analysis of a Social Experiment*, Londres, Heinemann, 1979.

13. P. Janin, « L'insécurité alimentaire en Afrique de l'Ouest : cadres politiques et options techniques pour l'action », Dakar, IRD working paper, 2008, <hal.ird.fr/ird-00329475/en>.

14. B. Cooksey, « Marketing Reform? The Rise and Fall of Agricultural Liberalisation in Tanzania », *Development Policy Review*, vol. 21, n° 1, 2003, p. 67-91.

15. Voir à ce sujet S. Kamndaya, « Academics Divided on "Kilimo Kwanza" Policy », *The Citizen*, 17 septembre 2009.

16. Voir également V. Leach et B. Kilama, « Institutional Analysis of Nutrition in Tanzania », Dar es Salaam, Repoa special paper, n° 09.31, 2009.

MSF, Care ou Save the Children) se concentrent sur la provision d'aide alimentaire et nutritionnelle dans des cadres géographiques limités (villages, camps de réfugiés) ou pour des populations spécifiques (enfants)¹⁷. À l'exception de Helen Keller International (qui bénéficie du soutien solide de la United States Agency for International Development, USAID) dans le domaine de la supplémentation en vitamine A et en zinc, ces ONG sont restées en marge du processus de formulation des politiques. Il existe une séparation institutionnelle entre la nutrition et la sécurité alimentaire. Du côté de l'administration tanzanienne, les questions de nutrition sont prises en charge par le Tanzania Food and Nutrition Centre (TFNC), un centre semi-autonome mais relativement marginal au sein du puissant ministère de la Santé. Les questions de sécurité alimentaire dépendent, quant à elles, du moins influent ministère de l'Agriculture et de la Sécurité alimentaire. Chaque domaine a son propre groupe de bailleurs internationaux. La Banque mondiale, l'USAID, l'Union européenne, l'Irish Aid, l'Unicef, le Programme alimentaire mondial (PAM) et l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) en sont les membres internationaux les plus actifs.

Le potentiel agricole de la Tanzanie est considérable. Elle figure pourtant toujours parmi les vingt pays du monde qui réunissent à eux seuls 80 % des personnes sous-alimentées. 62 % des enfants de moins de cinq ans et 66 % des femmes enceintes sont anémiques¹⁸. 38 % des enfants de moins de cinq ans souffrent d'un retard de croissance et, comme le note un rapport récent de la Banque mondiale, « 44 % des Tanzaniens sont sous-alimentés au point qu'il leur est impossible d'à la fois nourrir leur corps et effectuer des tâches physiques même légères¹⁹ ». La sécheresse récente (2008-2010) subie par le nord du pays assombrit encore ces perspectives. L'administration nationale reconnaît que la situation n'est pas satisfaisante mais le gouvernement fait preuve de peu de dynamisme pour répondre à l'insécurité alimentaire et à la malnutrition. Jusqu'à une date récente, la malnutrition était ainsi pratiquement absente du discours gouvernemental sur le développement. Appelant la nutrition « l'[Objectif du millénaire] oublié de la Tanzanie », la Banque mondiale a dénoncé, de manière inhabituellement explicite, le fait que « peu d'interventions effectives y étaient menées, et [que] l'appui des bailleurs de fonds était limité, dispensé au hasard et de façon non coordonnée,

17. Peu d'ONG comme Oxfam UK (qui apporte un soutien aux petits agriculteurs de la région de Shinyanga) se concentrent sur l'amélioration de la sécurité nutritionnelle de manière plus structurelle.

18. Tanzania Food and Nutrition Centre, *National Guide on Nutrition, Care and Support for People Living with HIV/AIDS*, Dar es Salaam, Ministère de la Santé, 2003, p. 1-2.

19. Banque mondiale, *United Republic of Tanzania: Advancing Nutrition for Long-Term Equitable Growth*, Dar es Salaam, 2007, p. IX.

LE DOSSIER

68 | *Surveiller et nourrir. Politique de la faim*

et pour l'essentiel improductif²⁰». Plusieurs représentants de donateurs dénoncent le manque d'engagement de l'administration et enjoignent le gouvernement à prendre en charge la question de la nutrition. Un des interlocuteurs souligne ainsi :

« Il y a un manque de leadership dans la nutrition ! Personne n'en prend la responsabilité parce que c'est tellement transversal que c'est le problème de tout le monde et de personne. Au moins, avec la TACAIDS [Tanzania Commission for AIDS], le sida s'est trouvé un foyer [institutionnel]. Ce n'est peut-être pas le meilleur qui soit, mais c'est un foyer. Le TFNC, c'est différent. Il manque d'une vision... C'est cela qui est à l'origine de beaucoup des problèmes ici²¹ ».

Dans le même temps, cet acteur note que la situation tanzanienne reflète un désintérêt plus général pour la nutrition, tant de la part des gouvernements occidentaux que des ONG internationales.

Durant la crise au Sahel en 2008, la lutte contre l'insécurité alimentaire a été politiquement théâtralisée par certains gouvernements de la région²². En Tanzanie, au contraire, la politisation discursive de la lutte contre la faim a été limitée. Ainsi, alors que le pays a connu des famines répétées durant ces dernières décennies, l'arène politique tanzanienne est restée étonnamment consensuelle. La lutte concernant les sphères de compétence respectives des différents acteurs a lieu en vase clos, n'impliquant que des représentants des bailleurs internationaux et les responsables gouvernementaux²³. Malgré l'envolée des prix des denrées, la crise alimentaire actuelle n'a pas créé de troubles politiques dans le pays et la plupart des acteurs de la nutrition en Tanzanie doutent que la visibilité internationale accrue dont bénéficient depuis peu la faim et la malnutrition entraîne un renforcement durable de l'implication internationale ou de la prise de responsabilité au niveau national.

La comparaison des sommes allouées respectivement à la lutte contre le VIH/sida (dont la prévalence est d'environ 6,2 %) et contre l'insécurité alimentaire en Tanzanie illustre les priorités politiques nationales et internationales. L'aide internationale pour la lutte contre le sida a quasiment été multipliée par vingt entre 1997 et 2007, égalant le reste du budget de santé du pays. En 2007, les dépenses publiques annuelles consacrées au sida

20. Banque mondiale, « Promouvoir une meilleure nutrition en Tanzanie », 2008, article en ligne consultable sur <go.worldbank.org/NSHA8YVA00>.

21. Entretien avec un administrateur de programme des Nations unies, Dar es Salaam, 9 octobre 2008.

22. P. Janin, « "Le soleil des indépendances (alimentaires)" ou la mise en scène de la lutte contre la faim au Mali et au Sénégal », *Hérodote*, n° 131, 2008, p. 92-117.

