



LE VIH/SIDA PARMIS LES POPULATIONS VICTIMES DE CONFLITS ET DE DEPLACEMENT

Disasters 2004, 28 (3) : 322-339

Paul B. Spiegel, Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

Conflit, déplacement, insécurité alimentaire et pauvreté rendent les populations affectées plus vulnérables à la transmission du VIH. Toutefois, l'hypothèse la plus commune qui veut que nécessairement la vulnérabilité se traduise par plus d'infections et par conséquent alimente l'épidémie de VIH/SIDA, n'est étayée par aucune donnée vérifiée. Que les conflits et les déplacements influent sur la transmission du SIDA ou non dépend de nombreux facteurs concurrents et interactifs. Cet article explore et explique l'épidémiologie du VIH/SIDA dans les conflits et présente les uniques caractéristiques qui doivent être mises en place lors de la planification et de la réalisation des interventions VIH/SIDA parmi les populations victimes de conflits, en comparaison avec celles vivant dans un environnement pauvre en ressource. Cela concerne également les groupes à risques, la protection, la programmation de stratégies, la coordination et l'intégration ainsi que le contrôle et l'évaluation. Les régions pour les prochaines recherches opérationnelles sur le VIH/SIDA sont actuellement en discussion.

Introduction

Conflit, déplacement, insécurité alimentaire et pauvreté ont le potentiel de rendre les populations victimes encore plus vulnérables à la transmission du VIH. La Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA a voté une Déclaration d'Engagement sur le VIH/SIDA en juin 2001, faisant état « des populations déstabilisées par un conflit armé.... Y compris les réfugiés, les personnes déplacées en interne et en particulier les femmes et les enfants, présentent un risque plus important d'être exposées à l'infection du VIH » (Assemblée

Générale des Nations Unies, 2001). Toutefois, l'hypothèse la plus couramment retenue, qui implique que la vulnérabilité se traduise nécessairement par un plus grand nombre d'infections VIH et par conséquent alimente l'épidémie de VIH/SIDA, ne repose sur aucune donnée vérifiée. Que les conflits et les déplacements influent ou non sur la transmission du SIDA dépend de nombreux facteurs concurrents et interactifs.

Depuis la fin de la Guerre Froide, la nature des conflits armés, définis comme des affrontements armés entre 2 ou plusieurs groupes organisés se

disputant le pouvoir sur le gouvernement ou un territoire avec une continuité entre les crises et des affrontements, a changé de l'inter-état à l'intra-état. Des quelques 118 conflits armés dans plus de 80 états ont eu lieu à travers le monde de 1990 à 1999, 10 (soit 9 %) pourraient être qualifiés de conflits entre Etats alors que 100 (85%) étaient ou sont exclusivement des conflits internes. La guerre en République démocratique du Congo (RDC) fut le seul conflit armé impliquant plusieurs Etats dans les années 90. L'augmentation des conflits armés internes présente de nouveaux défis à la communauté internationale tels que les problèmes de souveraineté qui limitent l'accès aux populations victimes (par exemple Darfour, Tchétchénie).

Des centaines de millions de personnes dans le monde sont régulièrement victimes de conflits armés, soit directement, soit indirectement. Les conflits poussent sur les routes de l'exil des personnes obligées de trouver refuge soit ailleurs dans leur propre pays, ce qui en fait des déplacés internes, soit de l'autre côté des frontières internationales, ce qui en fait des réfugiés. Depuis la fin de 2002, on estime à environ 40 millions le nombre de personnes déplacées internes à travers le monde : 15 millions de réfugiés et 25 millions de déplacés internes. Beaucoup d'autres encore sont affectées par les conséquences dévastatrices des conflits tout en demeurant chez eux ; leur nombre est inconnu.

L'Afrique sub-saharienne est affectée de façon disproportionnée par l'épidémie de VIH/SIDA, la pauvreté et les conflits armés. L'épidémiologie du VIH/SIDA pendant les conflits est compliquée, mais les conflits associés à plusieurs autres facteurs rendent les populations victimes beaucoup plus

vulnérables à la transmission du VIH, comme le montre le graphique ci dessous. De plus, le VIH/SIDA peut réduire les taux de reproductions et de résistance des populations affectées par les conflits. Bien que les populations victimes des conflits n'aient pas nécessairement de forts taux de prévalence VIH/SIDA, elles doivent être incluses dans tous les efforts faits pour combattre l'épidémie. Les populations forcées à se déplacer ont des interactions complexes avec différentes communautés et groupes à haut-risque avec lesquels elles entrent en contact. (voir schéma 1)

Epidémiologie du VIH/SIDA et conflits

La relation complexe entre le VIH/SIDA et les conflits n'est pas encore très bien connue. Beaucoup de publications récentes ont directement associé les conflits avec une augmentation de la transmission du VIH/SIDA. Un article signalait notamment que les femmes ont 6 fois plus de risque de contracter le VIH dans un camp de réfugiés qu'au sein de la population à l'extérieur du camp. Cependant, lorsque l'on examine les données fiables, on s'aperçoit que l'image n'est ni aussi simple ni aussi uniforme. Il doit être reconnu que la collecte d'informations pendant et après un conflit est difficile et sujette aux opinions préconçues. Par conséquent, les analyses et l'interprétation de ces données doivent être faites avec de grandes précautions et les opinions préconçues clairement énoncées.

Les facteurs qui augmentent la vulnérabilité des populations victimes de conflits et déplacées de force sont bien

documentés. Cela inclut la perte de structures sociales, l'absence de revenus et du minimum nécessaire, les abus et la violence sexuels, l'augmentation de l'usage de drogue et l'absence de structures de santé et d'éducation. Toutefois, les facteurs qui peuvent réduire la transmission du VIH/SIDA dans de telles situations sont rarement pris en considération. Cela inclut notamment la mobilité et l'accessibilité réduites (par exemple : les infrastructures détruites réduisent les voyages dans des zones urbaines à taux de prévalence élevés, les déplacements vers des endroits isolés et la survie dans la brousse) et dans le cas de nombreux camps de réfugiés, l'amélioration de la protection, de la santé, de l'éducation et des services sociaux. L'influence ultime de ces facteurs dépend de la prévalence du VIH avant le conflit parmi la communauté victime, la prévalence du VIH parmi les communautés alentour pour ceux qui ont été déplacés, l'exposition à la violence pendant le conflit et la fuite et l'importance des contacts entre les deux communautés. Ce qui complique encore ces facteurs, c'est la durée du conflit et du temps que la population déplacée va résider dans un camp en particulier (voir schéma 2). La durée peut isoler et couper de tout contact les populations pendant des années, et le temps passé dans un camp, selon sa localisation, pourrait avoir le même résultat. En outre, les camps de réfugiés de long terme, installés après la phase d'urgence, ont généralement de meilleurs services de santé préventive et de soins que les populations locales environnantes.

Une analyse de données fiables a permis de décrire différents scénarii possibles dans lesquels la relation entre le VIH/SIDA et le conflit présente

différentes combinaisons épidémiologiques.

