



Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes

Une publication conjointe du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR)

COLLECTION MEILLEURES PRATIQUES DE L'ONUSIDA



Photo de couverture ONUSIDA/L.Taylor

ONUSIDA/06.06F (version française, mars 2006)

Version originale anglaise, UNAIDS/05.21E, octobre 2005 :
Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2006.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4187 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent

de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes.

(ONUSIDA collection meilleures pratiques)
ONUSIDA/06.06F.

«Une publication conjointe du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) ».

1.SIDA – prévention et contrôle. 2.Infection à VIH – prévention et contrôle. 3.Réfugié.
4.Délivrance soins. 5.Afrique subsaharienne. I.ONUSIDA. II.Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés. III.Série.

ISBN 92 9 173451 9

(Classification NLM : WC 503.71)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse
Téléphone : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 41 87
Courrier électronique : unaids@unaids.org – Internet : <http://www.unaids.org>

Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes

Une publication conjointe du Programme commun
des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et
du Haut Commissariat des Nations Unies pour
les Réfugiés (HCR)



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE



UNHCR

The UN
Refugee Agency

L'Agence des Nations Unies
pour les réfugiés

Remerciements

Cet ouvrage sur les meilleures pratiques a été préparé par Paul Spiegel, Andrea Miller et Marian Schilperoord.

Nos remerciements vont aux personnes suivantes pour leurs commentaires et suggestions :

Laurie Bruns, HCR ; Paul De Lay, ONUSIDA ; Brenda Goddard, HCR ; Catherine Hankins, ONUSIDA ; Mary Haour-Knipe, OIM ; Therese Juncker, ONUSIDA ; Raoufou Makou, HCR ; Purnima Mane, ONUSIDA ; Patterson Njogu, HCR ; Richard Seifman, Banque mondiale ; Susan Timberlake, ONUSIDA ; Dominick Tibyampasha, HCR ; David Wantate, HCR ; Dieudonne Yiweza, HCR.

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Remerciements | 2 |
| Abréviations et acronymes | 4 |
| Résumé | 5 |
| Introduction | 9 |
| Vue d'ensemble | |
| a) Principes relatifs à la protection des réfugiés | 10 |
| b) Situation des réfugiés | 11 |
| c) Cycle de déplacement et fourniture des services liés au VIH | 12 |
| MEILLEURE PRATIQUE : Intégrer les questions relatives aux réfugiés dans les politiques et programmes VIH des pays hôtes | 17 |
| MEILLEURE PRATIQUE : Mettre en œuvre des initiatives sous-régionales | 21 |
| MEILLEURE PRATIQUE : Combiner le financement de l'action humanitaire et du développement | 25 |
| Conclusion | 29 |
| Etudes de cas | |
| Etude de cas 1 : Approche intégrée pour renforcer la sensibilisation au VIH en Tanzanie | 20 |
| Etude de cas 2 : Avantages de l'intégration des programmes VIH en Ouganda | 20 |
| Etude de cas 3 : Avantages de l'Initiative des pays des Grands Lacs dans la lutte contre le SIDA | 23 |
| Etude de cas 4 : Accès à des financements supplémentaires par la prise en compte des questions relatives aux réfugiés dans les programmes publics de la Zambie | 25 |
| Etude de cas 5 : Le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA (PPS) de la Banque mondiale en République démocratique du Congo | 28 |
| Annexes | |
| Annexe 1 : Intégration des réfugiés dans les activités du Plan stratégique national | 31 |
| Annexe 2 : Intégration des réfugiés dans des propositions VIH approuvées du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme | 33 |
| Annexe 3 : Intégration des réfugiés dans les programmes PPS de la Banque mondiale | 35 |
| Références | 37 |

Abréviations et acronymes

| | |
|---------|--|
| 4R | Rapatriement, Réintégration, Réhabilitation et Reconstruction |
| GLIA | Initiative des pays des Grands Lacs dans la lutte contre le SIDA |
| HCR | Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés |
| ONUSIDA | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA |
| PDI | Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays |
| PPS | Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique |
| SIDA | Syndrome d'immunodéficience acquise |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |

Résumé

Le sort des réfugiés et des personnes déplacées dans le monde entier est l'une des grandes tragédies de notre temps. En 2005, le nombre total des réfugiés et personnes déplacées était de 19,2 millions de personnes, en augmentation de 13%. Plus de quatre millions d'entre elles vivent en Afrique subsaharienne.

Ces groupes de personnes « relèvent de la compétence » du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) – l'organisme des Nations Unies chargé d'apporter une aide mondiale aux réfugiés et personnes déplacées. Il peut s'agir de réfugiés, de civils qui sont rentrés chez eux mais nécessitent toujours un appui, de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, de demandeurs d'asile et d'apatrides. Tous ces groupes sont généralement coupés de leur vie et de leur famille, les structures sociales de leurs communautés sont détruites, et leur capacité à faire face est gravement compromise. Pour survivre dans leur nouveau cadre de vie « temporaire », il leur faut lutter à tous les niveaux. Dans ce contexte où la consommation de drogues et d'alcool est fréquemment répandue et où les garde-fous sociaux ont souvent disparu, les femmes et les filles sont exposées à des risques de viol ou de violences à caractère sexuel. Parallèlement, les services de soins sont généralement minimes, voire inexistantes. De par tout un ensemble de facteurs complexes à l'œuvre à l'intérieur des camps de réfugiés ou des communautés de personnes déplacées, ces personnes sont très vulnérables à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Dans le monde actuel marqué par les conflits, l'augmentation constante du nombre des personnes relevant de la compétence du HCR rend cette situation encore pire. Parallèlement, avec approximativement 39,4 millions d'individus touchés en 2004, le nombre total des personnes vivant avec le VIH n'a jamais été aussi élevé.¹ Or, ces cas sont majoritairement recensés en Afrique subsaharienne, où 25,4 millions de personnes seraient séropositives. Apporter des services de soins à tous ces groupes est une tâche énorme – et d'autant plus énorme lorsqu'il s'agit de fournir des services et des soins liés au VIH.

De nombreux pays sont déjà submergés par le fardeau du SIDA et se montrent bien souvent peu enclins à apporter à ces populations les services et soins liés au VIH, voire sont dans l'incapacité de le faire. Pour de nombreux réfugiés, cette situation prend des allures kafkaïennes : ils ne bénéficient plus de la protection de leur pays d'origine et ne jouissent pas de l'aide du pays d'asile. Ils n'ont donc pas accès aux services liés au VIH dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit en vertu des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme. Les manquements dans la prévention et les soins du VIH auprès des réfugiés ont pour conséquence non seulement de saper les efforts de soins et de prévention du VIH, mais aussi de diminuer l'efficacité des efforts menés auprès des populations des pays hôtes. Sachant que les populations réfugiées restent actuellement en moyenne 17 années dans leur pays d'asile,² les conséquences sont grandes pour les réfugiés et les populations hôtes.

La prise en compte des besoins des réfugiés en matière de VIH nécessite que les autorités de nombreux pays d'asile changent leur manière de penser. Aujourd'hui, il est impossible de déterminer combien de temps les réfugiés resteront dans un autre pays. Pour autant, il est vital que pendant tout ce laps de temps les réfugiés et les populations hôtes avoisinantes bénéficient de tous les services nécessaires concernant le VIH, y compris ceux nécessitant un financement et une planification à long terme.

Toute défaillance dans la fourniture de ces interventions peut être très dommageable pour les réfugiés comme pour les populations hôtes. Pour répondre à l'ensemble des besoins, le HCR et l'ONUSIDA préconisent la mise en œuvre des meilleures pratiques décrites ci-après. Ces deux institutions estiment que ces pratiques sont de nature à promouvoir des cadres plus efficaces, plus

équitable et plus durables pour aider les pays à mieux répondre aux besoins des réfugiés et de leurs propres citoyens, qu'ils soient déplacés ou qu'ils abritent des réfugiés au sein de leurs communautés.

Meilleures pratiques à l'intention des pays abritant des réfugiés

Avec cette étude, le HCR et l'ONUSIDA se proposent d'apporter un soutien aux responsables politiques et de les informer sur les questions liées au VIH auxquelles sont confrontés les réfugiés, les personnes relevant de la compétence du HCR et les populations des pays hôtes. Bien que cette étude se concentre sur l'Afrique subsaharienne, les concepts présentés sont également applicables aux situations des réfugiés en dehors de cette région. Cette étude donne une présentation générale des questions suivantes :

- a) Les différentes phases dans la vie d'un réfugié, c'est-à-dire le « cycle de déplacement » qui commence avec le déclenchement d'une situation d'urgence complexe et dure jusqu'à la mise en œuvre d'une solution durable. Dans ce contexte, cette étude présente les liens potentiels entre le déplacement et la vulnérabilité des réfugiés à l'infection par le VIH. Elle décrit également l'impact du VIH et les différentes interventions en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH.
- b) Les droits des réfugiés, notamment l'obligation incombant aux pays d'asile de garantir aux réfugiés un accès équitable et non discriminatoire aux services existants en matière de VIH, y compris la fourniture d'une thérapie antirétrovirale.
- c) Les meilleures pratiques pour appuyer et améliorer la fourniture des services liés au VIH aux réfugiés et populations hôtes avoisinantes, par l'intégration des réfugiés, les initiatives sous-régionales et la combinaison des flux de financement.

Meilleure Pratique 1 : Intégrer les questions relatives aux réfugiés dans les programmes sanitaires et VIH nationaux

La prise en compte des questions liées aux réfugiés dans les programmes sanitaires et VIH nationaux peut être bénéfique pour les réfugiés et les populations hôtes avoisinantes. Par le biais de l'intégration, les fonds qui auraient normalement servi à créer de nouveaux services peuvent être affectés à l'amélioration des systèmes de santé publique locaux. Ainsi, les services offerts aux populations locales sont de meilleure qualité, et le rapport coût-efficacité des services aux réfugiés s'en trouve amélioré.³ Par ailleurs, les réfugiés sont parfois accueillis dans des zones isolées où les services de santé publique sont le cas échéant insuffisants, voire inexistant. Le fait d'intégrer les questions relatives aux réfugiés dans les programmes nationaux peut permettre aux communautés locales d'accéder à des services sanitaires et liés au VIH dont elles ne bénéficiaient pas auparavant. L'introduction de ces services devient de plus en plus importante, à mesure que les pays hôtes élargissent l'accès à la prévention et au traitement du VIH.

Meilleure Pratique 2 : Mettre en œuvre des initiatives sous-régionales

A travers l'Afrique subsaharienne, de nombreux groupes de pays se sont associés pour faire face à l'impact des migrations et déplacements sur le VIH dans les différentes sous-régions. Avec l'aide des donateurs et organismes d'aide, ces pays ont su mettre de côté leurs différences politiques pour élaborer ensemble des plans sous-régionaux visant à répondre aux besoins liés au VIH des réfugiés et populations avoisinantes. La mise sur pied de ces plans a permis d'offrir des services liés au VIH aux personnes mobiles et déplacées, y compris les réfugiés et autres personnes traversant des frontières. Avant ces initiatives, ces populations mobiles n'avaient bien souvent jamais eu accès à des services liés au VIH. Ces programmes proposent des produits et des informations dans

le domaine de la prévention. Par ailleurs, ils œuvrent à garantir la continuité du traitement et des soins par la mise en place de protocoles normalisés à une échelle transfrontières. Cette innovation permet de proposer une thérapie antirétrovirale de manière continue aux populations mobiles. Enfin, les dispositifs sous-régionaux garantissent la fourniture de services plus complets, mieux intégrés et mieux harmonisés, et peuvent aussi contribuer à améliorer l'efficacité des programmes et à abaisser les coûts de la prévention et des soins du VIH.

Meilleure Pratique 3 : Combiner les flux de financement

L'intégration des questions liées aux réfugiés dans les politiques et programmes nationaux peut améliorer l'accès au financement pour les réfugiés et les populations locales vivant sur le territoire d'un pays hôte. En règle générale, le financement de l'aide aux réfugiés, y compris pour les questions sanitaires et liées au VIH, arrive par le biais des flux de financement au titre de l'aide humanitaire. En temps de crise, l'accès relativement aisé et les restrictions minimales imposées à l'aide humanitaire peuvent être à la fois importants et bénéfiques. Cependant, la durée limitée (approximativement un an) des financements humanitaires complique la planification à long terme des interventions liées au VIH. Pour sa part, le financement des services liés au VIH, tels que ceux prévus dans les plans nationaux contre le SIDA, provient des aides au développement. Ces financements peuvent durer plusieurs années, mais ils sont souvent réservés pour des programmes spécifiques – ce qui peut empêcher les pays hôtes de répondre à des besoins inattendus ou changeants, tels que ceux liés aux personnes en déplacement. Lorsque les besoins des réfugiés en matière de VIH sont couverts par les programmes sanitaires et VIH locaux et nationaux existants dans les pays hôtes, les programmes destinés aux populations locales et aux réfugiés peuvent bénéficier d'un accès à deux flux de financement différents mais complémentaires.