23. Le caractère non-public du débat est sans doute révélateur du fonctionnement de l'arène politique tanzanienne et des mécanismes de responsabilité qui y sont à l'œuvre. Voir D.-C. Martin, *Tanzanie. L'invention d'une culture politique*, Paris, Presses de la FNSP/Karthala, 1988.

s'élevaient à 520 millions de dollars, financés à 95 % par les bailleurs²⁴. Ces fonds représentent presque 11 % des dépenses publiques et un tiers de toute l'aide allouée à la Tanzanie. En comparaison, les dépenses pour la nutrition sont négligeables. Il existe peu de données fiables mais un récent rapport de la Banque mondiale indique que « même en voulant être optimiste, on voit difficilement comment le budget des investissements dans la nutrition pourrait excéder 5 millions de dollars par an²⁵ ». Si cette estimation s'approche un tant soit peu de la réalité, le gouvernement et les bailleurs ont dépensé environ cent fois plus d'argent pour la lutte contre le sida que pour la nutrition en Tanzanie. Même les fonds alloués au développement agricole (de l'ordre de 110 millions de dollars en 2008²⁶) ne représentent qu'à peine un quart de ce qui est dépensé pour le sida. Dans ce contexte de soutien financier foncièrement inégal, les acteurs de la nutrition en Tanzanie voient l'afflux de fonds alloués à la lutte contre le sida comme une opportunité : les connaissances scientifiques concernant les liens entre la sécurité nutritionnelle et le VIH/sida constituent donc pour ces acteurs une importante ressource politique.

QUAND LES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES SUGGÈRENT L'INTÉGRATION DES POLITIQUES

« Quand les gens prennent des ARV, ils sont supposés manger.
S'ils n'ont rien à manger, ils ne prendront pas leur traitement.
Ils disent "Si je ne mange pas, ça me dévaste l'estomac!"²⁷ »

Si elles sont mobilisées par les acteurs, les connaissances sur les interactions biologiques peuvent influencer de manière décisive les interactions politiques²⁸. Autrement dit, la compréhension des relations entre la nutrition et le VIH/sida permet de mieux saisir la nature du processus de formulation des politiques. La multiplicité des liens entre VIH et sécurité nutritionnelle

24. Tanzania Commission for AIDS, *2007 Tanzania Public Expenditure Review: HIV-AIDS*, Dar es Salaam, 2008. Depuis, le montant des fonds alloués au sida est resté relativement stable.

25. Banque mondiale, *United Republic of Tanzania: Advancing Nutrition for Long-Term...*, op. cit., p. 45. Cette estimation n'inclut pas les dépenses du PAM et de certaines ONG internationales.

26. IrishAid, *Annual Report from Tanzania*, Dublin, 2008, p. 7, <irishaid.gov.ie>. Cette estimation approximative est basée sur les dépenses *per capita*. Elle n'inclut pas le récent prêt de la Banque mondiale au « Projet accéléré de sécurité alimentaire » du pays.

27. Entretien avec le responsable d'un groupe de personnes séropositives de la région de Morogoro, 27 septembre 2008.

28. Voir l'article fondateur de Michel Callon, « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *L'Année sociologique*, vol. 36, 1986, p. 169-208.

est apparue plus clairement ces dernières années. Le lien le plus immédiatement perceptible est l'effet négatif de l'infection VIH sur le statut nutritionnel. Les personnes vivant avec le VIH ont non seulement des besoins énergétiques supérieurs aux personnes non infectées (de l'ordre de 10 à 30 % de plus pour les adultes et de 50 à 100 % pour les enfants), mais le virus modifie aussi leur métabolisme et les empêche de pleinement assimiler les nutriments. D'un point de vue économique, le VIH/sida met en péril la sécurité alimentaire des foyers affectés parce que les personnes atteintes sont moins à même de travailler. Leur production agricole baisse et ils ont de plus grandes difficultés à générer un revenu suffisant pour subvenir à leurs besoins alimentaires. La conjonction de ces facteurs explique les taux très élevés de malnutrition chez les personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne. Alex de Waal et Alan Whiteside affirment même que le sida a créé une nouvelle catégorie de ménages hautement vulnérables, provoquant un nouveau type de famines, moins localisées et donc moins perceptibles²⁹.

En aggravant le statut nutritionnel des malades, le VIH/sida crée un cercle vicieux : la malnutrition et l'insécurité alimentaire des ménages accroissent le risque de contracter une infection opportuniste et accélèrent le passage de la phase asymptomatique de l'infection VIH au sida déclaré. En ralentissant la progression de la maladie, le soutien nutritionnel aux personnes séropositives permet de retarder le besoin d'un traitement antirétroviral³⁰. L'insécurité nutritionnelle, au contraire, empêche le corps de répondre adéquatement à la thérapie et rend aléatoire l'observance du traitement car la prise d'ARV sans nourriture accentue leurs effets secondaires. Un suivi irrégulier du traitement augmente les cas de résistance du virus aux médicaments dits de première ligne, augmentant le nombre de patients nécessitant des traitements de deuxième ligne, considérablement plus chers. Sécuriser l'alimentation des patients permet donc de limiter les conséquences économiques et cliniques de ces résistances. Par conséquent, il est largement admis aujourd'hui qu'il est essentiel d'assurer la sécurité nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH pour continuer à garantir l'accès à des traitements efficaces.

D'autres liens, plus troublants, entre le VIH et la situation nutritionnelle ont été démontrés. Ainsi, l'insécurité alimentaire et la malnutrition facilitent la transmission du virus. Ces deux phénomènes, liés mais distincts, n'affectent

29. A. de Waal et A. Whiteside, « New Variant Famine: AIDS and Food Crisis in Southern Africa », *The Lancet*, vol. 362, n° 9391, 2003, p. 1234-1237.

30. N. I. Paton *et al.*, « The Impact of Malnutrition on Survival and the CD4 Count Response in HIV-Infected Patients Starting Antiretroviral Therapy », *HIV Medicine*, vol. 7, n° 5, 2006, p. 323-330 ; W. Fawzi *et al.*, « A Randomized Trial of Multivitamin Supplements and HIV Disease Progression and Mortality », *The New England Journal of Medicine*, vol. 351, n° 1, 2004, p. 23-32.

cependant pas la transmission du VIH de la même manière. On peut grossièrement distinguer deux types d'effets : des causalités socio-économiques, liées aux comportements sexuels, et des causalités biologiques. Alors que la pauvreté et l'insécurité alimentaire sont souvent citées comme étant à l'origine de comportements sexuels dits « à risque », cette dimension socio-économique des comportements est rarement prise en compte dans les programmes visant à les modifier. La causalité biologique demeure, quant à elle, entièrement absente du débat politique national et international, et ce alors que ses mécanismes sont de mieux en mieux connus³¹. La sous-nutrition et les carences en micronutriments entraînent un accroissement de la charge virale des personnes séropositives (augmentant ainsi leur infectiosité) et une baisse du taux de lymphocytes T³². Les carences vitaminiques altèrent l'intégrité des muqueuses génitales et du placenta. L'anémie entraîne une dissémination plus importante du virus dans le corps, augmentant la charge virale dans le vagin. Ces éléments expliquent qu'un mauvais statut nutritionnel accroisse le risque des transmissions mère-enfant et par voie sexuelle³³. La malnutrition affaiblit également la réponse immunitaire des individus séronégatifs en cas de contact avec le virus. Elle altère enfin l'efficacité de la barrière muqueuse car elle affecte l'intégrité de l'épiderme des parties génitales, les rendant plus perméables au VIH. En résumé, le risque de transmission lors d'un rapport péno-vaginal non protégé dépend de l'infectiosité de la personne séropositive et de la susceptibilité de son (sa) partenaire séronégatif(ve). Même si le rôle du statut nutritionnel est difficilement quantifiable, ces deux facteurs en dépendent en partie³⁴.