Un conflit prolongé retarde la progression du SIDA

Les études concernant la surveillance comportementale et biologique des populations infectées par le VIH, menées par le Centre américain de contrôle et de prévention des maladies ont montré des taux de prévalence VIH plus bas que prévus en Sierra Leone en 2002 (0,9% dans les zones accessibles qui couvrent 79% de la population adulte) et dans le sud du Soudan en 2003 (2,3% parmi la population féminine enceinte vue dans les cliniques prénatales tant dans la ville de Yei que dans les villages alentours représentant une population d'environ 100 000 personnes et dans la ville de Rumbek avec approximativement 25 000 personnes) (voir schéma 3). Ces taux de prévalence VIH sont plus bas que ceux enregistrés dans tous les pays voisins, dont beaucoup ne connaissent pas de conflit. Avant ces études, aussi bien la Sierra Leone que le Sud Soudan étaient pris dans des conflits qui duraient depuis de longues années. Certaines parties de la population se sont trouvées isolées pendant de longues périodes pendant lesquelles l'accessibilité et la mobilité étaient extrêmement réduites. Des taux de prévalence VIH bas en comparaison aux pays limitrophes ont également été relevés tels qu'en l'Angola, un autre pays qui a enduré des décennies de guerre civile.

Bien que de nombreuses violences sexuelles aient été rapportées pendant ces 3 guerres, et particulièrement en Sierra Leone, les taux relativement bas de prévalence VIH parmi les populations dans la période du

pré-conflit et probablement parmi les paramilitaires, ne sont pas des éléments suffisants pour accélérer l'infection VIH dans la population. Malgré l'augmentation du risque de transmission VIH à cause des viols, comparé à des rapports librement consentis, les auteurs de ces agressions doivent être eux-mêmes positifs au virus VIH pour le transmettre ; il est donc vraisemblable que le risque soit réduit dans une population à faible prévalence. En outre, le nombre de personnes violées qui deviennent positives au VIH doit être comparé au nombre total de la population du pays afin d'évaluer l'influence de ces actes horribles sur la fréquence et la prévalence VIH globale.

Les conflits augmentent la progression du VIH

Au contraire de la Sierra Leone, du Sud Soudan et de l'Angola, des augmentations de l'infection au VIH ont été enregistrées parmi la population dans l'est de la RDC (la prévalence VIH est estimée entre 15 et 24%), attribuées en tout premier lieu à de très nombreuses violences sexuelles commises par les groupes paramilitaires ainsi que les militaires étrangers (originaires par exemple du Rwanda, d'Ouganda et du Zimbabwe) et à la destruction des services de santé. Toutefois, de nombreux rapports sont anecdotiques et de nouvelles études sont nécessaires pour confirmer ces résultats et évaluer ces tendances. Dans un autre scénario, si l'instabilité latente en Côte d'Ivoire venait à exploser et qu'une importante crise de réfugiés s'ensuive, les taux d'infection VIH pourraient augmenter dans les pays voisins. La Côte d'Ivoire a connu la stabilité et une relative prospérité en Afrique de l'Ouest pendant

des décennies. Peut-être à cause de ces facteurs, elle a aussi une prévalence VIH plus élevée que dans les pays avoisinants (Ghana, Mali, Burkina Faso et Guinée ; la prévalence VIH au Libéria n'est pas connue). (voir schéma 4)

Le VIH dans les camps de réfugiés

Une mauvaise appréciation généralisée est que les réfugiés transportent le VIH avec eux dans les pays d'accueil et dispersent ainsi l'infection dans les populations d'accueil voisines ; ce n'est souvent pas le cas ; globalement les réfugiés migrent depuis des pays en guerre avec des prévalences VIH basses vers des pays d'accueil plus stables avec des forts taux de prévalence (Schéma 5). Toutefois, comme nous l'avons vu dans les deux scénarii évoqués ci-dessus, cela est lié à chaque contexte et chaque situation doit donc être analysée indépendamment et les conclusions tirées en conséquence.

Depuis 2002, l'UNHCR et ses partenaires ont élaboré une surveillance de veille VIH parmi les femmes enceintes dans plus de 20 camps abritant quelque 800,000 réfugiés au Kenya, Rwanda, Soudan et Tanzanie. Les réfugiés dans trois de ces quatre pays étudiés (Kenya, Rwanda et Tanzanie) avaient des taux de prévalence VIH plus bas que dans les pays d'accueil environnants, par contre au Soudan les populations déplacées et les populations d'accueil ont des taux comparables. De plus, il est important de reconnaître les différences entre les taux de prévalence VIH chez les réfugiés et ceux qui dans leur pays d'origine, comme le montre le schéma 6, spécialement quand il y a contact entre les deux communautés ou lors d'un rapatriement. Dans tous les cas,

suivre l'évolution de la prévalence VIH parmi les réfugiés et les communautés d'accueil environnantes est essentiel pour vérifier l'efficacité à long terme des programmes VIH/SIDA.

La situation unique des réfugiés

La déclaration de la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA proclame les points suivants :

« Toutes les agences des Nations Unies, les organisations régionales et internationales, ainsi que les organisations non-gouvernementales (ONG) impliquées dans la fourniture et la délivrance d'une assistance internationale aux pays et aux régions affectés par les conflits ... d'inclure dans leurs plans et programmes d'urgence, la prévention, le traitement et l'information sur le VIH/SIDA. »

Les pays d'asile sont responsables de la protection et du bien-être des personnes qui vivent sur leur sol, y compris les réfugiés. Toutefois, les réfugiés ont été systématiquement exclus de Plans Stratégiques Nationaux VIH/SIDA de nombreux pays d'accueil et leurs besoins n'ont pas été pris en compte dans les propositions soumises aux principaux donateurs. Cette exclusion constante n'est pas seulement discriminatoire, mais elle mine également les efforts de prévention et de traitement du VIH/SIDA alors que les réfugiés et les populations locales ont des contacts quotidiens. De plus, les réfugiés sont souvent accueillis dans des zones isolées et difficiles d'accès, loin des villes où les programmes du VIH/SIDA sont les plus développés. Améliorer les interventions sur le VIH/SIDA de façon globale pour les réfugiés et les populations d'accueil

environnantes améliorera sans aucun doute les services pour les deux communautés.

Dans les 29 pays d'Afrique qui accueillent plus de 10,000 réfugiés, l'UNHCR a pu revoir 22 Plans Stratégiques Nationaux (76%). Alors que 14 d'entre eux (64%) mentionnent les réfugiés, 8 n'en font pas état. Pour ceux qui font mention des réfugiés, 10 Plans Stratégiques Nationaux précisent des actions spécifiques pour les réfugiés, tandis que 4 Plans ne les mentionnent pas. Le Fonds Global pour le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme et les programmes VIH/SIDA multilatéraux de la Banque Mondiale ont financé des projets VIH/SIDA dans 25 de ces 29 pays qui accueillent plus de 10,000 réfugiés. Seule une minorité de ces propositions prend en compte les réfugiés ; dans 23 pays où des propositions retenues par le Fonds Global comprennent une composante VIH, seulement 5 pays ont inclus des activités spécifiques pour les réfugiés alors que 8 des 15 projets approuvés par la Banque Mondiale contenaient une composante particulière pour les réfugiés.

La situation pour les réfugiés qui ne vivent pas dans les camps (par exemple, les réfugiés urbains) ainsi que pour les personnes déplacées est mal connue mais est certainement pire que celles des réfugiés vivant dans les camps. Les réfugiés urbains ne sont souvent pas documentés, ne reçoivent pas de support matériel directement de l'UNHCR et ne peuvent compter que sur les dispositifs existants des gouvernements d'accueil qui peuvent traiter les réfugiés de manière discriminatoire. Les personnes déplacées internes sont souvent exclues des programmes VIH/SIDA des

gouvernements et ne bénéficient pas, au même titre que les réfugiés, d'une agence spécialisée telle que le UNHCR pour prendre leur défense et les faire bénéficier de programmes qui répondent à leur besoin.

