

# Elaboration de stratégies de programme favorisant l'intégration des activités liées au VIH, à l'alimentation et à la nutrition dans les milieux de réfugiés

## COLLECTION MEILLEURES PRATIQUES DE L'ONUSIDA



Photos de couverture : PAM / Andrew Thorne-Lyman

---

ONUSIDA/06.21F / JC1169F (version française, décembre 2006)

---

Version originale anglaise, UNAIDS/06.21E / JC1169E, mai 2006 :  
*The development of programme strategies for integration of HIV,  
food and nutrition activities in refugee settings*  
Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 2006.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4187 ou par courriel : [publicationpermissions@unaids.org](mailto:publicationpermissions@unaids.org).

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent

de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS:

Elaboration de stratégies de programme favorisant l'intégration des activités liées au VIH, à l'alimentation et à la nutrition dans les milieux de réfugiés.

(ONUSIDA collection meilleures pratiques)

Publ. en collab. avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés et le Programme alimentaire mondial.

« Le présent document a été préparé par Ellen Mathys Kirkcaldy ... [et al.] » – Remerciements.  
« ONUSIDA/06.21F / JC1169F ».

1.Infection à VIH – prévention et contrôle. 2.Réfugiés. 3.Politique nutritionnelle.  
4.Alimentation dans les situations d'urgence. 5.Evaluation programme. 6.Afrique. I.Kirkcaldy,  
Ellen Mathys. II.ONUSIDA. III.Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés.  
IV.Programme alimentaire mondial. V.Titre. VI.Série.

ISBN 92 9 173524 8

(Classification NLM : WC 503.6)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse  
Téléphone : (+41) 22 791 36 66 – Fax : (+41) 22 791 41 87  
Courrier électronique : [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org) – Internet : <http://www.unaids.org>

Elaboration de stratégies de  
programme favorisant l'intégration  
des activités liées au VIH,  
à l'alimentation et à la nutrition  
dans les milieux de réfugiés



## Remerciements

---

Le présent document a été préparé par Ellen Mathys Kirkcaldy, Famine Early Warning System Project (FEWS NET), Washington, DC, Etats-Unis, avec : Paul Spiegel, Administrateur technique principal pour le VIH/SIDA, Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), Genève, Suisse ; Fathia Abdalla, nutritionniste, HCR, Genève, Suisse ; Francesca Erdelmann, conseillère sur le VIH/SIDA, Programme alimentaire mondial (PAM), Johannesburg, Afrique du Sud ; et Andrew Thorne-Lyman, spécialiste de la nutrition et de la santé publique, PAM, Rome, Italie.

Les auteurs souhaitent remercier les agences participantes pour leur soutien dans l'élaboration de cette étude : HCR, PAM, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA).

Au cours des missions sur le terrain en Zambie et en Ouganda, les équipes ont bénéficié de nombreux soutiens. En Zambie, les institutions suivantes les ont ainsi fait bénéficier de leur temps, leur aide et leur expérience : le Gouvernement de la Zambie, le HCR, l'UNICEF, le PAM, la Croix-Rouge zambienne, la Fédération internationale de la Croix-Rouge, World Vision International, HODI, Aktion Afrika Hilfe, et Right to Play. En Ouganda, les institutions suivantes ont apporté une contribution de premier plan : le Gouvernement de l'Ouganda, le HCR, l'UNICEF, le PAM, Aktion Afrika Hilfe, African Development and Emergency Organization, Agency for Cooperation and Research in Development, Meeting Point, Madi AIDS Heroes Association, Association of Volunteers in International Service, l'hôpital du District de Hoima, l'hôpital du District de Moyo, Health of Adolescents Programme, Youth Anti-AIDS Services Association, AIDS Information Center, et Traditional and Modern Health Practitioners Together Against AIDS.

Enfin, le présent document vise à rendre compte de la sagesse, de la créativité et du courage montrés par les centaines de réfugiés et membres des communautés hôtes ayant participé à cette activité. C'est à eux que va notre plus grande gratitude.

# Table des matières

---

<b>Remerciements</b>	<b>2</b>
<b>Résumé de synthèse</b>	<b>5</b>
<b>Introduction</b>	<b>11</b>
Justification de l'intégration des programmes liés au VIH, à l'alimentation et à la nutrition	11
Le cadre d'action : le VIH et la sécurité alimentaire et nutritionnelle des réfugiés	14
Objectifs de l'initiative	18
Méthodologie	18
Le cadre de pratique dans les milieux de réfugiés	22
Collaboration entre les agences des Nations Unies	27
<b>Résultats de l'initiative inter-organisations</b>	<b>29</b>
Stratégies de programme intégrées	29
Principaux résultats	30
<b>Références</b>	<b>35</b>



## Résumé de synthèse

---

En 2003, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), le Programme alimentaire mondial (PAM) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ont lancé une initiative conjointe dans le but d'identifier, à partir de recherches de terrain menées auprès de plusieurs communautés de réfugiés en Afrique, un ensemble de stratégies visant à renforcer la prévention, l'appui, et les soins en matière de VIH, ainsi que les traitements aux personnes vivant avec le VIH, au moyen d'interventions basées sur l'alimentation et la nutrition. Cette initiative a mobilisé une collaboration volontairement très soutenue, tant entre les organisations participantes qu'avec les réfugiés eux-mêmes, afin de cerner au mieux les possibilités d'intégrer davantage les différents secteurs dans le contexte unique que forment les milieux de réfugiés. Ce document décrit les procédés mis en œuvre et les résultats obtenus par cette initiative, dont l'intérêt, du point de vue de l'identification de pratiques exemplaires, réside à la fois dans sa nature collaborative, sa méthodologie axée sur le terrain ainsi que ses produits et résultats.

Les 20 stratégies de programme intégrées analysées dans le contexte de cette initiative ont été identifiées selon deux grands axes :

### Interventions liées au VIH

- Prévention du VIH, y compris la prévention de la transmission mère-enfant
- Appui et soins aux personnes vivant avec le VIH et leur famille et aux enfants affectés par le SIDA (y compris les orphelins et les enfants vulnérables)
- Soins de santé et traitements aux personnes vivant avec le VIH et leur famille

### Interventions liées à l'alimentation et la nutrition

- Distribution alimentaire et nutrition d'urgence
- Distribution alimentaire à l'appui d'activités de formation, de renforcement des capacités et de soutien institutionnel
- Sécurité alimentaire et sécurité des moyens de subsistance des ménages

Les principaux résultats sont les suivants :

- 1. Bien que l'aide alimentaire constitue une arme assez rudimentaire au regard du problème de santé publique extrêmement complexe qu'est le SIDA, il existe de nombreuses possibilités d'affiner l'utilisation des programmes d'alimentation et de nutrition existants pour faire en sorte qu'ils soutiennent la prévention, les soins, les traitements et l'appui aux personnes infectées ou affectées par le VIH.** Avant de mettre en œuvre ces stratégies de programme intégrées, il y a lieu d'effectuer une évaluation minutieuse pour déterminer si l'aide alimentaire est une ressource appropriée, car ce sont les données sur la sécurité nutritionnelle et/ou alimentaire qui déterminent avant tout le bien-fondé des programmes alimentaires. Si l'aide alimentaire apparaît justifiée, il est possible, en faisant preuve de créativité et de souplesse au niveau de la programmation, d'identifier plusieurs points d'entrée pour modifier *le mode d'utilisation de ces ressources* et contribuer à enrayer la transmission et atténuer les effets de l'épidémie. Même dans les cas où un complément alimentaire n'apparaît pas justifié, il est possible d'intégrer des activités de soutien ou de communication sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les interventions d'urgence existantes. Les pratiques universellement conseillées dans ce domaine sont l'allaitement exclusif et, s'il y a lieu, un complément alimentaire adéquat.
- 2. Pour contrer l'épidémie de manière efficace, il est indispensable d'intégrer les réfugiés et les communautés d'accueil environnantes aux niveaux de l'évaluation, des programmes et des politiques.** La conception des programmes doit impérativement reposer sur la réalisation d'évaluations intégrées au niveau des communautés de réfugiés et des communautés d'accueil, car les effets du déplacement sur l'épidémie sont déterminés en très grande partie par la fréquence et la nature des

interactions entre les réfugiés et la population d'accueil, ainsi que par le degré de prévalence du VIH avant le conflit. Les entretiens menés auprès des réfugiés démontrent la nécessité d'effectuer ces évaluations directement auprès des communautés de réfugiés et d'accueil, au moyen d'entretiens permettant d'explorer les facteurs politiques, économiques, socioculturels et relatifs à l'action publique qui interviennent dans ces interactions.

3. **Dans les milieux de réfugiés stables, l'élaboration des programmes doit être étayée par des recherches qualitatives, des stratégies de communication participatives et un engagement et des actions communautaires.** La plupart des communautés de réfugiés sont suffisamment bien établies pour « transcender » les programmes d'urgence standard : plus de 60% des réfugiés dans le monde sont installés depuis au moins 10 ans, ce qui signifie que l'engagement et l'action participatifs, qui sont monnaie courante dans les programmes de développement communautaire, ont également leur raison d'être dans les milieux de réfugiés.
4. **Les réfugiés devraient jouer un rôle véritablement directeur dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes sanitaires les concernant.** Loin d'être de simples utilisateurs passifs de l'aide humanitaire, les réfugiés ont les compétences nécessaires pour élaborer des programmes sanitaires de prévention de la transmission du VIH et de soins, de traitements et d'appui aux personnes touchées par le VIH dans les milieux de réfugiés qui fassent une plus large place à l'initiative communautaire. La structure de coordination du Comité SIDA – qui devrait faire fonction d'organisme de coordination multisectoriel et largement participatif pour l'ensemble des programmes liés au VIH à l'attention des réfugiés – devrait faire l'interface avec le Comité de gestion alimentaire (par l'intermédiaire d'un point focal « VIH » au sein du Comité de gestion alimentaire par exemple) ; réciproquement, chaque Comité SIDA devrait disposer d'un point focal « Alimentation et nutrition » assurant la liaison avec les activités liées à l'alimentation et la nutrition.
5. **Les programmes d'alimentation et de nutrition les plus fréquemment mis en œuvre à l'attention des réfugiés – programmes de distribution alimentaire générale, interventions alimentaires et nutritionnelles sélectives pour les femmes enceintes et celles qui allaitent, et programmes d'alimentation complémentaire, thérapeutique et en milieu scolaire – peuvent être exploités dans les stratégies de prévention du VIH lorsqu'il leur est adjoint des activités de communication sur les changements de comportement et d'engagement et d'action communautaires (Stratégies 1–4)<sup>1</sup>.** La mise en œuvre des programmes devrait s'appuyer sur trois étapes clés. Premièrement, il est souhaitable d'évaluer la situation au regard du VIH pour déterminer le niveau de prévalence approximatif du virus et les principaux vecteurs de transmission dans la population générale (à l'aide d'indicateurs de substitution si aucune enquête n'a été menée auprès de la population ou si aucune surveillance sentinelle n'est en place), chez les femmes enceintes et celles qui allaitent, et dans les groupes les plus exposés au risque d'infection par le VIH. Deuxièmement, pour pouvoir transmettre des messages appropriés sur le VIH aux publics cibles des programmes – qui diffèrent totalement entre les quatre types d'intervention (Stratégies 1 à 4) – il importe d'effectuer des recherches qualitatives formatives. Troisièmement, pour éviter que l'incorporation d'activités liées au VIH n'amoindrisse l'efficacité du programme d'alimentation ou de nutrition lui-même, une mesure utile consiste à évaluer les opérations en prenant en compte des facteurs opérationnels clés tels que l'aménagement du site et la programmation de ressources humaines suffisantes. Le personnel en charge du programme d'alimentation ou de nutrition aura besoin d'une formation complémentaire sur le SIDA s'il est décidé d'incorporer ces activités, même si l'éducation en matière de SIDA doit être assurée par des intervenants extérieurs. Ces stratégies de programme sont potentiellement plus efficaces quand l'épidémie est généralisée (c'est-à-dire lorsqu'elle touche au moins 1% de la population) que lorsqu'elle n'atteint que certains groupes à risque élevé d'infection.

Avant de démarrer ces activités à proprement parler, la toute première étape consistera à mettre en place le Comité SIDA et le Comité de gestion alimentaire, qui superviseront la mise en œuvre du programme. Il est important que ces activités de communication à vocation préventive sur les chan-



gements de comportement soient reliées et étroitement coordonnées avec les services de santé (y compris le conseil et le test volontaires, la prévention de la transmission mère-enfant et la prise en charge des maladies opportunistes), les services sociaux et les services de protection. Si le programme d'alimentation ou de nutrition concerné est un programme d'alimentation complémentaire, un lien pourra être établi avec les services de conseil et de test volontaires et la prévention de la transmission mère-enfant. Les initiatives de communication sur les changements de comportement devraient aborder les méthodes sûres d'alimentation des nourrissons dans le contexte du VIH. Dans les situations d'urgence, les méthodes d'alimentation de substitution remplissent rarement les critères « d'acceptabilité, de faisabilité, d'accessibilité économique, de sûreté et de durabilité » définis par l'UNICEF/OMS. Aussi est-il vital d'aider toutes les femmes à nourrir leur enfant au sein exclusivement pendant les six premiers mois. La participation de groupes de musique, de danse ou de théâtre issus de la communauté contribue à réduire le risque de stigmatisation associé à la maladie et à développer les compétences en matière d'éducation sanitaire au sein de ces groupes.