Ces éléments épidémiologiques et biomédicaux ouvrent donc un large éventail d'éventuelles politiques communes. Il est ainsi possible de conseiller les mères séropositives sur l'allaitement, de fournir un support nutritionnel aux personnes affectées par le virus ou d'intégrer les problèmes de nutrition et de sécurité alimentaire dans les programmes de prévention du VIH. Les acteurs de la nutrition en Tanzanie mobilisent ces arguments scientifiques pour

31. E. Stillwaggon, *AIDS and the Ecology of Poverty*, New York, Oxford University Press, 2006, chapitres II ET III.

32. H. Friis et K. F. Michaelsen, « Micronutrients and HIV Infection : A Review », *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 52, 1998, p. 157-163.

33. R. Semba *et al.*, « Maternal Vitamin A Deficiency and Mother-to-Child Transmission of HIV-1 », *The Lancet*, vol. 343, 1994, p. 1593-1597 ; W. Fawzi *et al.*, « Randomized Trial of Vitamin Supplements in Relation to Transmission of HIV-1 through Breastfeeding and Early Child Mortality », *AIDS*, vol. 16, n° 14, 2002, p. 1935-1944.

34. Plusieurs pays ayant un fort taux de malnutrition ont des épidémies limitées de VIH. La malnutrition ne doit donc pas être comprise comme un facteur autonome, mais plutôt comme élément d'un système de cofacteurs facilitant la transmission du virus.

LE DOSSIER

72 *Surveiller et nourrir. Politique de la faim*

plaider en faveur d'une plus grande intégration des politiques de nutrition dans la lutte contre le sida.

LE SIDA COMME « FENÊTRE POLITIQUE » POUR LA SÉCURITÉ NUTRITIONNELLE EN TANZANIE

« Les fonds [alloués à la lutte contre le sida] représentent 30 % des dons d'origine extérieure accordés à la Tanzanie [...]. Réaffecter une partie de ces ressources à la nutrition ne serait pas illogique, car les deux aspects servent des objectifs communs³⁵. »

Cette citation de l'ex-principale spécialiste de la santé à la Banque mondiale en Tanzanie résume l'état d'esprit de nombreux acteurs de la nutrition dans le pays : le sida est devenu une ressource. En liant de manière discursive leurs activités au VIH/sida, les acteurs du champ tanzanien de la gouvernance alimentaire espèrent promouvoir leur action et, dans certains cas, la légitimer. En parallèle, les bailleurs impliqués dans la lutte contre le sida prennent de plus en plus en compte les questions d'alimentation et de nutrition dans leurs programmes. Depuis 2009, le plan étatsunien de lutte contre le sida (President's Emergency Plan for AIDS Relief, PEPFAR), qui représente à lui seul plus de la moitié des dépenses contre le sida en Tanzanie, prend ainsi explicitement en compte certains aspects nutritionnels dans son mandat. Les deux domaines ont certes des intérêts convergents mais la différence de dotations entraîne une collaboration asymétrique de leurs acteurs. Ce sont les acteurs nationaux et internationaux de la lutte contre le sida qui décident de ce à quoi « leurs » fonds peuvent être légitimement alloués. Les acteurs de la nutrition peuvent donc soit redéfinir leurs activités pour qu'elles s'accordent au cadre d'action de la lutte contre le sida, soit négocier pour que ce cadre soit élargi.

Une stratégie argumentative allant dans ce sens consiste à dire que tout Tanzanien peut, au moins potentiellement, vivre sans le savoir avec le virus. Comme le soutient un rapport de la Banque mondiale sur la nutrition :

« Être bien nourri est important pour tout le monde, notamment pour les personnes affectées par le VIH et le sida. *La plupart des gens ne connaissent pas leur statut sérologique. Une campagne d'éducation nutritionnelle devra donc toucher tous les Tanzaniens.* Le programme de lutte contre le sida possède d'importantes ressources, ainsi qu'un programme déjà centré sur la communication et les changements de comportement. Il est donc à

35. Cité dans Banque mondiale, « Promouvoir une meilleure nutrition en Tanzanie », art. cit.

Politique africaine

73 *Sida et sécurité nutritionnelle en Tanzanie: des affinités électives*

même de diriger la mise en œuvre du plan d'éducation nutritionnelle soutenue par le TFNC [...]»³⁶.

Un responsable des Nations unies soutient une position similaire sur le possible financement des programmes de fortification alimentaire par un programme de lutte contre le sida :

«La conclusion à laquelle je suis arrivé [...], c'est que le seul moyen de faire avancer l'agenda de la nutrition est de travailler avec le PEPFAR. [...] Ils pourraient s'occuper de la fortification alimentaire et ils seraient gagnants sur les deux plans: les séropositifs seraient mieux nourris, donc le PEPFAR serait satisfait... et les autres en bénéficieraient aussi! [...] Il y a beaucoup de manières d'utiliser l'argent alloué au sida pour des problèmes de nutrition. L'USAID est ouverte à ce genre d'initiatives. [...] Mais ils ont les mains liées [par le Congrès] parce que ça doit avoir un lien avec le VIH. Mais il n'est pas très difficile d'établir ce lien!»³⁷.

La Banque mondiale s'est prononcée à plusieurs reprises en faveur d'un élargissement du champ des interventions financées par la lutte contre le sida. Dans le communiqué de presse présentant son rapport sur la nutrition en Tanzanie, la Banque déclare qu'«en termes de ressources supplémentaires à consacrer à la nutrition, les auteurs de l'analyse tournent leur regard vers les fonds disponibles en Tanzanie pour la lutte contre le VIH/sida»³⁸. Le rapport en question propose «de faire participer le programme VIH/sida à une campagne de nutrition»³⁹. Le directeur-pays de la Banque mondiale souligne que «ce surcroît d'attention pour la nutrition doit se traduire par [...] une capacité à puiser dans les ressources consacrées au VIH/sida»⁴⁰. Interrogé sur cette possible utilisation de l'argent de la lutte contre le sida pour la nutrition, l'un des officiels de la Commission tanzanienne de lutte contre le sida (TACAIDS) a clairement exprimé ses réserves⁴¹. Ceci explique peut-être pourquoi le directeur-pays de la Banque mondiale souligne que «pour réussir, on aurait bien besoin d'un peu d'aide du siège [...] pour faire pression sur nos partenaires internationaux en vue de permettre une interprétation plus large de ce à quoi peuvent servir les ressources consacrées au VIH/sida»⁴².

36. Banque mondiale, *United Republic of Tanzania: Advancing Nutrition for Long-Term...*, op. cit., p. XIV, souligné par l'auteur.

