



Les réfugiés, le VIH et le SIDA :

Plan stratégique du HCR pour 2005-2007

**Lutter
Contre
le VIH
et
le SIDA
avec
les réfugiés**

I.	TABLE DES MATIERES	Page
II.	Résumé	3
III.	Introduction	5
IV.	11 facteurs essentiels	7
V.	Objectifs, réalisations escomptées, indicateurs de succès	
1.	Protection	12
2.	Coordination et intégration	13
3.	Solutions durables	15
4.	Plaidoyer	16
5.	Programmation de qualité en matière de VIH	17
6.	Prévention	18
7.	Appui, soins et traitement	19
8.	Evaluation, surveillance et suivi	20
9.	Formation et création de capacités	21
10.	Mobilisation des ressources	22
Figures:		
	Figure 1: Facteurs de risque du VIH pour les camps de réfugiés et les situations conflictuelles	5
	Figure 2: Cycle du déplacement dans le contexte d'un conflit	11
Appendices:		
	Appendice 1: Acronymes	23
	Appendice 2: UNHCR's HIV/AIDS and Refugees 2002-04 Strategic Plan	24
	Appendice 3: Rapports de Mission	29
	Appendice 4: VIH et réfugiés – Organigramme	30
	Appendice 5: Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA Dans les situations d'urgence	31
	Appendice 6: Standardized Situational Framework to Analyse HIV Programmes	32
	Appendice 7: Références	35

II. RESUME

Les réfugiés, le VIH et le SIDA : Plan stratégique du HCR pour 2005-2007 se fonde sur les politiques du HCR, les leçons tirées du plan stratégique 2002-2004, l'orientation technique du Secrétariat et des co-parrains de l'ONUSIDA ainsi que les principes directeurs du CPI sur le VIH/SIDA dans les zones de crise. Ce Plan indique les objectifs et les stratégies clés du HCR de 2005 à 2007 pour lutter contre le VIH/SIDA parmi les réfugiés, les rapatriés et les personnes relevant de la compétence du HCR et pour veiller à ce que les droits humains des personnes relevant de la compétence du HCR vivant avec le VIH/SIDA soient dûment respectés. Le Plan stratégique précise les objectifs du HCR, les stratégies et indicateurs clés pour lutter contre le VIH parmi les réfugiés, les rapatriés et d'autres personnes relevant de la compétence du HCR de 2005 à 2007. Ce plan est conforme et complémentaire à d'autres objectifs et stratégies concernant le VIH/SIDA tels que les objectifs de développement du Millénaire, la session extraordinaire de l'assemblée générale sur le VIH/SIDA, le Plan stratégique du système des Nations Unies pour le VIH/SIDA ainsi que le Plan de travail et Budget unifié de l'ONUSIDA.

Les nouvelles données épidémiologiques ont éclairé le lien complexe entre le VIH, le conflit et le déplacement. Il convient de rectifier l'idée erronée selon laquelle la prévalence du VIH parmi les réfugiés est *toujours* plus élevée que celle qui concerne la population hôte. Les faits semblent suggérer le contraire. Les facteurs bien documentés qui accroissent l'exposition au VIH parmi les populations touchées par le conflit et déplacées de force doivent être examinés parallèlement à d'autres facteurs clés tels que la réduction de la mobilité et de l'accès de la population qui peut travailler afin de diminuer la transmission du VIH. La prévalence du VIH parmi les réfugiés et les communautés hôtes influence également la transmission du VIH tout comme les niveaux d'interaction entre les deux communautés et leur exposition à la violence (Figure 1). En conséquence, il est essentiel de combattre la croyance incorrecte selon laquelle les réfugiés apportent avec eux le SIDA aux communautés locales ce qui peut conduire à des pratiques discriminatoires. Les circonstances propres au contexte dans lequel les réfugiés et les autres personnes relevant de la compétence du HCR vivent doivent être mieux comprises et utilisées pour orienter les programmes en matière de VIH.

Les dix objectifs de cette stratégie sont les suivants :

- 1) **Protection** – Veiller à ce que les réfugiés, les demandeurs d'asile et d'autres personnes relevant de la compétence du HCR touchées par le VIH/SIDA puissent vivre dans la dignité, ne pas être victimes de discrimination et jouir du respect de leurs droits humains, y compris du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale sans discrimination.
- 2) **Coordination et intégration** - Veiller à ce que les politiques et les interventions en matière de VIH en faveur des réfugiés soient coordonnées et intégrées avec celles qui sont décidées aux niveaux international, régional, sous-régional, national et organisationnel.
- 3) **Solutions durables** – Elaborer et intégrer les politiques et les interventions en matière de VIH dans les programmes du HCR pour les solutions durables, y compris le rapatriement volontaire, l'intégration locale et la réinstallation afin de mitiger les effets du VIH à long terme.

- 4) **Plaidoyer** – Préconiser la protection en matière de VIH, l'intégration des politiques et des programmes et des initiatives sous-régionales pour les réfugiés et les autres personnes relevant de la compétence du HCR de façon cohérente et systématique à tous les niveaux.
- 5) **Programmation de qualité en matière de VIH** – Veiller à des interventions appropriées et intégrées en faveur des réfugiés, des rapatriés et d'autres personnes relevant de la compétence du HCR de concert avec les programmes nationaux dans les pays hôtes et les pays de retour.
- 6) **Prévention** – Réduire la transmission du VIH et le taux de morbidité connexe par le biais de la mise en oeuvre d'interventions communautaires et relatives à la santé, culturellement et linguistiquement appropriées.
- 7) **Appui, soins et traitement** – Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés au VIH ; cela comprend un accès à la thérapie anti-rétrovirale, quand elle est disponible pour les populations hôtes avoisinantes, lorsque c'est approprié.
- 8) **Evaluation, surveillance et suivi** – Améliorer la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes.
- 9) **Formation et création de capacités** – Améliorer les aptitudes et les capacités en matière de VIH du HCR, de ses partenaires et des réfugiés.
- 10) **Mobilisation des ressources** – Accroître les fonds et élargir la recherche des sources de financement aux donateurs non-traditionnels pour veiller à ce que les objectifs exposés dans ce plan stratégique soient atteints.

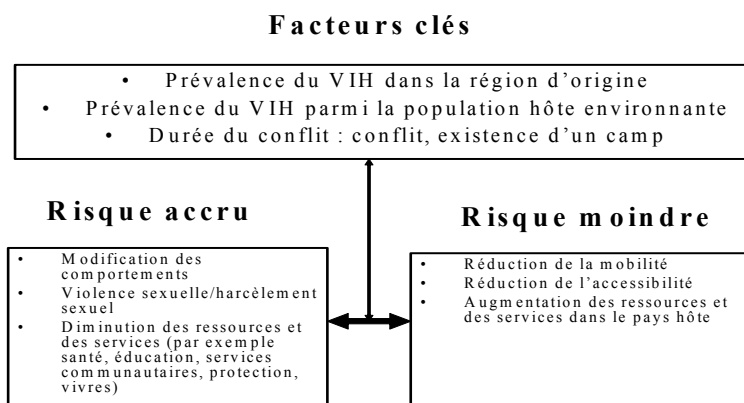
Outre les préoccupations de protection et de principes fondamentaux en matière de droits humains, d'autres approches fondamentales doivent être étudiées dans ce document et au cours de tous les stades de la mise en oeuvre du programme. Elles incluent la nécessité de : 1) **intégrer** les réfugiés dans les politiques du VIH, financer les propositions et les programmes des pays d'asile, 2) répondre aux besoins des **femmes et des enfants** réfugiés et intégrer les considérations de genre et d'âge, 3) adopter une **approche sous-régionale** reflétant le cycle du déplacement, 4) **préconiser** l'élimination de la **discrimination** liée au VIH contre les réfugiés et d'autres personnes relevant de la compétence du HCR.

III. INTRODUCTION

Le conflit, le déplacement, l'insécurité alimentaire et la pauvreté ont rendu les réfugiés et les autres populations touchées plus exposées à la transmission du VIH. La session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) sur le VIH a adopté sa déclaration d'engagement en juin 2001 qui prévoit notamment que « les populations déstabilisées par le conflit armé, ... y compris les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur du territoire et, en particulier, les femmes et les enfants, courent un risque accru d'exposition à l'infection du VIH ». ¹ L'allègement de l'impact, la prévention, les soins et les traitements du VIH parmi les réfugiés et les autres personnes relevant de la compétence du Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés sont des éléments essentiels du mandat de protection du HCR. Conformément à la déclaration de la session extraordinaire de l'assemblée générale sur le VIH/SIDA (UNGASS) ¹ et aux principes internationaux sur le VIH/SIDA et les droits humains, ² le HCR adopte une approche fondée sur les droits en matière de politiques et de programmes liés au VIH/SIDA.

Les nouvelles données épidémiologiques ont éclairé le lien complexe entre le VIH, le conflit et le déplacement. Il convient de rectifier l'idée erronée selon laquelle la prévalence du VIH parmi les réfugiés est *toujours* plus élevée que celle qui concerne la population hôte ^A. En fait, les faits semblent suggérer le contraire. Les facteurs bien documentés qui accroissent l'exposition au VIH parmi les populations touchées par le conflit et déplacées de force doivent être examinés parallèlement à d'autres facteurs clés tels que la réduction de la mobilité et de l'accès de la population qui peut travailler afin de diminuer la transmission du VIH. La prévalence du VIH parmi les réfugiés et les communautés hôtes influence également la transmission du VIH tout comme les niveaux d'interaction entre les deux communautés et leur exposition à la violence (Figure 1). ³ En conséquence, il est essentiel de combattre la croyance incorrecte selon laquelle les réfugiés apportent avec eux le SIDA aux communautés locales ce qui peut conduire à des pratiques discriminatoires. ⁴ Les circonstances propres au contexte dans lequel les réfugiés et les autres personnes relevant de la compétence du HCR vivent doivent être mieux comprises et utilisées pour orienter les programmes en matière de VIH.

Figure 1: Facteurs de risque du VIH pour les camps de réfugiés et les situations conflictuelles^B



^A Dans ce document, les populations locales environnantes seront simplement appelées populations hôtes.

^B Adapté de Spiegel PB. HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action. *Disasters* 2004; 28(3):322-39.

Ce document se concentre sur les réfugiés et les autres personnes relevant de la compétence du HCR, y compris les demandeurs d'asile, les rapatriés et les apatrides. Le mandat du HCR a également été élargi par l'Assemblée générale dans certaines situations pour inclure des personnes déplacées à l'intérieur du territoire. Le HCR assiste à l'heure actuelle environ 5,8 millions de personnes déplacées à l'intérieur du territoire.⁵ Les objectifs et stratégies de ce Plan s'appliquent à toutes les personnes relevant de la compétence du HCR, y compris les personnes déplacées dont il a la charge.

Le Plan stratégique du HCR pour 2005-2007 sur le VIH, le SIDA et les réfugiés se fonde sur les politiques du HCR,⁶⁻¹⁰ les leçons tirées de la mise en œuvre couronnée de succès du Plan stratégique 2002-2004 (appendice 2), des missions sur le terrain (appendice 3)^{3,11,12} et des orientations techniques et normatives du Programme conjoint des Nations Unies pour le VIH/SIDA (ONUSIDA) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que des principes directeurs concernant le VIH/SIDA en situation d'urgence élaborés par le Groupe de travail du Comité permanent interinstitutions sur le VIH/SIDA en situation d'urgence¹³. Le Plan stratégique précise les objectifs du HCR, les stratégies et indicateurs clés pour lutter contre le VIH parmi les réfugiés, les rapatriés et d'autres personnes relevant de la compétence du HCR de 2005 à 2007. Ce plan est conforme à d'autres objectifs et stratégies concernant le VIH/SIDA et les complète tels que les Buts de développement du Millénaire (MDG), la session extraordinaire de l'assemblée générale sur le VIH/SIDA, le Plan stratégique du système des Nations Unies pour le VIH/SIDA (UNSSP) ainsi que le Plan de travail et Budget unifié de l'ONUSIDA (UBW).

IV. 11 FACTEURS ESSENTIELS

1. Les réfugiés sont un groupe **unique** ayant souvent des besoins spécifiques. En conséquence, des politiques et des interventions spéciales en matière de VIH doivent être élaborées. Par exemple :
 - De nombreux réfugiés ont subi des traumatismes et des violences, y compris des violences sexuelles, au cours du conflit et de la fuite. En outre, les structures d'appui communautaire traditionnelles sont souvent détruites au cours du déplacement. En conséquence, il existe diverses questions psychosociales au sein des populations réfugiées qui pourraient ne pas exister dans des communautés plus stables.
 - Les campagnes de prévention et d'éducation en matière de VIH dans les pays d'asile sont souvent inaccessibles aux réfugiés qui parlent souvent différentes langues et viennent de contextes culturels différents.
 - Les solutions durables, telles que le rapatriement, et l'impact éventuel qu'elles peuvent avoir sur les politiques et les interventions dans le pays d'asile doivent être examinés (par exemple la fourniture d'une thérapie anti-rétrovirale aux réfugiés qui rentreront prochainement dans une zone de retour où cette thérapie n'est pas disponible).
 - Des possibilités uniques de prévention, d'appui et de soins pourraient exister dans les situations de réfugiés contrairement à d'autres situations (matériaux d'éducation, d'information et de communication au cours de la distribution alimentaire ou des programmes d'alimentation d'appoint au centre de transit au cours du rapatriement ou à l'occasion de l'enregistrement)¹⁴.

Toutefois, à bien des égards, les communautés réfugiées sont semblables à d'autres communautés du monde, y compris l'existence de groupes premiers pouvant transmettre le SIDA à la communauté réfugiée. En conséquence, parmi la population réfugiée, des interventions spécifiques en matière de VIH devraient être possibles pour les personnes travaillant dans le commerce sexuel, les utilisateurs de drogue par voie intraveineuse et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, de façon accessible qui ne les expose pas à la discrimination¹².
2. Le lien entre la **protection des réfugiés et les droits humains** et les programmes efficaces en matière de VIH est évident dans la mesure où les personnes ne rechercheront pas un dépistage et un conseil volontaires (VTC) en matière de VIH, un traitement et des soins si la confidentialité n'est pas assurée, s'il y a une discrimination, un risque de refoulement, des restrictions à la liberté de mouvement ou d'autres conséquences négatives. En outre, la lutte contre la stigmatisation ou la discrimination de toute nature contre les réfugiés et d'autres personnes relevant de la compétence du HCR est indispensable au mandat de protection du HCR. Le HCR, ses partenaires et les gouvernements hôtes doivent donc travailler de concert pour veiller à ce que les réfugiés ne fassent pas l'objet de pratiques discriminatoires sur la base de leur état de santé réel ou perçu en matière de VIH et pour veiller à ce que les réfugiés de même que les communautés hôtes aient accès à des services de qualité et confidentiels.

3. Le VIH/SIDA n'est pas simplement une question sanitaire mais un problème qui peut porter atteinte au tissu socioculturel, aux droits de l'homme, au bien-être économique à long terme des réfugiés ainsi qu'à celui de la population locale avec laquelle ils interagissent. En conséquence, des **approches multisectorielles et multilatérales** bien coordonnées sont indispensables à la mise en œuvre d'un programme efficace contre le VIH/SIDA. Les interventions du HCR en matière de VIH/SIDA ne se font pas parallèlement mais à l'intérieur des programmes existants (santé, protection, services communautaires et éducation). Il est indispensable de travailler en étroite partenariat avec les réfugiés et les communautés hôtes ainsi qu'avec les acteurs nationaux, sous-régionaux, régionaux et internationaux (par exemple les gouvernements, les institutions des Nations Unies, les organisations internationales, les organisations non gouvernementales internationales et locales, les institutions multilatérales et bilatérales, les institutions religieuses et le secteur privé). Les politiques et les interventions du HCR en matière de VIH doivent s'insérer dans le cadre plus large de la réponse des Nations Unies en la matière ; cela inclut les stratégies globales comme les « trois-un » et les « 3 par 5 ». L'admission du HCR en tant que dixième co-parrain de l'ONUSIDA en juin 2004 assure un environnement propice à la mise en place de synergies plus importantes et à la coordination d'une action bénéficiant à un large éventail de populations.
4. La mise en œuvre de programmes VIH/SIDA dans **les situations d'urgence** est essentielle. Les politiques et les interventions doivent être mises au point au tout début d'une crise et se poursuivent tout au long du cycle du déplacement (figure 2). Les programmes du HCR en matière de VIH en situation d'urgence doivent être guidés par des stratégies et des priorités indiquées dans les principes directeurs du CPI¹³. Dans les programmes de soins et entretien du HCR, les politiques et stratégies nationales en matière de VIH guideront les autres programmes.
5. Les réfugiés et leurs communautés hôtes ont en général une interaction étroite et les programmes du VIH doivent être mis au point pour en tenir compte. En conséquence, les programmes intégrés en la matière suivront les protocoles, les directives et les plans stratégiques des gouvernements hôtes et tout programme parallèle devra être évité.
 - En vertu de l'article 23 de la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés, les Etats contractants accorderont aux réfugiés séjournant légalement sur leur territoire l'accès au secours et à l'assistance publique au même titre que leurs nationaux, y compris les soins médicaux. En outre, les droits humains internationaux visent spécialement le droit de chacun à jouir du niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale au titre de l'article 12 du pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels, y compris l'accès aux soins et services médicaux en cas de maladie. En outre, le droit à la santé est reconnu notamment à l'article 5 e) iv) de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale de 1965, aux 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 dans l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989. Plusieurs instruments régionaux des droits de l'homme reconnaissent également le droit à la santé

comme la Charte européenne des droits sociaux de 1961 telle que révisée (article 11), la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981 (article 16) et le Protocole additionnel de la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels de 1988 (article 10).

- Les gouvernements hôtes devraient veiller à ce que les réfugiés puissent exercer, sans discrimination, le droit au niveau le plus élevé possible de santé physique et mentale. En conséquence, les réfugiés devraient avoir accès sans discrimination aux programmes de santé nationaux ou relatifs au VIH offerts à la population hôte.
- Les donateurs devraient reconnaître les ressources techniques et financières limitées de bon nombre de pays d'asile qui souvent ne peuvent répondre aux besoins de leur propre population et encore moins contribuer aux programmes de réfugiés. Les donateurs devraient encourager les pays hôtes accueillant des populations réfugiées à inclure les réfugiés et les communautés hôtes dans leurs propositions en matière de VIH tout en fournissant des fonds *supplémentaires et suffisants* pour permettre à ces gouvernements de répondre aux besoins.
- Le HCR doit jouer un rôle central dans le plaidoyer pour que les pays hôtes et donateurs incluent les réfugiés et les autres personnes relevant de compétence du HCR dans les propositions et programmes en matière de VIH/SIDA.

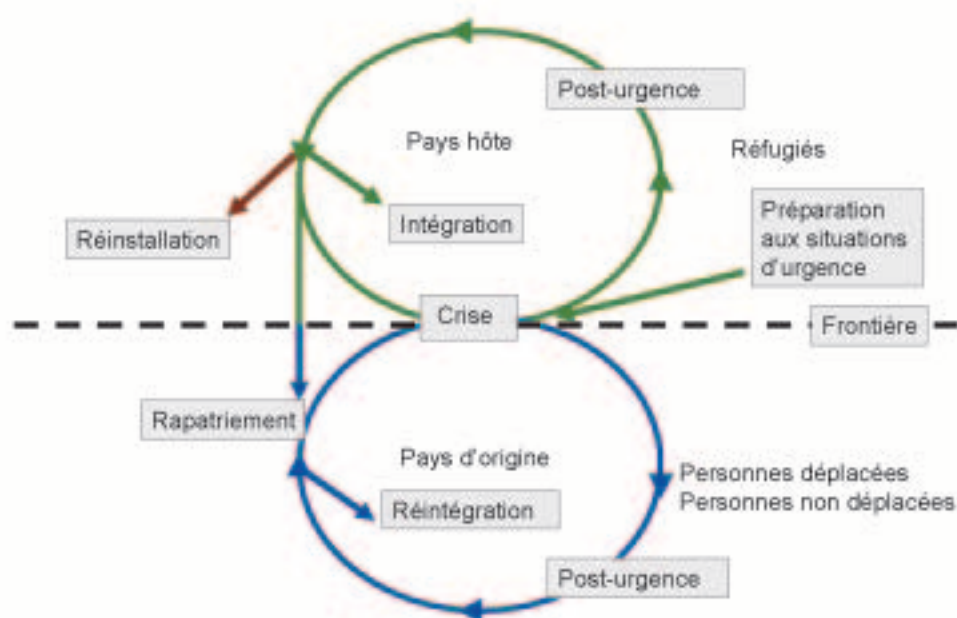
6. **Les femmes et les jeunes filles** sont plus exposées au VIH pour des raisons de discrimination et de violence sexuelle, biologiques, et d'un accès insuffisant aux services de prévention et d'information en matière de VIH, de l'incapacité de négocier des rapports sexuels plus sûrs et l'absence de méthodes de prévention du VIH contrôlées par les femmes. Le SIDA touche surtout les femmes dans les lieux où les rapports hétérosexuels sont un mode de transmission dominant du VIH comme c'est le cas en Afrique sub-saharienne et dans les Caraïbes. Les femmes adultes en Afrique sub-saharienne ont 1,3 fois plus de chances de contracter le SIDA que leurs homologues masculins ; cette inégalité est encore plus grande parmi les jeunes filles âgées de 15 à 24 ans qui ont environ 3 fois plus de chances d'être infectées que les jeunes hommes de leur âge. En outre, les femmes ont plus de chance d'adopter des orphelins, de fournir des soins à domicile, de s'adonner aux cultures vivrières et à d'autres formes d'activités génératrices de revenus pour subvenir aux besoins de leur famille. Ces facteurs peuvent être encore plus prévalents parmi les femmes et les jeunes filles réfugiées en raison de leur exposition à l'exploitation et à la violence sexuelle au cours du cycle du déplacement (figure 2). Des priorités doivent être établies au niveau des politiques et des programmes en fonction de leurs besoins ainsi qu'en fonction des besoins des personnes âgées qui doivent assumer un fardeau encore plus lourd.

7. **Les jeunes gens de 10 à 14 ans** sont au centre de l'épidémie. Ils sont vulnérables au VIH quand ils deviennent sexuellement actifs du fait de facteurs culturels, psychosociaux et émotionnels. Ils ne sont pas suffisamment informés sur le VIH et peuvent développer un comportement à risque tel qu'avoir des relations sexuelles multiples et de courte durée, et ne pas avoir accès aux moyens de se protéger eux-mêmes. Dans certaines régions, les drogues prises par voie intraveineuse augmente de façon alarmante parmi les jeunes gens. Ces facteurs sont accrus parmi les jeunes réfugiés exposés à des situations de conflits et de déplacement.

8. **Les enfants non accompagnés, les orphelins et les autres enfants touchés par le VIH/SIDA** peuvent faire face à des difficultés économiques et à des problèmes psychosociaux, souffrir d'une malnutrition plus aiguë et d'autres maladies et se trouver plus fréquemment en situation d'échec scolaire que d'autres enfants. Ces facteurs sont encore plus prévalents parmi les enfants réfugiés qui ont fui la guerre et peuvent avoir perdu l'un de leurs parents ou les deux ou avoir subi une exploitation ou des violences sexuelles. L'identification précoce des enfants réfugiés plus exposés au VIH/SIDA est indispensable pour fournir l'appui nécessaire, entreprendre la recherche de famille et les processus de regroupement familial et œuvrer à la mise en place d'une solution durable appropriée.
9. Les politiques et les interventions en matière de VIH en faveur des **réfugiés urbains** peuvent être plus compliquées dans la mesure où divers groupes vivent souvent dans des zones dispersées ce qui rend difficile leur localisation et l'accès à ces populations^{15,16}. Contrairement aux réfugiés vivant dans les camps, le type, le niveau et le coût des services offerts aux réfugiés urbains ne sont pas uniformisés et peuvent présenter des variations importantes. Les services et l'appui en matière de VIH/SIDA à ceux qui ne sont pas encore autosuffisants devraient être fournis moyennant un appui si nécessaire aux services de santé et d'éducation nationaux et non pas par la création de structures parallèles et de services spéciaux pour les réfugiés¹⁵. Le plaidoyer pour les réfugiés urbains en faveur d'un accès aux services locaux de façon non discriminatoire est essentiel.
10. Les réfugiés **rentrant** volontairement dans leur pays d'origine peuvent faire montre d'une prévalence plus importante, moins importante ou égale en matière de VIH que ceux qui vivent dans la région de retour. Pour les réfugiés qui ont été exposés aux programmes du VIH, appuyés par les ONG et les gouvernements hôtes, leur prise de conscience en matière de la prévalence du VIH peut être plus élevée et leur comportement moins à risque que celui des personnes non déplacées et des personnes déplacées dans leur pays d'origine. En conséquence, bon nombre de réfugiés ont acquis des connaissances importantes et précieuses en matière de VIH pouvant être utilisées dans le pays d'origine (par exemple celles qui ont dispensé des soins et un enseignement de santé dans les camps). Les interventions en matière de VIH pour les réfugiés incombent essentiellement au gouvernement du pays d'origine, appuyé par l'ONUSIDA et ses co-parrains. Toutefois, le HCR devrait jouer un rôle clé pour veiller à une continuité entre les programmes du pays hôte et ceux du pays d'origine et lancer des programmes essentiels dans les zones de retour où aucune autre institution ou programme n'est opérationnel. Globalement, les politiques et les programmes en matière de VIH doivent être orientés vers toutes les personnes dans la zone de retour et non pas simplement vers les rapatriés afin d'éviter toute stigmatisation et discrimination et afin d'être plus efficace.
11. **Les initiatives sous-régionales** peuvent permettre d'élaborer des politiques et mettre au point des interventions en matière de VIH au-delà des populations marginalisées qui pourraient ne pas bénéficier autrement de programmes nationaux. La continuité des services aux réfugiés et à d'autres populations mobiles peut être assurée de façon plus efficace en se mettant d'accord sur des protocoles de diagnostic et de traitement et en passant des commandes groupées de médicaments et de fournitures médicales pour les pays de la sous-région. Ces

accords pourraient également contribuer à la planification et à l'exécution des programmes de rapatriement. Compte tenu du cycle de déplacement des réfugiés (figure 2), le HCR encourage la communauté internationale à adopter une approche plus large et plus novatrice pour lutter contre l'épidémie de VIH à travers les frontières internationales³. Les politiques et les interventions en matière de VIH pour les réfugiés et d'autres populations mobiles doivent avoir une incidence au-delà des pays et doivent être sous-régionales de par leur nature.

Figure 2: Cycle du déplacement dans le contexte d'un conflit



V. OBJECTIFS, REALISATIONS ESCOMPTEES, INDICATEURS DE SUCCES

1. **Objectif de protection** : Veiller à ce que les réfugiés, les demandeurs d'asile et d'autres personnes relevant de la compétence du Haut Commissaire affectés par le VIH/SIDA puissent vivre dans la dignité, ne pas être victimes de discrimination, jouir du respect de leurs droits humains, y compris la jouissance non-discriminatoire du standard le plus haut possible de santé mentale et physique.

Réalisations escomptées	Indicateurs de succès ^D	05	06	07
i. Les réfugiés et les demandeurs d'asile ne font pas l'objet d'une discrimination du fait d'être porteurs du VIH ou ne sont pas l'objet de mesures répressives de ce fait.	i. a) Diminution du nombre de législations et pratiques établissant une discrimination contre les réfugiés et les demandeurs d'asile séropositifs activement suivie, documentée et supervisée b) Nombre de lois et de pratiques qui ont changé concernant i a) (voir objectif 4) c) Nombre de rapports et d'interventions liés aux problèmes de protection des personnes atteintes du VIH au travers des mécanismes d'établissement des Rapports Annuels de Protection du HCR (voir objectif 8)	●●		
ii. Fourniture CDV et suppression du dépistage obligatoire des demandeurs d'asile et des réfugiés (à l'exception des tests pour les transfusions sanguines) dans la mesure où cela n'empêche pas la contagion et n'est pas conforme aux normes pertinentes des droits humains ¹⁷	ii. a) Idem i a) pour dépistage obligatoire b) Idem i b) pour dépistage obligatoire c) Idem i c) pour dépistage obligatoire	●	—	●
iii. Réduction de la discrimination à l'égard des réfugiés et par les réfugiés (voir objectif 4)	iii. a) Augmenter de 7 à 25 le nombre d'opérations nationales qui ont mis en œuvre des programmes spécifiques pour limiter la discrimination et la stigmatisation à l'égard des réfugiés et des communautés environnantes b) Augmenter de 25% les changements positifs dans les attitudes et les comportements concernant la stigmatisation des porteurs du VIH/SIDA grâce aux enquêtes de surveillance comportementales (voir objectif 8)	●	—	●
iv. La confidentialité et le droit à la vie privée sont respectés pour les personnes relevant de la compétence du HCR porteurs du virus	iv. Idem i c) pour dépistage obligatoire			
v. Les femmes et les jeunes filles réfugiées sont habilitées à prendre leur destin en main au travers d'une prise de conscience de leurs droits fondamentaux et d'une formation leur permettant de réduire leur exposition au VIH/SIDA (voir objectif 6) ^{18C}	v. a) Idem iii a) pour prise de conscience de leurs droits par les femmes et les jeunes filles b) Changements positifs au niveau des connaissances, des attitudes et des comportement enregistrés par les enquêtes comportementales (voir objectif 8)	●	—	●
vi. Protection des enfants réfugiés, y compris les adolescents, en accordant une attention particulière aux enfants séparés et non accompagnés ainsi qu'aux orphelins (voir objectif 6) ¹⁸	vi. a) Données de base sur le nombre d'abus sexuels et d'agressions d'enfants recueillis (voir objectif 8) b) Augmentation du nombre de rapports et d'interventions (voir objectif 8) c) Augmentation du nombre de cours de formation organisés à l'intention du personnel du HCR et des partenaires (voir objectif 9)	●●		
		●	—	●
		●	—	●

^C Les comportements et les attitudes des hommes doivent également faire l'objet d'une étude.

^D Les indicateurs se réfèrent aux réalisations de ces trois dernières années. A la fin de chaque année, tous les pays mettant en œuvre d'importants programmes liés au VIH font état d'indicateurs du VIH énumérés dans ce plan sur la base du système d'information du HCR sur le VIH.

2. **Objectif en matière de coordination et d'intégration** : Veiller à ce que les politiques et les interventions en matière de VIH pour les réfugiés soient coordonnées et intégrées avec celles décidées aux niveaux international, régional, sous-régional, national et organisationnel.

Réalisations escomptées		Indicateurs de succès	05	06	07
I. Au sein du HCR (appendice 4)					
i.	Maintenir et renforcer les points focaux au Siège et sur le terrain concernant le VIH	i.	●	—	●
ii.	L'unité du HCR consacrée au VIH est maintenue et élargie	ii.	●	—	●
		a) Les 4 coordonnateurs régionaux du VIH continueront à travailler dans les quatre sous-régions de l'Afrique sub-saharienne	●	—	●
		b) 1 à 2 coordonnateur(s) régional(aux) du VIH en Asie et en Afrique du Nord	●	—	●
		c) 1 coordonnateur régional du VIH en Europe orientale		●	●
		d) 2 administrateurs techniques travaillant au Siège	●	—	●
		e) 1 administrateur technique/de liaison avec l'ONUSIDA au Siège du HCR		●	●
iii.	Intégration des programmes et fonds concernant le VIH financés par le siège du HCR dans les opérations de certains bureaux nationaux du HCR	iii.	●	—	●
iv.	Amélioration de la coordination sur les questions de VIH au sein des bureaux nationaux au cours des programmes de réintégration	iv.	●	—	●
II. Au plan international					
i.	Poursuite de la participation active au système de coordination et de planification internationale liée au VIH	i.	●●		
		a) Participation au Groupe consultatif interinstitutions sur le SIDA	●●		
		b) Participation au Groupe de travail du CPI sur le VIH dans les zones d'urgence	●	—	●
		c) Participation au processus des Objectifs de Développement du Millénaire	●	—	●
ii.	Participation accrue au sein du système des Nations Unies (particulièrement depuis que le HCR est devenu un des co-parrains de l'ONUSIDA)	ii.	●	—	●
		a) Participation au UNSSP	●	—	●
		b) Participation à l'évaluation du UNGASS	●	●	
		c) Participation à l'élaboration de stratégies en matière de VIH dans le monde et au sein des Nations Unies	●	—	●
		d) Participation au Groupe groupes thématiques et réunions initiées par l'ONUSIDA	●	—	●
		e) Participation au UBW	●	—	●
		f) Voir 2. I. ii. e)	●	—	●

2. Objectif en matière de coordination et d'intégration (suite)

Réalizations escomptées		Indicateurs de succès		
		05	06	07
III. Au plan régional/sous-régional				
i.	Participation accrue aux mécanismes régionaux des Nations Unies	●	—	●
		●	—	●
ii.	Participation accrue aux initiatives sous-régionales (voir objectif 4)	●	—	●
		●	●	
		●	●	
		●	—	●
IV. Au plan national				
i.	Dans la capitale			
1)	Amélioration de la collaboration avec les PNLs	●	—	●
2)	Amélioration de la participation du HCR dans les groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH et au sein des groupes de travail techniques associés	●	—	●
3)	Réunions de coordination régulières sur le VIH grâce aux mécanismes existants (réunions de coordination de santé ou de coordination des services communautaires)	●	—	●
ii.	Niveau provincial Amélioration de la coordination avec les autorités provinciales participant aux programmes du VIH pour assurer leur intégration; inclusion des hôpitaux de recours et des dispensaires de proximité pour les populations locales	●	—	●
iii.	Au sein des communautés hôtes et réfugiées Réunions régulières de comités multisectoriels sur le VIH regroupant les représentants de gouvernements, les ONG, les réfugiés (dirigeants politiques et religieux, femmes, jeunes, travailleurs sociaux et de santé, communautés locales et institutions des Nations Unies)	●	—	●

^E Pour ce plan, on entend par « programme important » les opérations où le HCR et ses partenaires participent aux interventions en matière de VIH/SIDA en faveur de 10 000 réfugiés au moins.

3. **Objectif des solutions durables** : Elaborer et intégrer les politiques et interventions en matière de VIH dans les programmes du HCR pour les solutions durables** et réduire l'impact à long terme du VIH.

Réalisations escomptées	Indicateurs de succès	05	06	07
Rapatriement				
i. Interventions spécifiques relatives au VIH aux trois phases des programmes de VIH et de rapatriement	i. I a) 100% des opérations nationales du HCR mettant en oeuvre d'importants mouvements de rapatriement ^F recensent les réfugiés possédant des compétences dans le domaine du VIH (santé et éducation) et fournissent leurs noms aux ONG et aux gouvernements pour veiller à ce que ces aptitudes soient utilisées au retour	●	●	●
I. Pré-rapatriement	b) Certificats et lettres de recommandation fournis aux réfugiés formés pour certifier l'acquisition de compétences et d'expérience afin de faciliter l'utilisation au retour dans le pays d'origine	●	●	●
	c) 100% des opérations dans les pays mettant en oeuvre d'importants mouvements de rapatriement lancent des campagnes d'information dans les capitales et les provinces de retour pour réduire la discrimination et la désinformation (voir objectifs 1 et 4)	●	●	●
	d) 100% des opérations dans les pays effectuant d'importants mouvements de rapatriement recueillent des informations concernant le VIH et diffusent à titre collectif et non individuel cette information concernant les réfugiés et les populations dans la zone de retour aux gouvernements et organisations mettant en oeuvre des programmes et des politiques relatives au VIH (voir objectif 5)	●	●	●
	e) 100% des opérations dans les pays mettant en oeuvre d'importants mouvements de rapatriement intègrent des programmes relatifs au VIH, avec la ART ^G , lorsqu'il convient (voir objectif 7)	●	●	●
II. Au cours du rapatriement	i. II a) 100% des femmes enceintes diagnostiquées séro-positives reçoivent un traitement pour la mère et l'enfant avant le rapatriement lorsque le PTME est disponible dans le pays hôte mais pas dans le pays d'origine (analogue au traitement pour la tuberculose)	●	●	●
	b) L'ensemble des opérations de rapatriement majeures fournissent des kits de rapatriement en matière de VIH ^H (voir objectif 6)	●	●	●
	c) L'ensemble des rapatriés travaillant sur les questions de VIH (infirmières, agents de santé communautaire) reçoivent suffisamment de matériel IEC et de préservatifs pour la période post-rapatriement si ces fournitures ne sont pas déjà disponibles dans la zone de retour du pays d'origine dans les mouvements de rapatriement importants (voir objectif 6)	●	●	●
III. Post-Rapatriement	i. III L'ensemble des pays d'origine disposent de plans multisectoriels et multipartenaires pour l'ensemble de la population dans les zones de retour ^I	●	●	●
Réinstallation :				
ii. Dérogations automatiques accordées lorsque le VIH/SIDA constitue un obstacle à la réinstallation ou à l'intégration sur place (voir objectifs 1 et 4)	ii. L'ensemble des pays fournissent des dérogations systématiques aux réfugiés séro-positifs aux fins de réinstallation ou d'installation sur place	●	●	●
iii. Dépistage du VIH rendu obligatoire par les pays de réinstallation et effectué conformément aux normes internationales, y compris le caractère confidentiel, l'orientation pré et post-dépistage, l'aiguillage et l'appui (voir objectifs 1 et 4)	iii. Réduction du nombre de rapports inacceptables de pratiques de dépistage du VIH	●	●	●

^F Pour ce plan, on entend les mouvements de rapatriement en faveur de 5 000 réfugiés/an au moins.

^G Le HCR élaborera une politique globale de ART en 2005.

^H Ils incluent des matériaux VIH IEC dans la langue locale et des préservatifs dans le respect des traditions culturelles. Ces matériaux peuvent être fournis dans les camps de transit du pays hôte ou du pays d'origine et peuvent être associés à une formation en matière de mines terrestres lorsqu'il convient

^I De nombreuses régions de retour n'ont pas ou guère de programmes en matière de VIH. Des services essentiels tels que ceux qui sont cités dans les principes directeurs du CPI devraient être mis en oeuvre et assortis de services plus complets.

** Cadre du HCR pour les solutions durables; Aide au développement pour les réfugiés (DAR), Cadre 4R (Rapatriement, réintégration, réhabilitation et reconstruction) et développement moyennant l'intégration sur place (DLI).

4. **Objectif de plaidoyer** : Préconiser une protection contre le VIH, une intégration des politiques et des programmes et des initiatives sous-régionales pour les réfugiés et d'autres personnes relevant de la compétence du HCR de manière cohérente et systématique à tous les niveaux.

		05	06	07
Réalisations escomptées	Indicateurs de succès			
i. Facilitation de l'accès et intégration des PNLS pour les réfugiés et d'autres personnes relevant de la compétence du HCR (voir objectif 2)	<p>i. a) Accroître de 15 à 23 le nombre de pays d'Afrique sub-saharienne accueillant 10 000 réfugiés ou plus (28 au total pour 2005) qui incluent des réfugiés en tant que groupes cibles dans leurs plans stratégique nationaux relatifs au VIH</p> <p>aa) Recueillir des données de base, entreprendre une analyse et déterminer des indicateurs :</p> <p>I. Asie et Afrique du Nord</p> <p>II. Europe de l'Est</p> <p>ab) Entreprendre des activités pour obtenir des indicateurs :</p> <p>I. Asie et Afrique du Nord</p> <p>II. Europe de l'Est</p> <p>b) Faire passer de 12 à 20 le nombre de pays d'Afrique sub-saharienne ayant 10 000 réfugiés ou plus (28 au total pour 2005) qui soumettent des propositions en matière de VIH aux principaux donateurs assorties de dispositions pour les réfugiés (voir objectif 10)</p> <p>ba) Recueillir des données de base, entreprendre une analyse et déterminer des indicateurs :</p> <p>I. Asie et Afrique du Nord</p> <p>II. Europe de l'Est</p> <p>bb) Entreprendre des activités pour obtenir des indicateurs :</p> <p>I. Asie et Afrique du Nord</p> <p>II. Europe de l'Est</p> <p>c) Faire passer de 3 à 20 le nombre de pays d'Afrique sub-saharienne ayant 10 000 réfugiés ou plus (29 au total) fournissant la ART aux réfugiés lorsque la population hôte y a accès et la reçoit (voir objectifs 2, 5 et 7)</p> <p>ca) Recueillir des données de base, entreprendre une analyse et déterminer des indicateurs :</p> <p>I. Asie et Afrique du Nord</p> <p>II. Europe de l'Est</p> <p>cb) Entreprendre des activités pour obtenir des indicateurs :</p> <p>I. Asie et Afrique du Nord</p> <p>II. Europe de l'Est</p>			
ii. Pour la protection, voir objectif 1 i) et 1 iii)				
iii. Pour la coordination et l'intégration, y compris les initiatives sous-régionales, voir l'objectif 2 III) ii) and 2 IV) i. 1)				
iv. Pour les solutions durables, voir l'objectif 3 i) I) et 3 ii)				

5. Objectif de programmation de qualité en matière de VIH : Garantir des interventions appropriées en matière de VIH aux réfugiés, aux rapatriés et aux autres personnes relevant de la compétence du HCR de façon intégrée.

		05	06	07
Réalisations escomptées		Indicateurs de succès		
i.	Interventions essentielles en matière de VIH telles que décrites dans la matrice du CPI (appendice 5) et principes directeurs ¹³ fournis dans toutes les situations de réfugiés dès le début d'une situation d'urgence ^J (voir objectifs 1, 3, 6 et 7)	i.	L'ensemble des situations de réfugiés où le HCR coordonne des services de santé et communautaires disposent d'interventions essentielles en matière de VIH	
ii.	Fourniture d'un type similaire d'interventions aux réfugiés telles que celles qui sont offertes aux communautés locales après la fourniture de services essentiels ^K (voir objectifs 1, 3, 6 et 7)	ii.	75 % des interventions en matière de VIH fournis à la population hôte sont également fournies aux réfugiés, y compris la ART	
iii.	Participation des réfugiés à tous les stades des programmes de VIH/SIDA et habilitation des réfugiés pour qu'ils prennent en charge leur propre prévention (voir tous les objectifs)	iii.	Voir objectif 2 IV) iii)	
iv.	Mise à disposition des programmes de VIH ciblant les réfugiés aux communautés hôtes si possible (voir tous les objectifs)	iv.	Voir objectif 2 IV) ii) – iii)	
v.	Les programmes de VIH fournis aux réfugiés doivent se conformer aux protocoles et principes directeurs des gouvernements hôtes dans la mesure où ils répondent aux normes universellement acceptées (voir objectifs 3, 6 et 7)	v.	90% des protocoles et principes directeurs de VIH pour les réfugiés sont les mêmes que ceux des gouvernements hôtes	

^J Toutes les interventions couramment acceptées en matière de prévention, de soins, d'appui et de traitement du VIH offertes aux personnes dans des zones d'installation défavorisées doivent être également offertes aux réfugiés conformément à la phase d'urgence et au type de services fournis aux populations locales environnantes (ces interventions connues ne seront pas énumérées dans ce document). Les interventions citées aux objectifs 5, 6 et 7 sont soulignées car il y a eu des problèmes relevés au cours de la mise en œuvre en 2002-2004 ou du fait de nouveaux programmes globaux touchant les réfugiés. Ces interventions doivent être offertes aux réfugiés et aux populations locales de façon intégrée conformément au stade d'urgence. Lorsqu'il ne participe pas à la coordination ou à la mise en œuvre de ces services, comme c'est souvent le cas avec les réfugiés urbains par rapport aux réfugiés dans les camps, le HCR doit plaider activement pour des services accessibles en faveur des réfugiés de façon non discriminatoire.

^K Dans des circonstances où la communauté hôte ne bénéficie pas de ces services essentiels, le HCR doit continuer à fournir ces services aux réfugiés tout en préconisant dans la mesure du possible d'aider le gouvernement à fournir des services semblables aux communautés locales hôtes. Si les services relatifs au VIH fournis à la communauté locale sont inférieurs à ceux qui sont fournis à d'autres populations de la sous-région, le HCR et ses partenaires peuvent fournir des services plus avancés aux réfugiés tout en préconisant une aide au gouvernement pour qu'il fournisse ces services aux communautés hôtes environnantes.

6. Objectif de prévention: Réduire la transmission et la prévalence du VIH.

Réalizations escomptées		Indicateurs de succès		05	06	07
i. Fournir des programmes essentiels en matière de prévention ^F du VIH dans toutes les situations où le HCR travaille en utilisant la matrice ¹³ et les principes directeurs du CPI en tant que cadre		i. a) 100% des situations de réfugiés disposent de matériaux d'IEC en quantité suffisante, accessible et adéquate au plan culturel en langue locale b) Augmentation du nombre de préservatifs masculins et féminins par personne/par mois ^M c) 100% des situations de réfugiés prennent des précautions universelles d) 100% des situations de réfugiés ont accès à un approvisionnement sûr en sang e) Accroissement du nombre d'interventions novatrices propres aux circonstances relatives aux réfugiés (par exemple IEC au cours de la distribution alimentaire ou du recensement) ¹⁴ f) Accroissement du nombre d'interventions pour des groupes fondamentaux (par exemple CSW, MSM, IDU) g) Accroissement du nombre de programmes de réduction des dommages		●		●
				●		●
				●		●
				●		●
				●		●
				●		●
				●		●
				●		●
				●		●
				●		●
				●		●
				●		●
				●		●
				●		●
				●		●
ii. Mettre en œuvre un CDV dès que des services professionnels qualifiés seront mis en place ^L (voir objectifs 1 et 7) ¹⁷	ii. a) Accroître de 7 à 15 le nombre d'opérations nationales où les réfugiés ont accès au CDV b) L'ensemble des CDV ont des systèmes en place pour veiller au caractère confidentiel c) L'ensemble des programmes de CDV ont établi un système de recours pour les séro-positifs d) 75% des programmes de CDV disposent de clubs post-dépistage e) 75% des opérations dans les pays disposant de programmes de CDV et de tuberculose ainsi que de maladies sexuellement transmissibles ont établi des liens bilatéraux	●		●		
●			●			
●			●			
●			●			
●			●			
iii. Mise en œuvre de programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) dès que possible en conjonction avec les programmes des gouvernements hôtes	iii. Faire passer de 6 à 12 le nombre d'opérations nationales où les réfugiés ont accès au PTME	●		●		
iv. Mise en œuvre des programmes de formation en matière de violence sexuelle de façon coordonnée et globale (voir objectif 1) ¹⁸	iv. a) Accroître de 1 à 7 le nombre d'opérations nationales où les réfugiés ont accès au PEP ^N b) Idem objectif 1 iv)	●		●		
v. Fourniture d'une prophylaxie pour les infections opportunistes aux PVV	v. Au moins 50% des opérations dans les pays mettant en œuvre d'importants programmes de VIH fournissent la prophylaxie triméthoprimsulfaméthoxazole pour les enfants et les adultes ¹⁹	●		●		

^L Le CDV est une voie d'accès à la prévention ainsi qu'aux soins et au traitement du VIH. La disponibilité de la ART n'est pas une condition indispensable à l'établissement du CDV.

^M L'éducation communautaire en matière d'utilisation de préservatifs et leur distribution de façon confidentielle en facilitant l'accès.

^N La prophylaxie post-exposition (PEP) pour les survivants de viols a désormais été mise en œuvre dans certaines situations de réfugiés. L'introduction de cette prophylaxie dans toutes les situations de réfugiés devrait être encouragée.

7. Objectif en matière d'appui, de soins et de traitement : Réduire les taux de morbidité et de mortalité liées au VIH.

Réalisations escomptées		Indicateurs de succès		05	06	07
i.	Fourniture de programmes essentiels d'appui, de soins et de traitement du VIH ^F dans toutes les situations où le HCR opère à l'aide de la matrice et des principes directeurs du CPI utilisés en tant que cadre ¹³	i.	a) $\geq 75\%$ des opérations du HCR ayant des dispensaires emploient des diagnostics et des traitements pour les maladies sexuellement transmissibles en utilisant l'approche du syndrome b) $\geq 60\%$ des partenaires des patients atteints de IST ont été avisés et traités	●		●
ii.	Etablissement d'équipes multidisciplinaires pour fournir des programmes de soins palliatifs et domestiques en utilisant une approche communautaire de façon confidentielle (à toutes les personnes atteintes de maladies chroniques et non pas simplement aux PVV).	ii.	Accroître de 5 à 10 les opérations nationales comptant d'importants programmes de VIH fournissant des programmes multidisciplinaires de soins domestiques	●		●
iii.	Soins accessibles et appropriés pour les cas de violence sexuelle doivent être offerts de façon confidentielle et humaine	iii.	a) Accroissement du pourcentage de la population réfugiée ayant accès aux soins et au traitement confidentiels b) Incidence de cas avérés de violence sexuelle c) 90 % des survivants de viol signalés ont reçu des soins et un traitement appropriés de façon confidentielle (y compris PEP dans les opérations qui le mettent à disposition)	●		●
iv.	Disponibilité et accessibilité de la ART à long terme aux réfugiés lorsque cette thérapie est fournie à la population locale (voir objectifs 2 et 4)	iv.	Idem objectif 5 i)			
v.	Identification précoce des enfants réfugiés exposés au VIH/SIDA afin de fournir l'appui nécessaire, lancer la recherche de famille et le regroupement familial et travailler à la mise en œuvre de solutions durables appropriées	v.	Accroissement du nombre de programmes comprenant des interventions pour les orphelins et les mineurs non accompagnés	●		●
vi.	Renforcement des capacités des communautés pour mieux appuyer, soigner et traiter les membres touchés et infectés par le VIH/SIDA	vi.	Idem objectifs 1 iii), v), vi); 2 iii); 3 i); 5; 6; 7; et 9 iii)			
vii.	Fourniture de micro et macro-nutriments adéquats et suffisants conformément aux normes internationales	vii.	Utiliser les indicateurs énumérés dans le manuel relatifs aux stratégies et aux programmes du PAM ¹⁴ conformément au contexte	●		●

8. **Objectif lié à l'évaluation, la surveillance et le suivi** : Améliorer la mise en œuvre et l'évaluation des programmes.

		05	06	07
Réalisations escomptées		Indicateurs de succès		
i.	Mise en œuvre d'évaluations normalisées ^o	i. Au moins 90 % des évaluations en matière de VIH sont conduites à l'aide du Cadre du HCR pour l'évaluation du VIH dans toutes les situations de réfugiés (appendice 6)		
ii.	Mettre en place des systèmes d'information pratique sur le VIH (HIVIS) ^p (voir tous les objectifs)	ii. a) Parachèvement du HIVIS b) Expérimentation sur le terrain du HIVIS c) Mise en oeuvre du HIVIS dans 15 opérations nationales au moins		
iii.	Diffusion des leçons tirées des programmes de VIH au HCR ainsi qu'à ses partenaires avec une retro-information régulière pour ceux qui participent aux interventions liées au VIH (voir tous les objectifs)	iii. a) Publication du document sur les meilleures pratiques HCR/ONUSIDA b) Publication du document de l'expérimentation sur le terrain de la PEP c) 100% des rapports de mission sont diffusés aux pays concernés et aux points focaux du HCR en matière de VIH		
iv.	Poursuivre le recherché programmatique ^q (voir tous les objectifs)	iv. a) Mise en oeuvre de recherches nutritionnelles vivres- VIH avec le PAM. ¹⁴ b) Effets de l'interaction entre les groupes armés, les populations affectées par les conflits (populations déplacées et non déplacées) ainsi que les communautés locales sur la transmission à l'intérieur du pays et internationale du VIH c) Méthodes visant à améliorer l'intégration des programmes de VIH au sein des populations déplacées et non déplacées d) Développement de la prévention novatrice, de stratégies de soins et d'appui utilisant le contexte unique des situations de conflits (par exemple, distribution de vivres, centres d'accueil, recensement) e) Fourniture et application de la ART, y compris PEP, aux réfugiés suite à des violences sexuelles ou à une exposition occupationnelle, PTME, et ART à long terme		

^o La normalisation permet la comparaison de différentes situations ainsi que des tendance au fil du temps pour une même situation

^p L'HIVIS permet la supervision, le suivi et l'évaluation normalisés des interventions en matière de VIH en utilisant des contributions, des processus et des indicateurs de résultats. Il se compose de trois éléments : 1) enquêtes, y compris surveillance avec une composante déplacement et post-déplacement; dans la mesure du possible, les enquêtes doivent être menées parmi les populations réfugiées et locales ; 2) établissement de rapports sur le système de santé et la protection ; et 3) outils d'inspection sur le site du programme VIH (l'expérience antérieure a montré que certaines activités liées au VIH ne peuvent faire l'objet de rapports systématiques et fiables et ont besoin d'une inspection sur site (réunions de coordination, perturbation de la chaîne d'approvisionnement, précautions universelles). Le HIVIS est conforme et compatible avec d'autres systèmes d'évaluation et de suivi établis en matière de VIH ainsi qu'avec les indicateurs.

^q Surveillance et BSS ne sont pas considérées comme des recherches programmatiques mais essentielles pour l'intervention et l'évaluation de programme.

9. **Objectif en matière de formation et de création de capacités** : Améliorer les aptitudes et capacités en matière de VIH du HCR, de ses partenaires et des réfugiés.

		05	06	07
	Réalisations escomptées			
	Indicateurs de succès			
i.	Formation et création de capacités augmentées en: connaissances et aptitudes en matière de VIH au sein du HCR	i.	a) La composante du VIH incluse dans la formation à la protection et à la réinstallation b) la composante du VIH incluse dans la formation générale du personnel (par exemple OMLP et politique relative au lieu de travail) c) Au moins 1 atelier sous-régional par an sur le VIH d) Idem objectif 1 v) c)	●—● ●—● ●—●
ii.	Formation et création de capacités augmentées concernant les connaissances et les aptitudes des partenaires nationaux et internationaux en matière de VIH	ii.	a) Augmenter le nombre et le type de stages de formation en matière de VIH (diagnostic clinique du SIDA, diagnostic et traitement des maladies sexuellement transmissibles, CDV) b) Au moins 1 atelier sous-régional sur le VIH/an	●—● ●—●
iii.	Formation et création de capacités concernant l'accroissement des connaissances et des aptitudes des réfugiés augmentées	iii.	Accroissement du nombre et du type d'ateliers de formation en matière de VIH fournis à des groupes spécifiques	●—●
iv.	Intégration de personnes fournissant des services aux réfugiés ainsi qu'à la population locale dans les formations sur le terrain	iv.	a) Accroissement du pourcentage de formations et d'ateliers intégrés sur le VIH au niveau national et sur le terrain incluant le personnel travaillant avec les réfugiés ainsi que la population locale b) Accroissement du pourcentage d'ateliers intégrés de VIH sur le terrain comprenant des réfugiés ainsi que la population locale	●—● ●—●
v.	Elaboration de programmes et de politiques sur le VIH et le lieu de travail à l'intention du personnel du HCR et de leurs familles incluant la ART (voir objectifs 6 et 7)	v.	a) Elaboration d'une politique du HCR sur le lieu de travail et le VIH b) Mise en oeuvre de la politique du HCR sur le lieu de travail et le VIH c) Au moins 90 % du personnel du HCR et leurs familles dans tous les lieux d'affectation ont accès à la prophylaxie post-exposition (PEP)	●—● ●—● ●—●

10. Objectif en matière de mobilisation des ressources : Accroître les fonds et s'adresser aux sources extérieures aux donateurs traditionnels pour veiller à ce que les objectifs exposés dans ce plan stratégique soient atteints.

		05	06	07
	Réalisations escomptées			
	Indicateurs de succès			
i.	Poursuite du projet VAR au Siège sur le VIH pour permettre la fourniture de fonds additionnels pour le VIH dans différents bureaux nationaux au fur et à mesure de l'expansion du programme	i.	Augmentation annuelle du projet du Siège (VAR)	●
ii.	Poursuite des efforts de plaidoyer auprès des principaux donateurs pour inclure les réfugiés dans les propositions nationales lorsqu'il convient, et faciliter les approches sous-régionales ¹⁸	ii.	a) Augmentation du nombre de propositions sous-régionales et financées par le pays hôte incluant des réfugiés b) Idem objectif 2 III) ii) d) c) Idem objectif 4 i))	●
iii.	Promotion de financement bilatéral de la part des donateurs aux partenaires du HCR moyennant une coordination, un suivi et une évaluation du HCR	iii.	Augmentation du pourcentage de propositions financées par les pays hôtes et les sous-régions en matière de réfugiés mises à la disposition des partenaires du HCR par rapport aux années précédentes	●

¹⁸ Les principaux donateurs incluent, sans pour autant s'y limiter : 1) les gouvernements qui fournissent des fonds au plan bilatéral aux pays hôtes et ceux qui mettent en oeuvre des programmes de rapatriement et de solutions durables; 2) la Banque mondiale qui a financé la GLIA et les réfugiés et les rapatriés dans le cadre du Programme multinational contre le SIDA de la République démocratique du Congo; 3) le Fonds global pour lutter contre le SIDA, la tuberculose et la malaria ; 4) Plan d'urgence du Président américain pour les secours liés au SIDA ; 5) Banque africaine de développement ayant financé l'Initiative de l'Union du Fleuve Mano sur le SIDA et l'Initiative d'Oubangui-Chiari sur le SIDA et 6) organismes et sociétés privées.

Appendice 1: Acronymes

4R	Rapatriement, réintégration, réhabilitation et reconstruction
ART	Thérapie anti-rétrovirale
BSS	Enquêtes comportementales
CDV	Conseil pour le dépistage volontaire du VIH
CPI	Comité permanent interinstitutions
CSW	Professionnel du sexe
DAR	Assistance au développement pour les réfugiés
DLI	Développement moyennant l'intégration sur place
GLIA	Initiative des pays des Grands Lacs contre le VIH/SIDA
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
HIVIS	Système d'information sur le VIH
IDP	Personnes déplacées à l'intérieur du territoire
IDU	Utilisateurs de drogues intraveineuses
IEC	Information-Education-Communication
IST	Infection sexuellement transmissible
MDG	Objectifs de développement du Millénaire
MSM	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
OHCHR	Office du Haut Commissaire aux droits de l'homme
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA
PEP	Prophylaxie post-exposition
PNLS	Programme national de lutte contre le SIDA
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant
PVV	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TB	Tuberculose
UBW	Plan d'action et Budget unifié de l'ONUSIDA
UNGASS	Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations Unies
UNSSP	Plan stratégique du système des Nations Unies
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

HIV/AIDS AND REFUGEES



UNHCR's Strategic Plan 2002 - 2004



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés



This strategic plan (2002-2004) is based on the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) policies^a and technical and normative guidance from UNAIDS and the World Health Organization (WHO)^b.

This paper states UNHCR's objectives and key strategies to combat HIV/AIDS in refugees; these include the continuation and reinforcement of HIV/AIDS programmes in refugee situations and the introduction of comprehensive pilot programmes in selected sites. Lessons learned from the monitoring and evaluation of these pilot projects will be disseminated to other refugee situations.

A. INTRODUCTION

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) has become the most devastating disease humankind has ever faced. In 2001, UNAIDS reported that AIDS has become the leading cause of death in Sub-Saharan Africa and the fourth leading cause of death worldwide. Steep drops in life expectancy in many countries were also reported. Prevention and mitigation of HIV/AIDS must be seen as an essential component of the overall protection of refugees. While data on Human Immunodeficiency Virus (HIV) prevalence in refugee situations are scarce, it is believed that refugees and other displaced populations are at increased risk of contracting the virus during and after displacement due to the following factors: poverty, disruption of family/social structures and health services, increase in sexual violence, and increase in socio-economic vulnerability, particularly of women and youth. However, it is important to combat the stereotypical perception that 'refugees bring AIDS with them to local communities', which may lead to discriminatory practices.

In accordance with the UN Special Session Declaration of Commitment on HIV/AIDS^c and the international Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights,^d UNHCR adopts a rights-based approach in all its programmes and protection activities related to HIV/AIDS.

B. UNHCR's OBJECTIVES

1. Refugees and asylum-seekers live in dignity, free from discrimination, and their human rights are respected through:

- ◆ Ensuring that refugees are not persecuted on the basis of their HIV infection (e.g. preventing restrictions to freedom of movement imposed on the ground of HIV status).
- ◆ Ensuring that refugees are not subject to specific measures based on their HIV status, unless these are applied to all residents of the country concerned and are in compliance with international human rights law.
- ◆ Promoting and seeking increased access to National AIDS Control Programmes (NACPs) for refugees affected by HIV/AIDS.
- ◆ Opposing mandatory testing of asylum-seekers and refugees (for example through registration) since this does not prevent the spread of the virus and is at variance with relevant human rights standards.
- ◆ Ensuring that qualified and professional counselling, as well as confidential notification of results accompanies individual voluntary testing.
- ◆ Seeking automatic waivers where HIV/AIDS constitutes a bar to resettlement or local integration, as this may constitute the only alternative to indefinite orbit or return to persecution.
- ◆ Empowering refugee women and girls through basic rights awareness training in order to reduce their vulnerability to HIV/AIDS.^e
- ◆ Ensuring the protection of separated and unaccompanied refugee and children, with a special emphasis on preventing all forms of abuse, including sexual violence, and sexual exploitation.

2. Reduce HIV transmission and improve HIV/AIDS treatment and care by:

A. Improving planning and implementation of HIV/AIDS programmes.

- ◆ Undertake standardised situational and theoretical cost analyses to be used as planning tools in the field (documents developed and available upon request).
- ◆ Assess existing or new HIV/AIDS programmes and design effective projects based upon results.^f

^a "Refugees and HIV/AIDS" 15 February 2001, EC/51/SC/CRP.7; UNHCR IOM/78/98 FOM/84/98 and its resource package, 1 December 1998; "UNHCR Policy regarding Refugees and Acquired Immune Deficiency Syndrome"; UNHCR IOM/82/92 FOM/81/92, 12 November 1992; "UNHCR Policy and Guidelines regarding Refugees and Acquired Immune Deficiency Syndrome"; and UNHCR IOM/21/88 FOM/20/88 "Policy and Guidelines Regarding Refugee Protection and Assistance and Acquired Immune Deficiency Syndrome", 15 February 1988.

^b Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings, WHO, UNAIDS, and UNHCR, 1996; Reproductive Health Manual, Inter-agency, 1999; Refugee and AIDS Technical Update, UNAIDS, 1997; Second Generation Surveillance for HIV, WHO and UNAIDS, 2000.

^c The UN General Assembly at its Special Session called on States, by the year 2003, to enact, strengthen or enforce as appropriate, legislation, regulations and other measures to eliminate all forms of discrimination against, and to ensure the full enjoyment of all human rights and fundamental freedoms by, people living with HIV/AIDS and members of vulnerable groups; in particular, to ensure their access to, *inter alia*, education, inheritance, employment, health care, social and health services, prevention, support, treatment, information and legal protection, while respecting their privacy and confidentiality; to develop strategies to combat stigma and social exclusion connected with the epidemic.

^d See HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines, UNHCR/UNAIDS, Geneva, 23-25 September 1996.

^e For example, harmful traditional practices (widow inheritance, forced marriage, or female genital mutilation) may contribute to the spread of the epidemic. See also "Sexual Violence Against Refugees: Guidelines on Prevention and Response", UNHCR 1995.

- ◆ Promote basic HIV/AIDS programmes in all refugee situations based upon various components within the following three broad areas:
 - i. Prevention focusing on education and behavioural change: provide essential health information on transmission and prevention of HIV/AIDS and sexually transmitted infections (STIs)[§], including proper condom use, universal precautions in health care facilities, treatment and control of STIs, and access to HIV voluntary counselling and testing.
 - ii. Treatment and care: ensure proper and appropriate treatment of STIs and opportunistic infections (OIs), prophylaxis of OIs, and implementation of palliative care, including home-based care.
 - iii. Surveillance, and monitoring and evaluation: strengthen syndromic diagnosis of STIs and monitoring of basic input, process and outcome indicators.
- ◆ Improve current knowledge and skills of UNHCR personnel and its partners through training, monitoring and evaluation, programmatic research, and documentation and dissemination of lessons learned.
- ◆ Promote refugee participation at all stages of HIV/AIDS programmes and empower refugees to take responsibility themselves for HIV prevention.

B. Reinforcing surveillance, and monitoring and evaluation of HIV/AIDS programmes.

- ◆ Strengthen biannual reporting for all refugee populations with a UNHCR presence using the basic HIV/AIDS programme summary form (Appendix 1).
- ◆ Apply second generation surveillance systems for HIV/AIDS and its related diseases using qualitative and quantitative surveillance methodologies (e.g. conduct serial behavioural change surveys, examine mortality and morbidity trends, and establish sentinel surveillance systems).
- ◆ Based on existing tools, develop and implement a practical and informative monitoring and evaluation tool for HIV/AIDS refugee programmes using input, process and outcome indicators.
- ◆ Ensure dissemination of results of evaluations within and between regions together with regular feedback to those involved in the programme.

C. IMPORTANT FACTORS FOR CONSIDERATION

1. The linkage between the protection of human rights and effective HIV/AIDS programmes is apparent as people will not seek HIV-related counselling, testing, treatment and care if lack of confidentiality, discrimination, refoulement, restrictions to freedom of movement, or other negative consequences exist. For these reasons, an essential component of a comprehensive response is the facilitation and creation of a legal and ethical environment which is protective of human rights.
2. HIV/AIDS is not just a health issue but a problem that affects the socio-cultural fabric, human rights and long-term economic well-being of refugees. Thus, it is fundamental to develop multi-sectoral and multi-partner approaches. It is essential to work in close partnership with various national, regional and international actors, including the refugees themselves, to establish effective programmes.
3. Implementation of HIV/AIDS programmes in emergency situations is essential. However, donors and partners must recognise that HIV/AIDS is primarily a development issue that requires long-term commitment to improve the health and well-being of individuals and their communities.
4. Women, in particular adolescent girls, as well as young people are vulnerable groups at high risk of infection and special attention must be focused upon them when designing programmes. Other high-risk groups that facilitate the infection to the broader community, such as commercial sex workers and intravenous drug users, also need to be targeted. Programmes targeting AIDS orphans are also necessary.
5. In strengthening existing or creating new HIV/AIDS programmes for refugees, it is crucial to recognise the limited technical and financial resources of most asylum countries, which generally cannot meet the needs of their own population let alone contribute to refugee programmes.
6. The introduction of Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) and Anti-retroviral (ARV) treatment programmes pose significant challenges, and consideration must be given to the related technical and financial factors before implementation of such programmes.

[†] UNHCR has initiated assessments of existing HIV/AIDS programmes in Eritrea, Ethiopia and Uganda (conducted by AMREF); Kenya (by an independent consultant); Namibia (by NCA); Guinea and Liberia (by an independent consultant); Rwanda (by AHA); and Zambia (by UNHCR South Africa).

[§] UNHCR has produced a manual on HIV/AIDS education for refugee youth entitled *Window of Hope* that is being field-tested in numerous countries. Lessons-learned from HIV/AIDS prevention programmes in some refugee situations are being documented and disseminated for use in other situations. In addition, UNHCR provides country operations with various information materials on issues related to HIV/AIDS and other STIs.

D. MAIN STRATEGIES (2002-2004)

1. Ensure the effective implementation of UNHCR's protection policy and standards at field level.

- ◆ Actively monitor and intervene if any discriminatory practices arise because of refugees' HIV status.
- ◆ Report (as a minimum Situational reports, Annual Protection Report) any HIV protection related issues (including admission, registration, freedom of movement, standard of treatment, etc.).
- ◆ Promote the UNHCHR/UNAIDS 1996 international guidelines on Human Rights and HIV/AIDS with government counterparts and other humanitarian actors.
- ◆ Develop and implement HIV/AIDS protection training and awareness programmes for field staff and UNHCR's partners.
- ◆ Expand basic rights awareness training for refugees.
- ◆ Establish or reinforce UNHCR's links with Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR) and other relevant human rights partners in order to implement and promote the 1996 international guidelines by OHCHR and UNAIDS.

2. Further consolidate UNHCR's commitment to combat HIV/AIDS in refugee situations at all levels of the organisation.

- ◆ Regional Bureaux/Country Representatives will have primary responsibility to operationalise the present strategic plan both in strengthening existing programmes and in implementing the pilot projects. They should also, with support as needed from the Division of Operational Support (DOS), macro-monitor progress on a biannual basis using the HIV/AIDS Programme Summary form (see Appendix 1).
- ◆ DOS will re-invigorate UNHCR's Internal HIV/AIDS task force.
- ◆ Division of Resource Management (DRM) and DOS should further develop and implement HIV/AIDS training and awareness programmes for UNHCR staff at headquarters and in the field, and for partners.

3. Reinforce access to qualified technical resources and strengthen institutional capacity building through partnerships.

- ◆ Regional Bureaux and DOS will identify and establish HIV/AIDS focal points in various countries. In addition, regional technical consultants will be identified in each of the three broad HIV/AIDS categories (outlined in section B.1, 3rd bullet) and put at the disposal of the pilot sites, as well as other countries with existing HIV/AIDS programmes (see Organisational Structure chart -Appendix 2). Both HIV/AIDS focal points and consultants may be employed by UNHCR or its partners.
- ◆ The HIV/AIDS ExCom Advisory Group (see Appendix 3) will serve as an advocacy and support group, while the Inter-Agency Working Group on Reproductive Health (some 25 NGOs and UN agencies), as well as other partners, will provide access to technical support at the regional and country level.
- ◆ The Inter-Agency HIV/AIDS working group in Emergency Settings, chaired by WHO, will provide technical assistance to UNHCR and its partners. An expert group on HIV/AIDS and Refugees will be created to help UNHCR in planning for its HIV/AIDS programmes and to provide technical advice.
- ◆ UNHCR will establish close links with UN Theme Groups and NACPs to encourage them to include refugees in their mandates. UNHCR will follow the policies of NACPs in their respective countries. Where available, UNHCR will use NACPs' technical resources and, where needed, will assist in their technical capacity building efforts.
- ◆ UNHCR will further enter into partnership, when feasible and as needed, with UNAIDS and its co-sponsors (UNFPA, UNICEF, World Bank, UNESCO, UNDP, ILO, UNDCP and WHO), bi-lateral donors at central, regional and local levels, regional bodies (e.g. African Union, ECOWAS), and UNHCR's partners.^h
- ◆ Major emphasis will be placed on building the capacity of local partners and refugees. Successful implementation of HIV/AIDS programmes will help to strengthen other existing programmes and enable the creation of new programmes.ⁱ

4. Continue to support current HIV/AIDS programmes.

- ◆ Many refugee situations currently have various elements of HIV/AIDS programmes in situ but their coverage is not comprehensive, in part due to limited access to technical and financial resources (Summary by region -Appendix 4).^j

^h UNHCR, along with UNAIDS, UNICEF, WFP and the World Bank, is a member of the sub-regional Mano River Union Initiative (covering Guinea, Liberia and Sierra Leone) working to address HIV/AIDS in a co-ordinated manner in the region.

ⁱ For example, HIV voluntary counselling and testing programmes will improve local laboratory capabilities by improving the skills of lab personnel and by providing equipment.

- ◆ After further evaluation, programmes will continue to be provided with financial and technical support (Timeline – Appendix 5).
- ◆ Lessons learned from these programmes will continue to be documented and disseminated to other sites and partners.

5. Develop comprehensive HIV/AIDS pilot projects in refugee situations through a phased approach targeting specific sites.

- ◆ In its initial phase, HIV/AIDS programmes will focus primarily on refugee situations.
 - Specific refugee sites will be chosen according to selection criteria (see Appendix 6). The proposed clusters for the pilot projects are: East Africa - Kenya, Tanzania and Uganda; West Africa – Guinea, Liberia; Southern Africa – South Africa and Zambia; and Asia – Thailand and Nepal (Regions and countries as shown in Appendix 7). Regional planning meetings will begin during the first semester of 2002 (Timeline for pilot projects is shown in Appendix 8).
- ◆ Pilot site projects will undergo regular monitoring and evaluation including human rights and protection-related issues; lessons learned will be documented and disseminated. Partners will be encouraged to implement successful parts of pilot projects in their other sites.
- ◆ Making HIV/AIDS prevention comprehensive implicitly requires UNHCR to work with governments through their NACPs. Where possible, UNHCR will support HIV/AIDS services made available to local populations in refugee hosting areas through national governments and other actors such as UNAIDS and its co-sponsors.

6. Limited scope of UNHCR activities in returnee situations.

HIV/AIDS prevention and care programmes for returnees are primarily the responsibility of the Government of the country of origin, supported by UNAIDS and its co-sponsors. Thus, UNHCR's activities in these situations will mainly focus on:

- ◆ Sharing information with the country of origin's NACP about the status of HIV/AIDS programmes for refugees in the country of asylum.
- ◆ Sharing information with refugees about the status of HIV/AIDS programmes for nationals in their country of origin.
- ◆ Providing specific inputs as the need arises and based upon the available resources of UNHCR and the country of origin's NACP.

7. Access additional financial resources.

- ◆ Develop a specific section for HIV/AIDS activities in UNHCR's Annual Programme Budget for 2003 and beyond to identify more accurately activity and funding needs.
- ◆ This plan identifies the need for additional funds to complement what UNHCR already has included in the various sectors of its Annual Programme Budget, such as health, community services, education, protection, water/sanitation, shelter, child protection, and gender programmes, to help combat HIV/AIDS. We have estimated the additional cost between USD 2.50 to 3.60 per refugee/year to implement comprehensive HIV/AIDS programmes in stable, post-emergency refugee situations with 5% HIV prevalence (see Pilot site budgets -Appendix 9a and 9b). This estimate will rise as the prevalence of HIV increases and anti-retroviral drugs are introduced. These additional costs rely upon secured funding of HIV/AIDS programmes in UNHCR's Annual Programme Budget, which is the largest financial component of such programmes in refugee situations. UNHCR, with the support of the HIV/AIDS ExCom Advisory Group, will adopt a combination of the following approaches to seek the additional funds needed (see Budget -Appendix 10):
 - i. Secure interim funding for 2002 from the Annual Programme resources, namely the Operational Reserve.
 - ii. Include budgetary requirements in the Annual Programme Budgets for 2003 and 2004.
 - iii. Seek access to the UN Secretary-General's Global Fund for HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria with partners, governments and private organisations.
 - iv. Promote bilateral funding by donors to UNHCR's partners.

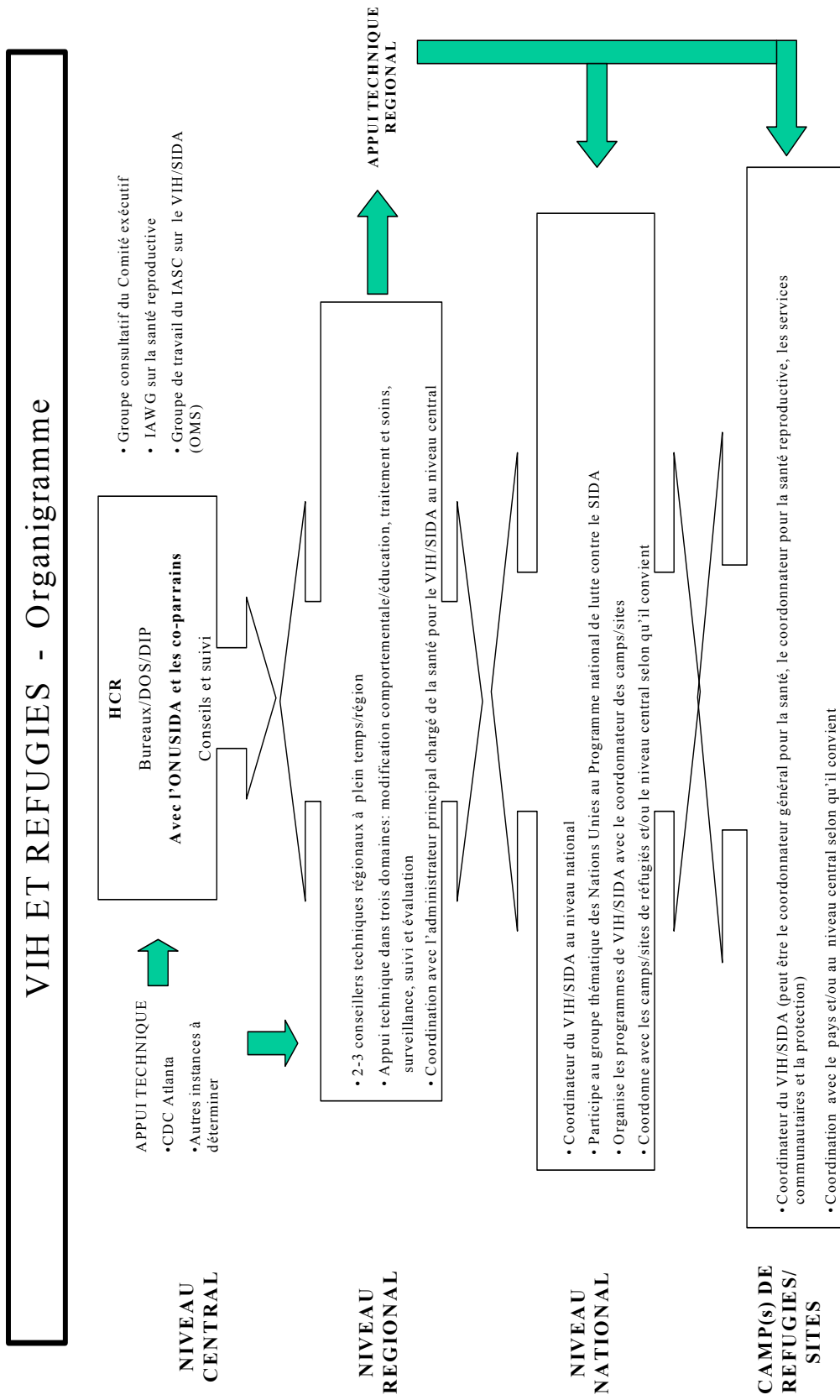
APPENDICES NOT INCLUDED

^j HIV/AIDS projects, although not comprehensive and mainly supported with resources from the UNHCR Annual Programme Budget and United Nations Foundation Funds exist in the following countries: Central African Republic, Democratic Republic of Congo, Eritrea, Ethiopia, Ghana, Guinea, Kenya, Kyrgyzstan, Liberia, Moldova, Namibia, Nepal, Nigeria, Pakistan, Republic of Congo, Rwanda, South Africa, Sudan, Tanzania and Thailand.

Appendice 3: Rapports de Mission

1. Spiegel P. HIV/AIDS in Refugee Camps: Kenya and Tanzania. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, June 2002.
2. Spiegel P. HIV/AIDS in Uganda Refugee Settlements. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, October 2002.
3. Bruns L, Spiegel P. Assessment of HIV/AIDS Programmes among Refugees in South Africa, Namibia and Zambia. Pretoria: United Nations High Commissioner for Refugees, March 2003.
4. Spiegel P, Jong de E. HIV/AIDS and Refugees/Returnees. Luanda: United Nations High Commissioner for Refugees, April 2003.
5. Schilperoord M, Musse A. Assessment of HIV/AIDS Programmes among Refugees in Kenya, Tanzania and Uganda. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, May 2003.
6. Musse A. HIV/AIDS Programmes among Refugees in Ethiopia. Addis Ababa: United Nations High Commissioner for Refugees, June 2003.
7. Njogu P. Assessment of HIV/AIDS programmes in Uganda. Addis Ababa: United Nations High Commissioner for Refugees, July 2003.
8. Kalala JP. HIV/AIDS assessment and training in Mozambique by PPASA. Pretoria: United Nations High Commissioner for Refugees, October 2003.
9. Njogu P. HIV/AIDS Mission Report: Refugee Settlements in Uganda. Addis Ababa: United Nations High Commissioner for Refugees, November 2003.
10. Yiweza DD, Spiegel B, Celibacy. Etat des lieux des programmes VIH/SIDA en faveur des réfugiés en République démocratique du Congo et en République du Congo. Novembre 2003.
11. Njogu P. HIV/AIDS Assessment Mission in Refugee Camps in El-Showak, Sudan. Addis Ababa: United Nations High Commissioner for Refugees, February 2004.
12. Bruns L. Monitoring Mission: HIV/AIDS Programmes in Refugee Camps in Zambia. Pretoria: United Nations High Commissioner for Refugees, February 2004.
13. Yiweza DD. Etat des lieux des programmes VIH/SIDA en faveur des réfugiés au Rwanda et au Burundi. Kinshasa : HCR, février 2004.
14. Bruns L, Bonelli F. HIV/AIDS Programmes in Returnee Areas in Angola: Monitoring and Support Mission. Pretoria: United Nations High Commissioner for Refugees, April 2004.
15. Yiweza DD, Mission VIH SIDA au Katanga (RDC). Kinshasa : HCR, Avril 2004
16. Diallo B, Spiegel P. HIV/AIDS and Refugees Mission Report in Sierra Leone. Accra: United Nations High Commissioner for Refugees, May 2004.
17. Diallo B, Yiweza DD, Obura E. HIV/AIDS and Refugees Mission Report in Liberia. Accra: United Nations High Commissioner for Refugees, May 2004.
18. Yiweza DD. Mission VIH/SIDA au Katanga. Kinshasa: HCR, mai 2004.
19. Bruns L. Monitoring Mission: HIV/AIDS Programmes in Refugee Camps in Malawi. Pretoria: United Nations High Commissioner for Refugees, June 2004.
20. Yiweza DD, et al, Etats des lieux en matière de soins de santé primaires et VIH/SIDA dans la province de l'Equateur: mission conjointe HCR/Croix-Rouge de Belgique, AHA: HCR, juillet 2004
21. Diallo B. Le programme de lutte contre le SIDA dans les camps de réfugiés en Côte d'Ivoire. Accra : HCR, juillet 2004.
22. Bruns L. Monitoring Mission: HIV/AIDS Programmes in Osire Refugee Camp, Namibia. Pretoria: United Nations High Commissioner for Refugees, August 2004.
23. Diallo B. Le programme de lutte contre le SIDA dans les camps de réfugiés en Guinée. Accra : HCR, août 2004.
24. Njogu P, Semini I, Mortay I. HIV/AIDS assessment mission in Refugee Camp Setting in Yemen. Nairobi: United Nations High Commissioner for Refugees, September 2004.
25. Diallo B. Assessment of HIV and AIDS Programmes for Refugees in Ghana. Accra: United Nations High Commissioner for Refugees, October 2004.
26. Bruns L, Kalala JP. HIV/AIDS and Monitoring Mission: Mozambique. Pretoria: United Nations High Commissioner for Refugees, November 2004.
27. Yiweza DD, Suivi et évaluation des programmes VIH/SIDA en République du Congo: HCR, novembre 2005.
28. Diallo B. Follow-Up Mission of HIV/AIDS Programmes In Liberia and Sierra Leone. Accra: United Nations High Commissioner for Refugees, December 2004.
29. Bruns L, Yiweza DD. HIV/AIDS and Monitoring Mission: Zambia. Pretoria/Kinshasa: United Nations High Commissioner for Refugees, December 2004.

Appendice 4: VIH et réfugiés- Organigramme



Appendice 5: Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence

Intervention prioritaire	État de préparation aux situations d'urgence	Intervention minimale (à réaliser même en pleine situation d'urgence)	Intervention complète (phase stabilisée)
1. Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les acteurs de coordination • Identifier et évaluer les partenaires • Établir un réseau des principales ressources • Collecter des fonds • Préparer les plans d'urgence • Inclure le VIH/SIDA dans les plans d'action de VIH et le développement humaine et former les agents de terrain 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Créer un mécanisme de coordination 	<ul style="list-style-type: none"> • Commencer à collecter des fonds • Identifier les réseaux • Améliorer le partage des informations • Renforcer les capacités humaines • Lier les activités d'urgence relatives au VIH aux activités de développement • Travailler avec les autorités • Aider le gouvernement et les acteurs non étatiques à promouvoir et protéger les droits humains?
2. Évaluation et suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une analyse de la situation et des capacités • Élaborer des mécanismes et des instruments • Impliquer les institutions locales et les bénéficiaires 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Inclure les données préliminaires 2.2 Développer une base de données partagée 2.3 Suivre les activités 	<ul style="list-style-type: none"> • Établir une base de données • Surveiller et évaluer tous les programmes • Établir les données sur la prévalence, les attitudes et les pratiques de connaissance ainsi que l'impact du VIH/SIDA • Tenir les engagements de suivi/évaluation
3. Protection	<ul style="list-style-type: none"> • Étudier les lois et les politiques existantes en matière de protection • Promouvoir les droits humains et les meilleures pratiques • S'assurer que les activités humanitaires n'entraînent le risque de violence et d'exploitation sexuelles ainsi que la discrimination liée au VIH • Former les forces en uniforme et les agents humanitaires en matière de VIH/SIDA et de violence sexuelle • Former le personnel en matière de VIH/SIDA, genre et non-discrimination 	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 Agir et prévenir contre l'exploitation et la violence sexuelles 3.2 Protéger les orphelins et les enfants séparés 3.3 Garantir l'accès aux services pour les enfants de manière de la police, les militaires et le personnel humanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer les autorités pour réduire la discrimination liée au VIH • Éviter la perpétuation et l'intervention face à la violence et à l'exploitation sexuelle • Renforcer la protection des orphelins, des enfants séparés et des jeunes • Institutionnaliser la formation pour les forces en uniforme en matière de VIH/SIDA, de violence et d'exploitation sexuelle et de non-discrimination • Mettre en place des services liés au VIH pour le personnel déployé • Renforcer l'intervention auprès des IDP/refugiés
4. Eau et assainissement	<ul style="list-style-type: none"> • Former le personnel en matière de VIH/SIDA, de violence sexuelle, de genre et de non-discrimination 	<ol style="list-style-type: none"> 4.1 Le cas de consultations relatives au VIH dans la planification et matière d'eau et d'assainissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des comités de gestion pour l'eau et l'assainissement • Organiser des campagnes de sensibilisation en matière d'hygiène et d'assainissement, en ciblant les personnes touchées par le VIH
5. Sécurité alimentaire et nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Planification d'urgence/prépositionnement des approvisionnements • Former le personnel quant à la sécurité alimentaire des populations touchées par le VIH/SIDA • Inclure les adaptations sur les soins nutritionnels et de soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les programmes communautaires d'éducation à la nutrition • Soutenir la sécurité alimentaire des ménages touchés par le VIH/SIDA 	<ol style="list-style-type: none"> 5.1 Créer l'aide alimentaire pour les ménages et les collectivités touchés et à long 5.2 Fournir les données alimentaires et nutritionnelles pour les populations avec une forte prévalence de VIH 5.3 Promouvoir les soins appropriés et les pratiques alimentaires pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA 5.4 Soutenir et protéger la sécurité alimentaire des ménages et des communautés touchés par le VIH/SIDA ou de ceux qui sont dans une situation de risque 5.5 Distribuer l'aide alimentaire aux ménages et collectivités touchés 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer une stratégie pour protéger la sécurité alimentaire à long terme des populations touchées par le VIH • Développer des stratégies et soutenir les groupes vulnérables pour les programmes d'intensification agricole • Collaborer avec les programmes de soins basés sur la collectivité et le foyer pour fournir un soutien nutritionnel • Aider le gouvernement à mener à bien son obligation de respecter le droit humain à l'alimentation
6. Planification des abris et des sites	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la sécurité des sites potentiels 	<ol style="list-style-type: none"> 6.1 Installer des sites temporaires et à long terme 	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier le mouvement ordonné des personnes déplacées

Intervention prioritaire	État de préparation aux situations d'urgence	Intervention minimale (à réaliser même en pleine situation d'urgence)	Intervention complète (phase stabilisée)
7. Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Développer une carte des services et des pratiques actuels • Planifier et stocker les fournitures médicales et de santé pour l'urgence • Adapter l'équipe des protocoles • Former le personnel de santé • Planifier des mécanismes pour assurer le qualité • Former le personnel en matière de SGBV et le lien avec le VIH/SIDA • Déterminer la prévalence des usage de drogue récréative • Élaborer des protocoles avec des instructions pour le nettoyage du matériel d'injection • Établir une liste des initiatives pour la prévention et les soins et les soins • Former le personnel et les étudiants par leurs pairs • Former le personnel de santé en matière de santé préventive liée aux situations d'urgence et à l'utilisation des trousses de santé préventive • Evaluer les pratiques actuelles d'application des pratiques innovantes 	<ol style="list-style-type: none"> 7.1 Garantir l'accès aux soins de santé préventifs pour les personnes les plus vulnérables 7.2 Garantir l'approvisionnement en sang propre 7.3 Fournir des préventifs et matériaux des approvisionnement en préventifs 7.4 Élaborer les protocoles de SGBV selon l'approche de l'urgence 7.5 Assurer les soins d'urgence pour les IDP 7.6 Garantir des consultations de la SGBV 7.7 Garantir des services de santé 7.8 Fournir des soins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir les besoins à la grande échelle, garantir des approvisionnements réguliers et assurer de la formation appropriée du personnel • Soins préventifs et soins de soutien • Traitements des infections opportunistes et programmes de contrôle de la TB • Fourniture d'un traitement antirétroviral • Services liés pour les maladies sexuelles • Garantir des approvisionnements réguliers, inclure les préventifs dans les autres activités de santé préventive • Répondre les préventifs sur la base de la demande • Gestion des SGBV, y compris les préventifs • Programmes complètes sur la violence sexuelle • Contrôle du trafic de drogue dans les camps • Recours aux fournisseurs privés pour conseiller et former en matière de stratégies de réduction des risques • Appui psychologique et accès de dépistage volontaires • Services de santé préventive pour les jeunes • Prévention de la transmission de la tuberculose • Rendre possible, surveiller et évaluer les pratiques innovantes en matière de soins de santé
8. Éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les options en matière d'éducation dans les situations d'urgence pour les enfants et les filles • Former les professeurs en matière de VIH/SIDA et de violence et d'exploitation sexuelle 	<ol style="list-style-type: none"> 8.1 Garantir l'accès des enfants à l'éducation 	<ul style="list-style-type: none"> • Adapter les filles et les garçons (éducation formelle et non formelle) • Former une éducation en matière de VIH/SIDA basée sur les attitudes à la responsabilité • Surveiller et répondre à la violence et l'exploitation sexuelle dans des institutions éducatives
9. Communication sur le changement de comportement et information, éducation, communication	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer les messages culturellement adaptés dans les langues locales • Préparer une stratégie de base en matière de BCE/EC • Impliquer les principaux bénéficiaires • Réaliser des campagnes de sensibilisation • Entreposer les documents fondamentaux en dehors des zones d'urgence prioritaire 	<ol style="list-style-type: none"> 9.1 Fournir des interventions sur la prévention et les soins en matière de VIH/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Aller à l'abri du BCE/EC • Surveiller et évaluer les activités
10. Le VIH/SIDA sur le lieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner les politiques du personnel concernant la gestion des personnes touchées par le VIH/SIDA qui travaillent dans les opérations humanitaires • Élaborer des politiques, s'il n'y en a pas, visant à minimiser le potentiel de discrimination • Entreposer les fournitures pour la prophylaxie postexposition (PPE) 	<ol style="list-style-type: none"> 10.1 Prévenir la discrimination sur base du VIH dans le gestion du personnel 10.2 Fournir une prophylaxie postexposition (PPE) disponible pour le personnel humanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités des groupes de soutien pour les personnes touchées par le VIH/SIDA et leurs familles • Élaborer des politiques sur le lieu de travail afin d'éliminer la discrimination contre les personnes touchées par le VIH/SIDA • Prophylaxie postexposition pour tous les agents humanitaires régulièrement disponible

Appendix 6: Standardized Situational Framework to Analyse HIV Programmes

1) Background

- a) Refugee situation
- b) HIV situation in country of origin and host country (use UNAIDS/WHO country epidemiological fact sheets (<http://www.who.int/GlobalAtlas/PDFFactory/HIV/index.asp>); use sentinel sites nearest to areas where refugees left in country of origin and live in host country; should add map (see figure below))
- c) HIV situation in refugee context

2) Funding

- a) Does host country have access to MAP, GFATM, PEPFAR or other sources of funds?
- b) Do refugees benefit from them and how can they?

3) 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.

4) 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.*

5) Urban vs. Camp/Site refugees:

- a) Describe below activities separately for urban compared to camp/site refugees.

6) 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.
- d) HIV/AIDS Coordinating Committee at camp/site level (including key members/groups of community as well as representatives from host surrounding communities)

7) Prevention

- a) Safe blood supply.
- b) Universal precautions.
- c) Condom promotion and distribution.
- d) Behavioural change and communication
 - i) Development of educational/ awareness materials in appropriate languages
 - ii) Programmes for in-school and out-of-school youth
 - iii) Peer education
 - iv) Youth centres
 - v) Sports/ drama groups
 - vi) Programmes aimed at reducing teen pregnancy and combating sexual violence.
- e) Integration with local surrounding host communities
- f) Uniformed services
- g) Voluntary counselling and testing.*
- h) Prevention of mother-to-child transmission.
- i) Prophylaxis of opportunistic infections.
- j) Post-exposure prophylaxis.

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

8) Care, Support and Treatment

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

9) Surveillance, Monitoring and Evaluation

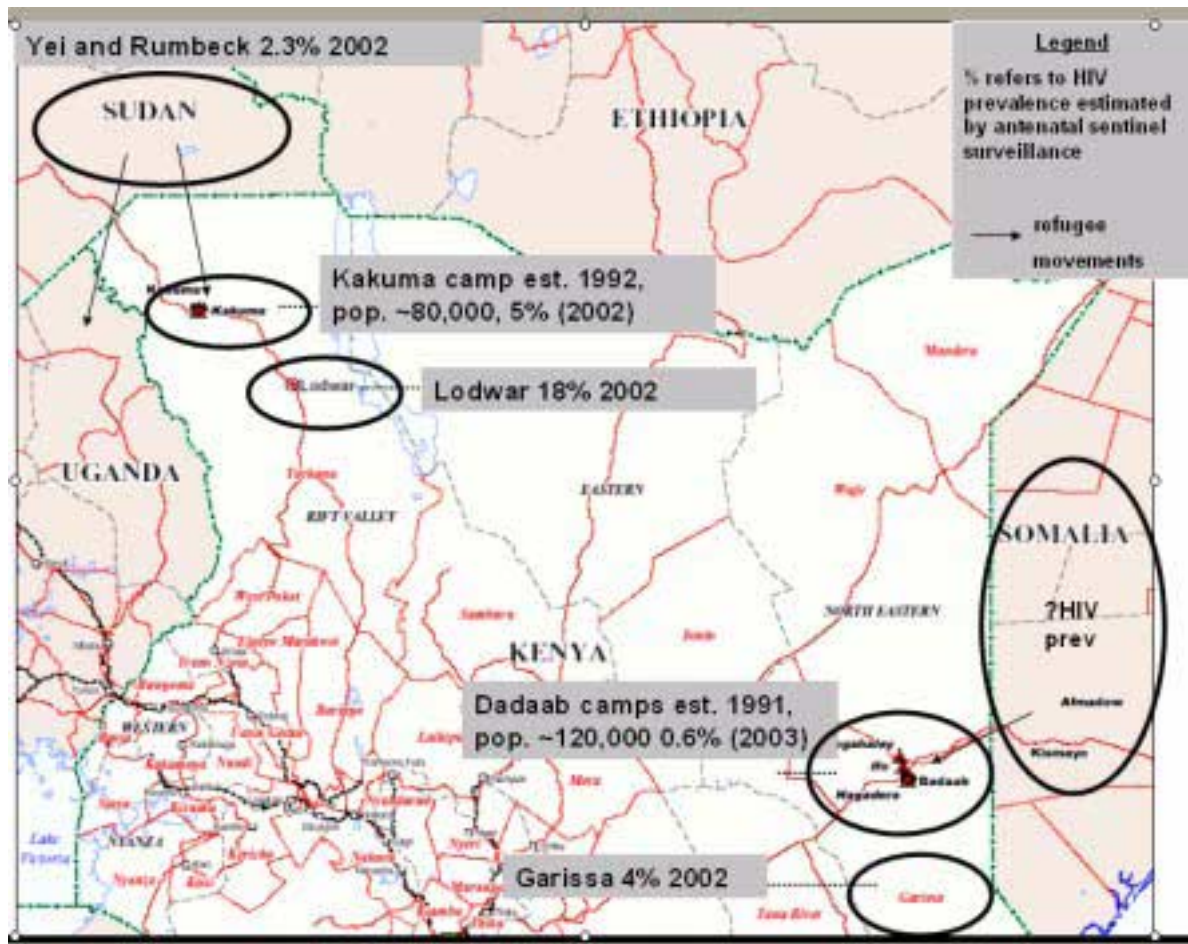
- a) Behavioural surveillance surveys.
- b) AIDS clinical case and mortality reporting.
- c) Blood donors.
- d) Syphilis among antenatal clinic attendees.
- e) Sexually transmitted infections (by syndrome).
- f) Condom distribution.
- g) Opportunistic infections, including incidence of pulmonary tuberculosis.
- 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.

10) Data

- a) For each camp/site, at a minimum fill in the data requested below (one column is filled in as an example):

	Country
	Name of Camp/Site
Total population	7,331
Mortality Rates (MR)	
Crude MR (deaths/10,000/day) ¹	0.28
<5 yrs MR (deaths/10,000/day) ²	0.94
Universal precautions	
sufficient ³ needles / syringes	Yes
sufficient ³ gloves	Yes
blood transfusion screened for HIV	Yes
STI data	
No of condoms distributed ⁴	0.3
sufficient ³ condoms	Yes
sufficient ³ STI drugs	Yes
STI syndromic approach	Yes
incidence male urethral discharge (new cases/1000 males/month)	73.00
incidence genital ulcer disease (new cases/1000 persons/month)	1.00
% syphilis pregnant women 1st visit ANC	SNP
VCT	
Access to VCT	No
PMTCT	
Access to PMTCT	No
# persons pre test counseling	NA
% PMTCT uptake # 1 ⁵	NA
% PMTCT uptake # 2 ⁶	NA
% HIV prevalence of PMTCT clients	NA
Sentinel surveillance among pregnant women	SNP
Latest HIV or RH BSS/KAPB	May 2004

¹ baseline in sub-Saharan Africa for non-emergency is 0.5 deaths/10,000/day
² baseline for sub-Saharan Africa is 1.0 deaths/10,000/day
³ sufficient supply defined as no stock out of >1 week at anytime during the past year
⁴ goal for emergency phase is 0.5 condoms/person/month and for non-emergency phase is 1.0 condoms/person/month
⁵ # women who counseled on MTCT an offered voluntary test /# women who had 1st ANC visit =%
⁶ # women who counseled on MTCT, offered voluntary test during 1st ANC visit and accepted test /# women who had 1st ANC visit, were counseled on MTCT and offered voluntary test =%
 SNP=service not provided; NR = not reported; RI = reported incorrectly; NA = not applicable



Appendice 7: Références

1. Assemblée générale des Nations Unies. *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. Genève, Nations Unies et ONUSIDA, 2001.
2. Office du Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA. *VIH/SIDA et droits humains : directives internationales*. Genève: OHCHR, ONUSIDA, 2002.
3. Spiegel PB. HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action. *Disasters* 2004;**28**(3):322-39.
4. Lubbers R. "In the war on AIDS refugees are often excluded": UNHCR, [http://www.unhcr.org/UNHCR News Stories](http://www.unhcr.org/UNHCR%20News%20Stories), 28 November 2003.
5. Personnes déplacées de l'intérieur : questions et réponses. Genève. Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, février 2004.
6. UNHCR policy regarding refugees and acquired immune deficiency syndrome (AIDS), IOM/78/98 FOM/84/98. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 1 December 1998.
7. UNHCR policy and guidelines regarding refugee protection and assistance and acquired immune deficiency syndrome, IOM/82/92 FOM/81/92. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 1 July 1992.
8. UNHCR policy and guidelines regarding refugee protection and assistance and acquired immune deficiency syndrome, IOM/21/88 FOM/20/88. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 15 February 1988.
9. UNHCR policy and guidelines regarding refugee protection and assistance and acquired immune deficiency syndrome, IOM/70/88 FOM/63/88. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 6 May 1988.
10. UNHCR. *HIV/AIDS and refugees: UNHCR's strategic plan 2002-04*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 2002: 27.
11. Spiegel P, Nankoe A. UNHCR, HIV/AIDS and refugees: lessons learned. *Forced Migration Review* 2004;**19**:21-23.
12. UNHCR. Assessment of HIV/AIDS behaviour change communication strategies employed by NGOs in Kakuma refugee camp, Kenya. Geneva: UNHCR, 2002.
13. Comité permanent interinstitutions (CPI). Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence. Genève. Groupe de référence du CPI, 2003.
14. UNHCR and WFP. *Integration of HIV/AIDS activities with food and nutrition support in refugee settings: specific programme strategies*. Geneva, 2005.
15. UNHCR policy on urban refugees, IOM/90/97 FOM/95/97. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 12 December 1997.
16. Obi N, Crisp J. *UNHCR policies on refugees in urban areas: report of a UNHCR/NGO workshop*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 2002.
17. UNAIDS and WHO. UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing. Geneva: UNAIDS, WHO, 2004.
18. UNHCR. *La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées. Principes directeurs pour la prévention et l'intervention*. Genève, mai 2003.
19. Chintu C, Bhat GJ, Walker AS, et al. Co-trimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections in HIV-infected Zambian children (CHAP): a double-blind randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;**364**(9448):1865-71.



UNHCR

Fighting HIV/AIDS together with refugees



www.unhcr.org/hiv-aids

hiv aids@unhcr.org