Conclusion

Aujourd'hui, les conflits et déplacements forcés perdurent. Dans ce contexte, il est plus efficace du point de vue de la santé publique de prendre en considération les besoins en matière de VIH des populations touchées (réfugiés, personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et communautés hôtes) d'une façon intégrée et holistique, et de préférence sous les auspices de la stratégie nationale pour l'aide. Cette approche garantit non seulement que les réfugiés obtiennent bien l'aide dont ils ont besoin au regard du VIH, mais aussi que les populations avoisinantes n'ont pas à souffrir des déplacements autour d'elles. Compte tenu du cycle de déplacement des réfugiés, les processus de planification sous-régionaux sont essentiels pour garantir la coordination entre les pays, ainsi que la continuité de la prévention et des soins pour les populations locales, les réfugiés et les personnes de retour chez elles. Intégrer les financements au titre de l'aide et du développement pour les services en matière de VIH à destination des réfugiés et des populations avoisinantes est bénéfique pour les deux groupes dans la mesure où cela améliore l'efficacité des services et la durabilité des programmes. Dans le présent document, le HCR et l'ONUSIDA mettent en lumière ces avantages et discutent des stratégies susceptibles d'améliorer la mise en œuvre des services liés au VIH à destination des réfugiés et des populations locales

Introduction

Fournir des services de santé aux réfugiés et autres « personnes relevant de la compétence » du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) est une tâche immense – rendue encore plus difficile lorsqu’il s’agit d’apporter des services et soins liés au VIH et au SIDA.

Les réfugiés et personnes déplacées sont coupés de leur vie et de leur famille, les structures sociales de leurs communautés sont détruites, et leur capacité à faire face est gravement compromise. Pour survivre dans leur nouveau cadre de vie « temporaire », il leur faut lutter à tous les niveaux. Dans ce contexte où la consommation de drogues et d’alcool est fréquemment répandue et où les garde-fous sociaux ont souvent disparu, les femmes et les filles sont exposées à des risques de viol ou de violences à caractère sexuel. Parallèlement, les services de soins sont généralement minimes, voire inexistantes. De par leur situation même, les réfugiés sont très vulnérables à l’infection par le virus de l’immunodéficience humaine.

Dans le monde actuel marqué par les conflits, l’augmentation constante du nombre des personnes relevant de la compétence du HCR rend cette situation encore pire. En 2005, elles étaient 19,2 millions, en hausse de 13%. Plus de quatre millions de ces réfugiés et autres personnes déplacées vivent en Afrique subsaharienne. Dans le même temps, avec approximativement 39,4 millions d’individus touchés en 2004, le nombre total des personnes vivant avec le VIH n’a jamais été aussi élevé.¹ Or, ces cas sont majoritairement recensés en Afrique subsaharienne, où 25,4 millions de personnes seraient séropositives.

Les autorités des pays d’asile, ainsi que les agences internationales d’aide et d’action humanitaire œuvrent pour assister tous ces groupes. Toutefois, du fait qu’ils sont déjà submergés par le fardeau du SIDA, bon nombre de ces pays se montrent peu enclins à apporter à ces populations les services et soins liés au VIH, voire sont dans l’incapacité de le faire. Cette situation a pour conséquence de saper les efforts de soins et de prévention du VIH auprès des réfugiés et personnes déplacées, mais aussi de diminuer l’efficacité des efforts menés auprès des populations de ces pays. A l’heure actuelle, les populations réfugiées restent en moyenne 17 années dans leur pays d’asile,² ce qui n’est bien sûr pas sans conséquences majeures pour elles-mêmes comme pour les pays.

Apporter des services et soins liés au VIH aux personnes déplacées et touchées par des conflits est une entreprise difficile mais cruciale. La Convention relative au statut des réfugiés de 1951 et d’autres instruments relatifs aux droits des personnes stipulent qu’il appartient aux pays d’asile de garantir aux réfugiés un accès équitable et non discriminatoire aux services de santé existants. Cependant, malgré ces dispositions, les éventuels besoins des réfugiés liés au VIH sont rarement pris en compte dans les actions que mènent les pays contre l’épidémie de SIDA, en particulier leurs Plans stratégiques nationaux et/ou leurs propositions nationales liées au SIDA soumises aux principaux donateurs.⁵ Cette situation s’exerce au détriment de la prévention et des besoins et efforts de prise en charge des réfugiés comme des populations hôtes.

Le HCR et l’ONUSIDA recommandent que l’on intègre les soins aux réfugiés dans les Plans stratégiques nationaux et les autres mesures et programmes liés au VIH des pays d’asile. La présente publication sur les meilleures pratiques montre la valeur d’une telle approche, ainsi que sa nécessité. En outre, elle passe en revue les différentes conditions qui confèrent son caractère unique à la situation des réfugiés, elle examine l’impact sur les populations hôtes des approches de la situation des réfugiés mises en œuvre par les pays d’asile, et elle suggère des pistes d’action pour répondre aux besoins des réfugiés vivant avec le VIH.

Par ailleurs, le présent document préconise l’idée selon laquelle les initiatives subrégionales sont particulièrement efficaces dans l’action en faveur des réfugiés, des personnes déplacées à l’intérieur de leur pays et des personnes de retour chez elles. Sachant que les populations déplacées

sont particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH, plusieurs pays ont été amenés à adopter des points de vue allant au-delà des limites de leurs programmes nationaux et des frontières de leurs territoires. Ces initiatives subrégionales militent en faveur de l'élaboration de politiques et mécanismes d'intervention en matière de VIH à une échelle transfrontières, de façon à garantir à ces groupes marginalisés un accès continu aux services et soins liés au VIH.

Enfin, cette étude examine la situation actuelle du financement des interventions à destination des réfugiés en matière de VIH : quelles sont les ressources disponibles et d'où viennent-elles, quels sont les besoins, et en quoi le fait d'inclure les réfugiés dans les politiques et programmes nationaux au regard du VIH est bénéfique à la fois pour les populations des pays d'asile et celles des pays d'origine des réfugiés ?³

Vue d'ensemble

a) Principes relatifs à la protection des réfugiés

Aux termes de l'Article 23 de la Convention relative au statut des réfugiés de 1951, les Etats contractants doivent accorder aux réfugiés résidant régulièrement sur leur territoire le même « traitement en matière d'assistance et de secours publics » qu'à leurs nationaux, y compris les soins médicaux. Par ailleurs, le droit international relatif aux droits de l'homme établit spécifiquement le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle est capable d'atteindre dans l'Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, y compris l'accès aux services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. D'autres instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme reconnaissent le droit à la santé.^a

Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels « proscrit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, qu'elle soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/SIDA), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre, dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé ».^b

Les autorités des pays doivent veiller à ce que les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et les personnes de retour chez elles puissent, sans discrimination, exercer leur droit à jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. En conséquence, ces groupes de personnes doivent bénéficier d'un accès non discriminatoire aux programmes nationaux existants en matière de santé ou de VIH, ou à des services équivalents dispensés par l'aide humanitaire.

En plus du droit aux soins, les principes fondamentaux des autres droits de la personne humaine doivent eux aussi inspirer les politiques des pays d'asile à l'égard des réfugiés. Entre autres, il s'agit du droit de ne pas être discriminé, du droit à la vie privée, et du droit à la liberté et la sécurité des personnes. Sur cette base, le HCR et l'ONUSIDA sont fermement opposés au dépistage obligatoire du VIH et aux politiques de santé qui ciblent spécifiquement les réfugiés, considérant que ces

^a Voir, entre autres, l'article 5(e)(iv) de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale de 1965, les articles 11.1(f) et 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979, et l'article 24 de la Convention sur les droits de l'enfant de 1989. Plusieurs instruments régionaux relatifs aux droits de l'homme reconnaissent le droit à la santé, notamment la Charte sociale européenne de 1961, dans sa version révisée (article 11), la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981 (article 16), et le Protocole additionnel à la Convention américaine sur les droits de l'homme dans le domaine des droits économiques, sociaux et culturels de 1988 (article 10).

^b Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale No 14 (2000), paragraphe 18.

mesures ne concourent en rien aux objectifs de santé publique. En la matière, le HCR et l'ONUSIDA considèrent que le statut sérologique d'une personne ne doit avoir aucune conséquence sur ses droits en tant que réfugié, notamment la protection dont elle bénéficie contre le refoulement. (Le principe du non-refoulement est établi dans la Convention des Nations Unies relative au statut des réfugiés qui interdit aux Etats de refouler un réfugié ou un demandeur d'asile sur les frontières des territoires où sa vie ou sa liberté serait menacée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques.)

Les normes internationales en matière de dépistage imposent que la règle des « trois C » (consentement éclairé, confidentialité et conseil) soit respectée dans toutes les situations. Parallèlement, des mesures sont nécessaires pour garantir l'existence de services d'appui, d'orientation et de recours. Le HCR et l'ONUSIDA soutiennent l'élargissement de l'accès au dépistage du VIH, qui est l'une des clés de l'efficacité des efforts de prévention et de traitement. Néanmoins, ils soulignent également que les personnes ne viendront pas se faire dépister volontairement si les autorités ne garantissent pas une protection contre la stigmatisation et la discrimination et n'offrent pas un accès aux soins et traitements.

b) Situation des réfugiés

Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA de 2001, les Etats ont reconnu que « les populations déstabilisées par les conflits armés (...), les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, et en particulier les femmes et les enfants, couraient un risque accru d'exposition au VIH. » Dans ce forum, ainsi que dans de nombreux autres, il a été clairement admis que le VIH constituait un facteur critique à prendre en compte dans le contexte des déplacements forcés.

1. Néanmoins, la relation entre la vulnérabilité au VIH, d'une part, et les conflits et déplacements, d'autre part, n'est pas évidente et dépend de différents facteurs propres à chaque situation particulière.^{4,6} Par exemple, on imagine bien souvent que les réfugiés « apportent le VIH » avec eux alors que ce n'est généralement pas le cas. Parfois, ils viennent de régions où la prévalence du VIH est inférieure à celle relevée dans les communautés où ils trouvent asile, même si la situation inverse est également possible. Par ailleurs, dans chaque contexte spécifique, de nombreux facteurs à la fois complexes et bien souvent en opposition les uns avec les autres sont susceptibles d'augmenter ou de réduire la vulnérabilité au VIH⁶ des réfugiés et populations hôtes :
 - la prévalence du VIH au sein des populations locales dans le pays d'asile ;
 - la prévalence du VIH au sein des populations locales dans le pays d'origine ;
 - l'ampleur de l'interaction entre les populations locales et les populations déplacées ;
 - le degré de mobilité et d'isolement des populations déplacées dans le contexte spécifique ;
 - la mesure dans laquelle les réfugiés, personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et personnes de retour chez elles bénéficient, par rapport aux populations locales, d'un accès *moindre* aux programmes de prévention du VIH, notamment concernant l'éducation et l'information sur le VIH et les moyens de prévention (préservatifs, services liés aux infections sexuellement transmissibles, conseil et test volontaires et confidentiels) ; et
 - la mesure dans laquelle les réfugiés, personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et personnes de retour chez elles bénéficient, par rapport aux populations locales, d'un accès *plus important* aux programmes de prévention du VIH (par exemple, dans le cas de réfugiés bénéficiant d'une assistance nationale ou internationale telle que celle fournie sous les auspices du HCR).

Par conséquent, pour définir les orientations des politiques et programmes en matière de VIH, il est essentiel au préalable de bien comprendre et tenir compte des contextes dans lesquels vivent respectivement les réfugiés et personnes déplacées et les populations hôtes. De la même manière, il faut que les pays d'asile reconnaissent qu'une action contre l'épidémie de SIDA au sein de leurs populations ne saurait être efficace si celle-ci n'englobe pas les réfugiés vivant à proximité ou au sein de ces populations.⁷ Pour leur part, les pays d'origine doivent élaborer des politiques et programmes nationaux sur le VIH destinés aux personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et aux personnes de retour chez elles.

