

# Le Point

## SIDA et conflits : un problème croissant partout dans le monde

De graves conflits armés surviennent régulièrement dans plusieurs régions du monde. En 2003, plus de 72 pays ont été identifiés comme instables et divers conflits ont fait plus de 42 millions de réfugiés et de personnes déplacées dans le monde (IASC, 2003).

Les populations qui fuient des situations critiques, par exemple un conflit armé, se retrouvent généralement face à la misère et à la pénurie alimentaire. Leur situation empire encore du fait qu'elles n'ont pas accès à des soins parce que les systèmes de santé se sont effondrés ou n'existent tout simplement pas dans les zones d'accueil. En République démocratique du Congo, par exemple, de 1998 à 2001, 80% des décès « excédentaires » étaient dus à la malnutrition, à des maladies transmissibles et à d'autres facteurs aggravés par la violence du conflit (IRC, 2001).

Ces conflits peuvent aussi créer des conditions qui augmentent le risque de contracter des infections telles que le VIH et qui peuvent favoriser leur propagation. Cela peut survenir soit au cours du conflit soit après celui-ci. Dans certains cas, un conflit armé accroît le niveau d'infection à VIH ou change le schéma de répartition du virus.

Dans d'autres cas, le conflit semble freiner l'épidémie, ce qui a pu laisser penser qu'une vulnérabilité accrue peut parfaitement se situer dans cette période souvent fragile de 'post-conflit'. Différents scénarios montrent que la relation entre conflit et VIH est beaucoup plus complexe et diverse qu'on ne le pensait et dépend du contexte spécifique.

En tout état de cause, les pays sortant d'un conflit armé doivent intégrer dans leurs programmes de redressement national la riposte au VIH et en particulier les activités de prévention. S'ils ne le font pas et s'ils ne disposent pas d'un soutien

international significativement accru, l'infection à VIH peut rapidement monter en flèche et compromettre le résultat des efforts faits pour redresser le pays après les combats et les déplacements de populations qui en découlent. En outre, les activités liées au VIH doivent être intégrées à l'aide aux réfugiés et aux autres programmes humanitaires.

### Facteurs qui peuvent favoriser la propagation du VIH à l'occasion des conflits

La preuve est faite que l'infection à VIH peut gagner du terrain dans certaines populations et dans certaines régions du fait de situations d'urgence complexes telles que les conflits armés. Au Rwanda, on considère que le génocide de 1994 a contribué à l'extension de l'épidémie dans les zones rurales qui étaient jusque-là moins affectées. Cela vient de ce que populations urbaines et rurales se sont trouvées mélangées dans les camps de réfugiés des pays voisins.

Un conflit armé peut accroître de diverses manières le risque d'exposition à l'infection à VIH :

- Déplacements de population : un conflit amène souvent des populations importantes à fuir les combats et à quitter leur lieu de résidence habituel. Lorsqu'elles quittent un milieu à faible prévalence pour un lieu à forte prévalence, elles courent inévitablement un risque d'exposition au VIH. De plus, ces brusques mouvements de population anéantissent les réseaux sociaux et les institutions qui normalement protègent les individus. Enfin, le déplacement met ces personnes dans des conditions chaotiques où l'accès aux préservatifs et autres outils de prévention peut devenir très aléatoire.

