



POLITIQUE GÉNÉRALE

VIH ET RÉFUGIÉS

Contexte

Conflits, persécutions et violences affectent des millions de personnes à travers le monde, les obligeant à se déraciner, à fuir leur pays d'origine pour trouver refuge souvent dans un pays voisin. Ce dossier de politique générale est spécialement consacré à la description des mesures qui s'imposent pour gérer la question de la propagation et des effets du VIH chez les réfugiés¹ et les communautés hôtes.²

À la fin de l'année 2005, le monde comptait 8,4 millions de réfugiés – dont environ 30% en Afrique subsaharienne, 29% en Asie centrale et du Sud-Ouest, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, et 23% en Europe.³ Si les profils démographiques varient entre régions, l'analyse la plus récente (datant de 2001) montre que dans certaines, les femmes et les enfants sont affectés de façon disproportionnée.⁴

Conflits, déplacement, et VIH

Bien trop souvent, les réfugiés sont face à une situation insoutenable : plus aucune protection assurée par leur pays d'origine, et pas d'aide de la part des pays d'accueil. De nombreux pays d'accueil croulent eux-mêmes sous le poids du VIH, et n'ont souvent ni la capacité ni la volonté d'offrir des services anti-VIH aux réfugiés, sachant pourtant que ces personnes peuvent prétendre en bénéficier en vertu des lois internationales relatives aux réfugiés et au respect des droits humains. Souvent les réfugiés n'ont pas accès aux produits et programmes de prévention du VIH – sans parler des soins et de l'appui de base aux personnes séropositives, rarement offerts comme il le faudrait. Bien que le traitement antirétroviral soit désormais plus facilement et plus largement accessible dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, très peu de réfugiés en bénéficient. La vie des personnes déplacées hors de leur pays d'origine est soumise à une nouvelle donne, tout comme celle des communautés hôtes. Risque accru d'infection à VIH et accès médiocre à la prévention du VIH, au traitement, aux soins et à l'appui sont une part évitable de cette nouvelle donne.

Les réfugiés sont fréquemment confrontés à la stigmatisation, d'abord en raison de leur statut de réfugié, mais aussi en raison de cette idée fautive très répandue selon laquelle la prévalence du VIH est plus élevée chez les réfugiés qu'au sein des communautés hôtes. En réalité, si l'on regarde les données antérieures, on constate que souvent les réfugiés sont poussés hors de pays à faible prévalence du VIH, vers des pays où la

prévalence est plus élevée.⁵ La gestion de la double problématique stigmatisation/discrimination doit faire partie intégrante de toute riposte efficace au VIH au sein des populations réfugiées et des communautés hôtes. S'il peut être utile, pour la conception et la mise en œuvre des programmes, de connaître la prévalence du VIH à la fois au sein de la population réfugiée et au sein de la communauté hôte, cette information ne change rien à la nature des mesures qui s'imposent pour gérer le problème de la stigmatisation et de la discrimination. Le meilleur moyen de contenir le risque de transmission et l'impact du VIH, c'est de mener une action globale et intégrée qui réponde aux besoins des réfugiés et des communautés hôtes en matière de prévention du VIH, de traitement, de soins et d'appui.

Les facteurs influant sur la transmission du VIH varient selon le contexte, et ponctuent des phases différentes du processus de déplacement. Les trois phases en question sont les suivantes :

- phase d'urgence, associée au début du conflit ou à quelque autre situation d'urgence, ainsi qu'à la fuite des personnes affectées ;
- phase post-urgence, marquée par une plus grande stabilité ; et
- phase finale, caractérisée par la mise en place de solutions durables, par le retour des réfugiés dans leur pays, par leur réinstallation dans un pays tiers, ou par leur intégration définitive dans le pays d'accueil.⁶

Les nombreux facteurs contribuant à l'accroissement du risque de transmission du VIH parmi les réfugiés lors des phases d'urgence et de post-urgence sont relativement bien compris. Les réfugiés sont coupés de leurs racines, loin de chez eux et de leur communauté. Ils perdent leurs moyens de subsistance. La dislocation des institutions et des réseaux sociaux se répercute sur la cohésion de la communauté, mettant à mal les normes sociales et sexuelles qui régissent les comportements. La paralysie des services de santé et d'éducation compromet l'accès à l'information et aux produits pour la prévention, aux services de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'au traitement et aux soins liés au VIH pour ceux qui en ont besoin. Une situation traumatisante pour toute une population – comme l'est un conflit – peut accroître la consommation d'alcool ou d'autres drogues, et de ce fait altérer la notion de risque au niveau des attitudes individuelles et collectives.