37. Entretien avec un responsable de programme des Nations unies, Dar es Salaam, 9 octobre 2008.

38. Banque mondiale, «Promouvoir une meilleure nutrition en Tanzanie», art. cit.

39. Banque mondiale, *United Republic of Tanzania: Advancing Nutrition for Long-Term...*, op. cit., p. XIV.

40. Banque mondiale, «Promouvoir une meilleure nutrition en Tanzanie», art. cit.

41. Entretien avec un responsable de la TACAIDS, Dar es Salaam, 1^{er} octobre 2008.

42. Banque mondiale, «Promouvoir une meilleure nutrition en Tanzanie», art. cit.

La redéfinition des limites de chaque champ est donc un enjeu de luttes aux niveaux national et international.

Les « partenaires internationaux » en question sont, selon toute probabilité, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et le PEPFAR, qui totalisent 90 % des financements de la lutte contre le sida en Tanzanie⁴³. La création de ces deux initiatives en 2002 et 2003 a conduit à un afflux massif de financements dans le pays et a rapidement marginalisé les bailleurs bi- et multilatéraux « traditionnels ». Face à cette relative perte d'influence, beaucoup se sont retirés de la lutte contre le sida, un champ de plus en plus autonome et monopolistique qui leur échappe progressivement. Ces bailleurs se sont recentrés sur les autres questions de santé, un domaine où leur autorité est moins mise en question et où ils sentent que leur utilité marginale est plus grande. Se retrouvant depuis peu en position d'*outsiders*, certains de ces acteurs, comme la Banque mondiale, dont le Projet multi-sectoriel de lutte contre le sida s'est achevé en 2009, réclament aujourd'hui un élargissement des critères d'utilisation des fonds alloués à la lutte contre le sida.

Il est intéressant de noter que cette lutte prend généralement son origine sur le terrain. Plus les acteurs sont impliqués dans la mise en œuvre des programmes, plus ils sont favorables à l'intégration des questions de nutrition dans les programmes de lutte contre le sida : c'est une demande des organisations de base à leur gouvernement et des bureaux-pays des bailleurs internationaux à leurs sièges. Revendiquer l'intégration d'éléments nutritionnels dans les actions de lutte contre le sida est donc de plus en plus légitime. Le TFNC s'est engouffré dans la brèche en se présentant en allié dans cette lutte. Depuis peu, il commence à recevoir des fonds spécifiques à la lutte contre le sida de la part du Fonds mondial. La Banque mondiale, malgré ses critiques ouvertes exprimées par le passé à l'encontre du TFNC, le soutient dans cette démarche.

Pour résumer, la légitimité des acteurs et des modes d'action évolue au sein de ces deux champs, de plus en plus étroitement imbriqués. Au fur et à mesure que les acteurs de la nutrition participent aux projets de lutte contre le sida, les acteurs de la lutte contre le sida les considèrent comme des partenaires. Le champ de la lutte contre le sida s'est, à son tour, progressivement étendu dans les champs voisins.

43. TACAIDS, 2007 *Tanzania Public Expenditure Review: HIV-AIDS*, Dar es Salaam, 2008.

**LE SIDA ET « LE RESTE » : QUAND LE VIH SURDÉTERMINE LES
QUESTIONNEMENTS RELATIFS À L'INSÉCURITÉ NUTRITIONNELLE**

« Dans mon dernier poste, j'étais sur le terrain.
J'ai vu plusieurs fois des gens fondre en larmes
quand ils apprenaient qu'ils n'avaient pas le VIH.
Ils savaient que, du coup, ils n'auraient pas de nourriture,
d'aide pour l'école, etc.
Oui, il y en avait un bon nombre qui pleuraient⁴⁴. »

Quand bien même cette affirmation n'est pas généralisable, elle montre qu'un programme de lutte contre le sida, en faisant abstraction des autres problèmes auxquels font face les personnes concernées, peut avoir de réels effets pervers. Ainsi, des priorités internationales peuvent aboutir à des situations locales absurdes ou moralement insoutenables :

« Parfois les gens n'ont aucune idée de la réalité sur le terrain. Prenez par exemple la Fondation Clinton: ils voulaient réserver leur aide nutritionnelle aux seuls enfants séropositifs. Comment ils imaginent ça?! Dans le même groupe, certains sont séropositifs, d'autres séronégatifs, mais ils ont tous faim. Et vous voulez ne nourrir que les enfants séropositifs? Vous ne pouvez pas faire ça! On s'est finalement mis d'accord. Parfois, le PAM a le même genre d'approche... Notre combat [face aux bailleurs] est de dire: "Nous nous occupons de la malnutrition, pas seulement du VIH/sida"⁴⁵. »

De nombreux acteurs de la nutrition et, plus généralement, ceux qui traitent de questions de santé sans rapport direct avec le sida partagent le même sentiment :

« Actuellement, les gens analysent tout à travers le prisme du VIH. Ils vous diront que ceci est un préservatif-VIH, pas que c'est un moyen de contraception. Et regardez [la prévention de la transmission mère-enfant]: elle n'est pas conçue comme partie intégrante de la santé maternelle et infantile! [...] Les gens voient la nutrition comme, disons, si t'es un enfant mal nourri et séropositif, t'auras des [suppléments nutritionnels à base d']arachides. Si t'es séronégatif, tu n'auras rien!⁴⁶. »

La lutte contre le sida occupe une position hégémonique et surdétermine la manière dont les professionnels du développement pensent la santé en

44. Entretien avec un responsable de programme des Nations unies, Dar es Salaam, 9 octobre 2008.

45. Entretien avec un responsable tanzanien en charge de la nutrition, Dar es Salaam, 4 octobre 2008. Le Programme alimentaire mondial fournit quatre à cinq rations alimentaires supplémentaires pour la famille de toute personne séropositive inscrite dans son programme.

46. Entretien avec un représentant d'un bailleur bilatéral, Dar es Salaam, 14 octobre 2008.

LE DOSSIER

76 *Surveiller et nourrir. Politique de la faim*

Tanzanie. Cette asymétrie des rapports entre nutrition et sida se reflète dans la coopération des institutions concernées. La TACAIDS a, par exemple, impulsé et financé une conférence nationale sur la nutrition. Un responsable tanzanien travaillant dans la nutrition témoigne :

« En octobre [2008], nous allons avoir un grand meeting avec tous les acteurs de la nutrition en Tanzanie : le ministère de la Santé, le ministère de l'Agriculture... À présent, quelques actions très modestes d'aide alimentaire et nutritionnelle sont menées par certaines personnes et ONG. Mais on ne sait pas qui fait quoi et où sur le terrain... Nous voulons cartographier ces activités et mieux les coordonner. Pour l'instant, nous n'avons pas pu le faire. Cette réunion est organisée et financée par la TACAIDS. Nous n'avons pas l'argent pour le faire. Et ils sont motivés... ils veulent que la nutrition soit coordonnée⁴⁷ ».