- Effondrement des normes sexuelles traditionnelles : les situations chaotiques associées aux conflits provoquent souvent une désintégration des valeurs et des normes en matière de comportement sexuel qui contribue à un accroissement généralisé des risques d'exposition au VIH (Hankins et al., 2002).
- Femmes et filles : les conflits armés créent des pénuries si sévères que les femmes et les filles en particulier sont irrésistiblement amenées à accorder des faveurs sexuelles contre argent, nourriture ou protection. La présence d'un nombre important d'hommes armés en uniforme se traduit souvent par une explosion de l'industrie du sexe qui accroît le risque de VIH pour les professionnel(le)s du sexe et le personnel des services en uniforme (voir Chapitre 'Prévention').
- Le viol en tant qu'arme de guerre : au cours de divers conflits récents – notamment en Bosnie-Herzégovine, au Libéria, en République démocratique du Congo et au Rwanda – les combattants ont utilisé le viol comme arme de guerre. Une étude au Rwanda a montré que 17% des femmes qui avaient été violées étaient séropositives au VIH alors que ce pourcentage était de 11% chez celles qui ne l'avaient pas été (ONUSIDA/HCR, 2003). Dans certains conflits, de jeunes hommes et des garçons ont également subi des viols.
- Anéantissement des systèmes de santé : lorsqu'un conflit armé déclenche le dysfonctionnement puis la disparition du système de santé, la sécurité de l'approvisionnement national en sang peut être compromise et les programmes de prise en charge et de prévention du VIH peuvent être réduits en miettes.
- Augmentation de la consommation de substances : pour survivre au chaos qu'engendre le conflit, certains individus, notamment des enfants, peuvent chercher un réconfort dans une consommation accrue d'alcool ou se tourner vers d'autres substances psychoactives, par exemple les colles synthétiques et des drogues illicites. L'injection de drogues devient très probable dès lors que les conflits bloquent les approvisionnements de drogues absorbées oralement ou par inhalation, ou encore par la fumée, ce qui peut mener à l'introduction dans le pays de drogues susceptibles d'être injectées (Smith, 2002 ; Strathdee et al., 2002 ; Hankins et al., 2002).

### Situations de conflit : prévention parmi les personnels en uniforme et les forces du maintien de la paix

Plus de 25 millions de personnes servent dans les forces armées de par le monde et ce chiffre pourrait être plus proche de 50 millions si l'on inclut les membres de la protection civile et les forces paramilitaires. Dans la plupart des cas, il s'agit d'hommes et de femmes âgés de 20 à 30 ans ; de ce fait, ils constituent un des groupes professionnels les plus affectés par le SIDA.

Les membres des services en uniforme font en général preuve d'une audace et d'un goût du risque qui peuvent les exposer à un risque accru d'infection à VIH. Militaires et membres des forces de la paix sont souvent en poste loin de leur famille et de leurs communautés pour de longues périodes, ce qui les soustrait à la discipline sociale qui a cours dans leurs communautés d'origine. Au cours d'un conflit, les rencontres sexuelles, voulues ou imposées, ont tendance à se multiplier et le respect des mesures de précaution régresse.

On a peu de données sur le SIDA chez les forces en uniforme, mais on estime en général que les infections sexuellement transmissibles sont deux fois plus fréquentes parmi elles que dans la population générale. Dans certains pays où le virus est apparu il y a plus de 10 ans, les forces armées ont enregistré des taux d'infection de 50% à 60%. Même dans le paisible Botswana, un militaire sur trois avait un résultat positif au test du VIH. La prévalence de l'infection à VIH dans l'armée cambodgienne est passée de 5,9% en 1995 à 7% en 1997. De tels niveaux de prévalence conduisent à de sérieuses ruptures de continuité au sein du commandement, affaiblissent le niveau de préparation des militaires, entraînent une augmentation des coûts de recrutement et de formation et d'une manière générale peuvent affaiblir certains services nationaux.

## Les ripostes nationales

Heureusement, les soldats constituent aussi un 'public captif' – habitué à acquérir de nouvelles compétences, à obéir aux ordres et à prendre des initiatives. Cela en fait en puissance d'excellents agents de changement et des modèles pour les autres jeunes. Partout dans le monde, les militaires et autres personnels en uniforme ont commencé à réagir au SIDA dans leurs rangs. Un nombre croissant de pays, notamment l'Afrique du Sud, le Botswana, le Chili, les Philippines, la Thaïlande, l'Ukraine et la Zambie ont pris au sein des armées des mesures importantes qui vont d'une éducation préventive à la distribution de préservatifs. Le Brésil, le Mozambique, le Pérou, la République dominicaine et l'Uruguay se sont engagés à entreprendre des activités analogues lors de la signature par leurs ministres de la Défense, de l'Intérieur et de la Santé de déclarations de partenariat avec l'ONUSIDA.