Ces questions doivent être abordées au moment de la conception et de la mise en œuvre du programme VIH/SIDA tant parmi les populations victimes de conflits, que parmi les populations *installées dans un environnement pauvre en ressources*. Les questions incluent les groupes à risque, les besoins de protection, les stratégies des programmes ; la coordination et l'intégration ; et la surveillance, l'évaluation et les besoins pour de futures recherches opérationnelles sur le VIH/SIDA pendant les conflits.

Groupes à risque

Les femmes

Lors des conflits et des déplacements, les femmes ont des risques accrus d'être victime de violence et d'abus sexuels. L'insécurité alimentaire, la faim et la distribution inégale des biens matériels mettent les femmes et les jeunes filles en danger d'être exploitées et abusées, y compris d'être contraintes à des transactions sexuelles pour survivre. Le déplacement peut entraîner la dispersion des familles et des communautés, détruisant les structures communautaires et les systèmes de soutien qui servent traditionnellement à protéger les femmes et les enfants. Cet effondrement des communautés peut aussi conduire les femmes et les hommes à s'engager dans des comportements sexuels à risque. Comme les hommes de la famille sont

souvent enrôlés dans le conflit, les femmes déplacées se retrouvent soudainement à la tête de la famille, responsables de la survie de leurs familles, en plus de s'occuper de leurs enfants. Les interventions VIH/SIDA destinées à protéger, à former, et à éduquer les femmes sont essentielles.

Les enfants

Dans les zones où la prévalence du SIDA est très élevée et dans les zones de conflits, la vulnérabilité des enfants augmente, de même que le nombre d'enfants orphelins. Les efforts en amont pour identifier les enfants vulnérables, initier la recherche des familles et mettre en œuvre les programmes basés sur la communauté, qui fournissent soins et soutien aux orphelins et autres enfants vulnérables doivent être encouragés. Les opportunités d'éducation pouvant être limitées dans les situations de conflit, les messages fondamentaux de prévention VIH destinés aux enfants doivent représenter une intervention prioritaire. Les enfants déplacés, particulièrement les orphelins et les enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA ont de plus grands risques d'être victime de différents types d'abus et d'exploitation et peuvent être contraints à des transactions sexuelles pour survivre. De plus, l'utilisation abusive des enfants comme soldats et les actions extrêmes qu'ils sont amenés à commettre placent ce groupe en danger accru de contracter le VIH/SIDA.

Le personnel armé

La présence de personnel armé peut être un facteur-risque significatif dans la transmission des maladies sexuellement transmissibles (MST), y

compris le VIH, parmi les populations victimes de conflit et les personnes déplacées. La prévalence du taux de VIH parmi le personnel militaire de certains pays a été estimée de deux à cinq fois plus importante que parmi leurs populations civiles respectives. De plus, la plupart des conflits intra-étatiques ont généré des armées irrégulières indisciplinées et des milices. Pour finir, il existe un risque lié aux soldats de la paix onusiens qui viennent de pays où la prévalence du VIH est élevée. Sachant qu'ils sont au contact des populations civiles, qu'ils ont de l'argent et du pouvoir, ils peuvent transmettre le VIH aux personnes victimes de conflits et déplacées. Le risque de contracter le virus augmente pour les soldats de la paix qui viennent de pays où le taux de prévalence VIH/SIDA est faible. Aussi, la prévention VIH/SIDA doit être une composante importante de la formation parmi les militaires, dans les programmes de démilitarisation et des soldats de la paix.

Les travailleurs humanitaires

Le personnel humanitaire travaillant dans des situations de conflits se retrouve souvent isolé, dans un environnement instable et hostile. Il peut être exposé de manière très risquée au virus du VIH lorsqu'il dispense des soins mais il est également plus exposé aujourd'hui au risque de subir des violences sexuelles. Il peut prendre des risques sexuels qu'en temps normal il éviterait. De plus, les travailleurs humanitaires sont placés dans une position de force par rapport aux réfugiés et des abus sexuels commis par les humanitaires eux-mêmes se sont déjà produits. Le personnel humanitaire doit suivre une formation au code de

conduite et le respecter ainsi que la charte de l'humanitaire. De même qu'avec les soldats de la paix, et les autres forces militaires, une éducation adéquate et une formation doivent être prodiguées à ce groupe avant leur mission, des activités de conseil et des préservatifs doivent être disponibles durant tout le temps de leur présence sur le terrain. Les précautions universelles et l'élimination d'une manière sûre du matériel médical utilisé doivent être scrupuleusement respectées.

Protection

Le lien entre la protection des droits de l'Homme et l'efficacité des programmes VIH/SIDA est évident. Les gens ne cherchent pas de conseil, de dépistage, ni de traitement ni de soin lorsqu'il y a un manque total de confidentialité, quand il y a discrimination, empêchement d'accéder aux procédures d'asile, menaces de refoulement, restrictions aux libertés de déplacement ou lorsque existent d'autres implications négatives. Pour toutes ces raisons, une composante essentielle de toute stratégie de lutte contre le VIH/SIDA est de faciliter et créer un environnement juridique et éthique qui prend en compte les droits de l'Homme. Les situations de conflit et de déplacement de personnes sont souvent plus porteuses de violations des droits de l'Homme, y compris des violences sexuelles. Aussi, des politiques et des programmes spécifiques de protection prenant en compte le VIH/SIDA doivent être mises en place dans les zones affectées par les conflits où les droits de l'Homme sont souvent violés. Sept questions essentielles de protection doivent être incluses :

- Pas d'interdiction d'accès aux procédures d'asile, pas de refoulement ou d'interdiction de droit au retour sur la base de la situation VIH de la personne.
- Pas de test VIH obligatoire sur les personnes déplacées quelques soient les circonstances.
- Quand le test du VIH est exigé par les pays dans lesquels les réfugiés ont été réinstallés, les tests VIH doivent être effectués selon les standards établis (information pré et post test et soutien et services appropriés pour assurer le suivi).
- Mise en place de procédures efficaces pour maintenir la confidentialité de la situation des personnes face au VIH.
- Obtenir le consentement éclairé des personnes pour lever la confidentialité sur leur statut face au VIH, si cette révélation est nécessaire pour bénéficier de services sociaux et de protection.
- Mise en place de politiques, lois et programmes pour combattre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA.
- Aucune loi ou règle ne doit interdire l'accès aux programmes publics de lutte contre le VIH/SIDA pour les personnes déplacées.

Programmes VIH/SIDA

Par le passé, les interventions VIH/SIDA n'étaient généralement pas incluses dans les réponses d'urgence des organisations humanitaires. De telles interventions étaient considérées comme relevant des questions de développement et de santé et non pas comme une maladie mortelle telle que le choléra et le paludisme.