Alors que ce responsable gouvernemental explique la faible coordination du secteur par un manque de moyens, plusieurs bailleurs incriminent plutôt le manque de leadership et d'implication de l'administration tanzanienne. Certes, l'afflux de fonds pour la lutte contre le sida, de même que la conception transsectorielle qui prévaut au sein de la TACAIDS au sujet de cette lutte, ont des conséquences positives pour la nutrition. Le fait que la coordination des politiques nutritionnelles soit menée et financée par une agence spécialisée sur le VIH risque cependant d'y introduire un biais en faveur des aspects liés au sida. Au niveau infranational, le réseau des « partenaires de mise en œuvre » du PEPFAR constitue déjà, à bien des égards, le système de référence pour les actions de nutrition. Ces organisations disposent de ressources qui ont longtemps fait défaut dans le champ de la nutrition. À ce titre, elles attirent des spécialistes de la nutrition qui, dans certains cas, se sont battus pendant des années pour faire inscrire leur problématique sur l'agenda national. L'un de ces spécialistes témoigne :

« Je me suis impliqué dans la lutte contre le sida parce que ce sont des programmes qui avancent vite. [...] Le PEPFAR permet [aux personnes qui travaillent sur la nutrition] de mettre en œuvre des choses auxquelles elles pensent depuis des décennies. Prenez la nutrition infantile : c'est la première fois en 25 ans qu'il y a assez d'argent pour mettre en œuvre le programme à l'échelle nationale!⁴⁸ ».

L'intérêt international renouvelé pour la lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose pousse les acteurs des autres domaines de la santé à modifier

47. Entretien avec un responsable tanzanien en charge de la nutrition, Dar es Salaam, 4 octobre 2008.

48. Entretien avec un spécialiste en nutrition d'une ONG internationale, Dar es Salaam, 22 octobre 2009.

la manière dont ils conçoivent et présentent leurs propres activités. Un responsable tanzanien impliqué dans la nutrition souligne par exemple :

« Nous voudrions aussi travailler davantage sur la tuberculose et la nutrition : on a beaucoup parlé du VIH et de la nutrition mais personne ne parle de la tuberculose. Les politiques de nutrition ne l'ont pas suffisamment prise en compte. Pourtant, la nutrition est aussi essentielle dans la lutte contre la tuberculose⁴⁹ ».

De la même manière, un responsable tanzanien travaillant dans la lutte contre le sida affirme :

« Le Fonds mondial acceptera tout, à condition que vous puissiez le justifier. Donc, tout ce qui est lié à l'un des « trois grands » [sida, paludisme, tuberculose] peut être accepté⁵⁰ ».

Les acteurs travaillant sur les autres problèmes de santé sont donc invités à formuler leurs problèmes et leurs solutions en fonction d'une (ou plusieurs) des « trois grandes » maladies. Établir des liens entre les différents domaines de la santé fait sens. Cependant, une organisation aussi compartimentée (« sida et nutrition », « tuberculose et nutrition », etc.) fragmente les politiques et induit des réponses incomplètes à d'autres questions de santé, telle que celle de la malnutrition.

Du fait de cette hiérarchie entre les pathologies, les acteurs de la nutrition peinent à attirer l'attention sur l'insécurité alimentaire comme problème en soi. Faute de pouvoir établir eux-mêmes les priorités, ils tentent d'intégrer les programmes de lutte contre d'autres pathologies qui, elles, ont pu se hisser sur l'agenda international. Les décideurs de ces programmes, en premier lieu de la lutte contre le sida, définissent donc indirectement le champ d'action « légitime » des acteurs de la nutrition. Cette interaction n'est cependant pas monolithique : ce ne sont pas toujours les acteurs de la nutrition qui mendient leur place dans le jeu. Dans certains cas, les acteurs de la lutte contre le sida doivent en effet lutter pour que les responsables tanzaniens de la nutrition participent aux discussions. En outre, notamment dans les institutions impliquées dans la mise en œuvre des programmes, le VIH/sida et la nutrition sont souvent pris en charge par la même personne. On pourrait interpréter ceci comme le signe d'une intégration réussie des deux champs, mais cette situation illustre sans doute davantage la position dominante du VIH/sida dans le champ de la sécurité nutritionnelle en Tanzanie.

49. Entretien avec un responsable tanzanien en charge de la nutrition, Dar es Salaam, 4 octobre 2008.

50. Entretien avec un responsable tanzanien travaillant dans la lutte contre le sida, Dar es Salaam, 13 octobre 2008. Il faut mettre cette affirmation en perspective : en réalité, le Fonds a une idée assez précise du type d'activités qu'il souhaite financer.

LE DOSSIER

78 Surveiller et nourrir. Politique de la faim

La capacité du champ de la lutte contre le sida à attirer des fonds a donc conduit à une redéfinition et à bien des égards à un accroissement du rôle des acteurs de la nutrition en Tanzanie. Cette extension du champ de la nutrition reste cependant étroitement circonscrite : la traduction en mesures politiques des connaissances biomédicales sur les liens entre nutrition et VIH a en effet opéré de manière sélective.

LES ACTEURS DE LA NUTRITION, SOUS-TRAITANTS DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA ?

« Le gouvernement veut parler de nutrition parce qu'elle met en péril l'adhésion aux ARV. On voit des gens pleurer et dire "On ne peut pas prendre les ARV, on n'a rien à manger. Sans nourriture, ça donne des maux de ventre!". Donc, pour améliorer l'observance du traitement, nous nous intéressons à la nutrition⁵¹. »

L'insécurité alimentaire et la malnutrition sont revenues sur l'agenda politique tanzanien parce que les besoins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH sont mieux reconnus. Si les questions de sécurité alimentaire sont désormais mieux prises en compte dans les documents officiels sur le sida, plusieurs interviewés notent que ces engagements restent souvent lettre morte. L'intérêt renouvelé pour la sécurité nutritionnelle reste circonscrit à un champ d'action restreint. Comme l'illustre la citation ci-dessus, certains des acteurs-clefs de la lutte contre le sida en Tanzanie ont une vision étroite et instrumentale du rôle de la nutrition dans leurs programmes : pour eux, l'insécurité alimentaire et la malnutrition ne sont que des obstacles à l'observance du traitement ARV. Même les acteurs du sida qui ont une vision plus large limitent leurs interventions à trois domaines : l'atténuation de l'impact de l'épidémie, le conseil en nutrition infantile (pour éviter la transmission mère-enfant par l'allaitement), et le « traitement » nutritionnel des personnes vivant avec le VIH, voire des seuls patients sous ARV⁵². Elles ont donc une définition restrictive des modalités de prise en charge nutritionnelle et des personnes pouvant en bénéficier.

51. Entretien avec un responsable de la TACAIDS, Dar es Salaam, 1^{er} octobre 2008. Cet acteur ne fait visiblement aucune différence entre la sécurité alimentaire et la nutrition.

52. Certaines organisations utilisent depuis peu l'indice de masse corporelle comme critère d'éligibilité à l'aide alimentaire.