¹ Un réfugié est une personne qui, parce qu'elle craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité, et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays. Convention de 1951 relative au statut des réfugiés. Il existe quelques variantes régionales de cette définition.

² Les personnes qui recherchent la sécurité ailleurs au sein de leur pays sont dites «déplacées à l'intérieur de leur propre pays». Les acteurs et actions politiques pour les réfugiés ne sont pas toujours les mêmes que pour les personnes déplacées. L'ONUSIDA et le HCR ont l'intention d'élaborer un dossier de politique générale distinct sur le VIH et les personnes déplacées.

³ HCR (2006). 2005 Global refugee trends: statistical overview. Ce chiffre n'inclut pas un nombre supplémentaire de 4 375 050 réfugiés palestiniens, voir <http://www.un.org/unrwa/index.html>

⁴ HCR (2002). Statistical yearbook 2001. Voir également *Op cit* 3, pages 20–21.

⁵ Spiegel P (2004). HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action, *Disasters*, 28(3):322–339.

⁶ Ce dossier de politique générale est consacré aux mesures nécessaires pour gérer les besoins des réfugiés et des communautés hôtes dans les phases d'urgence et de post-urgence. Il ne porte pas sur la situation en place une fois que des solutions durables ont été trouvées, c'est-à-dire, lorsque les réfugiés sont rapatriés, ou intégrés de façon permanente dans le pays d'accueil, ou réinstallés dans un autre pays, car à cette phase, ce ne sont plus des réfugiés.

Les conflits et les déplacements rendent les femmes et les enfants, en particulier les filles, vulnérables de manière disproportionnée au risque de VIH. Lors d'un conflit, le viol sert souvent d'arme de guerre.⁷ Dans les camps de réfugiés, les femmes et les filles sont également confrontées à la violence sexuelle et à l'exploitation.⁸ Les réfugiés ont à lutter pour satisfaire leurs besoins élémentaires en nourriture, eau, et hébergement ; dans ces conditions, les femmes et les filles n'ont souvent pas d'autres choix que celui de troquer des services sexuels contre de l'argent, de la nourriture, et une protection.⁹ Les enfants sans soutien parental, séparés de leur famille ou devenus orphelins, sont également particulièrement vulnérables à la violence et à l'exploitation physiques et sexuelles.

Les facteurs susceptibles de contenir la propagation du VIH parmi les réfugiés ont été moins étudiés, mais certains ont été élucidés, à savoir : réduction de la mobilité vers les zones urbaines à prévalence élevée, isolement et inaccessibilité de certaines populations réfugiées, et dans certains cas, en particulier dans la phase post-urgence, accès à une protection et à d'autres services anti-VIH d'un niveau supérieur à ce

qui existe dans le pays d'origine ou au sein des communautés hôtes.¹⁰

Les implications du VIH pour les communautés hôtes ne sont pas totalement comprises, et dépendent de la prévalence du VIH chez les réfugiés et au sein des communautés hôtes, ainsi que de la fréquence et de la nature des contacts entre communautés hôtes et réfugiés. La majorité des réfugiés vivent au sein des communautés hôtes, pas dans des camps.¹¹ Les réfugiés restent aussi plus longtemps dans leur pays d'accueil. La durée moyenne d'un séjour a été estimée à 17 ans en 2003, contre neuf ans en 1993.¹² Comme les réfugiés restent longtemps dans les pays d'accueil et vivent en contact étroit avec les communautés hôtes, le fait de ne pas prendre en compte leurs besoins en matière de lutte contre le VIH équivaut non seulement à bafouer leurs droits de réfugiés, mais aussi à saper les initiatives anti-VIH au sein des communautés hôtes. La phase post-urgence, en particulier, offre aux réfugiés des occasions cruciales d'accéder aux programmes de lutte contre le VIH. Pourtant, les Plans stratégiques nationaux anti-VIH de nombreux pays d'accueil omettent souvent d'intégrer les besoins des réfugiés.¹³