Dans les pays d'asile, les réfugiés sont souvent accueillis dans des zones éloignées et inaccessibles, où les programmes en matière de VIH peuvent se révéler moins avancés qu'ailleurs. Par conséquent, toute amélioration des interventions dans ce domaine que l'on pourrait apporter d'une manière intégrée aux réfugiés et aux populations hôtes avoisinantes aurait pour conséquence d'améliorer concomitamment les services aux deux communautés. Des efforts particuliers doivent être entrepris à l'intention des réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays qui résident dans des zones urbaines, sachant qu'ils sont rarement précisément recensés et qu'ils ne bénéficient d'aucun service ou appui matériel direct de la part des pouvoirs publics et organisations humanitaires.⁸⁻⁹⁻¹⁰

Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA de 2001, les Etats ont demandé à « tous les organismes des Nations Unies et aux organisations régionales et internationales, ainsi qu'aux organisations non gouvernementales, participant à la fourniture et à l'acheminement de l'aide internationale vers les pays et régions affectés par des conflits (...) d'intégrer d'urgence les éléments relatifs à la prévention, aux soins et à l'information concernant le VIH/SIDA dans leurs plans et programmes ».¹¹ Pour autant, la question des réfugiés est rarement considérée dans les stratégies, politiques et programmes des pays d'asile (voir Annexe 1), et leurs besoins ne sont généralement pas pris en compte dans les propositions soumises aux principaux donateurs ou financées par eux (voir Annexes 2 et 3).⁷ Cet état de fait sape les efforts de soins et de prévention du VIH à destination des réfugiés comme des populations hôtes.

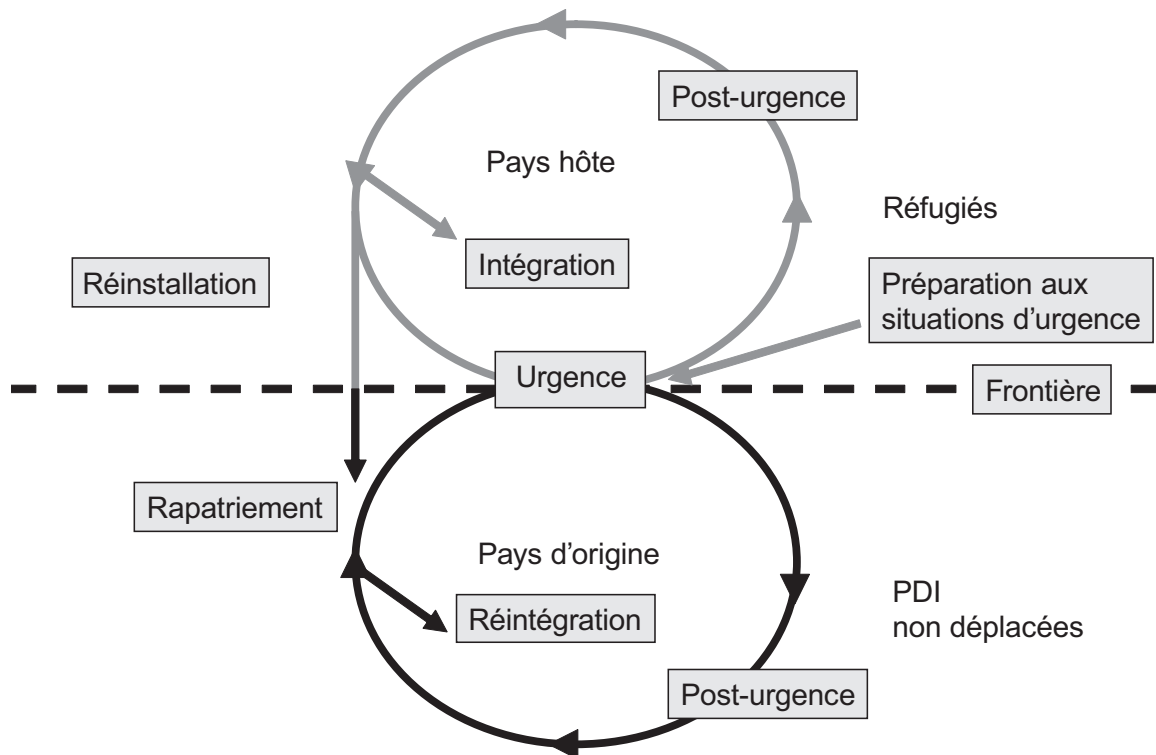
c) Cycle de déplacement et fourniture des services liés au VIH

Les déplacements des réfugiés à l'intérieur des pays d'asile ont un impact considérable à la fois sur leur vie, mais aussi sur celle des communautés hôtes. En règle générale, les réfugiés arrivent dans un pays d'asile après avoir fui des persécutions, un conflit ou une autre situation d'urgence survenue dans leur pays d'origine. Commence alors une période souvent difficile, marquée par l'instabilité et au cours de laquelle les réfugiés sont fréquemment contraints de bouger, que l'on appelle généralement le *cycle de déplacement* (voir Figure 1).

Dans la Figure 1, le cycle est présenté de manière simplifiée pour n'inclure que trois grandes étapes de transition, mais il faut savoir que d'autres mouvements peuvent survenir au cours de cette période et qu'au sein d'une population donnée, certains sous-groupes sont parfois à des phases différentes de la transition. Au cours de la première étape, dite *phase d'urgence*, le déclenchement d'une situation d'urgence complexe pousse des personnes à quitter leur pays pour trouver refuge dans un pays d'accueil. La deuxième étape, dite *phase post-urgence*, se caractérise par une plus grande stabilité, dans laquelle les réfugiés bénéficient généralement d'un accès à des services plus complets. Dans la *troisième et dernière phase*, les réfugiés peuvent rentrer chez eux, s'installer dans un pays tiers ou se fondre dans la population du pays hôte.

L'expérience que vivent les réfugiés dans le cycle de déplacement dépend d'un grand nombre de facteurs complexes qui interagissent entre eux, notamment le nombre total de réfugiés passant la frontière, la disponibilité de territoires d'accueil et autres ressources dans le pays hôte, et la durée et l'intensité du conflit et/ou de la situation d'urgence dans le pays d'origine. A l'intérieur de ce cycle se présentent plusieurs grands défis et opportunités concernant la réponse aux besoins liés au VIH des réfugiés et populations hôtes avoisinantes.

Figure 1 : Cycle de déplacement des réfugiés



i. Phase d'urgence

La première phase – ou phase d'urgence – est parfois marquée par des situations de difficultés extrêmes, notamment du point de vue du logement, de l'alimentation ou de la sécurité, ou encore sur le plan sanitaire et de l'information. Ces conditions peuvent se révéler propices à une augmentation de la vulnérabilité à l'infection à VIH parmi les réfugiés et/ou les populations hôtes, dans la mesure où elles s'accompagnent souvent d'une hausse des violences sexuelles à l'égard des femmes et des enfants, des rapports sexuels contre rémunération, des infections sexuellement transmissibles, et de l'exposition à du sang non contrôlé et des pratiques d'injection médicale peu sûres, le tout dans un contexte d'accès moindre aux préservatifs et aux services et à l'information en matière de VIH.

Interventions recommandées concernant le VIH

Les Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence¹² du Comité permanent inter-agences recommandent un ensemble d'interventions minimales pour les autorités, notamment : (i) établir un mécanisme de coordination ; (ii) garantir l'accès aux soins de santé primaires pour les personnes les plus vulnérables ; (iii) garantir l'approvisionnement en sang sûr ; (iv) appliquer les précautions universelles ; (v) donner une éducation élémentaire en matière de VIH ; (vi) fournir des préservatifs ; (vii) instaurer le traitement des infections sexuellement transmissibles selon l'approche syndromique ; (viii) garantir les soins appropriés pour les consommateurs de drogues injectables ; (ix) gérer les conséquences de la violence sexuelle ; et (x) garantir des accouchements sûrs. Ces services créent par ailleurs les conditions permettant des interventions plus complètes en matière de VIH (conseil et test volontaires et confidentiels et prévention de la transmission mère-enfant, par exemple), à mettre en œuvre dans une phase de plus grande stabilité.

ii. Phase post-urgence ou phase de stabilisation

Dans un deuxième temps, la phase post-urgence marque un retour à une plus grande stabilité. Le taux de mortalité diminue et les besoins fondamentaux (eau, alimentation, abri, par exemple) sont *a priori* satisfaits. Au cours de cette deuxième phase, les maladies infectieuses sont normalement contenues et des interventions plus complètes en matière de prévention de la transmission du VIH peuvent être mises en œuvre, de même que des services d'appui, de soins et de traitement du VIH.

Interventions recommandées concernant le VIH

Il y a lieu d'étendre les interventions en matière de prévention de façon à intégrer des programmes exhaustifs de prévention de la violence sexuelle ; de prophylaxie post-exposition ; de mise à disposition de matériels plus ciblés d'information, d'éducation et de communication à destination des groupes à risque, tels que les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; de conseil et de test volontaires ; de services de santé reproductive à destination des jeunes ; et de services de prévention de la transmission mère-enfant. En outre, des services d'appui et de soins palliatifs et à domicile devraient être offerts aux personnes vivant avec le SIDA. En matière de soins et de traitements, d'autres interventions peuvent être menées notamment en matière de prophylaxie et de traitement des infections opportunistes et de thérapies antirétrovirales.

iii. Solutions durables : rapatriement, intégration locale et réinstallation

Dans la dernière étape du cycle, les réfugiés peuvent : (i) être rapatriés dans leur pays d'origine ; (ii) s'intégrer dans la population du pays hôte ; ou (iii) se réinstaller dans un pays tiers. Au cours de cette phase, les pratiques et mesures mises en œuvre peuvent laisser aux réfugiés touchés par le VIH un sentiment de vulnérabilité et d'isolement. Différentes situations peuvent se produire : des réfugiés peuvent être contraints de subir un dépistage obligatoire, une discrimination peut s'exercer à l'encontre de ceux vivant avec le VIH, le statut sérologique de certains peut être communiqué aux autorités, des menaces peuvent être proférées à l'encontre de certains membres des familles, et un chantage peut être exercé quant à l'accès aux actions contre le VIH, notamment les thérapies antirétrovirales.

Les groupes de réfugiés qui rentrent dans leur pays d'origine peuvent présenter une prévalence du VIH inférieure, supérieure ou comparable à celle des populations hôtes ou de leurs compatriotes restés chez eux. Chaque situation est unique et doit être examinée dans son contexte spécifique. Le cas échéant, les réfugiés qui ont bénéficié de programmes en matière de VIH dispensés par des organisations non gouvernementales nationales et internationales en savent plus long sur le VIH et, partant, prennent moins de risques à cet égard, que les personnes non déplacées ou déplacées à l'intérieur de leur pays. En outre, de nombreux réfugiés reçoivent une formation et développent des compétences en matière de VIH qui peuvent se révéler utiles dans leur pays d'origine.¹³ Or, les services liés au VIH relèvent avant tout de la responsabilité du pays d'origine. Pour éviter la stigmatisation et la discrimination et maximiser leur effet, les programmes et politiques en matière de VIH doivent donc s'adresser à toutes les personnes présentes dans une zone où reviennent des réfugiés et non pas exclusivement aux personnes de retour chez elles, aux personnes déplacées à l'intérieur de leur pays ou à d'autres groupes.

Les autorités des pays et les organismes d'aide doivent apporter leur soutien à ces actions, ainsi qu'à d'autres initiatives dans le domaine du développement. Dans son programme des « 4R », « Rapatriement, Réintégration, Réhabilitation et Reconstruction », le HCR plaide pour un accroissement des ressources d'aide au développement sur le plan national, de façon à préserver la stabilité future du pays et éviter la récurrence de situations impliquant des mouvements massifs de réfugiés. L'élaboration de programmes VIH adaptés doit être au cœur de tout plan visant à une réintégra-

tion durable. Dans la mise en œuvre du programme 4R, les organismes d'aide et les donateurs doivent encourager et appuyer également les services en matière de VIH. Les réfugiés qui quittent un pays d'asile où ils reçoivent une thérapie antirétrovirale doivent avoir l'assurance que celle-ci sera maintenue tout au long de la phase de rapatriement et une fois de retour dans leur pays. Si ces traitements essentiels leur sont refusés ou sont inaccessibles chez eux, ces réfugiés préféreront le cas échéant rester dans le pays hôte.