- 6. Les programmes d'alimentation et de nutrition peuvent concourir à la réalisation des objectifs de soins et d'appui aux personnes vivant avec le VIH et aux groupes vulnérables par le biais de différentes mesures : modification des rations pour mieux répondre aux besoins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH et leur famille, modification de certains aspects de la mise en œuvre des programmes pour garantir l'accès des personnes vivant avec le VIH, et amélioration de la sécurité alimentaire et de la sécurité des moyens de subsistance des familles touchées par le SIDA (Stratégies 5–12).** L'infection à VIH accroît les besoins nutritionnels de 10% dans le cas d'infections asymptomatiques et de 20% à 30% dans le cas d'infections symptomatiques ou d'un SIDA déclaré<sup>2</sup>. Avoir accès à une ration générale adéquate est encore plus important pour les personnes affectées par le SIDA que pour les autres. Bien qu'il n'existe encore aucune directive reposant sur des données probantes concernant l'adaptation du contenu énergétique des rations générales dans le contexte du VIH, la solution consistant à accroître la ration de l'ensemble des bénéficiaires de manière à satisfaire les besoins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH serait extrêmement onéreuse, et celle consistant à augmenter la ration de manière à satisfaire les besoins nutritionnels moyens (des personnes infectées comme des personnes non infectées par le VIH) déboucherait sur une modification minimale des rations. La toute première priorité doit être de faire en sorte que la ration entière allouée soit distribuée sans interruption, et que les bénéficiaires reçoivent 10% à 12% de leurs apports énergétiques sous forme de protéines et au moins 17% sous forme de graisses. Il ne semble pas, d'après les données, que les personnes infectées par le VIH aient des besoins protéiniques accrus. C'est une évaluation locale qui permettra de déterminer s'il faut affecter des ressources supplémentaires à l'augmentation de la ration générale ou au soutien des programmes d'alimentation ciblés sur les personnes vivant avec le VIH.

En marge de l'accroissement de la ration générale, plusieurs changements opérationnels peuvent être mis en œuvre pour que les personnes vivant avec le VIH tirent le meilleur parti de la ration générale, par exemple : distribuer des denrées usinées et enrichies en micronutriments plutôt que des céréales seules ; compléter l'alimentation par des aliments composés enrichis ; et recruter des travailleurs sociaux ou des bénévoles de la communauté pour qu'ils distribuent directement la ration aux ménages qui, du fait de la maladie, ne peuvent pas venir la chercher.

Dans les cas où la ration générale n'a pas été augmentée pour tenir compte du VIH, il est possible de distribuer une ration supplémentaire par le biais des programmes d'alimentation complémentaire ciblés, en particulier si les critères d'admission sont élargis de manière à étendre le soutien nutritionnel aux personnes vivant avec le VIH. Dans ce cas, le programme d'alimentation complémentaire devra être étroitement coordonné avec les services sanitaires. L'une des difficultés majeures posées par les programmes d'alimentation complémentaire ciblés est qu'ils sont biaisés en faveur des personnes séropositives, qui connaissent leur état et sont disposées à le divulguer et qui sont physiquement malades – ce qui exclut la majorité de la population vivant avec le VIH.

La distribution de rations par le biais des programmes d'alimentation en milieu scolaire ne devrait être envisagée – en tant qu'intervention liée au VIH – que lorsqu'il est clairement démontré que ces programmes permettent d'enrayer la baisse de fréquentation scolaire chez les enfants qui vivent dans des foyers touchés par le VIH. Ce type d'intervention doit être utilisé uniquement à court terme, en attendant que les familles touchées par le VIH puissent bénéficier de mesures de soutien à plus long terme. De même, la distribution de rations aux familles d'accueil et aux orphelinats permet de satisfaire les besoins alimentaires des orphelins et des enfants vulnérables en période de crise alimentaire, mais des programmes de sécurité alimentaire plus complets sont nécessaires sur le long terme.

Parmi les principaux programmes de sécurité alimentaire qui peuvent être envisagés, citons les projets de jardins privés et de parcelles à cultiver (à condition qu'ils bénéficient d'un soutien approprié), les activités génératrices de revenus, le microcrédit et les services bancaires communautaires, la formation et le développement des compétences. Les ressources alimentaires ou liées à l'alimentation (telles que les semences et les outils) peuvent être utilisées comme outils de travail dans ces programmes, comme c'est le cas pour les projets de jardins privés ; mais l'aide alimentaire peut aussi être utilisée pour permettre aux personnes vivant avec le VIH de participer à certains programmes, par exemple des formations.

- 7. Le soutien nutritionnel et l'enseignement en matière de nutrition peuvent devenir des composantes à part entière des services de soins de santé et de traitement utilisés par les personnes vivant avec le VIH, par exemple les services en milieu hospitalier, les programmes de soins à domicile et les programmes de thérapie antirétrovirale (Stratégies 13–16).** Compte tenu de leurs implications logistiques et financières, les programmes d'alimentation en milieu hospitalier peuvent se justifier lorsqu'un pourcentage élevé de patients hospitalisés sollicite des soins pour une pathologie liée au VIH et lorsque l'on sait ou que l'on soupçonne que les carences alimentaires aggravent l'état de santé de ces patients. Pour éviter la stigmatisation, les services d'alimentation en milieu hospitalier devraient s'adresser à tous les patients, et non uniquement ceux qui vivent avec le VIH. Pour améliorer l'état nutritionnel à long terme, il y a lieu d'accompagner ces programmes de cours de nutrition. Parmi les initiatives qui ont fait leurs preuves dans ce domaine, citons la création de jardins de démonstration dans les hôpitaux : ces jardins fournissent des denrées alimentaires pour le programme d'alimentation en milieu hospitalier et apprennent aux patients atteints de maladies aiguës et chroniques comment cultiver et préparer dans des conditions salubres des végétaux riches en nutriments.

De même, le soutien nutritionnel peut être intégré aux services communautaires de soins de santé aux personnes vivant avec le VIH. Les programmes de soins à domicile et autres programmes de thérapie antirétrovirale peuvent combiner les cours de nutrition avec la fourniture d'une ration complémentaire. Idéalement, il faudrait que ces rations contiennent des aliments mélangés fortifiés (en veillant à ce que l'enrichissement des céréales ait été effectué avant la distribution) ainsi que des fruits et des légumes frais si possible. Ces rations devraient avoir pour objectifs de renforcer l'efficacité des traitements dans la lutte contre le virus, redonner des forces aux patients et promouvoir l'état de santé général et l'immunité.

- 8. Les ressources alimentaires et nutritionnelles peuvent être utilisées pour soutenir les activités de formation et de renforcement des capacités mises en place à l'intention des personnes qui, dans les dispensaires et la communauté, délivrent les soins liés au SIDA, ou pour appuyer l'établissement ou le maintien d'activités liées au SIDA à l'échelle de la communauté (Stratégies 17–20).** Comme c'est le cas avec tous les programmes alimentaires, avant d'utiliser les ressources alimentaires à des fins incitatives, il faut s'assurer, grâce à une évaluation minutieuse, qu'elles constituent un moyen d'incitation approprié. Lorsque tel est effectivement le cas, les ressources alimentaires peuvent être utilisées à l'appui des formations dispensées au personnel de santé officiel ou des dispensaires (par exemple, les infirmières et les assistants), aux dispensateurs de soins traditionnels ou issus de la communauté (par exemple, les guérisseurs et les accoucheuses traditionnelles) et à d'autres personnes spécialisées qui peuvent jouer un rôle central dans la lutte contre le VIH à l'échelle de la commu-

nauté. Bien que la disponibilité des services de santé soit généralement supérieure dans les milieux de réfugiés stables que dans les communautés d'accueil environnantes, les réfugiés utilisent souvent une combinaison de services de santé délivrés dans les dispensaires et de services traditionnels. Pour obtenir du personnel de santé qu'il participe aux efforts d'éducation, de prévention, de soins et de traitement en matière de VIH, il est nécessaire de renforcer les capacités tant du personnel des dispensaires que des personnels de santé traditionnels – si possible dans le cadre de partenariats.



## Introduction

---

Vers la fin du XXe siècle, le VIH est venu se greffer sur une série de problèmes de santé publique d'une profondeur et d'une étendue telles qu'ils ont bouleversé la réflexion et l'action dans le domaine de la santé publique. Peut-être plus que la plupart des autres crises, la pandémie de VIH remet fortement en cause l'approche bureaucratique traditionnelle, sectorielle et descendante, de l'aide humanitaire et au développement. Cette maladie revêt « un caractère d'urgence sur le long terme... une dimension transversale pour l'aide humanitaire à court terme, qui a pour mission de soulager les souffrances aiguës... [et] fait partie des nombreux facteurs qui alimentent l'insécurité alimentaire, la pauvreté et le dénuement chroniques et à long terme »<sup>3</sup>. A la fin de 2005, la population vivant avec le VIH était estimée à 40,3 millions de personnes (fourchette : de 36,7 à 45,3 millions). La pandémie recouvre un grand nombre d'épidémies différentes, caractérisées par des modes d'infection et des formes de vulnérabilité propres à chacune d'elles<sup>4</sup>. Dans les communautés de réfugiés, le VIH se surajoute à d'autres aléas tels que les conflits et le déplacement, entraînant des changements profonds et souvent irréversibles dans la vie des individus. Dans ces communautés comme dans tout autre groupe, la lutte efficace contre le VIH passe par des évaluations, des partenariats et des solutions de portée locale.

Compte tenu de l'ampleur et de la nature unique de cette crise, la communauté internationale est obligée d'agir sur la base de preuves et de données d'expérience scientifiques et programmatiques partielles, quoique de plus en plus nombreuses. En instituant un suivi et une évaluation stricts des interventions liées au VIH à mesure qu'elles sont mises en œuvre, on pourra étoffer le corpus de données probantes et faciliter l'affectation des maigres ressources disponibles pour les programmes. Certaines initiatives récentes qui se sont efforcées d'élucider les liens éventuels entre le VIH et la nutrition à l'échelle nationale, telles que la Conférence internationale de 2005 sur le VIH/SIDA et la sécurité alimentaire et nutritionnelle (Durban), sont louables, mais l'on ne s'est pas suffisamment intéressé à ce qu'il en est de ces liens dans les milieux de réfugiés, d'où la nécessité de multiplier les efforts de collaboration et les recherches.

En 2003, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), le Programme alimentaire mondial (PAM) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ont uni leurs efforts pour élaborer, au travers de recherches de terrain menées auprès de différentes communautés de réfugiés en Afrique, un ensemble de stratégies visant à promouvoir la prévention du VIH, l'atténuation de son impact et les soins, les traitements et l'appui aux personnes vivant avec le VIH au moyen d'interventions liées à l'alimentation et à la nutrition. Ces initiatives largement axées sur la collaboration sont nées de la prise de conscience, parmi les instances décisionnaires, que les communautés de réfugiés sont uniques. Il est nécessaire de mener des recherches spécifiques sur les réfugiés et en collaboration avec eux pour élaborer des approches qui exploitent plus efficacement les programmes alimentaires et nutritionnels dans le but de promouvoir la prévention de la transmission du VIH, les soins et les traitements et de soutenir les interventions menées dans ces communautés. Ce document décrit les processus mis en œuvre et les résultats obtenus par cette initiative interorganisations, dont l'intérêt, au regard de l'identification de pratiques exemplaires, réside autant dans sa méthodologie, axée sur la collaboration et le travail de terrain, que sur ses résultats, qui touchent à l'interpénétration entre VIH, nutrition et sécurité alimentaire dans les milieux de réfugiés.

### **Justification de l'intégration des programmes liés au VIH, à l'alimentation et à la nutrition**

Au cours des dernières années, les recherches ont établi l'existence de liens multiples entre la sécurité alimentaire (ou des facteurs connexes, tels que la production agricole), la nutrition et le VIH, tant au niveau individuel qu'à celui des populations. Cependant, les travaux sur les solutions possibles n'ont pas progressé au même rythme. Transposer les résultats des recherches à la situation particulière

des réfugiés – afin de clarifier les liens entre la sécurité alimentaire et nutritionnelle et le VIH et identifier des réponses efficaces – est encore plus problématique pour plusieurs raisons. Premièrement, à cause de la limitation des ressources et de l'isolement dans lequel les plongent les conflits, les communautés de réfugiés (et plus encore les zones de déplacement interne) ont généralement peu de données à offrir. Le HCR et ses partenaires sont en train de construire une base de données épidémiologiques à partir d'enquêtes menées auprès de 12 pays entre 2001 et 2005 concernant la surveillance sentinelle prénatale du VIH et la surveillance des comportements en matière de VIH<sup>5,6</sup>. Deuxièmement, la survenue de situations d'urgence complexes amène souvent des changements significatifs au niveau de nombreux déterminants de la prévalence du VIH, y compris l'exposition au virus (par le biais de différents modes de brassage des populations, de l'introduction de déséquilibres entre les pouvoirs ou les droits des individus et de la violence sexuelle ou liée à l'appartenance sexuelle) et la vulnérabilité au virus (par le biais de la malnutrition et des infections sexuellement transmissibles non soignées)<sup>7,8</sup>. Troisièmement, on observe une fluctuation très forte des principaux indicateurs sanitaires pendant le cycle d'une situation d'urgence complexe, avec des taux de mortalité élevés pendant la phase aiguë et des taux relativement bas dans les camps de réfugiés établis de longue date<sup>9</sup>. Par conséquent, les tendances de la prévalence du VIH après déplacement ne sont pas régulières, car elles subissent l'influence de facteurs qui varient entre les populations réfugiées, tels que le degré d'interactions avec les communautés d'accueil et la prévalence du VIH parmi les réfugiés et dans la population d'accueil<sup>5</sup>. Quatrièmement, les réponses apportées à l'échelle des milieux de réfugiés sont déterminées dans une large mesure par les politiques nationales des pays d'accueil à l'égard des réfugiés – très variables – et par les cadres institutionnels<sup>10</sup>. Les politiques nationales favorables à une intégration poussée (par exemple, qui autorisent la culture de la terre et la liberté de circulation à des fins commerciales ou d'emploi) permettent d'envisager un éventail de réponses plus large, proche de celui applicable aux communautés (civiles) stables non réfugiées.