Toutefois, la réflexion a évolué et il est maintenant généralement accepté que les interventions VIH/SIDA doivent être multisectorielles, doivent commencer dès le déclenchement du conflit ou des opérations d'urgence et doivent se poursuivre à travers les différentes phases. Le groupe VIH/SIDA du Comité Permanent Inter-organisations dans les situations d'urgence a récemment complété les lignes directrices qui fournit une approche par étapes pour la mise en place des interventions VIH/SIDA. Ces lignes directrices incluent la réponse à apporter dans une série de domaines, y compris sur la communication sur les changements comportementaux et le VIH/SIDA sur le lieu de travail pour : premièrement, la préparation à l'urgence, deuxièmement : une réponse minimum, et troisièmement : une réponse globale. Une réponse multisectorielle insistant sur l'amélioration de la coordination a été adoptée. En 2004, le Projet Sphère, qui inclut une charte humanitaire et des standards minimum dans les situations de catastrophe, a révisé son manuel pour inclure le VIH/SIDA en tant que question transversale.

Une approche structurée pour l'évaluation et la planification des programmes VIH/SIDA est nécessaire pour s'assurer qu'une bonne programmation multisectorielle et intégrée des interventions VIH/SIDA soit mise en place de la façon appropriée. Les principes directeurs du Comité Permanent Inter-organisations exposés ci-dessus sont l'une de ces approches structurées. L'UNHCR a développé un schéma d'évaluation et de planification pour le VIH/SIDA dans les situations de conflits et de déplacement de personnes. Comme les lignes directrices du Comité Permanent Inter-

organisations, le schéma de l'UNHCR s'assure que les interventions VIH/SIDA les plus importantes soient évaluées et permettent ainsi une évaluation globale des programmes sur la durée ainsi qu'une comparaison à travers différents programmes. Ce schéma a été utilisé par l'UNHCR pour évaluer et planifier les missions VIH/SIDA dans plus de 15 pays d'Afrique.

Comme établi par les lignes directrices du Comité Permanent Inter-organisations, des interventions essentielles minimales VIH/SIDA doivent être menées avant que ne soient mises en place des activités globales. Cette approche ciblée et hiérarchisée est essentielle pour faire face aux contraintes de sécurité et de ressources, et d'isolement de la plupart des situations de conflit ou de déplacement de personnes. Les services essentiels (par exemple, cette liste n'étant pas exhaustive, inclure mais ne pas se limiter à la fourniture de réserves de sang sain, des précautions universelles, le traitement des maladies sexuellement transmissibles, la distribution de préservatifs et des matériels d'information-éducation-communication) doivent être disponibles avant que toutes interventions plus complexes et nécessitant plus de ressources, telles que la prévention de la transmission mère-enfant ou les thérapies rétrovirales de long terme soient fournies.

Toutefois, des programmes globaux faisant le lien entre la prévention du VIH/SIDA et les programmes de soin et traitements sont essentiels pour combattre l'épidémie et les populations affectées par les conflits ou les déplacements forcés ne doivent pas être exclues de ces approches, dès que les activités minimums sont mises

en oeuvre. Des interventions portant sur les tests et demande de conseil volontaires, la prévention de la transmission mère-enfant, la surveillance comportementale, les études sur la population et les thérapies rétrovirales de long terme ont été mises en place parmi les populations réfugiées au cours des années passées.

La question des thérapies rétrovirales de long terme est plus complexe dans le contexte des opérations humanitaires que dans les situations ordinaires de manque de ressources, à cause des migrations et des difficultés qui en découlent pour l'accès et le suivi. Bien qu'il y ait des similitudes dans le traitement de la tuberculose dans de telles situations, tel que le besoin d'environnement stable et sécurisé, une population restant sur place pendant au moins 6 mois et des fonds suffisants, il y a aussi des différences importantes pour la mise en place des thérapies rétrovirales de long terme. Cela inclut des diagnostics et un suivi plus compliqués, un traitement à vie et des fonds beaucoup plus importants. Dans les situations de rapatriement, il est recommandé aux personnes sous traitement antituberculeux et leurs familles d'achever le traitement avant de rentrer chez eux. Cela n'est pas applicable pour le VIH/SIDA qui nécessite un traitement à vie avec de nombreux problèmes qui peuvent apparaître, y compris la possibilité d'une résistance aux médicaments, si des réfugiés qui suivent des thérapies rétrovirales sont rapatriés dans des zones où de tels traitements n'existent pas. Des projets pilotes sont nécessaires pour examiner les modalités de distribution des traitements et autres facteurs logistiques, laboratoires, conformité, surveillance, effets secondaires et

résistance. Une infrastructure au niveau communautaire, adaptée à la situation spécifique doit être mise en place lorsque sont fournies des thérapies rétrovirales long terme.

Mettre en place des programmes VIH/SIDA pour les réfugiés présente des défis importants. Le Plan Stratégique de l'UNHCR 2002-2004 VIH/SIDA et réfugiés précise : « ... l'UNHCR doit travailler avec les gouvernements à travers leurs programmes nationaux de contrôle du SIDA ». Avec ses partenaires sur le terrain, l'UNHCR suit les protocoles nationaux existants et les lignes directrices de chaque pays d'accueil. Toutefois, de temps en temps, de tels protocoles et lignes directrices n'existent pas, sont dépassées ou ne sont pas appliquées dans les zones isolées dans lesquelles sont souvent installés les réfugiés et les personnes déplacées. Différentes langues et cultures nécessitent une modification du matériel pédagogique et d'autres interventions au plus près de populations mélangées par des situations de conflit. L'interaction entre les personnes déplacées et les populations environnantes nécessite une forte coordination et coopération entre les gouvernements d'accueil, les organisations internationales et locales et les communautés elles-mêmes.

L'ensemble de la communauté doit adopter une approche plus large et innovante pour lutter contre l'épidémie de VIH/SIDA au-delà des frontières. Les récents conflits en Côte d'Ivoire, Libéria et RDC, par exemple, ont vu des groupes militaires armés, des réfugiés et de migrants économiques traversant plusieurs frontières en Afrique de l'Ouest et Centrale. Les Plans individuels nationaux ne sont pas suffisants, des approches sub-régionales doivent être mises en oeuvre dans les

situations de conflit et de déplacement de personnes pour combattre efficacement l'épidémie. Plusieurs initiatives sub-régionales, telles que celle des Grands lacs et de l'Union de la Mano River sur le VIH/SIDA existent déjà, mais ont besoin de plus de soutien international et de coopération gouvernementale. Le rapatriement en cours des réfugiés angolais depuis plusieurs pays, notamment de Namibie, Zambie et RDC vers l'Angola a montré l'importance de programmes sub-régionaux.

Coordination et intégration

La coordination et l'intégration sont des composantes clés dans toutes les stratégies, politiques et programmes VIH/SIDA. Elles sont essentielles pour lutter contre le VIH/SIDA dans les cas de conflit ou de déplacement pour répondre aux besoins multisectoriels et transfrontaliers. Dans de telles situations, de nombreux groupes disparates doivent œuvrer ensemble pour améliorer leur communication et leur coordination et intégrer leurs activités. Cela doit avoir lieu à tous les niveaux : au niveau international (par exemple, le Plan Stratégique des Nations Unies pour le VIH/SIDA), au niveau régional et sub-régional (les équipes inter-pays de l'ONUSIDA), au niveau national (groupes de travail sur le VIH/SIDA et les programmes nationaux de contrôle) et au niveau du terrain (les comités multisectoriels qui incluent les fournisseurs de service, les leaders politiques et religieux, les représentantes des groupes de femmes, les étudiants, la jeunesse, les professeurs, les représentants des ONG et les représentants des communautés d'accueil).