Diverses approches ont été employées avec succès. En Ouganda, l'armée (Peoples' Defence Force) a eu recours à des 'clubs post-test' pour améliorer la prise de conscience à l'égard du VIH et diminuer la stigmatisation. Ces clubs sont ouverts à quiconque a subi un test VIH, quels qu'en aient été les résultats ; leur but est de redonner espoir aux personnes vivant avec le VIH et à leur famille en leur apportant un soutien. De plus de 10% en 1990, le taux de prévalence du VIH dans l'armée ougandaise est tombé à moins de 7% en 2003. Au Cambodge, depuis 1997, une marque de préservatifs commercialisée spécifiquement auprès des militaires a aidé à ramener de 70% à 54% les contacts sexuels non protégés entre les soldats cambodgiens et les professionnel(le)s du sexe.

Des projets similaires ont été également élaborés pour des personnels civils. Au Myanmar, l'ONUSIDA, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, Care International et le Ministère de l'Intérieur travaillent actuellement à un programme de prévention à l'intention des forces de police et de leur famille. La Lituanie met en place des activités analogues pour les garde-frontières et les forces de police.

En 2002 et 2003, l'ONUSIDA a activement encouragé et soutenu de nouvelles initiatives de ce genre dans plus de 40 pays. Dans le même temps, le Bureau SIDA, sécurité et action humanitaire de l'ONUSIDA a mis au point un ensemble intégré sur la prise de conscience, la formation et la programmation, qui consiste à accroître la prise de conscience, à encourager la prévention, à proscrire la violence sexuelle, et à promouvoir l'égalité des sexes, les droits de la personne, la distribution de préservatifs et les services de soins et d'appui pour les agents du personnels qui sont séropositifs.

## Prévention auprès des forces de maintien de la paix

Depuis le début de 2004, le Département des Opérations de maintien de la paix des Nations Unies est intervenu dans 15 missions de par le monde, quelque 89 pays ayant envoyé plus de 45 000 agents de maintien de la paix. L'ONUSIDA et le Département sont en train de mettre au point une riposte au SIDA dans les principales opérations de maintien de la paix. Cette riposte a pour objectif de prévenir l'infection parmi le personnel expatrié, de faire des forces de la paix, où qu'elles soient envoyées, les ambassadeurs d'une prise de conscience des enjeux du SIDA. La Carte de sensibilisation au VIH/SIDA créée pour les forces de maintien de la paix fait partie intégrante de la stratégie de l'ONUSIDA et du Département et a été traduite en 11 langues. Elle comporte à la fois des informations de base sur le VIH et un code de conduite approprié pour les forces civiles ou militaires de maintien de la paix.

Il reste néanmoins beaucoup de défis à relever pour que soient mises en œuvre les stratégies au sein des forces de maintien de la paix. Tout d'abord, la formation touchant le VIH doit tenir compte de la diversité des cultures auxquelles appartiennent ces forces. Deuxièmement, la formation est dispensée aux officiers mais aucun mécanisme ne garantit que l'information parvient aux hommes et aux femmes du rang.

Cinq nouvelles missions de maintien de la paix ont été décidées en 2004. L'ONUSIDA et le Département veilleront ensemble à ce que le problème du SIDA soit pris en compte au niveau de chaque mission et dans chacun des pays qui fournissent des troupes avant que ces dernières ne soient déployées sur le terrain.

## VIH et conflits : un lien complexe

### **Vulnérabilité accrue pendant les conflits**

Les experts qui étudient la propagation du VIH pendant un conflit ont souvent cru qu'il y avait un lien direct entre conflit et vulnérabilité au VIH. Cependant, cela ne se traduit pas nécessairement par une transmission accrue du VIH. Pendant la décennie de guerre civile en Sierra Leone, de nombreux indicateurs indirects ont conduit à penser que la vulnérabilité se traduisait bel et bien par une infection à VIH accrue.