Pour les cas où les réfugiés ne sont pas rapatriés et souhaitent au contraire s'intégrer localement, le HCR préconise des solutions durables qui contribuent à ce processus, telles que les programmes de Développement moyennant l'intégration sur place et l'Aide au développement pour les réfugiés. Axés spécifiquement sur les zones qui abritent des réfugiés, ces programmes s'attaquent au fardeau qui pèse sur les pays d'asile en apportant une aide ciblée grâce à laquelle les réfugiés peuvent devenir plus productifs et mieux s'intégrer dans les communautés hôtes. Parallèlement, cette aide peut contribuer à diminuer l'incidence des comportements à risque qui bien souvent accélèrent la propagation du VIH.

Les réfugiés qui ne sont en mesure ni de rentrer chez eux ni de rester dans leur pays d'asile en toute sécurité peuvent chercher à se réinstaller dans un pays tiers. Bien que certains pays imposent un examen sanitaire comprenant un dépistage du VIH avant toute entrée sur leur territoire, un réfugié ne devrait jamais se voir refuser une possibilité de réinstallation au motif de son statut sérologique. De même, aucun réfugié ne devrait jamais être refoulé à cause de sa séropositivité. Lorsqu'un examen est pratiqué avant l'entrée sur le territoire, les normes internationales en matière de conseil et de test volontaires doivent être respectées, en particulier concernant les conseils professionnels avant et après le test et la confidentialité des résultats.

Interventions recommandées concernant le VIH

Dans les camps de réfugiés, les activités de prévention du VIH doivent être continues. Néanmoins, il y a lieu d'intensifier les programmes existants avant le retour des réfugiés dans leur pays d'origine. En particulier, des dossiers comprenant des préservatifs et des matériels d'information, d'éducation et de communication sur le VIH, rédigés dans les langues locales, doivent être distribués, et une formation appropriée doit être dispensée. Dans de nombreuses zones où rentrent les réfugiés rapatriés, les programmes VIH sont insuffisants, voire inexistantes. Par conséquent, il convient de mettre en œuvre dans ces régions des campagnes d'information du public et des programmes d'éducation, avant et pendant le processus de rapatriement, de façon à diminuer les mouvements de discrimination générale contre les personnes de retour chez elles, ainsi que toute discrimination liée au VIH et plus généralement toute diffusion d'informations erronées en la matière.

Lorsque les réfugiés ne peuvent pas rentrer dans leur pays, mais ont la possibilité de s'intégrer sur place ou d'aller se réinstaller dans un pays tiers, leur statut sérologique ne doit pas constituer un obstacle. Les pays qui imposent un dépistage du VIH pour une intégration ou une réinstallation sur place devraient accorder une dispense automatique aux réfugiés testés positifs pour le VIH.

MEILLEURE PRATIQUE : Intégrer les questions relatives aux réfugiés dans les politiques et programmes VIH des pays hôtes

Introduction

Entre 1993 et 2003, la durée moyenne des séjours des réfugiés dans un pays d'asile a significativement augmenté, passant de neuf à 17 années.² Pendant tout ce laps de temps, pour leurs besoins essentiels et notamment les soins de santé, les réfugiés doivent s'en remettre aux autorités et aux populations avoisinantes des pays hôtes, ainsi qu'aux organismes humanitaires le cas échéant. Or, les ressources disponibles sont fréquemment insuffisantes pour couvrir ces besoins.

Pour répondre à ce manque de ressources et face à la nécessité d'améliorer la coordination au sein de la communauté internationale, l'ONUSIDA, en coopération avec le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) et la Banque mondiale, a entamé des discussions pour élaborer un ensemble de principes clés, appelés les « Trois Principes »¹⁴ : (i) **Un** cadre d'action contre le SIDA, qui fournit une base pour la coordination du travail de l'ensemble des partenaires ; (ii) **Une** instance nationale de coordination du SIDA, à représentation large et multisectorielle ; et (iii) **Un** système de suivi et d'évaluation à l'échelon pays. Il est essentiel que les réfugiés soient parties prenantes au processus de planification des « Trois Principes ». Intégrer l'aide aux réfugiés dans les politiques et programmes des pays hôtes constitue un lien vital pour amener des ressources supplémentaires dans la riposte au SIDA, tout en contribuant efficacement à la lutte contre l'épidémie.

Quoi qu'il en soit, le taux de réussite de l'intégration des questions relatives aux réfugiés dans les Plans stratégiques nationaux est, au mieux, inégal. En 2004, 28 pays d'Afrique abritaient plus de 10 000 réfugiés. Sur les 25 Plans stratégiques nationaux (89%) examinés par le HCR, 17 (68%) intégraient des questions relatives aux réfugiés et huit (32%) n'y faisaient pas mention. Sur l'ensemble des plans transmis, 11 (44%) décrivaient des activités spécifiques à l'intention des réfugiés, tandis que 14 (56%) n'en présentaient aucune (voir Annexe 1).

Sur les 28 pays, un total de 25 (89%) ont soumis des propositions comprenant un élément VIH au Fonds mondial. Sur ces 25 propositions, 13 (52%) incluaient les questions relatives aux réfugiés, tandis que les 12 restantes (48%) n'en disaient rien. Huit (32%) mentionnaient des activités spécifiques à destination des réfugiés, contre 17 (68%) qui n'en indiquaient aucune (voir Annexe 2).

Le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique (PPS) de la Banque mondiale a aussi financé des projets en matière de VIH dans 19 (67%) des 28 pays d'Afrique abritant des réfugiés. Parmi ces 19 pays, 14 (74%) intégraient des questions relatives aux réfugiés dans leur Plans stratégiques nationaux et cinq (26%) ne le faisaient pas, et seulement neuf (47%) décrivaient des activités spécifiques à l'intention des réfugiés, tandis que les 10 restants (53%) n'en présentaient aucune (voir Annexe 3).

Intégrer les questions relatives aux réfugiés dans les politiques et programmes VIH bénéficie aux populations hôtes comme aux réfugiés

L'intégration des questions relatives aux réfugiés dans les Plans stratégiques nationaux et autres politiques et programmes relatifs au VIH et au SIDA peut avoir des effets très bénéfiques sur les populations avoisinantes dans les pays hôtes. Bien souvent, les populations réfugiées font

venir des ressources supplémentaires, sous la forme d'une aide humanitaire, dans les zones isolées et souvent mal desservies où elles sont accueillies. Cette situation peut profiter aux populations locales de plusieurs manières. Par exemple, en Guinée, le financement des soins de santé des réfugiés a permis d'améliorer le système de santé local,² ce qui a évité aux organismes d'aide d'avoir à reproduire le système existant, tout en abaissant le coût des soins dispensés aux populations réfugiées. Dans les régions dépourvues de tout système de santé, les communautés locales avoisinantes peuvent souvent utiliser les services offerts par les organismes d'aide à l'intérieur des camps de réfugiés. Elles bénéficient ainsi d'un accès à des soins de santé élémentaires et à des interventions essentielles en matière de VIH. En outre, ce type d'aménagement met en place une infrastructure pour la fourniture de thérapies antirétrovirales. L'intégration des questions relatives aux réfugiés dans les programmes nationaux procure les avantages suivants :

i. Accès à des ressources supplémentaires

Parfois, le fait d'intégrer les questions relatives aux réfugiés dans leurs programmes nationaux a permis à des pays d'asile d'accéder à des ressources supplémentaires pour leurs propres populations. Par exemple, en 2001, les autorités de la République de Zambie ont lancé un projet pluriannuel de 25 millions de dollars baptisé « Initiative Zambie » dont l'objectif est « de réduire la pauvreté, d'établir un lien entre les opérations de secours et l'aide au développement, et de contribuer à la paix et la stabilité dans les régions de la Zambie accueillant des réfugiés. »¹⁵ Ce programme, appuyé essentiellement par un financement bilatéral, a apporté une aide au développement qui a bénéficié aux réfugiés mais aussi aux communautés locales avoisinantes dans la province occidentale de la Zambie. Plusieurs interventions ont été sélectionnées pour recevoir un financement, dont certaines concernant le VIH et le SIDA. Lors du dernier cycle de financement pour cette Initiative, le Gouvernement suédois a apporté une contribution financière à des programmes VIH, notamment un centre de consultation sans rendez-vous.¹⁶

ii. Elimination du risque de création de systèmes et services redondants, et réduction concomitante du coût des services de santé pour les populations locales et les réfugiés

La mise en place de services pour le VIH qui font double emploi est non seulement onéreuse et inutile, mais elle peut même causer du tort aux systèmes existants. En effet, sachant que les organisations humanitaires sont souvent en mesure de verser de meilleurs salaires que les systèmes nationaux de santé, il peut en résulter une « fuite » des personnels compétents qui fournissaient jusqu'alors des services liés au VIH aux communautés locales. De plus, le fait de créer un nouveau système, souvent de meilleure qualité, peut déboucher sur des inégalités et susciter des tensions entre les réfugiés et les communautés hôtes.¹⁷

L'expérience a montré que l'apport de ressources pour améliorer la capacité existante se révélait bien moins onéreux que la mise en place de structures nouvelles et parfois redondantes.³ Toujours en Guinée, où l'accès des réfugiés au système de santé local donne lieu au versement par le HCR aux autorités locales d'une redevance d'utilisation pour chaque acte, le coût unitaire annuel de ces services est bien inférieur à celui relevé dans les camps – approximativement 4 dollars contre 20 dollars.³

iii. Amélioration des services de santé locaux

La prise en compte des questions relatives aux réfugiés dans les systèmes de santé nationaux peut être un vecteur de ressources permettant d'améliorer les services médicaux locaux. En Guinée, les autorités ont accordé aux réfugiés l'accès aux services de santé guinéens avec paiement à l'acte, et les ressources provenant des programmes pour les réfugiés ont permis de financer la création de nouveaux centres, mais aussi d'améliorer

les structures existantes dans les zones d'installation des réfugiés. Ces améliorations ont bénéficié à la fois aux réfugiés et aux Guinéens résidant dans la région.

iv. Suppression des obstacles à la fourniture des services, notamment les thérapies antirétrovirales

Dans les régions éloignées et très isolées, le nombre des réfugiés dépasse parfois celui des habitants locaux, et il arrive que les infrastructures mises en place pour les réfugiés représentent les seuls services disponibles pour les communautés hôtes, ou l'unique possibilité d'accéder à certains services spécifiques. Dans ce contexte, la création de services de santé intégrés offre indiscutablement des avantages pour les populations hôtes, et se révèle particulièrement utile pour les thérapies antirétrovirales lorsque celles-ci deviennent disponibles.

Plusieurs pays abritant des réfugiés ont déjà fait appel formellement à l'Organisation mondiale de la Santé pour qu'elle les aide à élargir la fourniture des thérapies antirétrovirales. Pour la santé des réfugiés et des populations hôtes avoisinantes, il est essentiel que l'aide aux réfugiés soit intégrée dans toutes les propositions de projets en matière de thérapies antirétrovirales. Toute l'infrastructure mise en place autour d'un camp de réfugiés – transports, amélioration des capacités humaines, formation – peut contribuer à faciliter l'introduction des thérapies antirétrovirales auprès des réfugiés et populations hôtes avoisinantes, en particulier dans les situations où les ressources sont limitées.

Par ailleurs, outre leurs incidences thérapeutiques, les thérapies antirétrovirales contribuent normalement à réduire les taux de transmission du VIH au sein des populations réfugiées et entre les réfugiés et les populations locales, puisqu'elles abaissent les charges virales, ce qui diminue les risques de contracter le virus. Parallèlement, il apparaît également que l'introduction des thérapies antirétrovirales incite les personnes à recourir aux services de conseil et de test volontaires et confidentiels.¹⁸ Ensuite, cette augmentation du dépistage peut avoir pour effet d'amener dans un cadre médical des personnes qui autrement ne s'y rendraient pas, et donc de les faire bénéficier de messages et d'interventions adaptés à leur situation. Avec l'augmentation du nombre des personnes informées de leur statut sérologique et du déroulement de la maladie, la stigmatisation et la discrimination qui entourent bien souvent le VIH ne peuvent que reculer.

v. Réduction de la discrimination et de la stigmatisation

La prise en compte des questions relatives aux réfugiés dans les programmes des pays d'asile peut contribuer à lutter contre l'idée fautive selon laquelle « le VIH ne touche pas notre communauté, mais leur communauté ». Bien souvent, avec la présence de l'aide humanitaire, les réfugiés bénéficient d'un accès aux informations en matière de soins et de prévention du VIH plus important que celui des populations hôtes avoisinantes.