Le développement de stratégies coordonnées et intégrées du VIH/SIDA pourraient connaître un nouvel essor conséquent si les gouvernements donateurs autorisaient une utilisation plus flexible de leurs fonds pour fournir des services autant aux personnes déplacées qu'aux communautés locales d'accueil tant à travers les organisations humanitaires que de développement. Cela se fait actuellement en Ouganda où une stratégie autonome inclut la mise en place de nombreuses activités VIH/SIDA, notamment CDV, pour les réfugiés et les populations locales.

Evaluation, contrôle et recherche critique et opérationnelle

Malgré les difficultés, l'évaluation, le contrôle ainsi que la recherche opérationnelle dans les situations de conflit et de déplacement de populations sont impératifs. Un travail récent de l'UNHCR, Save The Children, l'International Rescue Committee et les Centres de Prévention et Contrôle des Maladies, parmi d'autres organisations, démontre qu'il est possible de mener à bien des études fiables de surveillance du VIH, sur les populations affectées par le VIH et sur la surveillance comportementale face au VIH dans les situations de conflit et de déplacement des populations. Bien qu'une expertise technique extérieure soit nécessaire pour de nombreuses organisations qui entreprennent ce type d'activités, les surveillances comportementales et sérologiques leur ont permis de définir les priorités et les cibles de leurs programmes, de fournir des données de référence et des tendances pour évaluer leur efficacité et servent également d'outil de communication sur le sujet. Finalement,

de telles études nous ont permis de mieux comprendre les interactions complexes entre conflit, déplacement et transmission du VIH qui nous permettra *in fine* de combattre l'épidémie plus efficacement.

Récemment, l'UNHCR, le Programme alimentaire mondial et l'UNICEF ont mis en place un projet opérationnel commun de recherche VIH/SIDA, alimentation et nutrition en Zambie et Ouganda pour explorer les différentes options pour l'utilisation efficace de l'aide alimentaire afin d'améliorer la prévention du VIH/SIDA, les soins, les traitements dans les camps de réfugiés. De nombreux domaines de recherche requièrent un examen approfondi, notamment les effets de l'interaction parmi les groupes armés, les populations victimes de conflit (déplacées et non déplacées) et les communautés environnantes sur la transmission du VIH à l'intérieur et à l'extérieur du pays ; des méthodes pour améliorer l'intégration des programmes VIH/SIDA parmi les populations déplacées et non-déplacées ; des politiques et des programmes pour réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH des populations locales et des gouvernements envers les populations déplacées, le développement d'une prévention innovante, de stratégies de soins et de soutien qui s'inscrivent dans le contexte du conflit et des communautés affectées par la catastrophe (y compris la distribution alimentaire, les centres de réception, les recensements) ; et fourniture et mise en œuvre de thérapies rétrovirales pour les populations affectées par les conflits notamment la prophylaxie post-exposition pour les réfugiés victimes de violences sexuelles et ou d'exposition

due à leurs occupations, la transmission mère-enfant, et les thérapies rétrovirales de long terme.

Conclusion

L'examen des nouvelles données épidémiologiques a éclairci la relation complexe entre le VIH et les conflits. Le taux de VIH parmi les réfugiés n'est généralement pas plus élevé que celui du pays d'accueil et en fait des preuves suggèreraient que l'opposé est plus probable. Toutefois, chaque situation est spécifique suivant le contexte.

Les facteurs bien identifiés qui provoquent une plus grande vulnérabilité au VIH des populations victimes de conflit ou déplacées de force doivent être pris en compte en même temps que d'autres facteurs clés, tels que la mobilité et l'accessibilité réduite à/de ces populations, qui doivent permettre de faire baisser le risque de transmission du VIH. Les niveaux de prévalence VIH parmi les communautés de personnes déplacées de force et les communautés environnantes influencent également la transmission du VIH comme le font les niveaux d'interaction entre les deux communautés et leur exposition à la violence. La collecte et l'étude de ces données ont permis de documenter les situations dans lesquelles un conflit prolongé a retardé la progression du VIH (par exemple, en Sierra Leone, Sud Soudan et Angola) et dans lesquelles le conflit a pu faire progresser le VIH (par ex : dans l'est du Congo). Les circonstances spécifiques du contexte dans lequel les populations déplacées de force vivent, doivent être mieux comprises et utilisées pour la mise en place des programmes du VIH/SIDA.

La collecte de données dans les situations brutales de déplacements forcés est difficile, mais absolument nécessaire, et a pu être menée à bien comme nous l'avons expliqué ci-dessus. Malgré des difficultés semblables dans la mise en place d'interventions VIH/SIDA dans de telles situations, il est impératif que des programmes globaux liant la prévention VIH/SIDA aux soins et au traitement soient mis en œuvre parmi les populations victimes de conflit. Des lignes directrices et des structures ont été développées comme outils pour une meilleure programmation VIH/SIDA. L'interaction entre les populations déplacées et environnantes nécessite une forte coordination et intégration entre les gouvernements d'accueil, les organisations internationales et locales et les communautés elles-mêmes. Sur une plus large échelle, coordination, communication et intégration aux niveaux international, régional, national et du terrain sont les composantes clés pour toutes les stratégies VIH/SIDA, toutes les politiques, les propositions et les programmes de façon plus générale.

Le développement de stratégies coordonnées et intégrées pourrait recevoir un formidable élan si les gouvernements donateurs autorisaient l'utilisation de leurs fonds de façon plus flexible pour fournir des services tant aux personnes déplacées qu'aux communautés locales d'accueil à travers des organisations humanitaires et de développement. La Communauté Internationale doit adopter une approche sub-régionale et plus innovante pour lutter efficacement contre l'épidémie de VIH/SIDA au-delà des frontières internationales.

Table 1: Conflict and Displaced Persons Assessment and Planning Tool Framework

1) Policy

- a. Existing National AIDS Control Policy, Guidelines and Manuals
- b. Displaced persons specifically targeted as a vulnerable population under National AIDS Control Programme Policy

2) Protection

- a. No mandatory HIV testing of displaced persons under any circumstances
- b. No denial of access to asylum procedure, refoulement or denial of right to return on basis of HIV status
- c. When required by resettlement countries, HIV testing conducted in accordance with established standards (i.e., accompanied by pre- and post test counselling and appropriate referral for follow up support and services)
- d. No laws or regulations prohibiting refugee access to public sector HIV/AIDS programmes in countries of asylum
- e. Specific programmes in place to combat stigma and discrimination against people living with HIV/AIDS
- f. Programmes in place to prevent and respond to sexual violence*

3) Coordination and Supervision

- a. Regular meetings among implementing partners in field and in capital
- b. HIV/AIDS programmes specifically included in planning, implementation, monitoring and evaluation stages of programme cycle
- c. Regular attendance at meetings of UN Theme Group on HIV/AIDS and associated Technical Working Groups at capital level

4) Prevention

- a. Safe blood supply
- b. Universal precautions
- c. Condom promotion and distribution
- d. Behavioural change and communication (including development of educational/ awareness materials in appropriate languages; programmes for in-school and out-of-school youth; peer education; youth centres; sports/ drama groups; programmes aimed at reducing teen pregnancy and combating sexual violence)
- e. Voluntary counselling and testing*
- f. Prevention of mother-to-child transmission
- g. Prophylaxis of opportunistic infections
- h. Post-exposure prophylaxis