- Signes d'une forte prévalence du VIH : le gouvernement de la Sierra Leone estimait en 1995 la prévalence chez les professionnel(le)s du sexe à 27% et à 71% en 1997 (Kaiser et al., 2002). Au cours de la même période, la surveillance dans les consultations prénatales du pays a montré que la prévalence était passée de 4% à 7%. Ces résultats font écho à d'autres recherches qui ont montré un taux de séropositivité de 11% parmi les forces du maintien de la paix qui, de la Sierra Leone, rentraient au Nigéria – soit un taux d'infection double de celui que l'on enregistrait à l'époque au Nigéria (Smith, 2002).
- Faible connaissance du VIH : parmi les forces du maintien de la paix et les soldats de l'armée nationale, seuls 23% pouvaient citer au moins trois voies de transmission du VIH, 38% disaient de pas avoir peur du SIDA et seuls 39% avaient utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels (McGinn et al., 2001).
- Explosion de violence sexuelle : Une étude de 2002 a montré que 9% des femmes déplacées à la suite d'un conflit armé avaient été agressées sexuellement (ONUSIDA/HCR, 2003). D'autres rapports ont noté que les membres de la milice rebelle violaient systématiquement les jeunes filles et les femmes (Salama et al., 1999).

### **Un conflit peut-il parfois freiner l'épidémie ?**

Récemment, une recherche plus rigoureuse entreprise sur le lien entre conflit, vulnérabilité et risque en matière de VIH a suggéré que, dans un petit nombre de cas et selon la nature du conflit, la transmission du VIH peut en fait être ralentie au cours de ce dernier. En Sierra Leone, quand les hostilités ont cessé, le gouvernement, en partenariat avec la Banque mondiale et les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, a mis sur pied une enquête sur la prévalence du VIH et le risque comportemental. Cette étude de 2002 confirme la faiblesse des niveaux de l'information relative au VIH et le niveau élevé de violence sexuelle.

Mais, contrairement à l'augmentation de l'infection à VIH que suggéraient les indicateurs indirects, l'étude a trouvé des niveaux inférieurs (1-4%) à ceux qui avaient été enregistrés pendant le conflit. On peut partiellement en donner l'explication suivante : pendant la guerre, les déplacements à l'intérieur du pays, les migrations et le commerce avec l'extérieur étaient devenus très difficiles et cela a contribué à 'isoler' la Sierra Leone de l'épidémie qui frappe l'Afrique occidentale. Selon l'enquête de 2002, environ 90% des habitants sont restés dans le pays comme personnes déplacées, 10% seulement ayant gagné les pays voisins. Dans cette situation, le risque accru d'exposition à l'infection à VIH qui s'était traduit par une forte prévalence chez les professionnel(le)s du sexe n'a pas entraîné une croissance soutenue de l'infection dans la population générale.

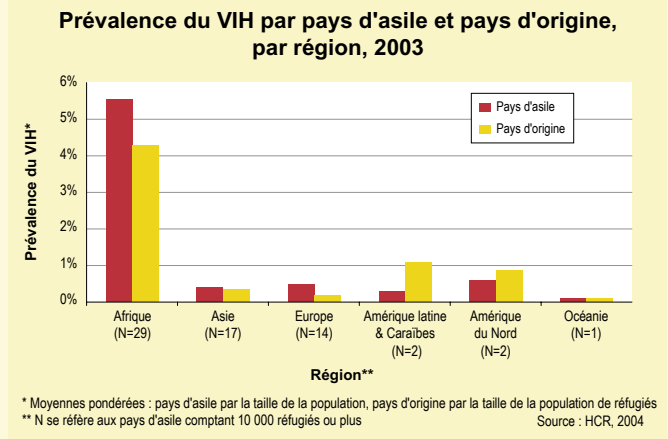
L'observation de la situation dans d'autres pays a conduit à des résultats similaires. Ainsi, la Bosnie-Herzégovine, après avoir été le théâtre d'une guerre de 1992 à 1995, a conservé un très faible taux de prévalence (0,0003% de la population en 2001), malgré d'importants déplacements de population et de très hauts niveaux de violence sexuelle (Cavaljuga, 2002). Si le VIH n'a pas d'ores et déjà une forte prévalence dans un pays,

il ne peut pas mettre à profit les conditions qui favorisent sa propagation. En outre, un conflit peut diminuer la mobilité de la population et faire encourir à celle-ci un moindre risque d'être confrontée au virus qu'en temps de paix.