Par exemple, en juillet et août 2004, une exposition itinérante de photographies de personnes vivant avec le VIH baptisée « Positive Lives » – parrainée par le HCR et le Fonds des Nations Unies pour la Population – a été présentée dans trois camps de réfugiés au Kenya. Parallèlement à l'exposition, d'autres activités étaient menées pour favoriser la discussion au sein des communautés sur la discrimination et la stigmatisation, ainsi que des activités d'éducation par les pairs, de promotion et distribution de préservatifs, de théâtre de rue et des activités sportives. Avec cette initiative, les réfugiés ont pu obtenir des réponses à toutes leurs questions, ainsi qu'une information sur la prévention et les soins du VIH. Elle a également permis de modifier les croyances et de réduire la discrimination et la stigmatisation parmi les participants.

Etude de cas 1 : Approche intégrée pour renforcer la sensibilisation au VIH en Tanzanie

Dans le camp de réfugiés de Kibondo en Tanzanie, Stop AIDS, une organisation locale créée par des réfugiés, s'est associée à un groupe constitué au sein de la population hôte locale, le Tanzanian Service Health and Development for People Living with HIV/AIDS, pour offrir des services de sensibilisation et d'éducation aux réfugiés et aux communautés avoisinantes. Parmi les opérations menées par ces deux groupes, citons des programmes et activités de prévention et d'éducation en direction des établissements scolaires secondaires, mais aussi à destination des groupes de jeunes et d'adolescents dans le cadre d'activités extrascolaires. Ensemble, ils ont également organisé des concerts et des campagnes de masse dans les écoles et sur les places publiques, au cours desquelles les membres ont pris la parole et contribué à éduquer le public sur des questions telles que vivre avec le VIH.

Bientôt, plusieurs des membres de Stop AIDS qui étudient à l'université Tumaini à Iringa envisagent d'élargir leurs activités à l'université. En outre, le Tanganyika Christian Refugee Service, une organisation non gouvernementale qui soutient les groupes Stop AIDS dans les camps de réfugiés, va lancer un programme, appelé Men against AIDS in Tanzania (les hommes contre le SIDA en Tanzanie), qui viendra s'intégrer dans les actions déjà menées par les membres de Stop AIDS dans les camps de réfugiés.

Etude de cas 2 : Avantages de l'intégration des programmes VIH en Ouganda

En 1998, le Gouvernement ougandais, le Directorate of Refugees et le HCR ont entamé des discussions sur la mise en œuvre de la stratégie SRS (Self-Reliance Strategy), élaborée pour alléger le fardeau pesant sur les autorités des pays d'asile pendant les situations de séjours prolongés de réfugiés. Son objectif général est « d'améliorer le niveau de vie des personnes dans les districts de Moyo, d'Arua et d'Adjumani, y compris les réfugiés ». A cette fin, la Stratégie améliore l'autosuffisance alimentaire, élargit l'accès aux services sociaux, tels que la santé et l'éducation, et stimule la capacité des autorités locales à planifier et fournir les services élémentaires.

Au début de l'année 2005, l'Ouganda abritait plus de 220 000 réfugiés, qui cohabitaient et partageaient les services de santé de quelque 135 000 personnes des communautés avoisinantes. Le HCR a conçu des services VIH pour travailler en collaboration avec le Plan stratégique national ougandais. Dans les communautés de Kyangwali et Palorinya, les programmes mis au point visent à élargir et renforcer les services de conseil et de test volontaires et de prévention de la transmission mère-enfant à destination des réfugiés et des populations hôtes. Gérés conjointement par les autorités ougandaises et le HCR, les sites de conseil et de test volontaires proposent leurs services aux communautés hôtes comme aux réfugiés. Actuellement, on compte huit sites fixes proposant des services de conseil et de test volontaires et confidentiels à l'ensemble des communautés. A ce jour, plus de 600 personnes (réfugiés et locaux) ont utilisé ces services. Parmi elles, 13 réfugiés et 12 Ougandais ont créé un club post-test qui œuvre à sensibiliser les réfugiés et populations hôtes avoisinantes aux soins et à la prévention du VIH par le biais d'activités de musique, de danse et de théâtre. Des clubs du même type ont été créés et équipés dans les districts d'Arua, d'Adjumani, de Moyo et de Mbarara, pour prodiguer les mêmes services.

Deux sites proposent actuellement des services de prévention de la transmission mère-enfant aux réfugiés et populations hôtes. Les médicaments administrés au début de l'accouchement aux femmes séropositives sont fournis par le Gouvernement ougandais dans le cadre de sa politique nationale. Les coûts de formation des conseillers sont partagés entre les autorités ougandaises et le HCR, tout comme l'ont été le choix des sites pour la surveillance sentinelle et la formation des personnels qui y sont attachés. Les tests du VIH et de la syphilis, ainsi que les équipements appropriés, ont été fournis par le programme national. Les échantillons collectés sont analysés par le Gouvernement ougandais qui les utilise ensuite dans son système national de notification. La prévalence relevée pour les échantillons du premier trimestre (600 échantillons) est comprise entre 1% et 2,35%. Par ailleurs, les autorités ougandaises et le HCR ont élaboré d'autres services liés au VIH à l'intention des réfugiés et populations hôtes. Le Gouvernement ougandais a ainsi promu des projets de sensibilisation, fourni des trousseaux de dépistage du VIH, et formé du personnel de laboratoire. Le HCR a apporté son soutien à la fourniture de trousseaux de dépistage du VIH et fourni des réfrigérateurs pour le stockage des échantillons. Parallèlement aux programmes VIH, d'autres services de santé connexes ont été fournis par les autorités ougandaises et le HCR aux réfugiés et populations hôtes : traitement des infections opportunistes et des infections sexuellement transmissibles. Toutes ces activités ont eu une incidence significative sur l'état sanitaire des personnes vivant avec le VIH. Enfin, le Programme alimentaire mondial a apporté une assistance nutritionnelle aux personnes, réfugiées ou ougandaises, vivant avec le VIH.

MEILLEURE PRATIQUE : Mettre en œuvre des initiatives sous-régionales

Introduction

Dans la justification de son soutien aux projets VIH sous-régionaux, la Banque mondiale indique que « la propagation des maladies infectieuses est liée au déplacement des personnes. Le VIH traverse les frontières (...) certains des comportements offrant le plus de risques de propager le VIH sont observés le long des couloirs de transports, aux postes frontières, dans les camps de travail de migrants et les camps de réfugiés ». ¹⁹ En mettant en place et en finançant des initiatives sous-régionales, les gouvernements et organismes de financement reconnaissent la nécessité de mettre en œuvre des interventions innovantes et à grande échelle à caractère « transfrontières ».

Bien souvent, les pays ont des réticences à investir leurs ressources limitées dans des zones frontières éloignées et isolées, même si les services correspondants sont nécessaires. Néanmoins, les risques de propagation du VIH par le biais des populations locales qui franchissent les frontières ont conduit les pays à reconsidérer leurs plans nationaux. Ce faisant, ils ont reconnu la nécessité d'aller au-delà des efforts existants et de s'associer aux pays voisins pour mettre sur pied des initiatives sous-régionales de façon à prendre en compte les besoins des populations les plus marginalisées qui, sinon, ne bénéficieraient pas des programmes nationaux.

Au cours de ces dernières années, plusieurs initiatives sous-régionales ont été lancées, pour aider à la fois les populations déplacées, mais aussi toutes les personnes qui traversent les frontières. Il s'agit de l'Initiative des pays des Grands Lacs dans la lutte contre le SIDA (GLIA ; voir l'Etude de cas 3), l'Initiative des pays riverains des fleuves Congo-Oubangui-Chari sur le SIDA en Afrique centrale, et l'Initiative de l'Union du fleuve Mano sur le SIDA en Afrique occidentale. En s'appuyant sur ces partenariats sous-régionaux, les pays participants ont pu trouver des financements supplémentaires destinés à la mise en œuvre de ces initiatives. En mars 2005, la GLIA a ainsi reçu l'approbation définitive pour un prêt de 20 millions de dollars de la Banque mondiale, ²⁰ le projet des fleuves Congo-Oubangui-Chari a reçu un prêt de plus de 8 millions de dollars de la Banque africaine de développement et un financement complémentaire de l'ONUSIDA, et l'Initiative de l'Union du fleuve Mano a reçu 7 millions de dollars de la Banque africaine de développement.

Ajouter de la valeur aux programmes nationaux par les initiatives sous-régionales

- i. Accès aux programmes de soins et de prévention du VIH pour les réfugiés et populations mobiles

La mise en place d'initiatives sous-régionales en matière de SIDA facilite la conduite d'interventions liées au VIH auprès des différentes populations qui traversent les frontières (les travailleurs du secteur des transports, les travailleurs migrants et les réfugiés, par exemple). Dans leur vie quotidienne, ces personnes, dont beaucoup sont marginalisées, n'ont généralement accès ni aux services de santé de base ni aux services liés au VIH. Elles vivent dans des zones frontières isolées, ce qui facilite leurs déplacements, mais complique toute tentative pour leur apporter ces services sur une base continue. Le lancement d'initiatives sous-régionales permet de lever bon nombre des obstacles. Les programmes sous-régionaux étant transfrontières, les personnes peuvent continuer d'obtenir des services liés au VIH même si elles changent de pays. En outre, les sites retenus pour ces programmes correspondent généralement aux axes de migration, ce qui permet de garantir une fourniture des services dans les zones où on en a le plus besoin.

ii. Amélioration des interventions ciblées sur les populations locales

Les initiatives sous-régionales améliorent l'accès des populations locales aux services liés au VIH. En effet, les interventions prévues par les programmes sous-régionaux en matière de VIH sont conçues pour compléter et, parfois, augmenter les services existants dans les pays participants. Ces initiatives se concentrent sur les besoins des personnes qui sont amenées à fréquemment traverser les frontières, mais les populations locales peuvent aussi bénéficier de l'offre de services accrue. Les programmes créés améliorent l'accès aux soins et proposent des activités de prévention importantes dans les zones concernées. La diffusion de matériels d'information, d'éducation et de communication et les activités de formation induisent une évolution des comportements, susceptible d'abaisser le risque d'infection pour toutes les populations de la zone.

Par ailleurs, le cadre des initiatives sous-régionales peut améliorer la fourniture des services prévus par les programmes nationaux existants. Les programmes tels que la GLIA fixent en effet des objectifs d'amélioration de la coordination et de la collaboration à l'échelle de la sous-région. A cette fin, ils développent et renforcent les partenariats, et encouragent le partage de l'information entre les pays membres. Ces stratégies permettent de créer une base sur laquelle pourront être apportées des améliorations durables, profitables à tous les groupes de la région.

iii. Continuité garantie des soins et des traitements

Les initiatives sous-régionales sont l'occasion de parvenir à un consensus sur les protocoles thérapeutiques et les diagnostics normalisés qui sont la clé d'une continuité des soins pour les réfugiés et populations mobiles en déplacement dans la zone. La mise en place de ces plans rend donc possible la poursuite des thérapies antirétrovirales et autres interventions. Auparavant, il est certainement arrivé que des personnes doivent interrompre un traitement antirétroviral après être passées dans un pays où elles ne trouvaient pas leur médicament. Cet aspect est particulièrement crucial pour les réfugiés qui peuvent être conduits à bouger plusieurs fois au fil des ans avant de rentrer dans leur pays d'origine, de s'intégrer localement dans une communauté hôte ou de se réinstaller dans un pays tiers.

iv. Amélioration de l'efficacité et réduction des coûts

Les initiatives sous-régionales peuvent contribuer à abaisser les coûts et améliorer l'efficacité des soins de santé dans les pays participants. En effet, dans le cadre de ces actions, les protocoles peuvent être améliorés et intégrés, et les médicaments et fournitures peuvent être commandés en grandes quantités, ce qui réduit d'autant le prix acquitté par les pays de la sous-région. De plus, la possibilité de faire circuler les médicaments dans la zone en fonction des besoins peut permettre de limiter le gâchis (par exemple, devoir éliminer un stock de médicaments dont la date d'utilisation est dépassée) et, partant, d'abaisser les coûts.

v. Opportunités d'obtenir des financements supplémentaires

Avec la mise en place d'une initiative sous-régionale, les pays participants ont la possibilité d'accéder à des financements supplémentaires liés au VIH. Les donateurs reconnaissent en effet que les programmes nationaux ne peuvent pas à eux seuls répondre efficacement à l'épidémie de SIDA, ce qui les a conduits à financer des initiatives sous-régionales répondant aux besoins spécifiques des populations déplacées, telles que les réfugiés. Chacun des 12 pays participant à la GLIA et aux initiatives des pays riverains des fleuves Congo-Oubangui-Chari et de l'Union du fleuve Mano a donc reçu, d'au moins un des trois grands programmes donateurs – le Fonds mondial, la Banque mondiale et le

Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA – un financement spécifique pour dispenser des secours liés au VIH. Par ailleurs, 11 des 12 pays ont reçu un financement de deux de ces donateurs, et quatre ont été financés par les trois.

vi. Renforcement du dialogue entre les pays sur les questions liées au VIH

Les initiatives sous-régionales offrent une opportunité unique pour communiquer, dialoguer et échanger des expériences aux niveaux politique et technique. Les informations communiquées par les pays participants sur ce qui « marche » et ce qui « ne marche pas » peuvent être extrêmement utiles. Les pays membres peuvent tirer parti des expériences de leurs partenaires et éviter ainsi de dilapider leurs ressources limitées dans des initiatives infructueuses. À l'inverse, ils peuvent donner la priorité aux programmes dont l'efficacité a été démontrée. La possibilité de mettre en œuvre des stratégies éprouvées peut également améliorer leur capacité à attirer des ressources supplémentaires pour mettre en œuvre des programmes liés au VIH. Enfin, les initiatives sous-régionales démontrent que la force combinée des partenaires est supérieure à la somme des efforts isolés que chacun d'eux peut entreprendre dans son coin. Parce que tous ses membres unissent leurs efforts, le groupe affiche une détermination mieux affirmée.