L'examen de la littérature consacrée aux communautés stables non réfugiées dans les pays à faible revenu fait apparaître une association entre la hausse de la morbidité et de la mortalité dues aux infections à VIH au sein des familles, notamment chez les adultes, et plusieurs indicateurs liés à l'insécurité alimentaire de la famille (ces indicateurs, qui varient selon les sites d'étude, incluent les moyens de subsistance, y compris les activités agricoles et les activités économiques non agricoles, et les actifs)<sup>11</sup>. La mortalité liée au SIDA modifie la structure démographique des familles et, dans bien des cas, conduit à une augmentation du nombre de familles dirigées par une femme ou un enfant et une hausse des ratios de dépendance au sein des familles. L'impact relatif de la mortalité des hommes et des femmes adultes sur la sécurité alimentaire des familles dépend des facteurs socioculturels locaux, en particulier du fait que les veuves conservent ou non des droits vis-à-vis de leurs terres, de leurs enfants et d'autres actifs et des perspectives économiques qui s'offrent à elles après le décès de leur mari ; du soutien apporté par la famille ou la communauté ; et de la mesure dans laquelle la stigmatisation empêche les membres survivants de la famille de trouver du travail ou de s'engager dans des activités marchandes pour gagner de quoi vivre. Les chercheurs ont constaté une réduction des activités économiquement productives (par exemple, la production de cultures vivrières ou de rapport, le commerce et d'autres activités non agricoles), liée à l'âge et au sexe de la personne défunte. Dans les pays africains où les activités économiques les plus lucratives sont réservées aux hommes (production de cultures de rapport, élevage de bétail, accès au crédit), les ménages dirigés par une femme sont confrontés à une véritable gageure, qui est de gagner leur vie en exerçant des activités beaucoup moins rentables comme la production de cultures vivrières de base ou l'élevage de petits animaux (volailles, chèvres et moutons par exemple).

Il va sans dire que dans les ménages à chef féminin privés de leur moyen de subsistance, le VIH peut être un redoutable obstacle à la prévention et au traitement des cas de malnutrition grave chez les enfants, à travers deux types d'effet : la pauvreté et l'insécurité alimentaire au niveau du ménage, et une croissance défailante chez l'enfant infecté. Dans les situations d'urgence, le VIH aggrave le risque de prévalence élevée de malnutrition aiguë, dont les causes sous-jacentes peuvent résider dans un sevrage trop précoce, une alimentation médiocre et une mauvaise gestion de l'infection dans la période critique du 6<sup>ème</sup> au 24<sup>ème</sup> mois. Une croissance déficiente est associée à un risque de mortalité accru, et un enfant a besoin d'être correctement alimenté pour prendre du poids, en particulier après une maladie opportuniste.

(La question du VIH et de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants n'est toutefois pas traitée en détail dans ce document.)

La mortalité liée au SIDA est donc associée à une érosion consécutive des actifs, à une baisse de la consommation alimentaire des ménages et à un renforcement des pressions pesant sur les mécanismes de soutien intracommunautaire dans les communautés non réfugiées. Il faut savoir que des mécanismes de soutien intracommunautaire coutumiers forts peuvent prévenir, voire masquer, les effets de l'épidémie (tout comme ils peuvent masquer les effets d'une situation émergente d'urgence alimentaire à grande échelle) jusqu'à ce que ces mécanismes s'épuisent à leur tour et que les ménages affectés finissent par disparaître – un effet démographique de l'épidémie qui a été peu mesuré jusqu'à présent. Bien que les réfugiés se déplacent, dans la mesure du possible, avec leur famille et leur communauté, le déplacement a un effet extrêmement perturbateur sur les réseaux familiaux et communautaires, qui sont souvent indispensables à la survie des ménages ruraux africains les plus vulnérables.

Au niveau individuel, il est démontré que l'infection à VIH accroît les besoins énergétiques des adultes séropositifs asymptomatiques de 10%, et ceux des adultes atteints d'une infection symptomatique ou du SIDA de 20% à 30%<sup>12</sup>. Les populations stables dont la sécurité alimentaire est garantie peuvent éventuellement accroître leur ration alimentaire de manière à satisfaire ces besoins élevés. Pour les populations déplacées privées de leurs stratégies normales d'accès à la nourriture (par exemple, cultiver leurs propres denrées alimentaires ou percevoir un revenu leur permettant d'acheter de la nourriture) et tributaires d'une aide alimentaire d'urgence de plus en plus limitée, cela est en revanche beaucoup plus difficile. Les maladies opportunistes contractées par les personnes qui vivent avec le VIH, telles que les affections du tractus gastro-intestinal, peuvent entamer l'appétit et amoindrir la consommation ou freiner l'absorption de nutriments.

L'insécurité alimentaire peut aggraver le risque d'exposition au VIH car pour se procurer un revenu ou de quoi manger, certaines personnes peuvent être incitées à se livrer à des pratiques à haut risque telles que des rapports sexuels non protégés. Les milieux de réfugiés sont des endroits à risque, en particulier pour les femmes et les jeunes filles, qui y sont davantage exposées à l'exploitation sexuelle et à la violence liée à l'appartenance sexuelle. Les dispositifs de protection prévus par le gouvernement du pays d'accueil et la communauté internationale (notification, soins et suivi juridique) sont souvent minces, voire inexistant<sup>13</sup>. Les donateurs ayant considérablement réduit leur contribution alimentaire ces dernières années, les rations alimentaires ont diminué dans de nombreux camps de réfugiés partout dans le monde – sans que les données fassent apparaître une baisse des besoins ; dans ces circonstances, on peut craindre que les femmes réfugiées peinant à subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille ne deviennent plus fréquemment victimes de l'exploitation sexuelle – y compris de la part du personnel humanitaire censé les soutenir et les protéger – et ne s'exposent ainsi à un risque d'infection au VIH accru<sup>14</sup>.

Les interactions entre un état de malnutrition préexistant et le VIH ne sont pas encore bien comprises ; s'il est établi que la malnutrition altère les fonctions immunitaires au niveau individuel, les données démontrant l'existence de liens entre la malnutrition et le VIH au niveau communautaire sont assez rares pour l'instant et, dans la grande majorité des cas, limitées à des pays spécifiques. Bien que ce champ de recherche soit relativement récent, les données recueillies sur les interactions entre le VIH et l'insécurité alimentaire et nutritionnelle sont suffisamment convaincantes pour que l'on modifie l'approche programmatique et que l'on évalue rigoureusement l'impact des interventions existantes, pour pouvoir élaborer les programmes futurs à la lumière des leçons retirées de l'expérience acquise sur le terrain. Ce constat amène immédiatement la question suivante : comment faire en sorte que l'aide alimentaire – y compris les quelque six millions de tonnes de nourriture distribuées chaque année par le PAM<sup>15</sup> – contribuent à la prévention, aux soins, au traitement et à l'appui en matière de VIH au sein des populations bénéficiaires ?

De manière générale, l'aide alimentaire devrait être réservée en priorité aux programmes ayant pour mission de fournir un soutien nutritionnel, et non pas d'opérer un transfert de ressources<sup>16</sup>. La décision d'affecter aux programmes des ressources alimentaires relativement limitées, quand ce sont

des interventions sous forme d'aide monétaire ou non alimentaire qui seraient nécessaires, peut avoir des effets négatifs – fléchissement de la production locale, dérèglement des marchés, affaiblissement des mécanismes de soutien intracommunautaire traditionnels et perturbation des stratégies de réponse économique normales. Pour toutes ces raisons, l'aide alimentaire doit être utilisée avec prudence également au sein des populations réfugiées.

Lorsque cela se justifie, les organismes humanitaires (agences des Nations Unies et organisations non gouvernementales) devraient réfléchir aux moyens de faire en sorte que les ressources alimentaires favorisent la réalisation des objectifs alimentaires et nutritionnels préétablis tout en soutenant les efforts de prévention, de soins, de traitement et d'appui aux personnes vivant avec le VIH. On comprend aisément par quels mécanismes l'aide alimentaire permet de sauver des vies ; il faudra en revanche mener des recherches programmatiques plus poussées pour atteindre le deuxième grand objectif assigné à l'aide alimentaire – développer les actifs humains et physiques sur le plus long terme – en la mettant au service de la lutte contre les causes et les effets de l'épidémie.

## **Le cadre d'action : le VIH et la sécurité alimentaire et nutritionnelle des réfugiés**

Dans leur ensemble, les agences des Nations Unies et les organisations non gouvernementales ont été promptes à faire de la lutte contre le VIH une priorité, chacune à travers le prisme de son propre mandat institutionnel. La Consultation technique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique (2005) a réuni des représentants des Nations Unies, des organisations non gouvernementales et des gouvernements de 20 pays africains afin qu'ils examinent les résultats synthétiques de six études techniques présentant un intérêt particulier pour le VIH, le SIDA et la nutrition et qu'ils identifient leurs principales implications pour les programmes nationaux, communautaires et d'urgence<sup>17</sup>. La Déclaration des participants, qui demandent que « la nutrition soit intégrée aux services essentiels de soins, de traitement et d'appui aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et aux efforts faits pour prévenir l'infection » a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA57.14 (mai 2005)<sup>18</sup>.

La *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA*, adoptée lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (2001), insiste particulièrement sur la nécessité d'étendre « d'urgence » les mesures liées au VIH aux populations touchées par les conflits et les catastrophes, y compris les réfugiés, reconnaissant que « les populations déstabilisées par les conflits armés... en particulier les réfugiés et les personnes déplacées, et notamment les femmes et les enfants, sont plus exposées au risque d'infection au VIH »<sup>19</sup>. La *Déclaration* souligne que l'épidémie est une menace pour la sécurité alimentaire nationale. Pourtant, elle ne propose que deux recommandations concernant le VIH et la nutrition : promouvoir la prévention du VIH par le biais des services de nutrition (et d'autres services sanitaires ou sociaux) et assurer une bonne nutrition aux enfants rendus orphelins et vulnérables.

La question des liens entre VIH et nutrition n'a attiré l'attention de la communauté internationale en tant qu'enjeu majeur de l'élaboration des programmes qu'à partir de 2002-2003, lorsque la crise en Afrique australe l'a amenée à s'interroger sur la contribution de la prévalence élevée du VIH à l'insécurité alimentaire, la malnutrition et la mortalité. Malheureusement, tant que l'on ne disposera pas de données fiables sur la séroprévalence, la malnutrition aiguë et chronique et l'insécurité alimentaire des familles à l'échelle des populations entières, « il sera tout simplement impossible de connaître l'ampleur et la gravité de la contribution du VIH/SIDA à l'insécurité alimentaire aiguë et chronique »<sup>20,21</sup>.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) a été créé en 1996 pour servir de point d'ancrage aux politiques et actions liées au SIDA au sein du système des Nations Unies. L'ONUSIDA poursuit un large éventail d'objectifs : diriger, renforcer et soutenir « une réponse élargie visant à prévenir la transmission et la propagation du VIH, à apporter soins et soutien, à réduire la vulnérabilité des individus et communautés face au VIH/SIDA et à atténuer l'impact de l'épidémie »<sup>22</sup>.



Bien que l'ONUSIDA soit, au sein du système des Nations Unies, le principal organe de coordination des politiques et actions liées au SIDA, c'est le HCR, chargé de « diriger et coordonner l'action internationale en matière de... sauvegarde des droits et du bien-être des réfugiés »<sup>23</sup>, qui élabore les politiques et les interventions axées sur les réfugiés. Le *Plan stratégique du HCR pour 2005–2007 : lutter contre le VIH et le SIDA avec les réfugiés* recense 10 objectifs pour les politiques et programmes liés au VIH (Encadré 1)<sup>24</sup>. Etant donné que le HCR collabore étroitement avec le Programme alimentaire mondial (PAM) pour assurer la distribution des denrées alimentaires, l'utilisation des ressources alimentaires à des fins de lutte contre le VIH mobilise à la fois les cadres d'action du HCR et du PAM. Du point de vue du HCR, les interventions ayant trait au VIH, à l'alimentation et à la nutrition doivent être compatibles avec sa mission fondamentale de protection des réfugiés. Autrement dit, elles doivent globalement défendre le droit des réfugiés à vivre dans la dignité, ne pas être victimes de discrimination et jouir du respect de leurs droits humains. Le HCR est devenu Coparrainant de l'ONUSIDA en 2004.

#### Encadré 1. Objectifs liés au VIH dans le Plan stratégique du HCR (2005–2007)

1. **Protection** : Veiller à ce que les réfugiés, les demandeurs d'asile et d'autres personnes relevant de la compétence du HCR touchées par l'épidémie de SIDA puissent vivre dans la dignité, ne pas être victimes de discrimination et jouir du respect de leurs droits humains.
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** : Élaborer et intégrer les politiques et les interventions en matière de VIH dans les programmes du HCR pour les solutions durables et atténuer 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. **Niveau et qualité des interventions en matière de VIH** : Veiller à ce que les interventions en faveur des réfugiés, des rapatriés et d'autres personnes relevant de la compétence du HCR soient suffisantes, appropriées et intégrées.
6. **Prévention** : Réduire la transmission du VIH et le taux de morbidité connexe.
7. **Appui, soins et traitement** : Réduire les taux de morbidité et de mortalité liés au VIH.
8. **Évaluation, surveillance et suivi** : Améliorer la mise en œuvre 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 de sources de financement aux donateurs non traditionnels pour veiller à ce que les objectifs exposés dans ce plan stratégique soient atteints.