Intégrer les réfugiés dans les programmes de lutte contre le VIH¹⁴

En Guinée, des fonds ont été versés au gouvernement pour que les réfugiés puissent bénéficier de soins de santé dans le cadre du système de santé local, selon la formule du "paiement à l'acte". Le coût total annuel, par personne, des soins dans le cadre du système de santé local a été beaucoup moins élevé que dans les camps de réfugiés – environ US\$ 4, contre US\$ 20. Les ressources économisées ont servi à financer de nouveaux centres de santé et à améliorer ceux qui existaient dans les régions d'installation des réfugiés – amélioration bénéfique également pour les communautés hôtes. Éviter de créer des services parallèles pour les réfugiés : rien de tel pour dissiper l'idée fautive selon laquelle le VIH est seulement l'affaire des réfugiés, et pour contrer la stigmatisation et la discrimination.

Mettre en œuvre des initiatives sous-régionales

Les réfugiés étant amenés à se déplacer au sein d'une région même, il est capital de mettre en œuvre une stratégie sous-régionale de prévention de la transmission du VIH, garantissant en même temps une continuité dans les services de traitement, de soins et d'appui d'un pays à l'autre. L'Initiative des Grands Lacs contre le SIDA¹⁵ avait engendré un partenariat solide entre le Burundi, le Kenya, l'Ouganda, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie et le Rwanda et améliorant la collaboration régionale du secteur de la santé. Des protocoles normalisés ont été élaborés, au service de la cohésion entre programmes de prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles, et de la continuité des soins et du traitement – y compris le traitement antirétroviral – dans le cas des réfugiés se déplaçant dans un autre pays de la sous-région. Un questionnaire normalisé de surveillance comportementale destiné aux communautés déplacées et des communautés hôtes environnantes a également été élaboré, expérimenté sur le terrain, et mis en œuvre dans quatre pays sur six. La collaboration sous-régionale améliore l'efficacité, abaisse les coûts, et permet aux pays d'attirer des fonds supplémentaires pour mettre en œuvre des activités transfrontalières.

Coupler le financement de l'aide humanitaire et du développement

En 2001, le Gouvernement zambien a lancé une initiative de US\$ 25 millions en vue de réduire la pauvreté, et de mieux asseoir la paix et la stabilité des réfugiés angolais et des communautés hôtes de la Zambie occidentale. Ultérieurement, des services anti-VIH ont été intégrés à l'initiative. Les fonds pour l'initiative ont été mobilisés à la fois auprès de sources de financement du développement et de sources de financement de l'aide humanitaire. L'aide humanitaire est relativement accessible, et assortie de restrictions minimales ; les fonds doivent toutefois être utilisés en un an. Cette aide peut contribuer à répondre aux besoins immédiats en matière de lutte contre le VIH, associée au financement du développement pour des programmes anti-VIH à plus long terme.¹⁶

⁷ Voir par exemple le document suivant : 20th Activity Report, Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, 2006. www.achpr.org

⁸ Par exemple, une enquête réalisée auprès de Burundais dans un camp tanzanien a révélé que 26% de femmes avaient subi des violences sexuelles depuis qu'elles étaient réfugiées. Cité dans Holmes W (2001). Health and human rights, HIV and human rights in refugee settings, *The Lancet*, 358:144–146.

⁹ Hankins C et al. (2002). Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: implications for current and future armed conflict, *AIDS*, 16:2245–2252.