5) Care, Support and Treatment

- a. Sexually transmitted infections*
- b. Opportunistic infections, including tuberculosis
- c. Nutrition*
- d. Home-based care
- e. People living with HIV/AIDS
- f. Orphans and child-headed households
- g. Anti-retroviral therapy

6) Surveillance, Monitoring and Evaluation

- a. Behavioural surveillance surveys
- b. AIDS clinical case and mortality reporting
- c. Blood donors
- d. Syphilis among antenatal clinic attendees
- e. Sexually transmitted infections (by syndrome)
- f. Condom distribution
- g. Opportunistic infections, including incidence of pulmonary tuberculosis
- h. HIV sentinel surveillance among pregnant women and high risk groups such as those attending sexually transmitted infection clinics
- i. Voluntary counselling and testing
- j. Prevention of mother-to-child transmission
- k. Sexual violence
- l. Post-exposure prophylaxis

* Activity has both prevention as well as care and treatment components

Figure 1: Possible Forced Migration in Conflict Situations

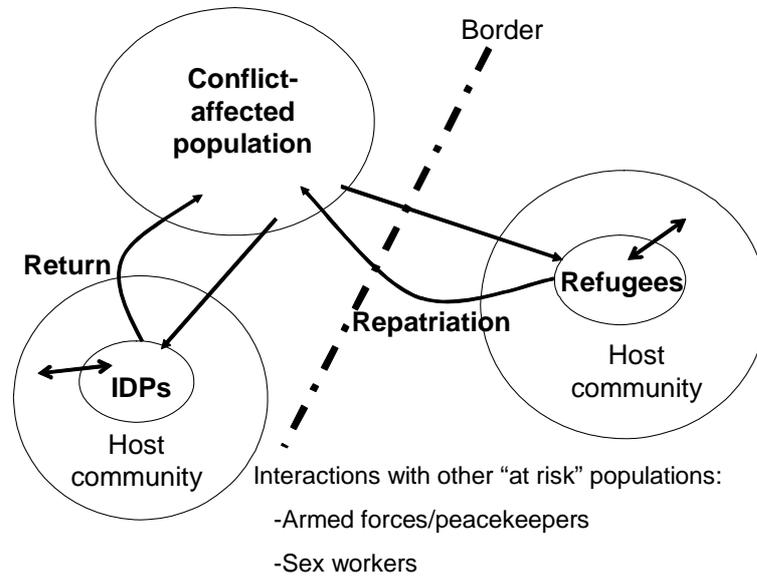


Figure 2: HIV Risk Factors for Conflict and Displaced Persons Camps

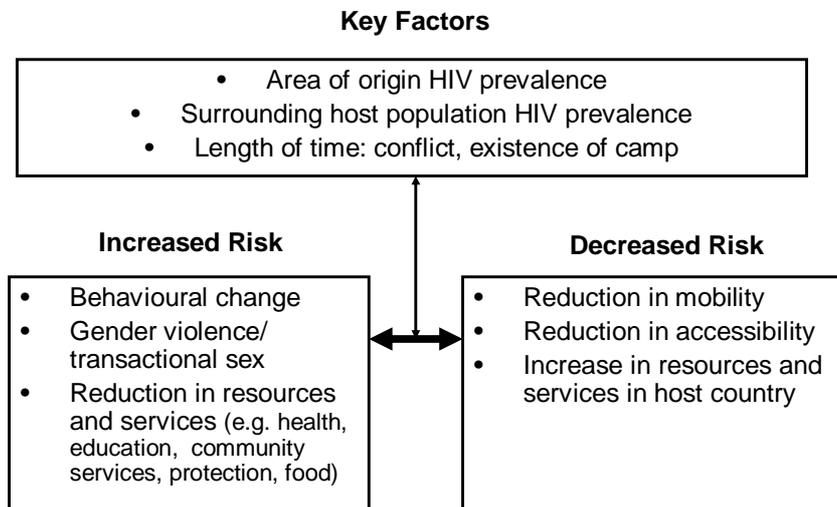


Figure 3: Scenario Where Conflict Could Possibly Increase HIV Progression

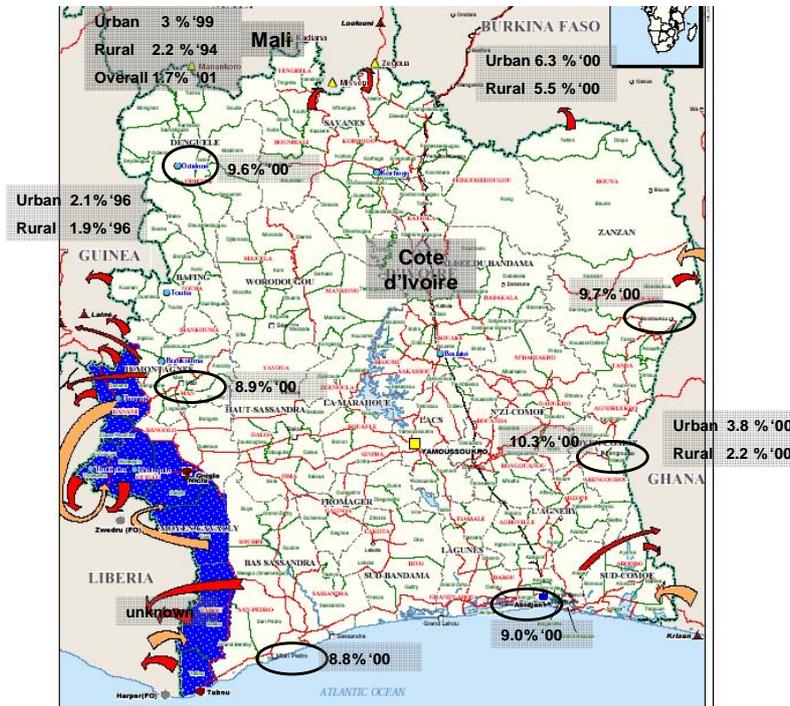


Figure 4: Scenario Where Conflict Possibly Retarded HIV Progression

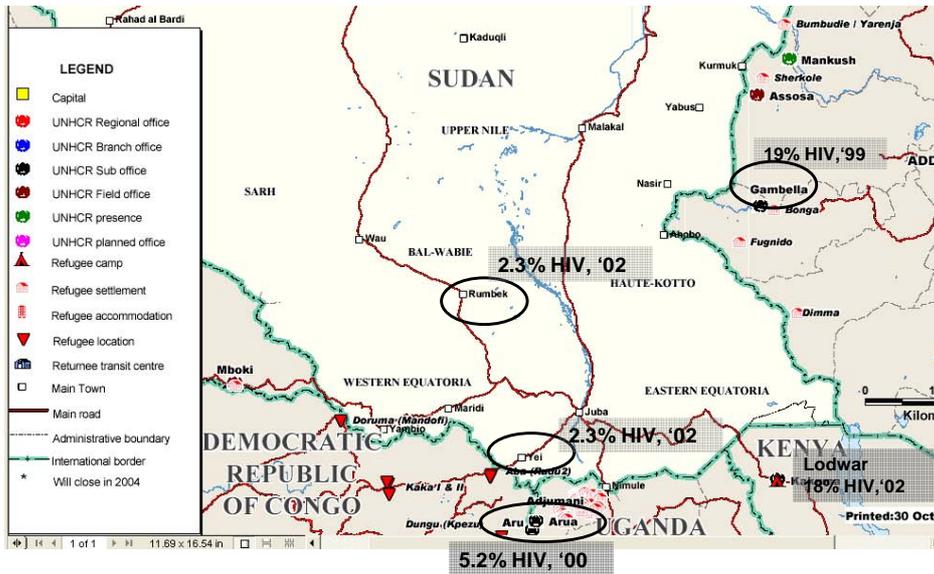


Figure 5: HIV Prevalence among Refugees, Surrounding Communities in Kenya and their Country of Origin