En 2003, le PAM a adopté une politique de *Programmation à l'ère du SIDA*, comprenant un engagement à faire du VIH une thématique transversale commune à toutes ses opérations<sup>25</sup>. Elle préconisait, par exemple, d'aborder de front l'insécurité alimentaire induite par le VIH ; d'utiliser les activités du PAM comme « plates-formes pour d'autres types de programmes liés au VIH/SIDA » ; d'adapter « les outils de programmation, notamment ceux qui servent à évaluer les besoins, à analyser la vulnérabilité, à concevoir les rations et les autres activités liées à la nutrition » pour refléter la réalité du VIH ; et de faire en sorte que l'aide alimentaire soit incorporée à toutes les activités liées au VIH, s'il y a lieu et lorsque les circonstances s'y prêtent<sup>26</sup>. Le PAM est devenu Coparrainant de l'ONUSIDA en 2003.

L'UNICEF, l'un des premiers Coparrainants de l'ONUSIDA, décrit son engagement dans le domaine du VIH dans son Plan stratégique à moyen terme (PSMT) 2006–2009. Dans ce contexte, l'UNICEF s'est fixé pour objectif stratégique de placer les jeunes enfants et les adolescents au cœur de l'action liée au SIDA et de développer la capacité des acteurs étatiques et non étatiques à enrayer et inverser la propagation du VIH chez les enfants. Deux autres documents détaillent l'approche de l'UNICEF dans ce domaine : *Fighting HIV/AIDS: Strategies for Success 2002–2005* (2003)<sup>27</sup> et le *Cadre pour la protection, les soins et le soutien aux orphelins et enfants vulnérables vivant dans un monde avec le VIH et le SIDA* (2004), qui a fait intervenir plusieurs agences mais dans lequel l'UNICEF a joué un rôle directeur<sup>28</sup>. Le document *Fighting HIV/AIDS*, qui est une adaptation du plan d'action de l'UNICEF pour les situations de conflit armé, attache un degré de priorité élevé aux programmes de santé et de nutrition visant à protéger l'état nutritionnel des orphelins et des enfants vulnérables, des femmes enceintes et de celles qui allaitent, et des personnes vivant avec le VIH.

Transposant ces engagements en recommandations d'action concrète, le Comité permanent inter-organisations sur le VIH/SIDA dans les situations d'urgence (IASC) a élaboré des *Lignes directrices pour les interventions en matière de VIH/SIDA dans les situations d'urgence* (2004)<sup>29</sup>. S'appuyant sur des travaux antérieurs du Groupe de travail interorganisations et du Reproductive Health Response in Conflict Consortium<sup>30,31</sup>, les lignes directrices de l'IASC offrent des indications précieuses pour la prise en charge du VIH dans les situations d'urgence aiguë, où ces services sont généralement mal mis en œuvre. La cinquième partie du document fournit des lignes directrices pour les interventions liées à la sécurité alimentaire et à la nutrition. Le document *Integration of HIV/AIDS Activities with Food and Nutrition Support in Refugee Settings: Specific Programme Strategies* (2004) complète les lignes directrices de l'IASC en se concentrant sur la phase post-aiguë et en examinant un éventail plus large d'options d'intervention.

Parce qu'au bout du compte, la gestion du VIH est l'affaire de pays et de communautés spécifiques, la communauté internationale a jugé nécessaire d'élaborer un ensemble cohérent de principes et de politiques pour guider les activités liées au VIH dans les pays où les acteurs nationaux et multinationaux travaillent de conserve. Les « Trois Principes », nés d'un consensus entre les participants à la Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique (CISMA) en 2003, stipulent que les pays doivent avoir « UN cadre d'action VIH/SIDA convenu qui fournit la base de la coordination du travail de tous les partenaires, UNE autorité nationale de coordination du VIH/SIDA, ayant un mandat multisectoriel et largement soutenu par la base, et UN système de suivi et d'évaluation convenu au niveau national »<sup>32</sup>. Bien que l'on ne puisse nier l'utilité des « Trois Principes », qui permettent de coordonner les actions souvent disparates de la multitude d'acteurs opérant dans ce domaine, la question importante du VIH et des réfugiés risque d'être oubliée si la politique à l'égard des réfugiés n'est pas pleinement intégrée aux politiques nationales. Les « Trois Principes » ne mentionnent pas explicitement la nécessité de mettre en œuvre des programmes qui fassent le lien entre la nutrition, la sécurité alimentaire et le VIH. Tant que la question de la protection et de la fourniture de services aux réfugiés relèvera de la responsabilité exclusive d'un organe ou d'un ministère spécifique, sans qu'aucun lien ne soit établi avec les systèmes nationaux de fourniture de services (par exemple, dans les domaines du SIDA, de la santé, de l'eau et de l'assainissement, ou de l'éducation) et sans que les communautés locales puissent se l'approprier, il est peu probable que l'on trouve une solution adéquate au problème du VIH chez les réfugiés. Il est imprudent d'exclure les réfugiés des initiatives nationales en matière de SIDA pour plusieurs raisons.

La *Déclaration d'engagement des Nations Unies sur le VIH/SIDA* (2001) voyait dans l'épidémie une menace fondamentale pour les droits humains, la vie et la dignité, en particulier dans les régions touchées par les conflits et les catastrophes. En outre, par leur nombre – estimé à plus de 35 millions – les réfugiés, les demandeurs d'asile et les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, dont plus de six millions de personnes déplacées récemment (pendant la même année, 2003), représentent un défi considérable en termes de brassage croissant des populations<sup>33</sup>.

Un grand nombre de pays d'Afrique subsaharienne ont décidé d'unir leurs forces pour maîtriser l'impact des migrations et des déplacements sur le VIH dans la région. Avec l'aide des donateurs et des organismes d'aide, ils ont élaboré des plans sous-régionaux visant à satisfaire les besoins des réfugiés et des populations environnantes en matière de VIH. Ces plans donnent aux personnes déplacées la possibilité d'accéder aux services liés au VIH – possibilité qu'ils n'avaient pas toujours par le passé. Leur objectif est d'assurer la continuité des soins via l'élaboration de protocoles standard, valables de part et d'autre des frontières. L'utilisation des thérapies antirétrovirales devient ainsi une possibilité pour ces populations. Enfin, non seulement les plans sous-régionaux contribuent à garantir la fourniture de services plus complets et mieux harmonisés, mais ils peuvent également améliorer l'efficacité et faire baisser le coût des programmes<sup>34</sup>.

En ce qui concerne la thérapie antirétrovirale, l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'ONUSIDA a permis des progrès considérables : à la fin de 2005, plus de 1,3 million de personnes avaient reçu un traitement antirétroviral dans les pays en développement et en transition<sup>35</sup>. Cependant, seule une proportion très faible de ces bénéficiaires sont des réfugiés, et la fourniture des traitements antirétroviraux aux populations touchées par les conflits ou déplacées n'est pas une priorité pour ce programme. Le HCR soutient la fourniture de traitements antirétroviraux aux réfugiés dès lors que ces traitements sont accessibles aux communautés d'accueil<sup>36</sup>. De même, les programmes internationaux à grande échelle tels que le PEPFAR (Plan d'urgence du Président contre le SIDA), financé par les Etats-Unis, le programme PPS (Programme plurinational de lutte contre le VIH/SIDA en Afrique) de la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, se concentrent sur la lutte contre l'épidémie dans les contextes stables – même si la Banque mondiale finance l'Initiative des pays des Grands Lacs sur le Sida, un projet régional transfrontières d'esprit novateur. En outre, les progrès accomplis au regard de la diffusion des thérapies antirétrovirales devront s'accompagner d'évaluations nutritionnelles renforcées et d'un suivi des patients. L'accès à une alimentation appropriée et suffisante, conjugué, le cas échéant, à la distribution de rations pour les participants en situation d'insécurité alimentaire, auront pour effet d'améliorer l'efficacité des traitements et d'éviter les pertes de poids associées à une morbidité et une mortalité accrues.

Certains cadres d'action liés au VIH commencent à prendre en compte les liens entre VIH et nutrition. Ils concernent les soins et traitements aux personnes vivant avec le VIH, à qui il est conseillé désormais d'augmenter leur ration énergétique alimentaire. Les effets d'une malnutrition protéo-calorique (MPC) et d'une malnutrition par carence en micronutriments pré-existants sur les besoins nutritionnels et l'état de santé des personnes vivant avec le VIH dans les contextes où les ressources sont limitées ne sont pas encore bien compris, et les données scientifiques restent insuffisantes pour que l'on puisse établir avec certitude de nouvelles lignes directrices complètes sur les réponses humanitaires à mettre en œuvre. Les populations déplacées dans leur propre pays à cause de conflits et les réfugiés en situation d'urgence « aiguë » (c'est-à-dire, les communautés déplacées qui ne sont pas encore devenues stables et ne disposent pas d'un accès garanti aux services de santé et à l'alimentation) sont exposées à un risque élevé de malnutrition aiguë. Comme le VIH, la malnutrition est, partout dans le monde, une cause majeure de perte de développement humain, de baisse de la productivité nationale et de mortalité chez les enfants et les adultes. Elle est directement ou indirectement associée à 60% de la mortalité infantile totale<sup>37</sup>, et représente une part prépondérante du fardeau de la morbidité dans les pays en développement<sup>38</sup>. Pourtant, la malnutrition n'a pas suscité une réaction de même ampleur que le SIDA ces dernières années en termes de politiques et de programmes (publics ou privés).

La communauté des praticiens de l'humanitaire – Nations Unies, organisations non gouvernementales et acteurs nationaux – doit tirer des conclusions raisonnables de l'expérience acquise et de la littérature scientifique pour opérer des changements rationnels dans la pratique, et s'employer à consigner les données d'expérience accumulées pour faire progresser la science. Dans l'initiative interorganisations décrite dans ce document, trois agences des Nations Unies se sont associées à des organisations non gouvernementales partenaires, des communautés de réfugiés et des communautés d'accueil pour déterminer comment intégrer davantage les questions du VIH, de l'aide alimentaire et de la nutrition dans les milieux de réfugiés, en tirant parti de l'ingéniosité, de l'esprit de leadership et des possibilités de partenariat dans les communautés de réfugiés et d'accueil.

## Objectifs de l'initiative

Le principal objectif de l'initiative HCR/PAM/UNICEF était d'identifier des points d'entrée prioritaires pour les mesures de prévention, de soins, de traitement et d'appui en matière de VIH, via l'intégration des programmes alimentaires, nutritionnels et liés au VIH dans les milieux de réfugiés. Le principal produit de cette initiative est le document *Integration of HIV/AIDS activities with food and nutrition support in refugee settings: specific programme strategies*<sup>39</sup>. En 2005, le HCR, le PAM et l'UNICEF ont commencé à tester et évaluer ces stratégies dans diverses zones d'accueil de réfugiés en Afrique, et ces efforts se poursuivent actuellement. L'ONU et les organismes partenaires se serviront des résultats de ces évaluations pour affiner les stratégies de mise en œuvre des programmes dans ces secteurs.

## Méthodologie

Pour constituer une base de recherche sur les interactions entre le VIH, l'alimentation et la nutrition à l'échelle des communautés de réfugiés, le personnel en charge de l'initiative a effectué les recherches auprès des réfugiés eux-mêmes. De septembre à décembre 2003, après avoir examiné la littérature, plusieurs équipes interorganisations ont effectué des missions sur le terrain auprès de quatre communautés de réfugiés situées en Afrique subsaharienne – deux camps de réfugiés dans le nord de la Zambie, et deux zones d'installation de réfugiés dans l'ouest et le nord de l'Ouganda. Ces sites ont été choisis de manière à refléter des degrés d'intégration très variables de la population réfugiée dans la communauté d'accueil, l'hypothèse de départ étant que l'intégration peut fortement influencer le risque d'infection par le VIH et les réponses possibles. Les principaux groupes témoins et groupes d'informateurs ont été sélectionnés de manière à ce que les enquêteurs puissent examiner les problèmes propres à des groupes de risque spécifiques et les solutions envisageables les concernant, par exemple les personnes vivant avec le VIH, les participants à différents types de programmes nutritionnels et sanitaires, les chefs de communauté, les hommes, les femmes et les jeunes. Bon nombre de réfugiés ont apprécié de pouvoir s'exprimer sur ces questions et ont remercié les équipes de mission d'avoir choisi de travailler directement avec eux et d'avoir exploré les nombreuses possibilités existantes pour les amener à jouer un rôle important dans la prise en charge de leurs propres problèmes.