¹⁰ *Op cit 5*. Hynes M et al. (2002). Reproductive health indicators and outcomes among refugees and internally displaced persons in post emergency phase camps. *JAMA*, 288 (5):595–603.

¹¹ *Op cit 3*. Voir aussi HCR (2006). The state of the world's refugees: Human displacement in the new millennium.

¹² HCR (2004). Situations de réfugiés prolongées, 30^{ème} réunion du Comité permanent. EC/54/SC/CRP14.

¹³ En 2004, 28 pays d'Afrique ont accueilli à eux tous, plus de 10 000 réfugiés. Le HCR a examiné les plans stratégiques de 25 (89%) de ces pays, et constaté que 17 (68%) intégraient les questions relatives aux réfugiés, et que 8 (32%) ne les intégraient pas ; 11 (44%) décrivaient des activités bien précises en faveur des réfugiés, et 14 (56%) ne le faisaient pas.

Position de principe

En 2001, les Etats Membres des Nations Unies ont tous signé la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*, reconnaissant que les réfugiés sont plus exposés au risque d'infection à VIH. Ils se sont engagés à intégrer le VIH dans les programmes de riposte aux situations d'urgence. La Déclaration demandait également aux organismes des Nations Unies ainsi qu'aux organisations régionales internationales et non gouvernementales de prendre en compte la problématique VIH dans leur assistance aux pays affectés par des conflits ou des crises humanitaires. En 2006, les Etats Membres ont réaffirmé ces promesses dans la *Déclaration politique sur le VIH/SIDA*, et se sont engagés à définir des objectifs nationaux ambitieux sur la voie de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui d'ici à 2010.

La réalisation des droits humains est essentielle pour réduire la vulnérabilité à l'infection à VIH et lutter contre l'impact du VIH. Les pays d'accueil ont des obligations bien précises, définies par les lois internationales relatives aux réfugiés et aux droits humains. Plus de 140 pays sont parties à la *Convention relative au statut des réfugiés* de 1951, selon laquelle les Etats concernés s'engagent à offrir aux réfugiés la même qualité de secours et d'assistance qu'à leurs ressortissants, y compris des soins médicaux. Les lois internationales relatives aux droits humains fournissent le cadre de toute stratégie de lutte contre le VIH basée sur les droits.¹⁷ Les principaux droits humains entrant en ligne de compte dans la riposte au VIH sont les suivants : le droit à la santé ; le droit à l'égalité et à la non-discrimination ; le droit à la vie privée ; le droit à la liberté et à la sécurité de la personne ; le droit à l'information ; le droit de participation ; le droit au travail ; et le droit à l'éducation.¹⁸ Ces droits s'appliquent autant aux réfugiés qu'aux citoyens du pays d'accueil, et constituent la base à partir de laquelle déterminer dans quelle mesure les gouvernements hôtes s'attaquent aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité au VIH et répondent aux besoins des réfugiés et des communautés hôtes en matière de lutte contre le VIH.¹⁹

L'ONUSIDA et le HCR recommandent les mesures suivantes :

A l'attention des gouvernements :

- Intégrer la question des réfugiés dans les politiques, plans stratégiques et programmes anti-VIH²⁰ destinés aux communautés hôtes, et garantir un accès approprié à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui exhaustifs en matière de VIH.
- Faire en sorte que les politiques et les programmes soient conçus, mis en œuvre, suivis et évalués avec la participation des réfugiés.²¹
- Veiller à ce que les lois, les politiques et les programmes soient conformes aux principes de respect, de protection, et de libre exercice des droits de tous les réfugiés :
 - pas de discrimination vis-à-vis des réfugiés ;
 - pas de discrimination fondée sur le statut VIH dans les procédures relatives à l'asile ;
 - protection contre l'expulsion et le retour forcé (ou refoulement), et contre les restrictions à la liberté de circulation fondées sur le statut VIH ;
 - protection des femmes et des enfants contre la violence et l'exploitation physiques et sexuelles, en accordant une attention spéciale aux orphelins et enfants séparés de leurs proches, et non accompagnés ;
 - accès aux systèmes nationaux d'éducation pour les enfants ; et
 - accès au travail, et liberté de choix en la matière, avec des conditions justes et favorables.
- Faire en sorte que les politiques et les programmes soient définis d'après des données probantes et
 - inclure le cas des réfugiés dans le système national de surveillance sérologique et comportementale, et se concentrer sur les interactions parmi et entre les réfugiés et les communautés hôtes ;
 - entreprendre, soutenir et/ou financer les travaux de recherche opérationnelle qui permettent de mieux comprendre l'impact du VIH parmi les réfugiés et les communautés hôtes, et d'affiner les politiques et programmes de façon à mieux répondre aux besoins de ces populations.
- Elaborer et soutenir des initiatives sous-régionales pour garantir la continuité des services anti-VIH d'un pays à l'autre en tirant parti de plates-formes intergouvernementales régionales le cas échéant.
- Promouvoir, diffuser, et mettre en application le document du Comité permanent interinstitutions *Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence*.²²