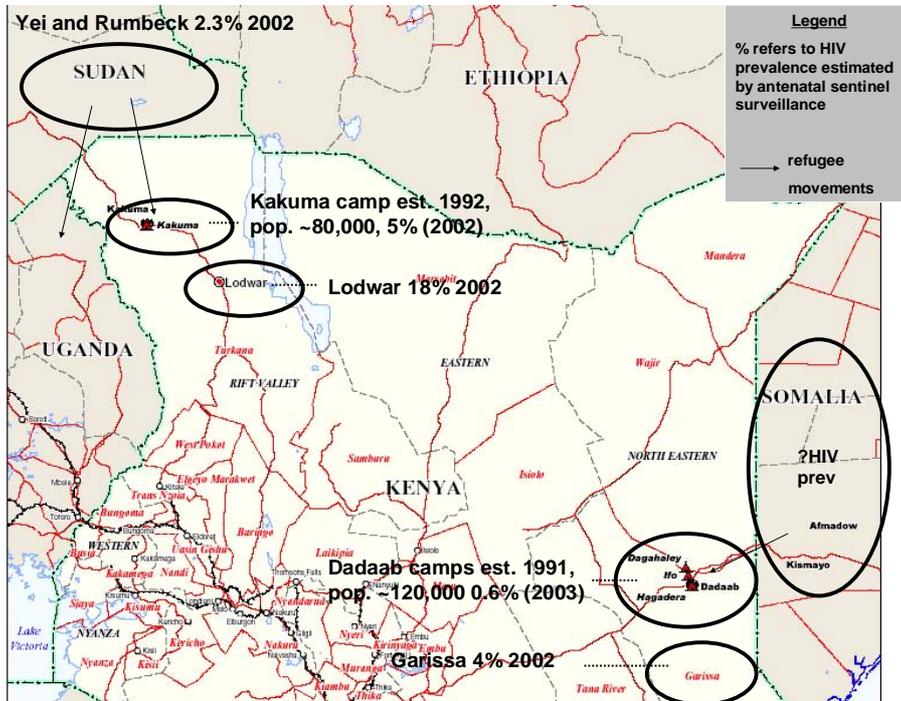
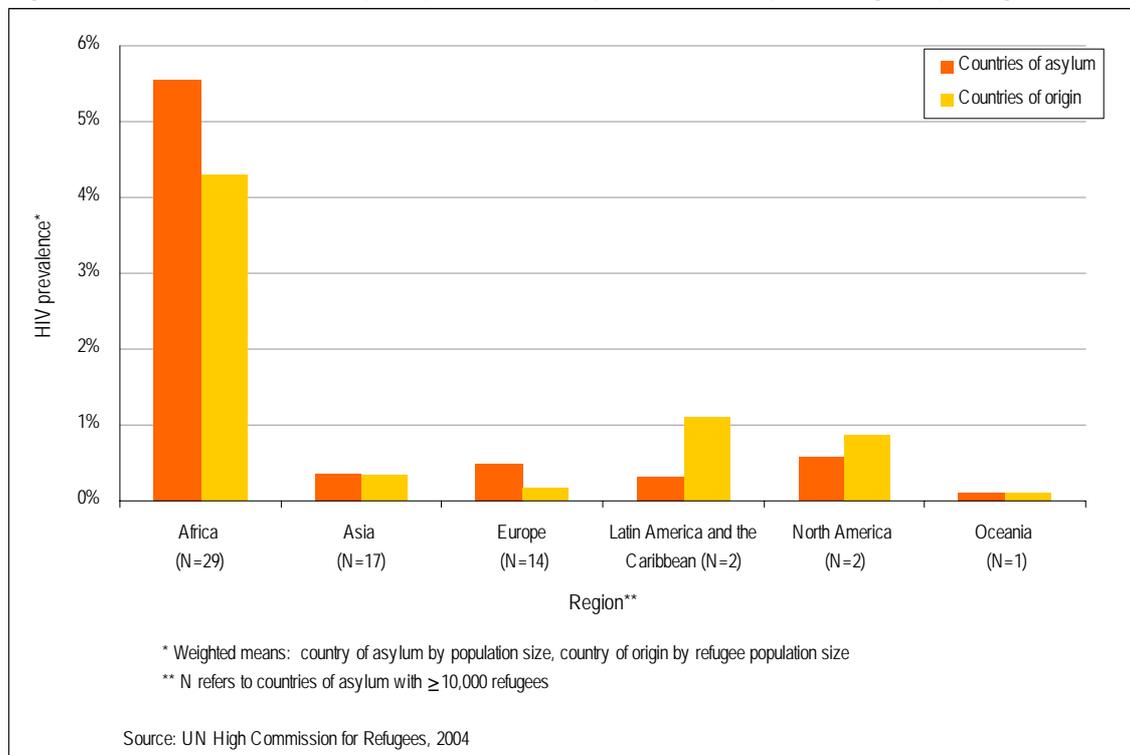


Figure 6: HIV Prevalence by Asylum Country and Country of Origin by Region, 2003



References

- Amnesty International. Women's human rights: Rape as a tool of war. <http://www.amnestyusa.org/women/violence/rapeinwartime.html> ; accessed 9 June 2004.
- Amowitz, L., C. Reis, KH Lyons, et al. Prevalence of war-related sexual violence and other human rights abuses among internally displaced persons in Sierra Leone. *JAMA* 2002;287(4):513-21.
- Bruns, L. and P. Spiegel (2003a) *Assessment of HIV/AIDS programmes among refugees in South Africa, Namibia and Zambia*. United Nations High Commissioner for Refugees, Pretoria.
- Bruns, L and P. Spiegel (2003b) *Southern Africa workshop on HIV/AIDS and Refugees*. United Nations High Commissioner for Refugees, Pretoria.
- Elbe, S (2002) HIV/AIDS and the changing landscape of war in Africa. *International Security* 27(2): 159-177.
- Gardiner, R (2001) *AIDS: the undeclared war, Towards the Earth Summit 2002: social briefing No. 1*. <http://www.earthsummit2002.org/es/issues/AIDS/hiv.pdf>, accessed 12 September 2003.
- Global IDP Project (2003) *A global overview of internal displacement*. http://www.idpproject.org/global_overview.htm, accessed 10 December 2003.
- Hankins, C. A., S. R. Friedman, et al (2002) Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: implications for current and future armed conflicts. *Aids* 16(17): 2245-52.
- Hooper, E. (1999). *The River: A journey to the source of HIV/AIDS*. London, Little, Brown and Company.
- Human Rights Watch. *Abducted and abused: Renewed conflict in Northern Uganda*. July 2003. <http://www.hrw.org/reports/2003/uganda0703/uganda0703.pdf>; accessed 9 June 2004.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2003). *Guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings*. IASC reference group, Geneva.
- Inter-Agency Standing Committee on Sexual Exploitation and Abuse in Humanitarian Crises (2003) *Core principles of a code of conduct*, http://www.womenscommission.org/pdf/gl_sgbv03_10.pdf, accessed 8 January 2004.
- International Federation of Red Cross and Crescent Societies (2003) *Code of conduct*, <http://www.ifrc.org/publicat/conduct/code.asp>, accessed 8 January 2004.
- International Rescue Committee (2002) *Protecting the future: a guide to incorporating HIV prevention and care in refugee and post conflict settings*. Kumarian Press, New York.
- Kaiser, R., T. Kedamo, et al (2003) *HIV/STI sero-prevalence and risk factor survey in Yei, South Sudan, 2002 (draft)*. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.
- Kaiser, R., P. Spiegel, et al. (2002). *HIV sero-prevalence and behavioral risk factor survey in Sierra Leone, April 2002*. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.
- Khaw, A., P. Salama, et al (2000) HIV risk and prevention in emergency-affected populations: a review. *Disasters* 24(3): 181-97.