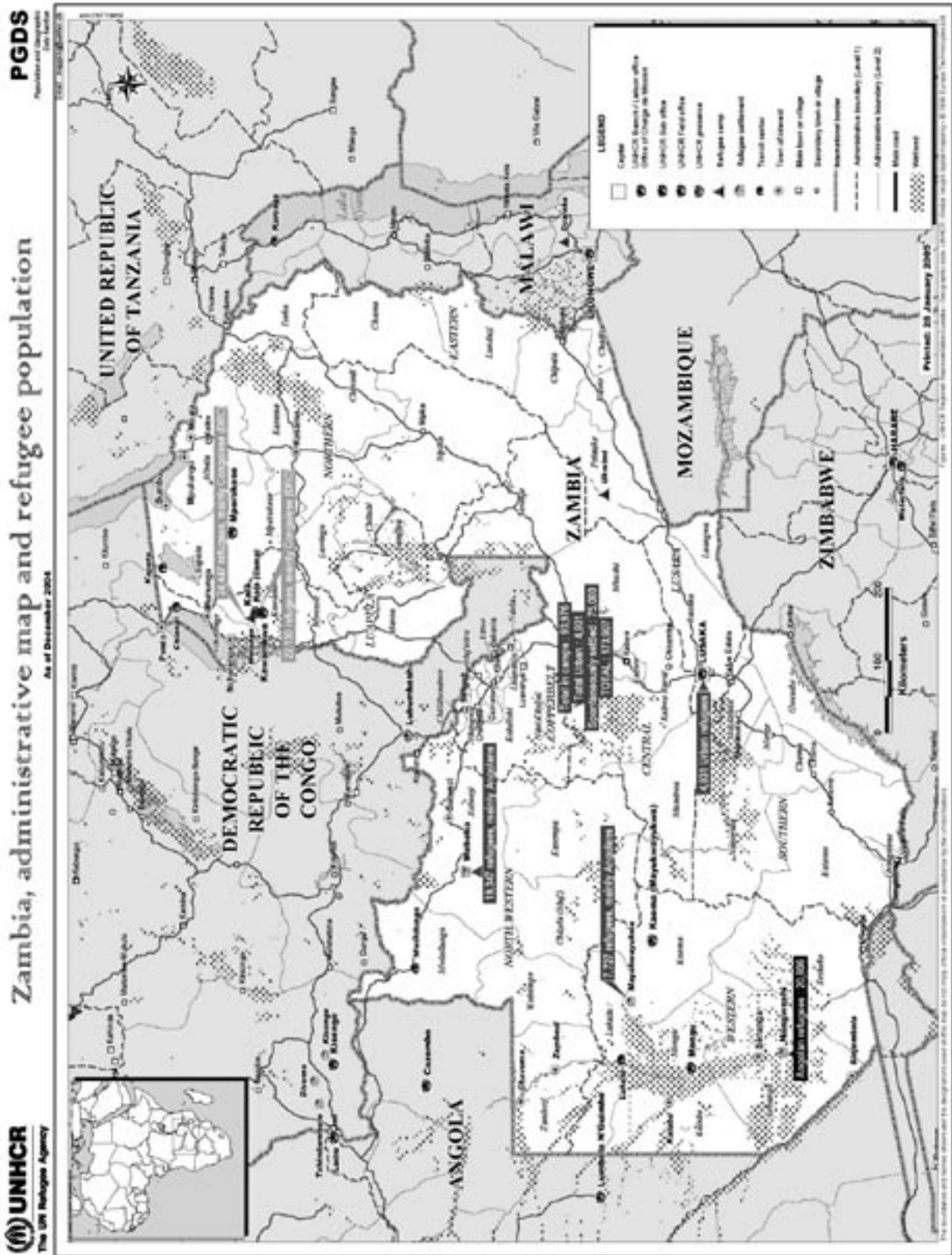
En dépit de similitudes superficielles entre l'Initiative en Zambie et la Stratégie d'autonomie en Ouganda (qui correspondent aux politiques nationales des Gouvernements zambien et ougandais vis-à-vis des réfugiés), les populations réfugiées étudiées ne présentent pas du tout le même niveau d'intégration dans les deux pays<sup>40</sup>. L'Initiative en Zambie a été lancée en 2002 dans le but de promouvoir le développement communautaire parmi les réfugiés et leur communauté d'accueil au travers d'activités telles que des projets d'allègement de la pauvreté et de création de revenus à petite échelle et des mesures éducatives. En 2004, cependant, les populations réfugiées des camps de Kala et Mwangi (voir Carte 1), originaires de la République démocratique du Congo, étaient encore peu intégrées à la population d'accueil de cette région du nord de la Zambie (notamment en termes d'accès à la terre), et donc

presque entièrement tributaires de l'aide humanitaire extérieure, y compris de la distribution alimentaire générale, pour leur subsistance. Le faible degré d'intégration observé en 2004 dans le nord de la Zambie pourrait s'expliquer en grande partie par le choix du gouvernement zambien de cibler l'Initiative en Zambie sur la Province Occidentale plutôt que sur le Nord, en conséquence de quoi le développement économique et les moyens de subsistance des communautés réfugiées et d'accueil dans le nord du pays restent largement déconnectés.

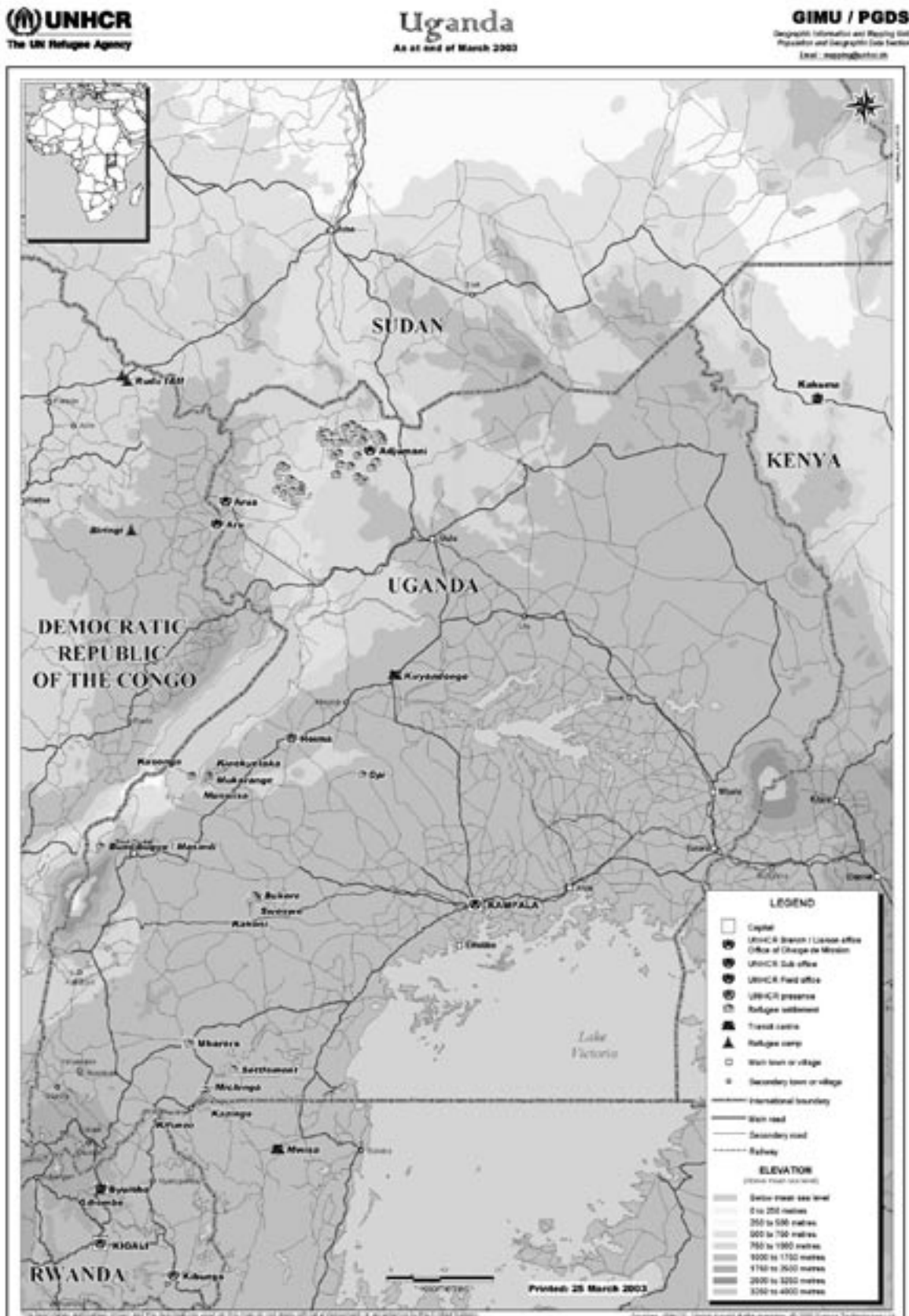
Tout à fait à l'opposé de cette expérience, la Stratégie d'autonomie du Gouvernement ougandais (et, depuis 2004, le programme associé d'Assistance au développement pour les réfugiés) s'efforce d'intégrer les programmes d'aide et les services aux réfugiés dans les plans de développement nationaux et locaux et les systèmes de fourniture de services. De ce fait, les réfugiés soudanais et congolais des zones de regroupement de Kyangwali et Palorinya, dans l'ouest de l'Ouganda (voir Carte 2) entretiennent des liens sociaux et économiques étroits avec les communautés environnantes, ce qui permet d'envisager un choix de solutions plus large et plus proche de celui appliqué aux populations non réfugiées.

Les équipes de mission ont mené des entretiens auprès de groupes témoins et de groupes d'informateurs réunissant plus de 800 personnes – réfugiés, représentants des communautés d'accueil, personnel de santé, représentants des gouvernements, personnel de terrain de l'ONU et personnel local de 16 organisations non gouvernementales partenaires, internationales et nationales – pour examiner des questions fondamentales exigeant des méthodes d'enquête souples, telles que la perception du SIDA dans la communauté, les déterminants de la participation des familles vulnérables aux programmes d'aide humanitaire et les obstacles rencontrés dans ce contexte, et les possibilités de promouvoir le rôle des réfugiés dans la conception, la gestion et l'évaluation des programmes d'aide. Les résultats ont été recoupés par comparaison avec les données issues des autres entretiens et par confrontation avec des données secondaires. Les participants des communautés de réfugiés et d'accueil comprenaient des chefs traditionnels et officiels des différentes communautés ; des membres du personnel de santé ; des agents de santé traditionnels ou rattachés à des agences ; des bénéficiaires des programmes d'agence considérés ; et des personnes vivant avec le VIH (Encadré 2). Le Tableau 1 présente les questions clés examinées avec les groupes d'entretien cibles rencontrés par les équipes de mission en Zambie et en Ouganda.

Carte 1. Camps de réfugiés du HCR en Zambie, 2004 (HCR)



Carte 2. Zones d'installation de réfugiés du HCR en Ouganda, 2004 (HCR)



## Le cadre de pratique dans les milieux de réfugiés

Réalisée en 2004, l'*Évaluation globale inter-organisations des services de santé reproductive pour les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur d'un pays* a constaté que la disponibilité et l'utilisation des services de santé reproductive dans les milieux de réfugiés stables du monde entier avaient considérablement augmenté au cours de la dernière décennie. Cependant, le VIH est l'un des domaines dans lesquels les progrès ont été les plus lents<sup>41</sup>. Bien que la mise à disposition de préservatifs, l'utilisation de précautions universelles et l'éducation communautaire en matière de SIDA soient devenues une réalité concrète dans plus de trois quarts des sites étudiés, le conseil et le test volontaires, la prévention de la transmission mère-enfant et les soins à domicile n'étaient mis en œuvre que dans un tiers à un cinquième des sites. Une fois que les interventions de base en matière de VIH ont été mises en place pendant la phase d'urgence, comme le prévoient les *Lignes directrices pour les interventions en matière de VIH/SIDA dans les situations d'urgence* de l'IASC, des services plus complets, proches de ceux accessibles à la population d'accueil environnante, doivent être fournis aux réfugiés. Les services dispensés après la phase d'urgence devraient inclure, au minimum, des stratégies de communication sur les changements de comportement, des dispositifs de conseil et de test volontaires et des mesures de prévention de la transmission mère-enfant. Des progrès significatifs ont néanmoins été accomplis au cours des dernières années. A la fin de 2004, les services de conseil et de test volontaires étaient disponibles dans au moins 27 camps de réfugiés répartis dans 10 pays et représentant au total plus de 917 000 personnes. Des services de prévention de la transmission mère-enfant étaient disponibles dans au moins cinq pays et 15 camps regroupant plus de 580 000 personnes. En outre, un très petit nombre de réfugiés avait accès aux thérapies antirétrovirales dans au moins 13 pays d'Afrique et d'Asie, grâce à différents mécanismes formels et informels<sup>42</sup>.

L'examen des programmes liés au VIH mis en place par le HCR pour les réfugiés en 2003 montre que les antennes nationales de l'organisation ne suivent pas d'approche standard ; cela étant, les programmes alimentaires et nutritionnels ont deux grandes façons de traiter le VIH : les réfugiés vivant avec le VIH peuvent recevoir l'aide alimentaire au même titre que les autres réfugiés atteints de maladies chroniques (y compris par le biais de programmes de soins à domicile) ; ou alors, le soutien alimentaire et nutritionnel peut être ciblé sur les orphelins souffrant de malnutrition ou les enfants vulnérables dont les besoins sont avérés<sup>43, 44</sup>.