¹⁴ Examen détaillé de cette question et autres exemples de meilleures pratiques dans le document ONUSIDA/HCR (2005) : Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes. Genève.

¹⁵ L'Initiative des Grands Lacs contre le SIDA (GLIA) a été financée par une subvention de US\$ 20 millions accordée par la Banque mondiale. Y participent des organismes des Nations Unies, des donateurs bilatéraux et multilatéraux, des organisations non gouvernementales et le secteur privé, qui collaborent avec les six pays impliqués. La GLIA comprend des stratégies pour la gestion des besoins de diverses populations mobiles susceptibles de traverser les frontières, y compris les migrants et les personnes déplacées, ainsi que les réfugiés.

¹⁶ Cette approche va dans le sens des efforts visant à améliorer l'harmonisation du financement international de la riposte au SIDA, et à garantir une utilisation effective et à bon escient de toutes les ressources disponibles pour la riposte au VIH. Voir «Les Trois Principes» et les recommandations de la Cellule mondiale de réflexion, www.unaids.org/en/Coordination/Initiatives/

¹⁷ International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, 2006 Consolidated version, Bureau du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) et ONUSIDA, 2006. www.ohchr.org/english/issues/hiv/guidelines.htm

¹⁸ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966, articles 2, 6, 12, 13, 15 ; Convention relative aux droits de l'enfant, 1989, articles 1, 2, 13, 15, 16, 17, 23, 24, 28 ; Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948, articles 1, 7, 19, 23 ; Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 1966, articles 7, 9, 17, 19.2, 26 ; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, 1979, articles 7, 8, 10, 13, 14, 16 ; Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail, 1998.

¹⁹ HCR (2006). Note sur le VIH/SIDA et la protection des réfugiés, des déplacés internes et des autres personnes relevant de la compétence du HCR. HCR 2006. Ce document explique en détail comment s'applique la législation relative aux réfugiés et aux droits humains pour la gestion des besoins des réfugiés en matière de lutte contre le VIH. www.unhcr.org

²⁰ Il faut faire appel à toutes les sources de financement disponibles, y compris l'aide humanitaire, pour pouvoir réellement intégrer la question des réfugiés aux politiques et programmes nationaux de lutte contre le SIDA.

²¹ Ceci vaut également pour les organisations non gouvernementales et autres organisations qui offrent des programmes pour les réfugiés.

²² www.humanitarianinfo.org/iasc

A l'attention de la société civile :

- Renforcer les capacités des organisations et chefs de communautés de réfugiés, notamment celles des personnes vivant avec le VIH, à défendre leurs droits.
- Accroître la communication et la coopération entre les communautés de réfugiés et communautés hôtes et leurs représentants, notamment les chefs communautaires, les associations de femmes et les groupements étudiants.
- Dénoncer la stigmatisation et la discrimination vis-à-vis des réfugiés, et plaider pour des réformes juridiques et politiques qui garantissent le respect des droits humains des réfugiés et permettent à ces derniers d'exercer leurs droits.
- Intensifier le maillage et l'échange d'informations entre les groupes de réfugiés et les organisations travaillant pour le compte des réfugiés, et entre les réfugiés et les décideurs.