Etude de cas 3 : Avantages de l'Initiative des pays des Grands Lacs dans la lutte contre le SIDA (GLIA)

Contexte

Dans la région des Grands Lacs, la prévalence du VIH varie entre 4,1% et 8,8% pour les adultes entre 15 et 49 ans. D'après les estimations, plus de six millions de personnes vivaient avec le VIH dans la sous-région. Les Ministères de la Santé des six pays participants (Burundi, Kenya, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Rwanda) sont parvenus à la conclusion que l'épidémie croissante appelait une riposte plus large, menée à l'échelle régionale.

En 1999, les pays membres ont donc uni leurs efforts et, avec le soutien de l'ONUSIDA, lancé l'Initiative des pays des Grands Lacs dans la lutte contre le SIDA (GLIA). Ces pays avaient tous élaboré des programmes nationaux de lutte contre le SIDA, mais force leur avait été d'admettre qu'il ne pourraient pas enrayer efficacement la propagation du virus sans agir sur le facteur des migrations et déplacements, dont le rôle est considérable dans la transmission du VIH à l'échelle régionale. Peu après la création de la GLIA, un secrétariat a été constitué, des ateliers ont été organisés et un essai pilote d'interventions transfrontières en matière de VIH dans le secteur des transports a été lancé. En 2004, les pays membres de la GLIA ont signé une Convention pour faire de l'Initiative une organisation juridiquement indépendante. Cette Convention a été ratifiée par tous les pays membres.

Éléments du programme

Le Projet PPS de la GLIA, financé par la Banque mondiale, comporte quatre grands éléments. Il apporte : (i) un soutien en matière de VIH aux réfugiés, aux zones touchées autour des communautés de réfugiés, aux personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, et aux personnes de retour chez elles ; (ii) un soutien aux réseaux associés au VIH ; (iii) un soutien à la collaboration régionale dans le secteur de la santé ; et (iv) la gestion, le renforcement des capacités, la surveillance et l'évaluation, et l'établissement de rapports GLIA/PPS. Le premier élément a été spécifiquement conçu pour répondre aux besoins en services liés au VIH des réfugiés, des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, des membres des communautés avoisinantes et des personnes de retour chez elles. Les sites et zones destinataires du financement des programmes ont été sélectionnés par les pays membres de la GLIA et le HCR.



Il a été convenu qu'il y aurait un à deux sites par pays, chacun d'eux abritant des réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et des communautés hôtes avoisinantes. Les programmes à l'intention des personnes dans les zones touchées par les réfugiés sont couverts par les Commissions nationales de lutte contre le SIDA et réglés dans le cadre national des actions contre le VIH/SIDA. Le HCR se charge des réfugiés, tandis que la situation des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays est réglée au cas par cas. Pour les personnes de retour chez elles, les programmes relèvent de la responsabilité partagée du HCR et des Commissions nationales de lutte contre le SIDA.

Concernant le premier élément du projet, un mémorandum d'accord et un contrat ont été établis par le HCR et la GLIA. Ces documents règlent les modalités de réception et de répartition du financement de la GLIA, de soumission et d'approbation du plan de travail et du budget annuel du HCR, les procédures de mise en œuvre des sous-projets, et les conditions d'embauche d'un administrateur du programme, d'un responsable administratif du HCR ayant une expérience dans les questions relatives aux réfugiés et personnes de retour chez elles, et d'un consultant chargé d'élaborer des protocoles et outils de surveillance et d'évaluation, et notamment des études biologiques et comportementales.

Résultats et avantages

En mars 2005, dans le cadre de son Programme plurinational de lutte contre le SIDA, la Banque mondiale a approuvé un prêt de 20 millions de dollars pour financer la GLIA au cours des quatre prochaines années. Outre les avantages monétaires qu'elle en retire, la GLIA a constitué des partenariats forts dans la région, malgré des relations difficiles entre certains des six pays. Les partenaires de la GLIA sont les gouvernements des six pays, des institutions des Nations Unies, des donateurs bilatéraux et multilatéraux, des organisations non gouvernementales, des organisations confessionnelles et le secteur privé. Une étude de surveillance comportementale normalisée centrée sur les personnes déplacées et les communautés hôtes avoisinantes, avec des composantes relatives aux interactions dans les phases de déplacement et post-déplacement, a été élaborée et testée sur le terrain au Rwanda et au Kenya. Des plans ont été établis pour mener ces études et créer des sites de surveillance sentinelle prénatale parmi les populations réfugiées et les communautés hôtes avoisinantes dans tous les pays, au cours des première et quatrième années. Des missions sur le terrain ont été menées par des représentants des Commissions nationales de lutte contre le SIDA, du HCR et de l'ONUSIDA, dans des camps de réfugiés et les communautés hôtes avoisinantes dans cinq pays, de même que dans une communauté de personnes rentrées chez elles en République démocratique du Congo. La planification conjointe du programme a été entreprise et des plans d'action ont été arrêtés pour la première année de mise en œuvre dans l'ensemble des six pays.

Parmi les autres résultats majeurs de ce partenariat, citons la production d'un manuel d'opérations en versions anglaise et française, la création d'un système de surveillance et d'évaluation, l'amélioration de l'échange d'informations sur les programmes sanitaires concernant les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et les personnes de retour chez elles, ainsi que la mise au point de systèmes d'examen des thérapies antirétrovirales et des traitements des infections sexuellement transmissibles, de la tuberculose et des autres infections opportunistes, de façon à harmoniser les protocoles entre les pays participants. Les questions relatives aux infections opportunistes sont particulièrement importantes dans cette région, sachant que quatre des six pays (Kenya, Ouganda, République démocratique du Congo, et République-Unie de Tanzanie) ont des taux de tuberculose parmi les plus élevés de l'Afrique subsaharienne.

MEILLEURE PRATIQUE : Combiner le financement de l'action humanitaire et du développement

Introduction

Entre 2001 et 2004, le financement mondial consacré au VIH et au SIDA a pratiquement été multiplié par trois, passant dans l'intervalle de près de 2,1 milliards de dollars à 6,1 milliards de dollars. D'après les estimations, il devrait être porté à 10 milliards de dollars en 2007.²¹ Si les contributions ont certes augmenté, ce chiffre reste inférieur à la moitié des 20 milliards de dollars que l'on estime nécessaires en 2007 pour la prévention et les soins dans les pays à faible et moyen revenus.¹

Les contributions des principaux donateurs, tels que le DFID (Département pour le développement international) du Royaume-Uni, le Fonds mondial, le Plan présidentiel d'urgence d'aide à la lutte contre le SIDA et la Banque mondiale, sont en progression mais elles restent à l'évidence insuffisantes. En outre, des problèmes de coordination, d'harmonisation et d'alignement des fonds et de l'aide technique ont grandement entravé la mise en œuvre des programmes.

Cette situation a conduit à la création de la Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA, qui a présenté un rapport recommandant que soient apportés des changements majeurs à la communauté des donateurs et des Nations Unies.²² Le manque de ressources, les difficultés dans l'harmonisation et la mise en phase des donateurs, et les carences du point de vue de la coordination et de l'expertise technique des organismes des Nations Unies ont souvent eu un impact disproportionné sur les populations de réfugiés marginalisées.

La valeur de la prise en compte des questions relatives aux réfugiés dans les politiques et programmes VIH des pays hôtes a déjà été démontrée en Afrique subsaharienne. Dans des pays d'asile tels que la Guinée, l'Ouganda et la Zambie, un financement supplémentaire a été mis à la disposition des gouvernements et les questions relatives aux réfugiés ont été intégrées dans les programmes locaux de soins de santé et de développement (voir la section « Accès à des ressources supplémentaires » page 18). L'accès aux ressources supplémentaires se révèle extrêmement bénéfique à la fois pour les réfugiés et les communautés hôtes avoisinantes.

Etude de cas 4 : Accès à des financements supplémentaires par la prise en compte des questions relatives aux réfugiés dans les programmes publics de la Zambie

Par la création de partenariats, le Gouvernement de la République de Zambie a été en mesure, avec le soutien de la communauté des donateurs et du HCR, d'accéder à des financements supplémentaires et, partant, d'offrir des services améliorés aux réfugiés comme aux communautés avoisinantes. Reconnaissant que les réfugiés s'intégraient de manière croissante dans les communautés locales, le Gouvernement de la Zambie a entrepris des actions. Avec l'appui du HCR, il a invité les principaux gouvernements donateurs à venir visiter les régions abritant des réfugiés. Cette décision, qui a débouché sur la création de l'Initiative Zambie, a également permis de faire venir des millions de dollars d'aide supplémentaire, dont une partie est spécifiquement dédiée aux interventions en matière de VIH.

La prise en compte des actions à destination des réfugiés dans les programmes VIH nationaux des pays hôtes constitue une réorientation majeure du point de vue des stratégies de financement des programmes liés au VIH destinés aux populations réfugiées. En effet, les soins et le traitement du VIH nécessitent des interventions à la fois à court terme et à long terme. Or, le système actuel de financement des programmes pour les réfugiés relève des fonds humanitaires ou d'urgence, ce qui rend difficiles les interventions à long terme. Toutefois, ces subventions sont généralement soumises à des conditions plus souples et moins restrictives, ce qui peut se révéler très bénéfique pour les gouvernements en quête de financement. Pour leur part, les Plans stratégiques nationaux sont généralement financés par des contributions au titre du développement versées sous forme d'aides multilatérales et bilatérales. Or, ces contributions correspondent en règle générale à des versements pluriannuels associés à des résultats spécifiques et donc moins souples. Il faut souligner l'importance respective des deux sources de financement (voir ci-après).

En règle générale, les programmes relatifs aux réfugiés et les programmes nationaux relèvent respectivement de l'axe humanitaire et de l'axe du développement. Néanmoins, les limites entre ces deux domaines se sont parfois estompées. Au cours des dernières années, certains pays hôtes ont pris en compte les réfugiés dans des initiatives de développement, telles que les Plans stratégiques nationaux et les initiatives sous-régionales. Par ailleurs, certains programmes, tels que le PPS, ont développé une approche beaucoup plus large en finançant un éventail complet de services, de l'appui institutionnel au traitement, atténuation, soins et prévention du VIH. Enfin, face aux récentes crises humanitaires aggravées par la présence du VIH, on a été de plus en plus amenés à s'interroger pour savoir s'il n'y avait pas lieu de fournir une aide humanitaire y compris en dehors des situations aiguës, de façon à répondre aux menaces immédiates que pose le VIH.²³

En particulier, pendant la crise de 2002-2003 en Afrique australe, les organismes d'aide ont été contraints de reconsidérer leur évaluation de l'impact du VIH sur la crise et la capacité de la communauté humanitaire à y faire face. Devant les ravages du VIH et leurs conséquences potentielles pour la région, il a été suggéré de considérer le VIH comme une « crise à long terme »,²⁴ pour traduire la nécessité de mettre en œuvre des actions humanitaires à court terme et des actions de développement à long terme. Au cours de cette crise, les systèmes de santé n'ont pas été en mesure de fournir leurs services à des pourcentages importants de la population.²⁴ Cette situation résultait d'un problème du point de vue du développement, mais elle a accru le besoin en aide humanitaire au-delà de ce qui pouvait être fait de la manière appropriée.