- Lubbers, R (2003) *In the war on AIDS refugees are often excluded*, 28 November 2003. UNHCR, <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/home/+ZwwBmel8kkCwwwwnwwwwwwwhFqnN0bItFqnDni5AFqnN0bIcFq3roVawDmaGnh1tnn5Dzmxwwwwww1FqmRbZ/opendoc.htm>, accessed 8 January 2004.
- McGinn T, S Purdin, et al (2001) Forced migration and transmission of HIV and other sexually transmitted infections: policy and programmatic responses. *HIV InSite Knowledge Base Chapter*. <http://www.eldis.org/static/DOC12546.htm>, accessed 12 September 2003.
- Médecins Sans Frontières (2003). MSF introduces ARV treatment in Bukavu, DRC. *MSF press release*. Bukavu: <http://www.msf.org/countries/page.cfm?articleid=58AD3F65-AB13-449C-B47620F298EAA905>, accessed 11 December 2003.
- Mukherjee, J. S., P. E. Farmer, et al (2003) Tackling HIV in resource poor countries. *BMJ* 327(7423): 1104-6.
- Pharoah, R. and M. Schonteich (2003) *AIDS, security and governance in Southern Africa*. Institute for Security Studies, Pretoria: 13.
- Salama, P. and T. Dondero (2001) HIV surveillance in complex emergencies. *AIDS* 15(suppl 3): S4-S12.
- Salama, P., P. Spiegel, et al (2001) No less vulnerable: the internally displaced in humanitarian emergencies. *Lancet* 357(9266): 1430-1.
- Save the Children (2001) *Study on the HIV/AIDS prevalence in the health zone of Kalemie in the region of north Katanga, DRC*. SCF, Goma.
- Save the Children (2002) *HIV and conflict: a double emergency*. Save the Children, London: 1-32.
- Smallman-Raynor, M. R. and A. D. Cliff (1991) Civil war and the spread of AIDS in Central Africa. *Epidemiol Infect* 107(1): 69-80.
- Smith, A. (2002) HIV/AIDS and emergencies: analysis and recommendations for practice." *Network HPN paper* 38: 1-33.
- Smith, D. (2000) *Trends and causes of armed conflicts*. Berghof Research Center for Constructive Conflict Management, Oslo.: <http://www.berghof-handbook.net/smith/index.htm?s2.htm~bottomFrame>, accessed 8 December 2003.
- Spiegel, P. (2002a) *HIV/AIDS in Kenyan and Tanzanian refugee camps, June 8-30, 2002*. United Nations High Commissioner for Refugees, Geneva: 32.
- Spiegel, P. (2002b) *Tri-country HIV/AIDS and refugees workshop: Kenya, Tanzania, Uganda*. United Nations High Commissioner for Refugees, Entebbe.
- Spiegel, P. and E. De Jong (2003) *HIV/AIDS and Refugees/Returnees: Mission to Angola. Luanda*. United Nations High Commissioner for Refugees.
- Spiegel, P. and A. Nankoe (2004) UNHCR, HIV/AIDS and refugees: lessons learned. *Forced Migration Review* 19: 21-23.
- Spiegel, P., M. Sheik, et al (2002) Health programmes and policies associated with decreased mortality in displaced people in postemergency phase camps: a retrospective study." *Lancet* 360(9349): 1927-34.
- Spiegel, P. B. and M. Qassim (2003) Forgotten refugees and other displaced populations. *Lancet* 362(9377): 72-4.
- Spiegel, P. B., M. Sheik, et al (2001) The accuracy of mortality reporting in displaced persons camps during the post-emergency phase. *Disasters* 25(2): 172-80.

- Steering Committee for Humanitarian Response (2004) *The Sphere project: humanitarian charter and minimum standards in disaster response*. Sphere Project, Geneva.
- Trisdale, S. (2003) HIV Transmission, The well project, Charlottesville, http://www.thewellproject.org/HIV_The_Basics/HIV_Transmission.jsp, accessed 9 July 2004.
- UNAIDS (2002) *Table of UNAIDS/WHO country-specific HIV/AIDS estimates end-2001*. UNAIDS, Geneva http://www.unaids.org/html/pub/Global-Reports/Barcelona/TableEstimatesEnd2001_en_xls.xls, accessed 8 January 2004..
- UNAIDS (2003a) *Great Lakes Initiative on AIDS (GLIA)*, <http://www.onusida-aoc.org/Eng/GLIAEN.htm>, accessed 11 December 2003.
- UNAIDS (2003b) *Mano River Union Initiative on HIV/AIDS*, <http://www.onusida-aoc.org/Eng/Mano%20River%20Union%20Initiative.htm>, accessed 11 December 2003.
- UNHCR (2002) *HIV/AIDS and refugees: UNHCR's strategic plan 2002-04*. United Nations High Commissioner for Refugees, Geneva: 27.
- UNHCR (2003a) *2002 statistics on asylum-seekers, refugees and others of concern to UNHCR*. UNHCR, Geneva: http://www.unhcr.org/static/statistics_2002/asr02-dr2-Table4.pdf, accessed 10 December 2003.
- UNHCR (2003b) *Code of Conduct*, http://www.unhcr.md/article/co_con.htm, accessed 8 January 2004.
- UNRWA (United Nations Relief and Works Agency for Palestinian Refugees in the Near East) (2003) *General statistics for Palestinian refugees*, <http://www.un.org/unrwa/publications/pdf/figures.pdf>, accessed 10 December 2003.
- United Nations General Assembly (2001) *UNGASS: Declaration of commitment on HIV/AIDS*. United Nations General Assembly Twenty-sixth Special Session Doc: A/s-26/L.2 [adopted Wednesday 27th June 2001, New York]
- United Nations General Assembly (2002) *Investigation into sexual exploitation of refugees by aid workers in west Africa*. Note by the Secretary General, 11 October 2002, NY.
- United States Institute of Peace (2001) *AIDS and violent conflict in Africa*. USIP, Washington DC.
- Wax, E. (2003) Rape so common In D.R.C., it is considered combat injury. *Washington Post*. Washington DC: http://www.unwire.org/UNWire/20031027/449_9787.asp, accessed 10 December 2003.
- WHO and UNHCR (1997) *Tuberculosis control in refugee situations: an interagency field manual*. Geneva.