Paroles de décideurs :

Dr David Apuuli, Directeur général de la Commission de l'Ouganda sur le SIDA

L'Ouganda accueille actuellement environ 260 000 réfugiés, majoritairement en provenance de la République démocratique du Congo, du Rwanda, et du Soudan. L'approche du gouvernement ougandais est celle de l'intégration, et nous assumons nos responsabilités vis-à-vis des réfugiés dans notre pays. En vertu de la Stratégie du Gouvernement axée sur l'Autonomie, des terres ont été confiées aux réfugiés, lesquels vivent dans des installations aux côtés de nos concitoyens.

Depuis 2004, le Gouvernement travaille en partenariat avec le HCR pour garantir l'accès des réfugiés, mais aussi des communautés hôtes, aux services locaux, à la sécurité alimentaire, et pour améliorer les possibilités de revenus des uns et des autres. Cette approche offre une assise solide à la riposte au VIH au sein des populations réfugiées et des communautés locales. Elle nous assure l'accès à des fonds supplémentaires pour renforcer la capacité des services de santé locaux en matière de gestion des besoins liés au VIH à la fois des réfugiés et des communautés locales.

Le VIH ne connaît pas de frontières ; alors il nous faut riposter non seulement au sein de notre propre pays, mais également en collaboration avec nos voisins. Une partie cruciale du travail de l'Initiative de la Région des Grands Lacs contre le SIDA consiste à donner aux pays participants les moyens d'élaborer des approches cohérentes et coordonnées, de façon à riposter avec efficacité.

A l'attention des partenaires internationaux :

- Plaider auprès des gouvernements et les épauler pour qu'ils remplissent les obligations internationales prévues dans la législation relative aux réfugiés et aux droits humains, et pour qu'ils mettent en œuvre des stratégies intégrant ce qui se fait de mieux en matière de réponse aux besoins liés au VIH des réfugiés et des communautés hôtes.
- Inciter les gouvernements à prendre en considération les besoins des réfugiés lors de la rédaction des propositions de financement, offrir des ressources pour que ces besoins soient intégrés aux politiques et programmes nationaux de santé et de lutte contre le VIH, et veiller à ce que les conditions de financement n'empêchent pas d'utiliser les fonds à la fois pour les réfugiés et pour les communautés hôtes, simultanément.
- Soutenir les gouvernements pour la définition de normes et d'ensembles de services destinés aux réfugiés, ainsi que pour l'élaboration de systèmes efficaces de collecte et d'analyse des données, et l'utilisation des données, afin de mettre en place des politiques et des programmes adaptés et pertinents.

Dr Kamran Lankarani, Ministre de la Santé et de l'Enseignement médical, République islamique d'Iran

Selon les estimations, environ 2 millions de réfugiés vivent actuellement en Iran. Ils viennent principalement d'Afghanistan – des femmes et des enfants, en majorité. Le Gouvernement de l'Iran a toujours donné aux populations réfugiées la possibilité de bénéficier de toutes les interventions sanitaires, y compris la prévention, le traitement et les soins en matière de VIH, sans discrimination aucune ; et il en sera toujours ainsi.

Jusqu'à présent, tous les programmes de soins et de prévention du VIH, y compris le traitement de soutien par la méthadone et autres mesures de réduction des risques, ont été offerts gratuitement à l'ensemble des réfugiés vivant en Iran. Le Gouvernement leur fournit également le traitement antirétroviral, mis en œuvre selon les protocoles nationaux de soins et de traitement.

La politique anti-VIH du pays, élaborée récemment avec la participation de toutes les parties prenantes, consacre un chapitre à la prévention du VIH parmi les populations réfugiées et migrantes.

Pour le respect de la dignité de l'individu et pour la protection des droits humains, ce qui dans notre constitution englobe le droit à la santé, et sachant également que les réfugiés sont intégrés à nos populations hôtes, l'Iran entend préserver la santé de ses réfugiés.