## Encadré 2. Méthodologie

### Zambie

Date des recherches sur le terrain : Septembre-octobre 2003

Sites de réfugiés visités : Camp de Kala, District de Kawambwa (population estimée : 25 000)  
Camp de Mwanze, District de Mporokoso (population estimée : 25 000)

Participants aux recherches : 400 (estimation), y compris les participants des principaux groupes témoins et groupes d'informateurs

Organismes participants : HCR/Zambie, PAM/Zambie, Croix-Rouge zambienne, Fédération internationale de la Croix-Rouge, World Vision International, HODI, Aktion Afrika Hilfe, Right to Play

### Ouganda

Date des recherches sur le terrain : Novembre-décembre 2003

Sites de réfugiés visités : Zone d'installation de Kyangwali, District de Hoima (population estimée : 7000)  
Zone d'installation de Palorinya, District de Moyo (population estimée : 20 000)

Participants aux recherches : 400 (estimation), y compris les participants des principaux groupes témoins et groupes d'informateurs

Organismes participants : Aktion Afrika Hilfe, African Development and Emergency Organization, Agency for Cooperation and Research in Development, Meeting Point, Madi AIDS Heroes Association, Association of Volunteers in International Service, Hôpital du District de Hoima, Hôpital du District de Moyo, Programme pour la santé des adolescents, Youth Anti-AIDS Services Association, Centre d'information sur le SIDA, Traditional and Modern Health Practitioners Together Against AIDS

### Ensemble des sites

Groupes témoins :

Personnes vivant avec le VIH : Participants des programmes de soins à domicile ; groupes communautaires de personnes vivant avec le VIH

Sexe : Groupes de femmes ; groupes d'hommes ; groupes mixtes

Jeunes : Groupes de sensibilisation des jeunes au SIDA

Communauté d'accueil : Chefs (officiels et traditionnels) des communautés d'accueil

Structures d'encadrement : Chefs des communautés de réfugiés, membres des comités de gestion alimentaire, membres des comités de gestion sanitaire

Prestataires de services : Personnel des hôpitaux et dispensaires ; bénévoles de la santé dans les communautés ; assistants-conseillers communautaires ; éducateurs pour les pairs ; guérisseurs ; accoucheuses traditionnelles

Participants aux programmes : Utilisateurs de services de soins anténatals ; bénéficiaires de la distribution alimentaire générale ; utilisateurs des services des programmes d'alimentation complémentaire et thérapeutique ; participants aux activités génératrices de revenus ciblées sur les ménages vulnérables et pauvres en main-d'œuvre

Tableau □

Exemples de questions focales examinées	
<b>Groupe cible</b>	<b>Exemples de questions focales examinées</b>
<b>Autorité et agence</b>	
<b>Autorités locales et des districts et chefs des communautés d'accueil</b>	<p>Quelle est la politique de la communauté d'accueil à l'égard des réfugiés, de la sécurité alimentaire et de la nutrition, et du VIH, notamment du point de vue de l'intégration des services avec la communauté d'accueil ?</p> <p>Quel soutien les autorités apportent-elles aux groupes de réfugiés qui travaillent ou qui vivent avec le VIH ?</p> <p>Comment les autorités locales, les agences des Nations Unies et les organisations non gouvernementales coordonnent-elles la programmation en matière de SIDA ?</p>
<b>Chefs des communautés de réfugiés et conseil pour le bien-être des réfugiés</b>	<p>Quel est le rôle des chefs et des représentants de la communauté de réfugiés dans la supervision et le suivi des programmes des agences liés au VIH, à l'alimentation et à la nutrition, et dans la coordination entre la communauté des réfugiés et les agences ?</p> <p>De quelle manière les réfugiés peuvent-ils influencer ces programmes, et quelle est leur influence effective ?</p> <p>Les chefs des communautés de réfugiés, les agences des Nations Unies et les organisations non gouvernementales partagent-ils leurs informations dans la transparence ?</p>
<b>Agences des Nations Unies</b>	<p>Comment sont définis les groupes « vulnérables » dans une optique d'action ciblée ?</p> <p>Quels sont les critères d'admissibilité à une ration complète ou partielle ?</p> <p>Quels sont les programmes en place en matière de VIH, de nutrition et de sécurité alimentaire, et quelle est leur couverture ?</p> <p>De quelle manière la conception des programmes nutritionnels reflète-t-elle la préoccupation à l'égard des personnes atteintes du SIDA, pour les principaux types d'intervention ?</p> <p>Comment sont abordées les différentes dimensions du VIH (par exemple, le VIH en tant que problème de droits humains ou le VIH en tant que problème de protection) ?</p> <p>Comment la stigmatisation est-elle prise en compte dans la conception et la mise en œuvre des programmes ?</p>
<b>Organisations non gouvernementales</b>	<p>Pour les organes, des services communautaires, des routes ou de la construction, et de la violence sexuelle ou basée sur l'appartenance sexuelle (voir Encadré 2) :</p> <p>Quels services ?</p> <p>De quelle manière la stigmatisation affecte-t-elle la conception des programmes et la fourniture des services ?</p>
<b>Groupes sociodémographiques</b>	
<b>Groupes de personnes vivant avec le VIH</b>	<p>Dans quelle mesure les personnes ayant une suspicion de VIH sont-elles orientées vers les services de conseil et de test volontaires et de prévention de la transmission mère-enfant par les groupes de personnes vivant elles-mêmes avec le VIH ?</p> <p>Quels sont les points d'entrée les plus prometteurs pour les mesures visant à promouvoir l'auto-suffisance alimentaire dans les foyers atteints par le SIDA ?</p> <p>Quelles sont les possibilités, pour les foyers atteints par le SIDA, de participer à des activités génératrices de revenus et des projets de jardinage et quels obstacles les empêchent ?</p> <p>Quelles stratégies prometteuses de lutte contre la stigmatisation (par exemple, basées sur des témoignages) les personnes vivant avec le VIH peuvent-elles mettre en œuvre ?</p> <p>Quel obstacle à leur utilisation et leur efficacité ?</p> <p>Comment les personnes vivant avec le VIH peuvent-elles promouvoir l'utilisation et l'efficacité des programmes de soins à domicile ?</p> <p>e de ces programmes, et quels sont les</p>
<b>Femmes</b>	<p>Comment les femmes perçoivent-elles la prévention de la transmission mère-enfant ?</p> <p>Quelles sont les pratiques traditionnelles à haut risque et quelle est la perception du risque associé à ces pratiques (par exemple, l'arrachage des incisives supérieures, l'allaitement, le tatouage, la grossesse) ? Quelles stratégies prometteuses sont en place dans la zone d'accueil des réfugiés pour réduire ces risques ?</p> <p>Quels sont les principaux déterminants de la prédisposition des femmes à révéler leur sérologie VIH à leur conjoint ou partenaire ?</p>
<b>Hommes et femmes (groupe mixte)</b>	<p>Quelle est la perception des risques liés au VIH au sein des communautés de réfugiés et d'accueil ?</p> <p>De quel soutien les personnes vivant avec le VIH bénéficient-elles auprès de la communauté (en particulier pour la préparation des aliments, les soins à la personne et les tâches ménagères) ?</p> <p>Quels sont les principaux obstacles qui empêchent les familles de réfugiés affectées par le SIDA d'accéder à la sécurité alimentaire, et comment mobiliser les communautés de réfugiés pour faire en sorte qu'elles améliorent la sécurité alimentaire de ces familles ?</p> <p>Quels sont les déterminants de la prédisposition à utiliser les services de conseil et de test volontaires, de prévention de la transmission mère-enfant, les thérapies antirétrovirales et les programmes de soins à domicile ?</p>
<b>Groupes de sensibilisation des jeunes au SIDA et clubs post-test</b>	<p>Quel est le rôle des clubs post-test dans la lutte contre la stigmatisation ?</p> <p>Quelle est la contribution potentielle des clubs post-test à la promotion du bien-être des familles affectées par le SIDA dans la communauté ?</p>

<b>Exemples de questions focales examinées</b>	
<b>Groupe cible</b>	<b>Prestataires de soins de santé (opérant dans des centres de soins et agents de santé communautaires, y compris les bénévoles)</b>
<b>Responsables des affaires sanitaires, personnel des centres de soins (hôpitaux, dispensaires)</b>	<p>Quels services liés à la nutrition et au VIH sont disponibles pour les réfugiés ?</p> <p>S'agissant des programmes de conseil et de test volontaires, quels sont les points de divergence et de convergence entre les services proposés et les pratiques standard ? (kits de test, protocoles, communication, confidentialité, fournitures/matériel, test de dépistage, tests de confirmation et tests décisifs, contrôle de la qualité)</p> <p>S'agissant des programmes de prévention de la transmission mère-enfant, quels sont les points de convergence et de divergence entre les services proposés et les pratiques standard (conseils pour la grossesse, tests, soins périnataux et conseils pour l'accouchement et l'alimentation des nourrissons) ?</p> <p>Que</p> <p>mère-enfant et allaitement) ?</p> <p>Comment les différentes catégories de personnel participant aux programmes liés à l'alimentation, à la nutrition et au VIH sont-elles formées et supervisées ?</p> <p>Des thérapies antirétrovirales sont-elles disponibles ? Si oui, qui y a accès ?</p> <p>Des services de santé intégrés sont-ils disponibles pour les communautés de réfugiés et d'accueil ? Pourquoi (pas) ?</p> <p>A quels points d'entrée peut-on agir pour promouvoir la santé nutritionnelle des patients hospitalisés atteints du VIH (jardins de démonstration ou alimentation à l'hôpital par exemple) ?</p> <p>Quel est le niveau de coordination avec les agents de santé communautaires ?</p>
<b>Agents de santé communautaires</b>	<p>Quel est le rôle idéal des agents de santé communautaires dans le traitement des questions liées à la santé nutritionnelle et à l'infection à VIH au sein de la communauté, y compris les croyances en matière de nutrition (nutrition maternelle et infantile) ?</p> <p>Comment programmer les ressources alimentaires pour améliorer le travail et les capacités des agents de santé communautaires ?</p>
<b>Assistants-conseillers communautaires, éducateurs pour les pairs, travailleurs communautaires en santé reproductive</b>	<p>Quels supports pédagogiques sont disponibles localement pour l'éducation à la santé reproductive (sont-ils adaptés à la langue, à la culture et aux facteurs de risque locaux, notamment) ?</p> <p>Comment l'enseignement est-il dispensé ?</p> <p>Quels sont les points de convergence et de divergence entre la formation et les performances des éducateurs en santé reproductive et les pratiques standard ?</p> <p>Quels points d'entrée peuvent être utilisés pour garantir l'efficacité de cette intervention auprès des jeunes de la communauté ?</p>
<b>Dispensateurs de soins traditionnels</b>	
<b>Guérisseurs</b>	<p>Quelles pratiques à haut risque de transmission du VIH sont employées, et quels points d'entrée peuvent être utilisés pour réduire le risque associé à ces pratiques ?</p> <p>Comment faire en sorte que les guérisseurs aient accès aux tests et aux traitements éventuellement nécessaires ?</p>
<b>Accoucheuses traditionnelles</b>	<p>Quelles pratiques à haut risque de transmission du VIH sont employées, et quels points d'entrée peuvent être utilisés pour réduire le risque associé à ces pratiques ?</p> <p>Comment faire en sorte que les accoucheuses aient accès aux services de santé intégrés des dispensaires, afin qu'elles aient rapidement accès aux tests et aux traitements éventuellement nécessaires ?</p> <p>Comment renforcer la collaboration avec les services de santé intégrés des dispensaires, qui peuvent garantir aux personnes vivant avec le VIH un accès rapide aux tests et traitements si nécessaire ?</p> <p>Quels sont les points d'entrée les plus prometteurs pour intégrer la prévention de la transmission du VIH au travail des accoucheuses ?</p> <p>Quelles sont les attitudes et les aptitudes des accoucheuses en matière de sensibilisation au VIH et d'alimentation des nourrissons ?</p> <p>Quelles mesures prennent-elles lorsqu'elles soupçonnent un cas de VIH ?</p> <p>Quels services proposent-elles en matière d'hygiène et de sevrage rapide ?</p> <p>Quelle est leur formation et quel matériel utilisent-elles pour réduire les risques (par exemple, kits d'accouchement propres) ?</p>

Exemples de questions focales examinées	
<b>Groupe cible</b>	
<b>Personnel en charge des programmes et bénéficiaires des programmes</b>	
<b>Personnel en charge des services de soins anténatals et de prévention de la transmission mère-enfant et utilisateurs de ces services</b>	<p>Q</p> <p>Quell e-enfant reçoivent-elles sur l'alimentation des nourrissons et le VIH ? Les modes de prévention de la transmission mère-enfant incluent-ils l'utilisation de la névirapine, des pratiques d'accouchement propre, la distribution de lait maternisé, des conseils sur l'allaitement ou l'accès aux thérapies antirétrovirales pour les femmes ? De quels moyens les travailleurs de la santé disposent-ils pour conseiller les femmes sur la prévention de la transmission mère-enfant ? Les conseils sont-ils dispensés individuellement ou en groupe ?</p>
<b>Personnel en charge de la distribution alimentaire générale et participants</b>	<p>A</p> <p>quels points d'entrée pourrait-on intervenir pour modifier la conception des mesures de distribution alimentaire générale (y compris des rations ou des paramètres de distribution), de manière à mieux répondre aux besoins des familles affectées par le VIH ? Comment mettre à profit la distribution alimentaire générale pour conduire des activités de prévention du VIH ?</p>
<b>Personnel en charge des programmes d'alimentation complémentaire et participants</b>	<p>A</p> <p>quels points d'entrée pourrait-on intervenir pour modifier la conception des programmes d'alimentation complémentaire (y compris des rations ou des paramètres de distribution), de manière à mieux répondre aux besoins des familles affectées par le VIH qui participent à ces programmes ? Comment mettre à profit les programmes d'alimentation complémentaire pour conduire des activités de prévention du VIH, et comment lier ces programmes avec des soins de suivi pour les participants qui manifestent un intérêt pour le conseil et le test volontaires, la prévention de la transmission mère-enfant ou la thérapie antirétrovirale ?</p>
<b>Personnel en charge des programmes d'alimentation thérapeutique et participants</b>	<p>A</p> <p>quels points d'entrée pourrait-on intervenir pour modifier la conception des programmes d'alimentation thérapeutique (y compris des rations ou des paramètres de distribution), de manière à mieux répondre aux besoins des familles affectées par le VIH ? Comment mettre à profit les programmes d'alimentation thérapeutique pour conduire des activités de prévention du VIH, et comment lier ces programmes avec des soins de suivi pour les participants qui manifestent un intérêt pour le conseil et le test volontaires, la prévention de la transmission mère-enfant ou la thérapie antirétrovirale ?</p>
<b>Personnel en charge des programmes de création de revenus et participants</b>	<p>Quel est l'impact de la participation aux activités génératrices de revenus sur la sécurité alimentaire ? Quelles sont les possibilités les plus prometteuses pour amener les familles pauvres en main-d'œuvre (par exemple, les familles dirigées par des femmes atteintes du SIDA) à participer à ces activités ?</p>
<b>Participants aux programmes de soins à domicile</b>	<p>Quels sont les critères d'admissibilité (par exemple, les candidats doivent-ils démontrer qu'ils sont séropositifs ? Doivent-ils suivre un traitement contre la tuberculose ou présenter d'autres symptômes d'une maladie opportuniste liée au VIH) ? Quelles sont les rations alimentaires distribuées aux patients ou aux familles, et quels facteurs programmatiques semblent être associés au succès de cette intervention ?</p>
<b>Comités</b>	
<b>Membres des comités sur la violence sexuelle et liée à l'appartenance sexuelle</b>	<p>Quels semblent être les principaux fac contexte des interventions humanitaires ? Quels facteurs semblent être associés à la volonté de notifier un incident ou d'intenter des poursuites ? Quelles sont les implications de la notification des cas de violence sexuelle ou liée à l'appartenance sexuelle pour l'accès aux débouchés économiques et l'intégration sociale des victimes ?</p>
<b>Membres des comités de gestion alimentaire</b>	<p>Le comité pourrait-il mettre en place des cours sur la nutrition, notamment à l'intention des familles confrontées à la maladie ? Quels sont les profils de formation, les niveaux de connaissances et les perceptions des membres du comité de gestion alimentaire et du comité SIDA ? Quels points d'entrée peuvent être utilisés en priorité pour promouvoir la participation aux programmes de soins à domicile, ateliers de théâtre et autres initiatives intégrant la prévention du VIH ?</p>
<b>Membres des comités de gestion sanitaire</b>	<p>Dans quelle mesure les membres du comité peuvent-ils encourager le personnel des centres de soins, les agents de santé communautaires et les bénévoles à collaborer efficacement ?</p>