## Réfugiés et VIH

Les millions de personnes fuyant un conflit armé trouvent un abri dans de grands camps de réfugiés. Malheureusement nombre d'entre elles, particulièrement les femmes et les filles, y vivent la pauvreté, l'impuissance, l'instabilité sociale et les violences sexuelles (Lubbers, 2003). On a longtemps pensé que les réfugiés, vulnérables du fait de leur situation socio-économique et culturelle, faisaient face à un plus grand risque d'exposition au VIH. Cependant, comme pour certaines situations de conflit de longue durée, des observations récentes font penser que les personnes réfugiées ou déplacées n'atteignent pas nécessairement des taux d'infection plus élevés.

Entre 2001 et 2003, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) et ses partenaires ont mesuré la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dans plus de 20 camps abritant près de 800 000 réfugiés au Kenya, en République-Unie de Tanzanie, au Rwanda et au Soudan. Les résultats indiquent pour les populations réfugiées de trois des quatre pays un taux d'infection significativement inférieur à celui des communautés d'accueil. Au nord-ouest du Kenya, par exemple, 5% des réfugiés étaient séro-



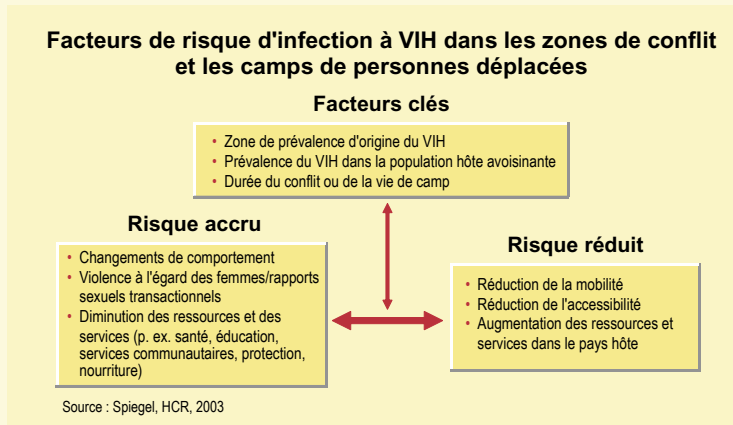
**Figure 49**

positifs alors que le taux de prévalence général de l'infection à VIH dans la population d'accueil était de 18%. Dans le quatrième pays, le Soudan, les camps de réfugiés et la communauté d'accueil avaient des taux d'infection similaires (Lubbers, 2003).

Plusieurs explications peuvent rendre compte de ces écarts entre la prévalence des réfugiés et celle des pays d'accueil. Historiquement, les pays d'origine de la plupart des réfugiés en Afrique et en Asie ont en général des taux de prévalence inférieurs à celui des pays d'accueil (voir Figure 49). Les réfugiés vivent souvent dans des camps situés dans des zones rurales éloignées et leur liberté de mouvement est réduite, ce qui peut limiter leurs contacts avec la population du pays d'accueil, en particulier dans les zones rurales à forte prévalence. En outre, les agences internationales et les organisations non gouvernementales ont mis en œuvre pour les réfugiés des programmes de