Le type d'intervention préféré par les acteurs de la lutte contre le sida est également sujet à débats. La reconnaissance de l'insécurité nutritionnelle comme un « problème » en Tanzanie a coïncidé avec la mise au point, au niveau international, d'un traitement médical de la malnutrition. Dans le champ de la lutte contre le sida, l'existence de cette « solution » technique a sans doute facilité la reconnaissance politique de l'insécurité alimentaire comme « problème ». Ainsi, plusieurs acteurs internationaux de la lutte contre le sida ont choisi une réponse médicalisée à la malnutrition. Ce choix est critiqué par certains responsables tanzaniens :

« Ce sont les bailleurs qui sont aux commandes ! La Fondation Clinton, par exemple, est venue ici et a déversé ses arachides dans nos centres de santé. Ils disaient : "Nous avons fait des recherches, c'est bon pour vous !" [...] Si les noix sont si bénéfiques, dites aux gens d'en manger avec leur riz ! On a beaucoup de noix en Tanzanie. On devrait utiliser les nôtres, pas des compléments alimentaires importés. C'est trop cher et c'est pas soutenable. Si demain les bailleurs arrêtent de donner des compléments alimentaires aux patients sous antirétroviraux, on fait quoi... ?⁵³ ».

Les acteurs de la lutte contre le sida ne se limitent donc pas à décider qui sera bénéficiaire de l'aide nutritionnelle : ils définissent également la nature même de cette aide, critiquée ici comme étant inadaptée et entraînant une dépendance vis-à-vis des financements externes. Les sciences biomédicales jouent un rôle prédominant dans le secteur du VIH/sida. Les acteurs de ce secteur tendent par conséquent à privilégier des réponses médicalisées (liées aux services de santé) à la faim et aux carences en micronutriments. De fait, l'approche en termes de « traitement » médical de la malnutrition a un avantage pratique : elle permet aux acteurs du sida de proposer des solutions clefs en main et rapidement efficaces, tout en laissant de côté les aspects plus complexes, comme la gestion des risques et les conflits d'intérêts sous-jacents à toute régulation politique visant à améliorer la sécurité nutritionnelle⁵⁴. Un responsable tanzanien souligne :

« En matière d'aide, les bailleurs cherchent des solutions simples, pas des actions durables, comme la plantation d'espèces plus nutritives. [...] On devrait développer l'agriculture vivrière ! [...] On devrait investir l'argent de l'aide alimentaire dans la technologie et l'irrigation ! L'aide alimentaire n'aide pas les Tanzaniens. Pire, elle aggrave les problèmes... [...] Mais il va falloir du courage aux Tanzaniens pour s'exprimer et leur dire la vérité... On reçoit toute cette aide et les gens se taisent⁵⁵ ».

53. Entretien avec un responsable tanzanien en charge de la nutrition, Dar es Salaam, 4 octobre 2008.

54. P. Janin, « L'insécurité alimentaire en Afrique de l'Ouest... », art. cit.

55. Entretien avec un responsable tanzanien en charge de la nutrition, Dar es Salaam, 4 octobre 2008.

LE DOSSIER

80 *Surveiller et nourrir. Politique de la faim*

L'importance croissante du sida dans le champ de la nutrition et de la sécurité alimentaire semble donc contribuer au rejet continu des dimensions sociopolitiques et agro-environnementales de l'insécurité alimentaire. À l'exception des jardins vivriers pour les personnes vivant avec le VIH, l'ambition des acteurs du sida reste limitée à l'intégration des mesures de nutrition dans les services de santé en rapport avec la lutte contre le sida. Un acteur international de la nutrition souligne ce réductionnisme :

« Le secteur de la santé joue un rôle exagéré dans la lutte contre le sida et dans la nutrition. Au sein du secteur de la santé, la dimension curative est disproportionnée et l'action curative elle-même est fortement centrée sur les ARV plutôt que sur d'autres aspects des soins⁵⁶ ».

Du fait de cette conception limitée et strictement médicale du lien entre VIH et sécurité nutritionnelle, les différents acteurs de la nutrition en Tanzanie sont inégalement préparés à « coupler » leurs activités au champ du VIH/sida. Le cadre biomédical favorise les acteurs qui proposent des services nutritionnels en lien avec le traitement par rapport à ceux qui, en luttant pour des politiques en faveur de l'agriculture vivrière, proposent une réponse politique et structurelle à l'insécurité nutritionnelle. Même si les réponses médicales sont sans doute plus faciles à mettre en œuvre, elles ne sont pas nécessairement les solutions les plus efficaces, efficientes et viables. Plus fondamentalement, la médicalisation des actions illustre ce que plusieurs interlocuteurs décrivent comme une « approche dépolitisée » de la sécurité alimentaire en Tanzanie. Cette approche se caractérise par sa faible articulation avec le développement agricole et la question des moyens de subsistance ruraux⁵⁷.

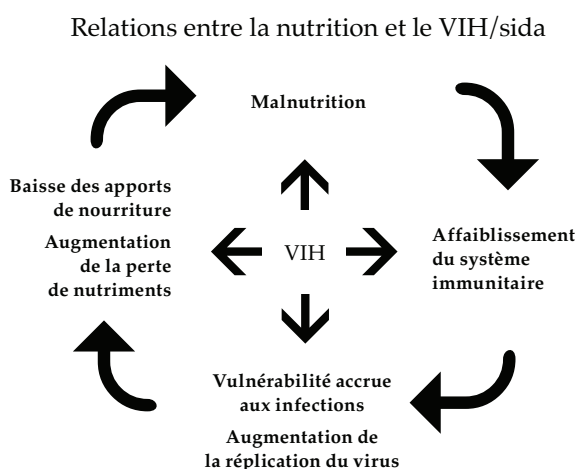
La centralité accordée aux interventions nutritionnelles ayant lieu dans un contexte médical limite le champ d'action des acteurs de la nutrition sur un autre point, tout aussi central. Comme évoqué plus haut, la malnutrition a un effet négatif sur le VIH, tant en amont de l'infection (plus grande susceptibilité) qu'en aval (pathogénie). Le fait qu'un meilleur statut nutritionnel réduise la transmission verticale (mère-enfant) et sexuelle du virus n'est cependant pas pris en compte dans les politiques de prévention⁵⁸. Ce savoir biomédical et

56. Entretien avec un spécialiste en nutrition d'une ONG internationale, Dar es Salaam, 22 octobre 2009.

57. Sur la nécessité de « jeter des ponts » entre l'agriculture et la santé, voir S. Gillespie et S. Kadiyala, « HIV/AIDS and Food and Nutrition Security. From Evidence to Action », *Food Policy Review*, vol. 7, 2005, chapitre IV.

58. Outre la nature difficilement quantifiable de ces effets, leur omission dans les politiques de prévention du VIH peut s'expliquer par le fait que les mesures qu'elles appellent auraient d'importantes externalités positives sur d'autres domaines. Leur coût serait donc porté par le budget du sida alors que leurs effets dépasseraient de loin le seul domaine du VIH.

épidémiologique n'est donc pas mobilisé par les acteurs de la nutrition pour demander l'intégration d'éléments nutritionnels dans les programmes de prévention du VIH. En effet, la plupart de ces acteurs conçoivent eux-mêmes leur rôle comme étant situé en aval de l'infection. Comme l'illustre le schéma ci-dessous, l'administration tanzanienne de la nutrition fonde ses actions et revendications sur un modèle causal limité⁵⁹ :



La transmission du VIH apparaît exclusivement comme une cause – et non une conséquence – de la malnutrition. Ceci est d'autant plus surprenant que le schéma mentionne l'affaiblissement du système immunitaire, l'augmentation de la réplication du virus et une vulnérabilité accrue aux infections comme des conséquences de la malnutrition. Ce modèle « à sens unique » omet le fait que ces mêmes facteurs augmentent précisément la vulnérabilité d'une population au VIH. Dans d'autres documents officiels, le seul lien reconnu entre l'insécurité alimentaire et la transmission du VIH est indirect : une plus grande sécurité alimentaire et une nutrition adéquate sont présentées comme des moyens « d'éviter à plus de femmes et d'enfants le risque de transfusion sanguine⁶⁰ » et de prévenir les comportements « à risque » liés à la pauvreté, comme la prostitution, le sexe transactionnel et une plus grande mobilité⁶¹.

59. Tanzania Food and Nutrition Centre, *National Guide on Nutrition...*, *op. cit.* On retrouve le même schéma dans les documents d'orientation de plusieurs organisations internationales.

60. United Republic of Tanzania, *National Policy on HIV/AIDS*, Dar es Salaam, 2001, p. 22. Si cette mise en garde est certainement justifiée, elle est néanmoins étonnante de la part d'un ministère qui répète sans cesse que 100 % des transfusions sanguines subissent un test VIH.

61. Banque mondiale, *HIV/AIDS, Nutrition and Food Security: What We Can Do. A Synthesis of International Guidance*, Washington, 2007, p. 40.

LE DOSSIER

82 *Surveiller et nourrir. Politique de la faim*

Le lien entre insécurité alimentaire et comportements « à risque » est bien connu et n'est pas spécifique au sida⁶². Les programmes visant à modifier les comportements omettent cependant en général le fait que ceux-ci sont en partie dus à des facteurs économiques structurels – parmi lesquels l'insécurité alimentaire.

La faim et la malnutrition ne sont reconnues que comme des facteurs aggravants de la pathogénie individuelle, et non comme des facteurs influant sur la susceptibilité d'une population à la propagation du VIH. Alors que de nombreux facteurs de transmission ont été mis en évidence dans la littérature scientifique, le VIH/sida a été considéré presque exclusivement sous l'angle comportemental⁶³. Si le changement des comportements sexuels reste évidemment un élément-clé de la prévention du VIH, le rôle de la malnutrition, comme partie d'un système de cofacteurs biologiques facilitant la transmission du virus, est, quant à lui, systématiquement oublié.

Les acteurs de la lutte contre le sida et de la nutrition n'ont donc qu'une conscience partielle du rôle possible d'une bonne alimentation dans la lutte contre le VIH. Ce point peut aider à comprendre pourquoi les premiers tendent à définir de manière si restrictive les interventions nutritionnelles et leurs bénéficiaires et pourquoi les acteurs de la nutrition ne revendiquent pas une interprétation plus large de leur champ d'action. Le modèle causal réducteur sur lequel ces derniers s'appuient limite la manière dont ils conçoivent leur domaine de compétence. Ce caractère partiel du cadre de référence dominant concernant les liens entre insécurité nutritionnelle et sida n'est pas neutre politiquement : il permet de faire abstraction des rapports de pouvoir à l'origine de la pauvreté et des inégalités⁶⁴.

62. À titre d'exemple, l'impact des migrations dues à la malnutrition et à la pauvreté sur la propagation de la variole a été étudié par M. Dawson « Socioeconomic Change and Disease: Smallpox in Colonial Kenya, 1880-1920 », in S. Feierman et J. Janzen (dir.), *The Social Basis of Health and Healing*, Berkeley, University of California Press, 1992, p. 90-103.

63. M. Hunsmann, « Political Determinants of Variable Aetiology Resonance: Explaining the African AIDS Epidemics », *International Journal of STD & AIDS*, vol. 20, 2009, p. 834-838.

64. S. Tesh, *Hidden Arguments. Political Ideology and Disease Prevention Policy*, New Brunswick, Rutgers University Press, 1988.

**SIDA ET INSÉCURITÉ NUTRITIONNELLE : UNE NEUTRALISATION
POLITIQUE RÉCIPROQUE ?**

« Pourquoi est-ce que les politiques de prévention [du VIH]
ne changent pas pour prendre en compte, disons, la nutrition ?
Le problème, c'est qu'il n'est pas suffisant de dire aux gens qu'il faut manger.
Ce n'est pas qu'ils ne veulent pas manger d'œufs...
c'est qu'ils n'ont pas d'œufs à manger ! [...]
Éradiquer la malnutrition, c'est un problème beaucoup plus structurel
et beaucoup plus compliqué. Et si vous soulevez le problème,
ça revient à dire que le gouvernement n'en fait pas assez !
Peut-être qu'ils ont peur de déclencher quelque chose d'autre ?⁶⁵ »

Les interactions entre les acteurs du sida et ceux de la nutrition en Tanzanie entraînent une renégociation asymétrique de leurs champs d'action respectifs. Alors que les effets négatifs de l'insécurité nutritionnelle sur la vulnérabilité face au VIH sont connus, aucun des principaux acteurs ne demande que cette dimension fasse partie du volet préventif des politiques de lutte contre le sida. Quelles peuvent être les raisons de cette prise en compte incomplète des connaissances disponibles ? Autrement dit, pourquoi la « fenêtre politique » pour la nutrition ne s'est-elle qu'entrouverte et qu'est-ce qui l'empêche de s'ouvrir davantage ?

Plusieurs éléments de réponse peuvent être avancés. Premièrement, certains interlocuteurs craignent que l'intégration explicite de la nutrition dans les stratégies de prévention du VIH donne un faux sentiment de sécurité : « Les gens se sentiraient en sécurité et pourraient ne plus se protéger⁶⁶ ». Deuxièmement, et peut-être de manière plus déterminante, l'expérience sud-africaine est encore présente à l'esprit de nombreux décideurs politiques. Le gouvernement sud-africain avait nié le lien de causalité entre VIH et sida et prétendu que la malnutrition était une cause directe du sida. L'intuition du gouvernement Mbeki, selon laquelle la pauvreté et l'inégalité jouaient un rôle dans la vulnérabilité particulière de l'Afrique subsaharienne à l'épidémie, s'est avérée en partie correcte. Toutefois, la nature obscurantiste de son discours et de ses politiques continue à décrédibiliser ceux qui demandent que l'insécurité nutritionnelle soit reconnue comme un facteur parmi d'autres

65. Entretien avec le responsable de la lutte contre le sida d'une ONG internationale, Dar es Salaam, 29 septembre 2008.

66. Entretien avec le responsable régional d'une ONG internationale, Dar es Salaam, 6 octobre 2008.

LE DOSSIER

84 *Surveiller et nourrir. Politique de la faim*

de la propagation du VIH⁶⁷. Troisièmement, le plan d'action international de lutte contre le sida est organisé de manière verticale et sa mise en œuvre au niveau tanzanien est centralisée. Ce contexte rend difficile la prise en compte de problèmes « horizontaux », comme la nutrition, qui appellent une réponse intégrée et qui auraient des retombées positives diffuses, qui dépasseraient de loin le seul domaine du VIH/sida. Il existe donc un problème d'externalités⁶⁸. Enfin, certains acteurs considèrent que l'intégration de mesures nutritionnelles aux politiques de prévention du VIH est tout simplement impossible. Le représentant d'un bailleur bilatéral souligne ainsi :

« La nutrition en général ne sera probablement jamais intégrée à la lutte contre le sida à cause du manque de fonds. Je crois que c'est au Malawi que le PAM a proposé d'intégrer la nutrition à la prévention du VIH. La moitié des enfants souffraient d'un retard de croissance. Il s'agissait donc de nourrir, de manière continue, la moitié du Malawi ! Le coût était estimé à quelque chose comme trois fois celui des mesures existantes de lutte contre le sida⁶⁹ ».