## Collaboration entre les agences des Nations Unies

La nature profondément transversale de l'épidémie de VIH oblige les communautés de l'humanitaire et du développement à relever un redoutable défi, qui est de mettre en œuvre un niveau de collaboration encore jamais rencontré dans les autres secteurs. L'initiative conjointe décrite dans ce document a été lancée par trois agences des Nations Unies – le HCR, le PAM et l'UNICEF – dans l'objectif commun de mettre à profit l'expérience et les enseignements acquis sur le terrain pour identifier les possibilités de soutenir les actions de prévention du VIH ainsi que les mesures de soins, de traitement et d'appui à l'attention des réfugiés.

La mission a bénéficié du fait que les agences ont participé aux travaux de terrain à de multiples niveaux :

- participation des conseillers techniques en chef travaillant au siège des organisations dans les domaines du VIH, de la nutrition et de la sécurité alimentaire ;
- participation des conseillers techniques en chef opérant au niveau des régions et des pays dans différents domaines du VIH incluant la prévention de la transmission mère-enfant, la santé, la nutrition et la communication ; et
- participation du personnel des agences travaillant dans les antennes locales et de district dans les camps et zones d'installation de réfugiés

Après le travail de terrain, les représentants du siège, des régions et des pays ont activement participé à l'élaboration et à l'examen du manuel final. La qualité de ce document a aussi considérablement profité des évaluations expertes de collègues de l'université, du système des Nations Unies, des organisations non gouvernementales et de l'ONUSIDA.

Le HCR et le PAM sont de nouveaux Coparrainants de l'ONUSIDA ; tous deux se concentrent essentiellement sur les situations à caractère humanitaire. L'UNICEF assure une présence continue dans 155 pays au travers d'un réseau de bureaux de pays dont beaucoup sont établis depuis plus de 20 ans – ce qui signifie que l'organisation est généralement présente sur le terrain bien avant – puis après – la survenue d'une crise ou d'une situation instable. L'Initiative conjointe a insisté sur la nécessité de mettre en œuvre des programmes novateurs et ciblés en matière de VIH auprès des populations affectées – programmes « maison » ou concernant la famille ONUSIDA au sens large. Elle a permis de mieux cerner les intérêts et les rôles des différents Coparrainants vis-à-vis du VIH et des réfugiés et d'établir un modèle pour la collaboration future. De même, elle a établi un modèle de recherche reposant sur des interactions nombreuses avec les réfugiés et la participation directe de ces derniers, caractéristique qui formait une composante essentielle de cette activité.



## Résultats de l'initiative inter-organisations

---

L'initiative a identifié 20 stratégies de programme intégrées que les agences humanitaires devraient envisager d'inclure dans leur « boîte à outils » pour faire face à l'épidémie. Ces stratégies présentent toutes un lien à un degré ou un autre avec l'assistance alimentaire (aide alimentaire ou fourniture de ressources liées à l'alimentation, telles que les semences et les outils). Les stratégies de programme intégrées doivent être sélectionnées en fonction des objectifs de l'agence, qui dépendent à leur tour de l'évaluation épidémiologique et de la situation de la population réfugiée.

### Stratégies de programme intégrées

Les interventions sont récapitulées à la dernière page. Par commodité, chaque stratégie de programme peut être classifiée selon deux axes, l'un portant sur les interventions liées au VIH et l'autre sur les interventions liées à l'alimentation et la nutrition, et pour chaque axe, dans trois catégories différentes.

#### Interventions liées au VIH

- Prévention du VIH, y compris la prévention de la transmission mère-enfant
- Appui et soins aux personnes vivant avec le VIH et leur famille et aux enfants affectés par le SIDA (y compris les orphelins et les enfants vulnérables)
- Soins de santé et traitements aux personnes vivant avec le VIH et leur famille

#### Interventions liées à l'alimentation et la nutrition

- Distribution alimentaire et nutrition d'urgence
- Distribution alimentaire à l'appui d'activités de formation, de renforcement des capacités et de soutien institutionnel
- Sécurité alimentaire et sécurité des moyens de subsistance des ménages

L'initiative s'est attachée à analyser chacun de ces liens potentiels – c'est-à-dire la manière dont chacune des catégories d'interventions liées à l'alimentation et à la nutrition peut être modifiée pour promouvoir la prévention, les soins et l'appui, ainsi que la prise en charge médicale et les traitements en matière de VIH dans les populations bénéficiaires. D'après ses résultats, bien que la programmation de l'aide alimentaire se révèle moins souple que celle de l'aide financière dans les situations d'urgence, lorsqu'une aide alimentaire apparaît justifiée au vu des données disponibles sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle (ou, en l'absence de données probantes, lorsque les besoins sont criants), il existe de multiples possibilités de programmer les ressources alimentaires de manière à ce qu'elles renforcent la lutte contre le VIH dans les communautés bénéficiaires. Chacune des 20 stratégies de programme intégrées présentées dans le document final inclut des éléments d'intervention liés au VIH (relevant d'au moins une des trois catégories citées plus haut) et des éléments d'intervention liés à l'alimentation et la nutrition (relevant, là encore, d'au moins une des trois catégories décrites ci-avant), applicables dans les milieux de réfugiés. Pour chaque stratégie, le document indique, sous forme synthétique, les informations suivantes :

1. Les données qu'il faut réunir pour s'assurer que le programme est justifié, cette justification étant une condition de réussite indispensable.
2. Les objectifs spécifiques que doit viser chaque stratégie.
3. Les facteurs clés dont il faut tenir compte pour mettre la stratégie en œuvre, notamment ceux liés à la collaboration et la coordination institutionnelles, à la promotion des approches participatives et d'initiative communautaire, et à la logistique de la mise en œuvre.

4. Les indicateurs de processus, de produits, de résultats et d'impact devant être sélectionnés pour assurer le suivi et évaluer la stratégie sur le terrain.
5. Pour la plupart des stratégies, les expériences partagées par les réfugiés et les organismes partenaires pendant la mission sur le terrain, dans les cas où la stratégie a été mise en œuvre ou aurait dû l'être.

## Principaux résultats

1. **Bien que l'aide alimentaire constitue une arme assez rudimentaire au regard du problème de santé publique extrêmement complexe qu'est le VIH, il existe de nombreuses possibilités d'affiner l'utilisation des programmes d'alimentation et de nutrition existants pour faire en sorte qu'ils soutiennent la prévention, les soins, les traitements et l'appui aux personnes infectées ou affectées par le VIH.** Avant de mettre en œuvre ces stratégies de programme intégrées, il y a lieu d'effectuer une évaluation minutieuse pour déterminer si l'aide alimentaire est une ressource appropriée, car ce sont les données sur la sécurité nutritionnelle et/ou alimentaire qui déterminent avant tout le bien-fondé des programmes alimentaires. Si l'aide alimentaire apparaît justifiée, il est possible, en faisant preuve de créativité et de souplesse au niveau de la programmation, d'identifier plusieurs points d'entrée pour modifier *le mode d'utilisation de ces ressources* et contribuer à enrayer la transmission et atténuer les effets de l'épidémie.
2. **Pour contrer l'épidémie de manière efficace, il est indispensable d'intégrer les réfugiés et les communautés d'accueil environnantes aux niveaux de l'évaluation, des programmes et des politiques.** La conception des programmes doit impérativement reposer sur la réalisation d'évaluations intégrées au niveau des communautés de réfugiés et des communautés d'accueil, car les effets du déplacement sur l'épidémie sont déterminés en très grande partie par la fréquence et la nature des interactions entre les réfugiés et la population d'accueil, ainsi que par le degré de prévalence du VIH avant le conflit. Les entretiens menés auprès des réfugiés démontrent la nécessité d'effectuer ces évaluations directement auprès des communautés de réfugiés et d'accueil, au moyen d'entretiens permettant d'explorer les facteurs politiques, économiques, socioculturels et liés à l'action publique qui interviennent dans ces interactions.
3. **Dans les milieux de réfugiés stables, l'élaboration des programmes doit être étayée par des recherches qualitatives, des stratégies de communication participatives et un engagement et des actions communautaires.** La plupart des communautés de réfugiés sont suffisamment bien établies pour « transcender » les programmes d'urgence standard : plus de 60% des réfugiés dans le monde sont installés depuis au moins 10 ans, ce qui signifie que l'engagement et l'action participatifs, qui sont monnaie courante dans les programmes de développement communautaire, ont également leur raison d'être dans les milieux de réfugiés.
4. **Les réfugiés devraient jouer un rôle véritablement directeur dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes sanitaires les concernant.** Loin d'être de simples utilisateurs passifs de l'aide humanitaire, les réfugiés ont les compétences nécessaires pour élaborer des programmes sanitaires de prévention de la transmission du VIH et de soins, de traitements et d'appui aux personnes touchées par le VIH dans les milieux de réfugiés qui fassent une plus large place à l'initiative communautaire. Il est recommandé que dans les communautés de réfugiés où un Comité SIDA peut être établi, celui-ci devrait faire fonction d'organisme de coordination multisectoriel et largement participatif pour l'ensemble des programmes liés au VIH à l'attention des réfugiés. Ce comité devrait coordonner ses activités avec le Comité de gestion alimentaire. Pour faciliter cette coordination, le Comité de gestion alimentaire devrait être doté d'un point focal « VIH » ; réciproquement, chaque Comité SIDA devrait disposer d'un point focal « Alimentation et nutrition » assurant la liaison avec les activités liées à l'alimentation et la nutrition.



- 5. Les programmes d'alimentation et de nutrition les plus fréquemment mis en œuvre à l'attention des réfugiés – programmes de distribution alimentaire générale et programmes d'alimentation complémentaire, thérapeutique et en milieu scolaire – peuvent être exploités dans les stratégies de prévention du VIH lorsqu'il leur est adjoint des activités de communication sur les changements de comportement et d'engagement et d'action communautaires (Stratégies 1–4)<sup>45</sup>.** La mise en œuvre des programmes devrait s'appuyer sur trois étapes clés. Premièrement, il est souhaitable d'évaluer la situation au regard du VIH pour déterminer le niveau de prévalence approximatif du virus dans la population générale (à l'aide d'indicateurs de substitution si aucune enquête n'a été menée auprès de la population ou si aucune surveillance sentinelle n'est en place) et dans les populations exposées à un risque élevé d'infection à VIH, afin de déterminer les principales sources d'infection. Deuxièmement, pour pouvoir transmettre des messages appropriés sur le VIH aux publics cibles des programmes – qui diffèrent totalement entre les quatre types d'intervention (Stratégies 1 à 4) – il importe d'effectuer des recherches qualitatives formatives. Troisièmement, pour éviter que l'incorporation d'activités liées au VIH n'amoindrisse l'efficacité du programme d'alimentation ou de nutrition lui-même, une mesure utile consiste à évaluer les opérations en prenant en compte des facteurs opérationnels clés tels que l'aménagement du site et la programmation de ressources humaines suffisantes. Le personnel en charge du programme d'alimentation ou de nutrition aura besoin d'une formation complémentaire sur le SIDA s'il est décidé d'incorporer ces activités, même si l'éducation en matière de SIDA doit être assurée par des intervenants extérieurs. Ces stratégies de programme sont potentiellement plus efficaces quand l'épidémie est généralisée (c'est-à-dire lorsqu'elle touche au moins 1% de la population) que lorsqu'elle n'atteint que certains groupes à risque élevé d'infection.