Action synergique des flux de financement différents

- i. Complémentarité de l'aide humanitaire et de l'aide au développement dans les interventions en matière de VIH

Lorsque les questions relatives aux réfugiés sont incluses ou intégrées dans les programmes nationaux, les deux flux de financement peuvent alors être utilisés pour accroître les ressources et offrir des programmes plus efficaces aux réfugiés et populations avoisinantes. Par exemple, si les réfugiés utilisent les services de dispensaires publics et que le HCR et ses partenaires estiment nécessaire d'améliorer le traitement et la recherche des contacts des personnes présentant des infections sexuellement transmissibles, alors les réfugiés comme les populations locales en bénéficieront.

La forte prévalence du VIH au sein des populations peut avoir des conséquences importantes dans les situations déjà difficiles où les personnes sont mal armées pour faire face. Comme nous l'avons vu ci-avant, l'incidence du SIDA dans la région de l'Afrique australe en 2002-2003 a accru la gravité de ce qui était considéré à l'origine comme une crise alimentaire. Au cours de cette période, le Bureau d'appui et de coordination régionale interinstitutions a été créé pour gérer la réponse humanitaire à la crise de sécurité alimen-

taire dans les six pays d'Afrique australe.²⁵ A mesure qu'est apparu l'impact du SIDA sur la crise, le Bureau s'est efforcé d'élargir son champ d'action pour répondre à la vulnérabilité accrue des personnes à cause de l'épidémie. Pendant la crise, les mécanismes de réaction se sont effondrés et les populations locales ont bien souvent été dans l'incapacité de faire face. Cette situation milite en faveur d'une réponse humanitaire élargie, menée en partenariat étroit avec les organisations non gouvernementales, de façon à répondre aux conséquences imprévues du VIH sur la région.

- ii. Utilisation de l'aide au développement pour financer des programmes VIH à destination des réfugiés et populations avoisinantes

La fourniture de services liés au VIH aux réfugiés ne devrait pas être considérée strictement comme une question humanitaire. Bien souvent, des interventions d'urgence sont nécessaires, mais les programmes doivent également répondre aux conséquences à plus long terme de la maladie. Or, cela ne peut se faire que si les réfugiés et populations avoisinantes sont pris en compte dans les aides au développement des programmes nationaux et sous-régionaux.

L'intégration des questions relatives aux réfugiés dans les programmes financés par les aides au développement peut être bénéfique à la fois pour les réfugiés et les communautés locales avoisinantes. La GLIA, par exemple, a accordé un financement supplémentaire essentiel pour répondre à la vulnérabilité au VIH parmi les populations réfugiées et les populations locales (voir pages 11 et 24). En particulier, des études de surveillance comportementale ont été incorporées dans le processus de planification, de façon à surveiller et évaluer les activités de ces populations. Si ces opérations se révèlent fructueuses, les pays et donateurs de la GLIA pourront les reproduire.²¹ Les programmes tels que la GLIA permettent aux pays d'accéder au financement nécessaire pour mener les interventions à long terme essentielles à l'effort mondial de lutte contre le SIDA. La communauté internationale devrait faciliter l'accès des pays, en créant et utilisant de nouveaux flux de financement intégrant les réfugiés et populations mobiles.

Le Fonds mondial et la Banque mondiale ont déjà considérablement fait progresser l'accessibilité au processus de financement pour les bénéficiaires éligibles. Ces deux organisations ont œuvré à la création de systèmes souples mais responsables permettant la mise à disposition de ressources supplémentaires. En particulier, le Fonds mondial a élaboré un système dans lequel les propositions d'aide sont élaborées par un Mécanisme de coordination pays composé de représentants des secteurs public et privé.

L'accent mis sur le partenariat sur l'ensemble du cycle de financement a aidé de nombreux pays à accroître leur capacité locale. Ces partenariats ont notamment stimulé la discussion et la collaboration entre tous les secteurs impliqués. En outre, ils ont aussi offert aux organisations non gouvernementales, aux organisations confessionnelles et aux communautés de personnes vivant avec le VIH une possibilité unique de prendre part activement aux décisions en matière de dépenses et de politique sanitaire.²⁶ Si les recommandations de la Cellule mondiale de réflexion sont intégralement mises en œuvre par les communautés des donateurs et des Nations Unies, les réfugiés et les populations déplacées devraient en bénéficier.

Le rapport de la Cellule mondiale met en avant l'appropriation nationale des plans et priorités en matière de VIH. Par conséquent, les Groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH et le SIDA dans les pays doivent produire un effort concerté en faveur de l'intégration des questions relatives aux réfugiés dans les plans et priorités des pays hôtes.

Etude de cas 5 : Le Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA (PPS) de la Banque mondiale en République démocratique du Congo

Contexte

En 2003, alors que la République démocratique du Congo était en discussion avec la Banque mondiale au sujet de son programme PPS, le HCR a évoqué la possibilité d'introduire les questions relatives aux réfugiés dans la proposition du pays. Des émissaires de la Banque mondiale et du Programme national de lutte contre le SIDA ont alors rencontré des représentants du HCR à Kinshasa pour discuter de cette proposition. Après plusieurs réunions et une mission dans un camp de réfugiés du Bas Congo, il a été décidé que le HCR serait partenaire dans ce processus et que les questions relatives aux réfugiés seraient incluses dans la proposition de la République démocratique du Congo. Le rôle tenu par le HCR dans l'élaboration de cette proposition, et sa présence dans les zones isolées où les pouvoirs publics n'assurent que des services limités, ont pesé sur la décision prise par le pays de travailler avec le HCR. D'après les estimations actuelles, entre 10% et 20% du nombre total de patients utilisant les équipements sanitaires des réfugiés appartiennent à la communauté hôte.

Mise en œuvre

Suite à l'accord donné par la République démocratique du Congo, le HCR a préparé un plan d'action relatif aux interventions et résultats en matière de VIH, qui a été soumis au Programme national de lutte contre le SIDA. Ce plan a été accepté par la Banque mondiale. Il prévoit des interventions en matière de VIH à destination des réfugiés, des personnes déplacées à l'intérieur du pays et vivant à proximité des réfugiés, et des personnes de retour de l'Angola et du Congo-Brazzaville. Les programmes spécifiques axés sur le traitement, les soins et la prévention couvrent le changement des comportements et la communication, la distribution de préservatifs et l'éducation, les précautions universelles et la sécurité transfusionnelle, le conseil et le test volontaires, les services de prévention de la transmission mère-enfant, le traitement des infections sexuellement transmissibles, le traitement des infections opportunistes, et l'introduction possible de la thérapie antirétrovirale.

Le programme PPS de la République démocratique du Congo a été approuvé par la Banque mondiale en 2004. Le HCR a démarré la mise en œuvre des activités supplémentaires liées au VIH dans une sélection de camps de réfugiés, de personnes déplacées à l'intérieur du pays et de personnes de retour chez elles. Le HCR et le Programme national de lutte contre le SIDA ont conduit des missions conjointes d'évaluation sur les sites de réfugiés à inclure dans le plan. Les autorités du pays ont convenu d'utiliser le contrat et mémorandum d'accord HCR-GLIA comme modèle pour la proposition PPS de la République démocratique du Congo.

Conclusion

La pandémie de SIDA a eu un impact mondial dévastateur et l'Afrique subsaharienne a été touchée par la maladie dans une mesure disproportionnée. Avec leurs ressources limitées, les pays de la région sont bien souvent dans l'impossibilité de fournir des services liés au VIH à leurs ressortissants, et donc encore moins aux réfugiés qu'ils abritent. Cela étant, lorsque les gouvernements sont parvenus à remplir l'obligation qui est la leur de répondre aux besoins sanitaires des réfugiés, les populations locales en ont tiré des avantages, en particulier au regard du VIH.

Pour autant, alors même que l'expérience a démontré l'extrême importance du concept de l'intégration des questions relatives aux réfugiés dans les initiatives locales, celui-ci n'est toujours pas mis en œuvre à grande échelle. Cela signifie qu'il y a lieu d'adopter des politiques et initiatives sous-régionales plus larges et plus innovantes. Les pays hôtes, les organismes humanitaires et de développement et les donateurs doivent poursuivre dans la recherche de solutions visant à prendre en compte le caractère transfrontières de l'épidémie de SIDA. Dans ce contexte, la mise sur pied d'initiatives sous-régionales telles que la GLIA s'est révélée cruciale. En effet, ces initiatives, qui dépassent les frontières nationales pour mettre sur pied des interventions en matière de services liés au VIH et des politiques transnationales, ont permis aux six pays participants de se doter des moyens voulus pour répondre aux besoins spécifiques des populations déplacées et mobiles au contact des populations locales. D'autres initiatives sous-régionales doivent être élaborées et mises en œuvre.

Cependant, ces politiques et plans sous-régionaux couvrant les besoins des réfugiés, des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et des personnes de retour chez elles ne peuvent pas être mis en œuvre sans un financement supplémentaire. Pour tenir compte des conséquences à long terme du VIH, ce financement doit aller au-delà des sources humanitaires habituelles pour intégrer une part de financement dévolue au développement. Ceci dit, les ressources mondiales restent quoi qu'il en soit bien en deçà des estimations du financement jugé nécessaire pour faire face à l'épidémie de la manière voulue.

Si on veut que les réfugiés et personnes déplacées soient assurées de bénéficier des services de base minimums en matière de VIH, des efforts supplémentaires et plus créatifs devront être faits pour accéder à toutes les ressources disponibles, en provenance des flux de financement de l'humanitaire et du développement. Pour que les réfugiés et personnes déplacées bénéficient effectivement des recommandations formulées par la Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA, tous les participants, et en particulier les institutions des Nations Unies, doivent activement défendre la cause des réfugiés et autres populations déplacées.

La présente publication a présenté les meilleures stratégies pour répondre aux besoins en matière de VIH des réfugiés et populations hôtes, et notamment les cadres dans lesquels les gouvernements, les donateurs, les organismes humanitaires et de développement sont les mieux à même d'y parvenir. Le HCR et l'ONUSIDA émettent le souhait que toutes les personnes impliquées dans la planification et la fourniture des services liés au VIH dans les pays touchés par des conflits et abritant des réfugiés envisageront de mettre en œuvre les stratégies recommandées dans le cadre de leur travail essentiel pour une lutte efficace contre l'épidémie. Ces efforts contribueront à garantir que toutes les populations, réfugiées ou locales, qu'elles soient marginalisées ou stigmatisées, recevront bien les services élémentaires de traitement, de soins et de prévention du VIH.

Annexe 1 : Intégration des réfugiés dans les activités du Plan stratégique national

Plans stratégiques nationaux sur le VIH/SIDA

| Pays | Plan 1=oui ; 2=non | Prise en compte des réfugiés dans le plan 1=oui ; 2=non | Activités spécifiques 1=oui ; 2=non | Période couverte |
|----------------------------------|-----------------------|--|--|---------------------------------------|
| Afrique du Sud | 1 | 2 | 2 | 2000-2005 |
| Algérie | 1 | 2 | 2 | 2002-2006 |
| Angola | 1 | 1 | 2 | 2003-2008 |
| Burundi | 1 | 1 | 1 | 2002-2006 |
| Cameroun | 1 | 2 | 2 | 2000-2005 |
| Congo-Brazzaville | 1 | 1 | 1 | 2003-2007 |
| Côte d'Ivoire | 1 | 1 | 2 | 2002-2004 |
| Djibouti | 1 | 2 | 2 | 2003-2007 |
| Egypte | 2 | 2 | 2 | |
| Ethiopie | 1 | 1 | 1 | 2001-2005 |
| Gabon | 1 | 1 | 1 | 2001-2005 |
| Ghana | 1 | 2 | 2 | 2001-2005 |
| Guinée | 1 | 1 | 1 | 2003-2007 |
| Jamahiriya arabe libyenne | 2 | 2 | 2 | |
| Kenya | 1 | 2 | 2 | 2000-2005 |
| Libéria | 1 | 1 | 1 | 2004-2007 |
| Namibie | 1 | 1 | 1 | 2004-2009 |
| Ouganda | 1 | 1 | 1 | 2000/1-2005/6 |
| République centrafricaine | 1 | 1 | 1 | 2002-2004 |
| République démocratique du Congo | 1 | 2 | 2 | Nouveau plan en cours de finalisation |
| République-Unie de Tanzanie | 1 | 1 | 1 | 2003-2007 |
| Rwanda | 1 | 1 | 1 | 2002-2006 |
| Sénégal | 1 | 1 | 2 | 2002-2006 |
| Sierra Leone | 1 | 1 | 2 | 2002-2006 |
| Soudan | 1 | 1 | 2 | 2003-2007 |
| Tchad | 2 | 2 | 2 | Nouveau plan en cours de finalisation |
| Togo | 1 | 2 | 2 | 2001-2005 |
| Zambie | 1 | 1 | 1 | 2002-2005 |
| | Plan | Mention des réfugiés | Mention d'activités pour les réfugiés | |
| Réponses | 28 | 24 | 25 | |
| OUI | 25 (86%) | 17 (68%) | 11 (44%) | |
| NON | 3 (14%) | 8 (32%) | 13 (56%) | |