Ces facteurs peuvent certainement faire obstacle à l'intégration de la nutrition dans les stratégies de prévention du VIH. Cependant, si on examine le dernier point de plus près, il apparaît que la distinction de l'infaisable (ce qui est considéré comme invariable) et du faisable (des « variables » sur lesquelles il est possible d'agir) est avant tout une distinction politique. Le caractère « réaliste » des fins dépend des moyens dont pensent disposer les décideurs politiques : si l'on considère la distribution de compléments alimentaires, qui n'est ni viable ni généralisable, comme seul moyen de lutter contre la malnutrition, alors une réponse politique et structurelle à l'insécurité nutritionnelle devient « inaccessible ». Un problème considéré comme insoluble a de fait peu de chance d'être mis à l'ordre du jour⁷⁰. En limitant leurs interventions au domaine médical, les acteurs de la lutte contre le sida posent l'insécurité nutritionnelle comme un invariant.

Toutes ces explications omettent cependant un élément : ne pas considérer l'insécurité nutritionnelle comme un facteur de vulnérabilité face au VIH permet de continuer de rejeter la responsabilité sur les comportements sexuels

67. Pour une analyse politique de la position du président Mbeki, voir D. Fassin, *When Bodies Remember. Experiences and Politics of AIDS in South Africa*, Berkeley, University of California Press, 2007.

68. Une revue de la littérature suggère que les pays ayant une approche plus intégrée des politiques de lutte contre le sida (comme l'Ouganda) ont également mieux pris en compte les questions nutritionnelles. Au sujet des externalités en santé publique, voir E. Stillwaggon, *AIDS and the Ecology of Poverty*, *op. cit.*, chapitre VIII.

69. Entretien avec le représentant d'un bailleur bilatéral, Dar es Salaam, 6 octobre 2008.

70. J. Kingdon, *Agendas...*, *op. cit.* ; P. Hall et al., *Change, Choice and Conflict in Social Policy*, Londres, Heinemann, 1975.

des Africains, voire de stigmatiser un supposé comportement sexuel « africain »⁷¹. Ce faisant, on fait endosser la responsabilité aux individus et non aux politiques publiques⁷². Tant que l'on réduit le lien entre la malnutrition et le VIH à une question comportementale, les causes structurelles de la vulnérabilité des populations face aux infections peuvent continuer à ne pas être abordées et la responsabilité des pouvoirs publics n'est pas en cause. Bien au contraire, ceux-ci sauvent la vie de ceux « qui se sont mal conduits » en leur fournissant de la nourriture et des traitements. Reconnaître l'insécurité alimentaire et la malnutrition comme des moteurs de la propagation du VIH reviendrait à mettre en cause ceux qui, par leur action ou leur inaction, contribuent à la perpétuation d'un système économique de production injuste, qui engendre de la pauvreté et de l'insécurité nutritionnelle. Ce constat pourrait contribuer à transformer la faim « ordinaire » en un problème politique. De plus, le fait de reconnaître que les comportements « à risque » sont souvent liés à la pauvreté et, surtout, que des facteurs non comportementaux jouent un rôle important dans la transmission du VIH, rendrait le sida politiquement bien plus dangereux pour les gouvernants qu'il ne l'est aujourd'hui⁷³. Une articulation plus explicite des cadres de référence de l'insécurité alimentaire et du VIH/sida pourrait donc renforcer leur politisation respective.

Ces éléments soulèvent la question plus générale de l'articulation entre la lutte contre l'insécurité nutritionnelle et la stratégie globale de « réduction de la pauvreté » du pays. Certes, les questions nutritionnelles font partie de la Stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté (« Mkukuta⁷⁴ ») et les allègements successifs de la dette ont permis d'accroître les ressources allouées à la santé. Une contradiction fondamentale demeure cependant entre la volonté affichée de s'attaquer aux causes structurelles de l'insécurité alimentaire et la confiance inchangée des stratégies de réduction de la pauvreté à l'égard des mécanismes du marché pour assurer une production et une distribution « optimales » de denrées⁷⁵. Cette subordination

71. L. Sawers et E. Stillwaggon, « Concurrent Sexual Partnerships Do Not Explain the HIV Epidemics in Africa: A Systematic Review of the Evidence », *Journal of the International AIDS Society*, vol. 13, 2010, disponible sur <www.jiasociety.org>.

72. D. Stone, « Causal Stories and the Formation of Policy Agendas », *Political Science Quarterly*, vol. 104, n° 2, 1989, p. 281-300. Voir également W. Ryan, *Blaming the Victim*, New York, Vintage, 1971.

73. M. Hunsmann, « Political Determinants... », art. cit.

74. Mkukuta est un acronyme swahili désignant la Stratégie nationale pour la croissance et la réduction de la pauvreté (*Mkakati wa Kukuza Uchumi na Kupunguza Umaskini Tanzania*).

75. J. Ziegler, *Rapport annuel du rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme sur le droit à l'alimentation*, E/CN.4/2004/10, Genève, ONU, 9 février 2004.

des questions nutritionnelles aux choix économiques plus globaux rend impossible une réponse structurelle à l'insécurité nutritionnelle. La médicalisation de la pauvreté qui en résulte illustre les limites d'une action sanitaire technique et dépolitisée⁷⁶ ■

Moritz Hunsmann

École des Hautes Études en Sciences Sociales, CEMI/EHESS
Arnold-Bergstraesser-Institut, Universität Freiburg (Allemagne)

Traduction : Hélène Suarez et Moritz Hunsmann

Abstract

Elective affinities: HIV/AIDS and nutrition insecurity in Tanzania

Based on a case study of Tanzania, this paper analyzes the effects of the international response to HIV/AIDS on nutrition security policies. Because of its interactions with nutritional issues and its relatively abundant resource endowment, HIV/AIDS is at the heart of nutrition security policies in Tanzania. Recent scientific insights on the interrelations between HIV and nutrition open up a policy window for the struggle against nutrition insecurity by suggesting a closer integration of the policies formulated in both domains. In an asymmetrical negotiation process, nutrition players reformulate their activities according to the requirements of the struggle against HIV/AIDS. While this struggle makes long-awaited resources available for nutrition policies, it places nutrition players in a subordinate position: the policy field of HIV/AIDS expands well into that of nutrition, considerably influencing the responses to nutrition insecurity.

76. Le débat sur la dépolitisation de l'action sanitaire n'est pas nouveau. Voir A. Thébaud-Mony et M. Turshen, «Les limites de l'action sanitaire internationale. Vers la médicalisation du sous-développement?», *Le Monde diplomatique*, avril 1981, p. 16.