## Parvenir à des estimations de la prévalence du VIH dans les situations de conflit

Dans les pays qui connaissent une épidémie généralisée, la plupart des estimations de la prévalence nationale sont fondées sur les données de surveillance, dans la durée, des femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales. Si ces consultations sont suspendues pendant le conflit ou après celui-ci, on pourra avoir recours aux enquêtes de population. Celles-ci sous-estimeront peut-être les niveaux d'infection si la participation est trop faible. Elles peuvent néanmoins mieux atteindre les populations rurales, qui ont généralement des taux d'infection inférieurs à ceux que l'on observe en milieu urbain. Ces enquêtes concernent aussi les hommes, ainsi que les femmes qui ne sont pas enceintes. L'enquête en Sierra Leone (mentionnée ci-dessus) était fondée sur la population générale, ce qui peut expliquer en partie pourquoi la prévalence y apparaît plus faible après le conflit que dans les études précédentes du type surveillance sentinelle (Spiegel, 2003).



**Figure 50**

prévention du VIH. Ces facteurs peuvent réduire le risque d'exposition au VIH lors de rapports sexuels, d'utilisation de matériel d'injection contaminé ou lorsque les approvisionnements en sang n'ont pas été contrôlés.

L'Angola fournit un exemple probant. Quand le conflit a pris fin en avril 2002, le pays avait une prévalence du VIH sensiblement inférieure à celle des autres pays de l'Afrique australe (5-10% à Luanda et 1-3% dans les zones rurales du pays). A nouveau, si l'on compare aux pays voisins, le conflit de longue durée pourrait avoir freiné la propagation du virus en Angola. Lorsque les réfugiés ont commencé à revenir de Namibie ou de Zambie dans leur pays, des rumeurs ont circulé dans la population angolaise selon lesquelles 70% d'entre eux étaient séropositifs. Ces rumeurs ont créé dans l'opinion publique la crainte que le retour des réfugiés ne propage le VIH et ne mette en péril le redressement du pays.

Dans les faits, le HCR a utilisé des indicateurs indirects pour montrer que la prévalence du VIH chez les réfugiés rentrant au pays était beaucoup plus faible que celle des populations des pays d'accueil. Les vigoureux programmes de prévention du VIH dans les camps de réfugiés ont fait que ceux-ci avaient une meilleure connaissance du virus que l'Angolais moyen. La formation à la prévention dans les camps peut en fait aider ceux qui retournent dans leur pays à y devenir une ressource appréciable en matière de prévention (Spiegel et de Jong, 2003).

## Surveillance du VIH et situations d'urgence

L'expérience de l'Angola et de la Sierra Leone montre qu'il faut plus de recherches, de surveillance et de suivi comportemental, le tout de meilleure qualité, dans les situations d'urgence. Une meilleure compréhension des liens complexes entre VIH et conflits montre que des facteurs liés au risque de VIH (par exemple, mobilité réduite, meilleur ciblage de la prévention)

peuvent contrebalancer les facteurs qui aggravent le risque. Les éléments clés qui équilibrent ces forces divergentes comprennent le degré d'interaction entre les réfugiés et les populations des pays d'accueil, le type de ces interactions et notamment l'ampleur de la violence sexuelle, et enfin la prévalence respective de l'infection à VIH au sein de ces groupes (voir Figure 50). Il faudra un suivi attentif pour orienter l'élaboration des politiques et programmer les ripostes dans différents contextes.

Améliorer la surveillance du VIH dans les situations d'urgence est une tâche impressionnante mais les agences qui œuvrent dans de telles situations doivent en faire une priorité. Une surveillance efficace exigera que l'on connaisse la prévalence du VIH dans les zones où vivaient auparavant les personnes déplacées. Elle requerra également une information biologique et comportementale sur les infections à VIH chez les personnes déplacées et dans les communautés d'accueil environnantes après le déplacement. Enfin, il sera nécessaire d'adopter une approche sous-régionale et d'améliorer la coordination et le partage d'informations en prenant en compte la totalité du cycle de déplacement, notamment le retour et la réintégration dans le pays d'origine.