Annexe 2 : Intégration des réfugiés dans des propositions VIH approuvées du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

Propositions approuvées du Fonds mondial

| Pays | Approuvée 1=oui ; 2=non | Cycle | Prise en compte des réfugiés dans le plan 1=oui ; 2=non | Activités spécifiques 1=oui ; 2=non |
|----------------------------------|----------------------------|---|--|--|
| Afrique du Sud | 1 | Cycles 1, 2 et 3 | 2 | 2 |
| Algérie | 1 | Cycle 3 | 2 | 2 |
| Angola | 1 | Cycle 4 | 1 | 1 |
| Burundi* | 1 | Cycle 1 | 1 | 2 |
| Cameroun** | 1 | Cycle 3 et Cycle 4 | 2 | 2 |
| Congo-Brazzaville | 2 | | 2 | 2 |
| Côte d'Ivoire | 1 | Cycle 2 et Cycle 3 (activités pour les réfugiés dans le Cycle 3) | 1 | 1 |
| Djibouti | 1 | Cycle 4 | 1 | 2 |
| Egypte | 2 | | 2 | 2 |
| Ethiopie | 1 | Cycle 2 et Cycle 4 | 2 | 2 |
| Gabon | 1 | Cycle 3 | 2 | 2 |
| Ghana* | 1 | Cycle 1 | 2 | 2 |
| Guinée | 1 | Cycle 2 | 1 | 2 |
| Jamahiriya arabe libyenne | 2 | | 2 | 2 |
| Kenya* | 1 | Cycle 1 et Cycle 2 (Cycle 1 examiné manuellement) | 2 | 2 |
| Libéria | 1 | Cycle 2 | 2 | 2 |
| Namibie | 1 | Cycle 2 | 1 | 1 |
| Ouganda | 1 | Cycles 1 et 3 (activités pour les réfugiés dans le Cycle 1) | 1 | 1 |
| République centrafricaine | 1 | Cycle 2 et Cycle 4 | 2 | 2 |
| République démocratique du Congo | 1 | Cycle 3 | 1 | 2 |
| République-Unie de Tanzanie* | 1 | Cycle 1 (scanné manuellement), Cycle 2 (Zanzibar), Cycle 3 et Cycle 4 (réfugiés inclus dans le Cycle 4) | 1 | 2 |

| | | | | |
|--------------|----------|---|----------|----------|
| Rwanda* | 1 | Cycle 1 et Cycle 3 (Cycle 1 examiné manuellement) | 2 | 2 |
| Sénégal* | 1 | Cycle 1 | 2 | 2 |
| Sierra Leone | 1 | Cycle 4 | 1 | 1 |
| Soudan* | 1 | Cycle 3 et Cycle 4 (activités pour les réfugiés dans le Cycle 3) | 1 | 1 |
| Tchad | 1 | Cycle 3 | 1 | 1 |
| Togo | 1 | Cycle 2, Cycle 4 | 2 | 2 |
| Zambie | 1 | Cycle 1, financement pour 4 groupes différents, Cycle 4 – Financement thérapie antirétrovirale (activités pour les réfugiés dans les trois propositions du Cycle 1) | 1 | 1 |
| | | | | |
| Réponses | 28 | | 25 | 25 |
| OUI | 25 (89%) | | 13 (52%) | 8 (32%) |
| NON | 3 (11%) | | 12 (48%) | 17 (68%) |

* Document examiné manuellement.

** Proposition complète non disponible sur le site web. Examen de la présentation de synthèse de la proposition.

Annexe 3 : Intégration des réfugiés dans les programmes PPS de la Banque mondiale

Programmes PPS de la Banque mondiale*

| Pays | Approuvé 1=oui ; 2=non | Prise en compte des réfugiés dans le plan 1=oui ; 2=non | Activités spécifiques 1=oui ; 2=non |
|-------------------------------------|---------------------------|--|---|
| Afrique du Sud | 2 | 2 | 2 |
| Algérie | 2 | 2 | 2 |
| Angola | 1 | 1 | 2 |
| Burundi | 1 | 1 | 1 |
| Cameroun | 1 | 2 | 2 |
| Congo-Brazzaville | 1 | 1 | 1 |
| Côte d'Ivoire | 1 | 1 | 2 |
| Djibouti | 1 | 1 | 1 |
| Egypte | 2 | 2 | 2 |
| Ethiopie | 1 | 1 | 1 |
| Gabon | 2 | 2 | 2 |
| Ghana | 1 | 2 | 2 |
| Guinée | 1 | 1 | 1 |
| Jamahiriya arabe libyenne | 2 | 2 | 2 |
| Kenya | 1 | 1 | 2 |
| Libéria | 2 | 2 | 2 |
| Namibie | 2 | 2 | 2 |
| Ouganda | 1 | 2 | 2 |
| République centrafricaine | 1 | 2 | 2 |
| République démocratique du Congo | 1 | 1 | 1 |
| République-Unie de Tanzanie | 1 | 2 | 2 |
| Rwanda | 1 | 1 | 1 |
| Sénégal | 1 | 1 | 1 |
| Sierra Leone | 1 | 1 | 1 |
| Soudan | 2 | 2 | 2 |
| Tchad | 2 | 2 | 2 |
| Togo** | 1 | 1 | 2 |
| Zambie | 1 | 1 | 2 |
| | | | |
| Réponses | 28 | 19 | 19 |
| OUI | 19 (68%) | 14 (74%) | 9 (47%) |
| NON | 9 (32%) | 5 (26%) | 10 (53%) |

* Sur la base des documents d'évaluation des projets PPS.

** Examen du document d'information sur le projet.

Références

1. Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), Genève, 2004.
2. Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, Situations de réfugiés prolongées, 30^e réunion du Comité permanent, EC/54/SC/CRP.14. Genève, 10 juin 2004.
3. Van Damme W., De Brouwere V., Boelaert M. *et al.* Effects of a refugee-assistance programme on host populations in Guinea as measured by obstetric interventions. *Lancet*, 1998 ; 351:1609-13.
4. Hankins C. A., Friedman S. R., Zafar T. et Strathdee S. A. Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: implications for current and future armed conflicts. *Aids*, 2002, 16(17):2245-52.
5. Mock N. B., Duale S., Brown L. F. *et al.* Conflict and HIV: A framework for risk assessment to prevent HIV in conflict-affected settings in Africa. *Emerging Themes Epidemiology*, 2004, 1(1):6.
6. Spiegel P. B. HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action. *Disasters*, 2004, 28(3):322-39.
7. « Les réfugiés sont souvent les laissés pour compte de la lutte contre le SIDA ». Lubbers R. HCR, 28 novembre 2003.
8. Bruns L., Spiegel P. B. Assessment of HIV/AIDS programmes among refugees in South Africa, Namibia and Zambia. Pretoria, Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, 2003.
9. Spiegel P.B. Forgotten refugees and other displaced populations. *Lancet*, 2003 ; 362(3): 72-74.
10. Salama P., Spiegel P. B., Brennan R. No less vulnerable: the internally displaced in humanitarian emergencies. *Lancet*, 2001; 357:1430-1.
11. Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Genève, Nations Unies et ONUSIDA, 2001.
12. Comité permanent inter-agences (IASC). Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence. Genève. Groupe d'étude du comité permanent, 2003.
13. Spiegel P. B., De Jong E. HIV/AIDS and Refugees/Returnees: Mission to Angola. Luanda. Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, 2003.
14. Les Trois principes directeurs : Coordination des ripostes nationales au VIH/SIDA, principes directeurs à l'intention des autorités nationales et de leurs partenaires. ONUSIDA.
15. Zambia Initiative Launched, Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, 2005.
16. The Zambia Initiative: In pursuit of sustainable solutions for refugees in Zambia, Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, 2005.
17. Lawrie N. et Van Damme W. The importance of refugee-host relations: Guinea 1990-2003. *Lancet*, 2003 ; 362:575.
18. HIV Prevention in the Era of Expanded Treatment Access (<http://www.kff.org/hiv/aids/loader.cfm?url=/commonpost/security/getfile.cfm&PageID=36967>), 2005.
19. The Second Multi-Country HIV/AIDS Program for Africa (MAP2), Banque mondiale, 2005.

20. Great Lakes Initiative on HIV/AIDS (GLIA) Support Project. Bank W. Project Information Document. Banque mondiale, 2005.
21. Le point sur l'épidémie de SIDA. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)/Organisation mondiale de la Santé, 2004.
22. Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au SIDA. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 2005.
23. Griekspoor A., Spiegel P., Aldis W. et Harvey P. The health sector gap in the southern Africa crisis in 2002/2003. *Disasters*, 2004 ; 28(4):388-404.
24. Harvey P. HIV/AIDS and humanitarian action. *Food Nutrition Bulletin*, 2004 ; 25(3):283-7.
25. Accélérer l'action contre le SIDA en Afrique. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 2003.
26. Une force pour le changement. Le Fonds mondial en 30 mois. Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, 2005.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de dix organismes des Nations Unies : le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA, en tant que programme coparrainé, rassemble les ripostes à l'épidémie de ses dix organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, monde des affaires, scientifiques et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à travers les frontières.

COLLECTION MEILLEURES PRATIQUES DE L'ONUSIDA

La Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA

- est une série de matériels d'information de l'ONUSIDA qui encouragent l'apprentissage, partagent l'expérience et responsabilisent les gens et les partenaires (personnes vivant avec le VIH/SIDA, communautés affectées, société civile, gouvernements, secteur privé et organisations internationales) engagés dans une riposte élargie à l'épidémie de VIH/SIDA et son impact ;
- donne la parole à celles et ceux dont le travail est de combattre l'épidémie et d'en alléger les effets ;
- fournit des informations sur ce qui a marché dans des contextes spécifiques, pouvant être utiles à d'autres personnes confrontées à des défis similaires ;
- comble un vide dans d'importants domaines politiques et programmatiques en fournissant des directives techniques et stratégiques, ainsi que les connaissances les plus récentes sur la prévention, les soins et l'atténuation de l'impact dans de multiples contextes ;
- vise à stimuler de nouvelles initiatives aux fins de l'élargissement de la riposte à l'épidémie de VIH/SIDA au niveau des pays ; et
- représente un effort interinstitutions de l'ONUSIDA en partenariat avec d'autres organisations et parties prenantes.

Si vous désirez en savoir plus sur la Collection Meilleures Pratiques et les autres publications de l'ONUSIDA, rendez-vous sur le site www.unaids.org. Les lecteurs sont encouragés à envoyer leurs commentaires et suggestions au Secrétariat de l'ONUSIDA, à l'attention de l'Administrateur chargé des Meilleures Pratiques, ONUSIDA, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse.

Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes

Le HCR et l'ONUSIDA se proposent d'apporter un soutien aux responsables politiques et de les informer sur les questions liées au VIH auxquelles sont confrontés les réfugiés, les personnes relevant de la compétence du HCR et les populations des pays hôtes. Bien que cette étude se concentre sur l'Afrique subsaharienne, les concepts présentés sont également applicables aux situations des réfugiés en dehors de cette région. Cette étude donne une présentation générale des différentes transitions que traversent les réfugiés – le cycle de déplacement –, des droits des réfugiés, notamment l'obligation incombant aux pays d'asile de garantir aux réfugiés un accès équitable et non discriminatoire aux services existants en matière de VIH, et des Meilleures Pratiques pour appuyer et améliorer la fourniture des services liés au VIH aux réfugiés et populations hôtes avoisinantes, par l'intégration des réfugiés, les initiatives sous-régionales et la combinaison des flux de financement.

Dans une situation de conflit et de déplacement forcé, il est plus efficace du point de vue de la santé publique de prendre en considération les besoins en matière de VIH des populations touchées (réfugiés, personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et communautés hôtes) d'une façon intégrée et holistique, et de préférence sous les auspices de la stratégie nationale pour l'aide. Cette approche garantit non seulement que les réfugiés obtiennent bien l'aide dont ils ont besoin au regard du VIH, mais aussi que les populations avoisinantes n'ont pas à souffrir des déplacements autour d'elles.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA
HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE