
**Comité exécutif du Programme
du Haut Commissaire**

Comité permanent
54^e réunion

Distr. : restreinte
5 juin 2012
Français
Original: anglais et français

VIH/sida et réfugiés**Table des matières**

<i>Chapitre</i>	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction et ciblage du document.....	1-2	2
II. Actualisation des politiques et interventions du HCR en matière de VIH/sida.....	3-10	2
III. HCR et ONUSIDA	11-14	4
IV. Conclusion	15	5

I. Introduction et ciblage du document

1. Chaque année, des millions de personnes dans le monde sont touchées par les crises humanitaires et une importante fraction d'entre elles vivent avec le VIH. Les violations des droits humains, les inégalités de genre et autres difficultés sociales ou structurelles en matière d'accès aux services de santé sont souvent exacerbées en temps de crise humanitaire. Il est donc essentiel d'intégrer les interventions concernant le VIH dans la réponse humanitaire globale dès le début d'une situation d'urgence. Sinon, l'impact du VIH se fera sentir bien au-delà de la crise actuelle, sur les accomplissements de l'intervention et les perspectives de réhabilitation et de relèvement.

2. Le HCR encourage et appuie l'élaboration de programmes globaux sur le VIH pour veiller à ce que les personnes prises en charge aient un accès universel à la protection, à la prévention, au traitement, aux soins et aux interventions d'appui en matière de VIH. Ce document actualise les activités du HCR en matière de VIH/sida conformément au plan stratégique du HCR concernant le VIH/sida 2008-2012. Il passe également en revue les activités spécifiques ayant trait au rôle de co-parrain du HCR dans les programmes conjoints des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

II. Actualisation des politiques et interventions du HCR en matière de VIH/sida

3. Le HCR s'efforce de veiller à ce que les droits humains des personnes prises en charge soient protégés et qu'elles aient accès aux programmes de protection, de prévention, de traitement, de soins et d'appui en matière de VIH. L'une des stratégies clés consiste à s'assurer que l'infection au VIH d'un demandeur d'asile ne lui interdise pas l'accès aux procédures d'asile et ne constitue pas un motif de refoulement. En 2011, 57 pour cent des pays où opère le HCR disposaient d'une législation défendant les droits des demandeurs d'asile séropositifs et 68 pour cent disposaient d'une législation protégeant les réfugiés d'un dépistage obligatoire du VIH. Bien que ces chiffres aient enregistré une augmentation de six pour cent depuis 2008, la poursuite du plaidoyer est nécessaire pour veiller à ce que les droits des réfugiés et des autres personnes prises en charge soient défendus. Le HCR participe aux efforts de l'ONUSIDA pour encourager les pays à lever les restrictions de voyage sur la base d'une infection au VIH. Bien qu'il y ait eu une réduction importante au cours des dernières années, à la fin de 2011, 47 pays, territoires et régions continuaient d'imposer des restrictions au voyage pour les personnes vivant avec le VIH, ce qui constitue l'une des nombreuses formes de discrimination.

4. Les progrès scientifiques, la réduction des coûts médicaux, le plaidoyer pour l'inclusion des réfugiés dans les programmes nationaux concernant le sida, l'identification plus efficace des personnes ayant besoin de traitement et d'un transfert effectif vers les établissements de santé prenant en charge ce traitement, ont permis d'améliorer l'accès à la thérapie antirétrovirale (ART). En 2011, les réfugiés avaient accès à l'ART lorsque cet accès était aménagé pour la population locale dans 88 pour cent des pays par rapport à 79 en 2008, essentiellement par le biais des services gouvernementaux. Comme davantage de réfugiés bénéficient de programmes de traitement, le HCR aura besoin de renforcer ses interventions pour garantir le suivi des patients et la qualité de la thérapie. Toutefois, les coupes sombres récentes au niveau du financement des interventions globales en matière de VIH/sida risquent d'affecter principalement les réfugiés dans la mesure où les programmes nationaux privilégient leurs propres citoyens.

5. A la fin de 2011, 93 pour cent des réfugiés avaient accès à la thérapie antirétrovirale à égalité avec la population environnante. Toutefois, bon nombre de pays ne mentionnent toujours pas les réfugiés et les déplacés internes dans leurs plans stratégiques nationaux en matière de VIH. Par exemple, entre 1998 et 2008, 50 pour cent des pays africains comptant plus de 10 000 réfugiés et/ou déplacés internes n'incluaient pas ces groupes dans leurs plans stratégiques nationaux concernant le VIH. Dans les pays africains comptant plus de 10 000 réfugiés et/ou déplacés internes, et ayant des propositions du Fonds global approuvées en matière de VIH, 61 pour cent ne comprenaient pas ces groupes dans leurs propositions approuvées. Le HCR travaillera avec les gouvernements, les institutions sœurs des Nations Unies et d'autres partenaires pour préconiser l'inclusion des réfugiés et des déplacés internes dans les plans stratégiques nationaux en matière de VIH ainsi que dans les propositions du Fonds global. Le HCR tirera les leçons du conflit récent en Côte d'Ivoire où l'ART a été offerte aussitôt après l'arrivée des réfugiés au Libéria. Cette approche doit être suivie dans les prochaines situations d'urgence.

6. Le HCR a pour but de réduire la transmission du VIH en réduisant ses interventions de prévention par le biais de stratégies de sensibilisation appropriées au plan culturel, d'un meilleur accès à l'orientation et au dépistage, de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, d'un meilleur accès à la prophylaxie post-exposition et de soins de qualité ainsi que par le biais de stratégies ciblant les populations courant un plus grand risque d'infection et de transmission du VIH. Des progrès importants ont été accomplis dans ces domaines moyennant des initiatives de jeunes et de groupes d'appui aux réfugiés pour les personnes vivant avec le VIH. Une enquête de suivi comportemental transversal en matière de VIH parmi les réfugiés et les communautés environnantes au Kenya, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie (données de base en 2004/2005 et suivi en 2010/2011) a révélé une diminution importante des partenariats sexuels à risque.

7. Une initiative régionale sur l'industrie du sexe en milieu humanitaire a été lancée en Afrique de l'Est. Des interventions impliquant des partenaires et des ministères de la santé, se sont penchées sur les besoins de protection et de santé spécifiques des travailleurs de l'industrie du sexe, des adolescents victimes d'exploitation sexuelle et d'activités sexuelles de survie, et des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. Des évaluations et des programmes ont été élaborés et/ou renforcés moyennant une formation et un appui ciblés à l'aide d'équipes multifonctionnelles dans les pays (Ethiopie, Kenya, Ouganda et Zambie) où les services de santé sexuelle et reproductive et de VIH pour les travailleurs de l'industrie du sexe se sont considérablement améliorés et où les communautés ont été sensibilisées et les réseaux, conduits par des pairs, développés.

8. La fourniture d'une prophylaxie post-exposition (PEP) aux victimes de viol s'est développée au niveau des programmes du HCR. Ces deux dernières années, la plupart des pays font état d'une amélioration soutenue au niveau de la couverture (par exemple au Bangladesh (71 pour cent en 2009 à 93 pour cent en 2011) et en République-Unie de Tanzanie (49 pour cent en 2009 à 68 pour cent en 2011)). Toutefois, les pays déploient toujours d'intenses efforts pour atteindre le niveau de 100 pour cent des victimes de viol se voyant offrir une PEP dans les 72 heures. Le HCR continuera d'identifier les obstacles à la gestion opportune et adéquate du suivi offert aux victimes de viol.

9. En 2011, le pourcentage de femmes ayant accès aux programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant s'est accru, même si seulement 39 pour cent des opérations ont atteint la couverture standard de 100 pour cent, et une augmentation de 8 pour cent depuis 2008 ; des améliorations importantes ont été observées dans des pays comme Djibouti (51 à 98 pour cent) et au Tchad (2 à 55 pour cent). Pour atteindre l'objectif d'aucun nourrisson porteur du virus, le HCR développera ses activités ciblées pour éviter les infections primaires des femmes, identifier les femmes enceintes séropositives et offrir un traitement et des soins à ces femmes et à leurs nourrissons.

10. Dans les opérations conduites dans le cadre de programmes de retour ou de réintégration, le HCR s'efforcera d'intégrer les stratégies et les interventions en matière de VIH dans les politiques et programmes de solutions durables pour réduire les conséquences à long terme du VIH/sida. L'une des stratégies clés sera de préconiser et d'établir des politiques et des programmes d'intégration sur place et de rapatriement incluant des interventions en matière de prévention et de traitement pour le VIH/sida. Environ 75 pour cent des opérations en 2011 ont intégré des stratégies concernant le VIH, y compris la poursuite de la thérapie antirétrovirale dans leurs stratégies de retrait, soit une augmentation de 18 pour cent depuis 2008.

III. HCR et ONUSIDA

11. Sur la base de la répartition des tâches révisée de l'ONUSIDA en 2010, le HCR et le Programme alimentaire mondial (PAM) ont été désignés co-organisateur dans le domaine, « *Addressing HIV in humanitarian emergencies* », en partenariat avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) avec l'appui du Secrétariat de l'ONUSIDA. Cette répartition des tâches a pour but d'assurer que les problèmes relatifs au VIH dans les situations humanitaires sont pris en charge.

12. La coordination globale du VIH dans les situations humanitaires est désormais assumée par l'Equipe de travail interinstitutions (IATT) qui a pris le relais de l'Equipe du Comité permanent interinstitutions (CPI) sur le VIH dans les situations humanitaires. Outre les partenaires des Nations Unies compétents, l'IATT a renforcé son nombre d'adhérents pour inclure des organisations internationales telles que l'Organisation internationale pour les migrations et la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) ainsi que des représentants de la société civile et des chercheurs. Le but est de jeter un pont entre les acteurs humanitaires et du développement, d'améliorer l'efficacité de la préparation et de la réponse au VIH et de renforcer la coordination de la réponse en matière de VIH tout au long du processus humanitaire. Dans le cadre de l'IATT, en novembre 2011, le HCR et le PAM ont organisé un forum des organisations non gouvernementales (ONG), incluant des ONG membres du Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA et ont revitalisé la plateforme de la toile « *Le sida et les situations d'urgence* ».

13. Les capacités des acteurs nationaux ont été renforcées pour garantir l'intégration du VIH dans les plans de préparation au niveau des régions présentant un risque de catastrophe. La formation, l'orientation poussée et la sensibilisation en Afrique, Asie, Moyen-Orient et Afrique du Nord, Europe et Amérique sur les principes de la programmation en matière de VIH dans les situations d'urgence ont été menées à bien en coordination avec les équipes des Nations Unies dans les pays, des équipes conjointes des Nations Unies sur le sida, les représentants de commissions nationales sur le sida, les unités de gestion des catastrophes au niveau gouvernemental, la FICR et différentes organisations de la société civile.

14. Des orientations au niveau global, régional et du terrain pour l'intégration du VIH en tant que question transversale dans tous les modules ont été fournis par le biais des Lignes

directrices du CPI pour le VIH dans les contextes humanitaires¹. Dans certains cas (par exemple au cours de violences post-électorales en Côte d'Ivoire), des ressources humaines ont été déployées pour appuyer les évaluations interinstitutions initiales et la conception de plans de réponse et de propositions de financement humanitaire.

IV. Conclusion

15. Des progrès importants ont été faits pour assurer l'accès à la protection, la prévention, le traitement, les soins et l'appui des réfugiés et d'autres personnes prises en charge en matière de VIH. La poursuite du traitement a été assurée au cours de la récente crise en Côte d'Ivoire et la couverture et la qualité des interventions en matière de VIH ne cessent de s'améliorer en temps de crise ainsi que dans les situations prolongées. Le HCR continuera de préconiser l'inclusion des réfugiés et des déplacés internes dans les plans et programmes stratégiques nationaux concernant le VIH. En tant que co-organisateur de la répartition des tâches de l'ONUSIDA, « *Addressing HIV in Emergencies* », le HCR et ses partenaires continueront leur plaidoyer auprès des gouvernements, donateurs et partenaires humanitaires pour créer des environnements réduisant l'impact du VIH ainsi que la stigmatisation et la discrimination des personnes touchées par le VIH.

¹ Version anglaise uniquement disponible sur le lien suivant :
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/pageloader.aspx?page=content-products-products&productcatid=9>