La surveillance biologique et comportementale aidera les agences à mieux comprendre les facteurs qui accélèrent ou ralentissent la transmission du VIH et ceux qui facilitent l'élaboration de ripostes pertinentes. Il n'est pas facile d'en-

treprendre la surveillance du VIH au cours de la phase aiguë de l'urgence, mais il reste par exemple possible d'obtenir des estimations indirectes de la prévalence du VIH selon l'âge et le sexe lors du contrôle des dons de sang. Dans les situations de post-conflit, la surveillance sentinelle fournit des informations qui refléteront mieux la population dans son ensemble (Spiegel, 2003).

### Entreprendre une action efficace

Jusqu'à ces derniers temps, les agences impliquées dans les situations de conflit ne prêtaient guère d'attention à la prévention de l'infection à VIH, à la prise en charge et à la surveillance dans les cas d'urgence. Cependant, la crise rwandaise en 1994 les a aidées à percevoir que les personnes non déplacées, tout comme les personnes déplacées et affectées par le conflit, avaient besoin d'interventions liées au VIH. Pour souligner ce point, le HCR a commencé en 2002 à mettre en place son Plan stratégique 2002-2004 VIH et réfugiés qui insiste sur l'importance de la création de services de santé sexuelle et reproductive, incluant le VIH et les infections sexuellement transmissibles, dès les tout premiers moments d'une crise impliquant des déplacements de personnes.

En 2003, les organismes des Nations Unies et les ONG ont reconstitué un Groupe de référence du Comité permanent interorganisations sur le VIH et les situations d'urgence pour coordonner l'action dans les situations de crise. Des lignes directrices ont souligné la nécessité d'une action multisectorielle. Les organismes des Nations Unies ont aussi apporté leur soutien à des ensembles complets d'activités de prévention lors de missions de maintien de la paix en Erythrée, en Ethiopie, en République démocratique du Congo et en Sierra Leone.

Au Libéria, la Croix-Rouge du Libéria et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ont travaillé avec de nombreuses ONG locales pour mettre en place des programmes d'éducation et de prévention dans les camps de personnes déplacées au sein du

pays. Entre autres choses, des lieux prenant en compte les spécificités de l'adolescence ont été instaurés pour permettre aux jeunes de débattre librement de leurs soucis en matière de VIH. Des équipes de jeunes ont sensibilisé et mobilisé les personnes déplacées à l'intérieur du pays et les communautés d'accueil sur la question du VIH. En outre, des efforts concertés ont été faits pour maintenir la distribution de préservatifs pour les personnes déplacées.

Les ONG qui travaillent dans les camps de réfugiés ont par ailleurs commencé récemment à mettre en œuvre des programmes VIH plus complets en matière de conseil et de test volontaires et de prévention de la transmission mère-enfant. En République-Unie de Tanzanie, par exemple, l'Aide populaire a lancé un programme pilote pour les réfugiés des camps de Lukome et de Kitali et pour la population environnante. En trois mois, ce programme a conseillé près de 3000 femmes enceintes dont plus de 80% ont accepté le test VIH (Norwegian People's Aid, 2002).

En Angola, où la paix est maintenant revenue, les organismes des Nations Unies s'appliquent, avec le gouvernement et d'autres partenaires, à maintenir la prévalence de l'infection à VIH à un taux peu élevé. Les Nations Unies avaient prévu que 240 000 réfugiés seraient rapatriés des camps situés en Namibie, en République démocratique du Congo et en Zambie et avaient mis en place un plan d'action, approuvé depuis par le gouvernement angolais. Les personnes réfugiées recevront une formation à la prévention du VIH qui sera donnée au camp de réfugiés même et y disposeront de préservatifs. A l'arrivée en Angola, les centres d'accueil les feront bénéficier d'une éducation, de distribution de préservatifs et d'interventions par leurs pairs. Le plan d'action envisage des programmes VIH complets pour tous les Angolais vivant dans les zones de retour. L'apparition et la mise en place de ces plans montrent que le besoin d'approches intégrées et sous-régionales dans les situations de rapatriement et de réintégration post-conflit est de mieux en mieux compris. 