Avant de démarrer ces activités à proprement parler, la toute première étape consistera à mettre en place le Comité SIDA et le Comité de gestion alimentaire, qui superviseront la mise en œuvre du programme. Il est important que ces activités de communication à vocation préventive sur les changements de comportement soient reliées et étroitement coordonnées avec les services de santé (y compris le conseil et le test volontaires, la prévention de la transmission mère-enfant et la prise en charge des maladies opportunistes), les services sociaux et les services de protection. Si le programme d'alimentation ou de nutrition concerné est un programme d'alimentation complémentaire, un lien pourra être établi avec les services de conseil et de test volontaires et la prévention de la transmission mère-enfant. Les initiatives de communication sur les changements de comportement devraient aborder les méthodes sûres d'alimentation des nourrissons dans le contexte du VIH. Dans les cas où les méthodes d'alimentation de substitution ne remplissent pas les critères d'acceptabilité, de faisabilité, d'accessibilité économique, de sûreté et de durabilité, le recours exclusif à l'allaitement pendant les six premiers mois est vital. La participation de groupes de musique, de danse ou de théâtre issus de la communauté contribue à réduire le risque de stigmatisation associé à la maladie et à développer les aptitudes à l'enseignement des questions de santé dans ces groupes.

- 6. Les programmes d'alimentation et de nutrition peuvent concourir à la réalisation des objectifs de soins et d'appui aux personnes vivant avec le VIH et aux groupes vulnérables par le biais de différentes mesures : modification des rations pour mieux répondre aux besoins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH et leur famille, modification de certains aspects de la mise en œuvre des programmes pour garantir l'accès des personnes vivant avec le VIH, et amélioration de la sécurité alimentaire et de la sécurité des moyens de subsistance des familles touchées par le SIDA (Stratégies 5–12).** L'infection à VIH accroît les besoins nutritionnels de 10% dans le cas d'infections asymptomatiques et de 20% à 30% dans le cas d'infections symptomatiques ou d'un SIDA déclaré<sup>46</sup>. Avoir accès à une ration générale adéquate est encore plus important pour les personnes affectées par le SIDA que pour les autres. Bien qu'il n'existe encore aucune directive reposant sur des données probantes concernant l'adaptation du contenu énergétique des rations générales dans le contexte du VIH, la solution consistant à accroître la ration de l'ensemble des bénéficiaires de manière à satisfaire les besoins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH serait extrêmement onéreuse, et celle consistant à augmenter la ration de manière à satisfaire les besoins nutritionnels

moyens (des personnes infectées comme des personnes non infectées par le VIH) déboucherait sur une modification minimale des rations. La toute première priorité doit être de faire en sorte que la ration entière allouée soit distribuée sans interruption, et que les bénéficiaires reçoivent 10% à 12% de leurs apports énergétiques sous forme de protéines et au moins 17% sous forme de graisses. Il ne semble pas, d'après les données, que les personnes infectées par le VIH aient des besoins protéiniques accrus. C'est une évaluation locale qui permettra de déterminer s'il faut affecter les ressources supplémentaires à l'augmentation de la ration générale ou au soutien des programmes d'alimentation ciblés sur les personnes vivant avec le VIH.

En marge de l'accroissement de la ration générale, plusieurs changements opérationnels peuvent être mis en œuvre pour que les personnes vivant avec le VIH tirent le meilleur parti de la ration générale, par exemple : distribuer des denrées usinées et enrichies en micronutriments plutôt que des céréales seules ; compléter l'alimentation par des aliments composés enrichis ; et recruter des travailleurs sociaux ou des bénévoles de la communauté pour qu'ils distribuent directement la ration aux ménages qui, du fait de la maladie, ne peuvent pas venir la chercher.

Dans les cas où la ration générale n'a pas été augmentée pour tenir compte du VIH, il est possible de distribuer une ration supplémentaire par le biais des programmes d'alimentation complémentaire ciblés, en particulier si les critères d'admission sont élargis de manière à étendre le soutien nutritionnel aux personnes vivant avec le VIH. Dans ce cas, le programme d'alimentation complémentaire devra être étroitement coordonné avec les services sanitaires. L'une des difficultés majeures posées par les programmes d'alimentation complémentaire ciblés est qu'ils sont biaisés en faveur des personnes séropositives, qui connaissent leur état et sont disposées à le divulguer et qui sont physiquement malades – ce qui exclut la majorité de la population vivant avec le VIH.

La distribution de rations par le biais des programmes d'alimentation en milieu scolaire ne devrait être envisagée – en tant qu'intervention liée au VIH – que lorsqu'il est clairement démontré que ces programmes permettent d'enrayer la baisse de fréquentation scolaire chez les enfants qui vivent dans des foyers touchés par le VIH. Ce type d'intervention doit être utilisé uniquement à court terme, en attendant que les familles touchées par le VIH puissent bénéficier de mesures de soutien à plus long terme. De même, la distribution de rations aux familles d'accueil et aux orphelinats permet de satisfaire les besoins alimentaires des orphelins et des enfants vulnérables en période de crise alimentaire, mais des programmes de sécurité alimentaire plus complets sont nécessaires sur le long terme.

Parmi les principaux programmes de sécurité alimentaire qui peuvent être envisagés, citons les projets de jardins privés et de parcelles à cultiver (à condition qu'ils bénéficient d'un soutien approprié), les activités génératrices de revenus, le microcrédit et les services bancaires communautaires, la formation et le développement des compétences. Les ressources alimentaires ou liées à l'alimentation (telles que les semences et les outils) peuvent être utilisées comme outils de travail dans ces programmes, comme c'est le cas pour les projets de jardins privés ; mais l'aide alimentaire peut aussi être utilisée pour permettre aux personnes vivant avec le VIH de participer à des programmes de formation et autres activités.

**7. Le soutien nutritionnel et l'enseignement en matière de nutrition peuvent devenir des composants à part entière des services de soins de santé et de traitement utilisés par les personnes vivant avec le VIH, par exemple les services en milieu hospitalier, les programmes de soins à domicile et les programmes de thérapie antirétrovirale (Stratégies 13–16).**

Compte tenu de leurs implications logistiques et financières, les programmes d'alimentation en milieu hospitalier peuvent se justifier lorsqu'un pourcentage élevé de patients hospitalisés sollicitent des soins pour une pathologie liée au VIH et lorsque l'on sait ou que l'on soupçonne que les carences alimentaires aggravent l'état de santé de ces patients. Pour éviter la stigmatisation, les services d'ali-

mentation en milieu hospitalier devraient s'adresser à tous les patients, et non uniquement ceux qui vivent avec le VIH. Pour améliorer l'état nutritionnel à long terme, il y a lieu d'accompagner ces programmes de cours de nutrition. Parmi les initiatives qui ont fait leurs preuves dans ce domaine, citons la création de jardins de démonstration dans les hôpitaux : ces jardins fournissent des denrées alimentaires pour le programme d'alimentation en milieu hospitalier et apprennent aux patients atteints de maladies aiguës et chroniques comment cultiver et préparer dans des conditions salubres des végétaux riches en nutriments.

De même, le soutien nutritionnel peut être intégré aux services communautaires de soins de santé aux personnes vivant avec le VIH. Les programmes de soins à domicile et autres programmes de thérapie antirétrovirale peuvent combiner les cours de nutrition avec la fourniture d'une ration complémentaire. Idéalement, il faudrait que ces rations contiennent des aliments mélangés enrichis (en veillant à ce que l'enrichissement des céréales ait été effectué avant la distribution) ainsi que des fruits et des légumes frais si possible. Ces rations devraient avoir pour objectifs de renforcer l'efficacité des traitements dans la lutte contre le virus, redonner des forces aux patients et promouvoir l'état de santé général et l'immunité.

**8. Les ressources alimentaires et nutritionnelles peuvent être utilisées pour soutenir les activités de formation et de renforcement des capacités mises en place à l'attention des personnes qui, dans les dispensaires et la communauté, délivrent les soins liés au SIDA, ou pour appuyer l'établissement ou le maintien d'activités liées au SIDA à l'échelle de la communauté (Stratégies 17–20).**

Comme c'est le cas avec tous les programmes alimentaires, avant d'utiliser les ressources alimentaires à des fins incitatives, il faut s'assurer, grâce à une évaluation minutieuse, qu'elles constituent un moyen d'incitation approprié. Lorsque tel est effectivement le cas, les ressources alimentaires peuvent être utilisées à l'appui des formations dispensées au personnel de santé officiel ou des dispensaires (par exemple, les infirmières et les assistants), aux personnels de santé traditionnels ou de la communauté (par exemple, les guérisseurs et les accoucheuses traditionnelles) et à d'autres personnes spécialisées qui peuvent jouer un rôle central dans la lutte contre le VIH à l'échelle de la communauté. Bien que la disponibilité des services de santé soit généralement plus élevée dans les milieux de réfugiés stables que dans les communautés d'accueil environnantes, les réfugiés utilisent souvent une combinaison de services de santé délivrés dans les dispensaires et de services traditionnels. Pour obtenir du personnel de santé qu'il participe aux efforts d'éducation, de prévention, de soins et de traitement en matière de VIH, il est nécessaire de renforcer les capacités tant du personnel des dispensaires que des soignants traditionnels – si possible dans le cadre de partenariats.

**INTEGRATION DES ACTIVITES LIEES AU VIH DANS LES PROGRAMMES D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION DANS LES MILIEUX DE REFUGIES**

**Intégration de la prévention du VIH dans les programmes relatifs à l'alimentation et la nutrition**

- ✂ **Stratégie 1** Intégration dans la distribution alimentaire générale des activités visant à promouvoir l'action et l'engagement des communautés en faveur de la prévention du VIH.
- ✂ **Stratégie 2** Intégration d'activités de prévention du VIH et de sensibilisation au SIDA dans un programme d'alimentation complémentaire.
- ✂ **Stratégie 3** Intégration d'activités de prévention du VIH et de sensibilisation au SIDA dans un programme d'alimentation thérapeutique.
- ✂ **Stratégie 4** Intégration dans un programme d'alimentation en milieu scolaire d'activités visant à promouvoir chez les jeunes les connaissances en matière de VIH et l'engagement dans la lutte contre le virus.

**Intégration des soins et de l'appui aux groupes vulnérables et personnes touchées par le VIH dans les programmes relatifs à l'alimentation et la nutrition**

- ✂ **Stratégie 5** Modification d'un programme général de distribution alimentaire de façon à mieux répondre aux besoins des personnes touchées par le VIH.
- ✂ **Stratégie 6** Modification d'un programme d'alimentation complémentaire de façon à mieux répondre aux besoins de groupes de population touchés par le VIH.
- ✂ **Stratégie 7** Appui aux enfants et familles touchés par le SIDA par le biais d'un programme d'alimentation en milieu scolaire.
- ✂ **Stratégie 8** Appui aux enfants et familles touchés par le SIDA par la fourniture de rations supplémentaires aux orphelins et familles d'accueil.
- ✂ **Stratégie 9** Appui à la création de jardins privés et parcelles à cultiver à l'intention des personnes vivant avec le VIH et des familles touchées par le SIDA.
- ✂ **Stratégie 10** Appui aux activités génératrices de revenus, au microcrédit, aux services bancaires communautaires, à la formation et au développement des compétences à destination des personnes vivant avec le VIH et des familles touchées par le SIDA.
- ✂ **Stratégie 11** Appui aux projets nourriture contre travail employant ou assistant directement des personnes vivant avec le VIH et des membres de familles touchées par le SIDA.
- ✂ **Stratégie 12** Appui visant à permettre et encourager la participation de personnes infectées par le VIH dans les groupes communautaires de personnes vivant avec le VIH.

**INTEGRATION DES ACTIVITES LIEES A L'ALIMENTATION ET LA NUTRITION DANS LES PROGRAMMES RELATIFS AU VIH DANS LES MILIEUX DE REFUGIES**

**Intégration d**

- ✂ **Stratégie 13** Mise en place d'un programme d'alimentation à destination des patients en milieu hospitalier avec un volet d'éducation à la nutrition.
- ✂ **Stratégie 14** Mise en place de jardins de démonstration dans les hôpitaux et établissements de soins avec un volet d'éducation à la nutrition.
- ✂ **Stratégie 15** Intégration d'une ration supplémentaire et d'un volet d'éducation à la nutrition dans un programme de soins à domicile.
- ✂ **Stratégie 16** Intégration d'une ration supplémentaire et d'un volet d'éducation à la nutrition dans un programme de thérapie antirétrovirale.

**Intégration de ressources pour l'alimentation et la nutrition à l'appui d'activités de formation et de création de capacités pour les prestataires de soins liés au SIDA niveau communautaire**

- ✂ **Stratégie 17** Soutien à la formation et autres activités de création de capacités à destination des prestataires de soins standard ou traditionnels.
- ✂ **Stratégie 18** Soutien à la formation et autres activités de création de capacités à destination des personnes au sein des communautés susceptibles de jouer un rôle vital dans les efforts de prévention du VIH.
- ✂ **Stratégie 19** Soutien aux bénévoles sanitaires communautaires participant à la prévention du VIH ou aux soins aux personnes vivant avec le VIH et aux familles touchées par le SIDA.
- ✂ **Stratégie 20** Soutien aux activités de sensibilisation des communautés et de mobilisation des personnes vivant avec le VIH.

## Références

---

- <sup>1</sup> HCR. A Field Experience: Assessment of HIV/AIDS behaviour change communication strategies employed by NGOs in Kakuma refugee camp, Kenya. Genève, 2002.  
<http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/protect/openssl.pdf?tbl=PROTECTION&id=4028af224>. Accès : 10 août 2005.
- <sup>2</sup> OMS. Nutrient Requirements for People living with HIV/AIDS. Genève : OMS, 2003.  
[http://www.who.int/nut/documents/hivaids\\_nut\\_require.pdf](http://www.who.int/nut/documents/hivaids_nut_require.pdf). Accès : 10 août 2005.
- <sup>3</sup> Harvey P. « HIV/AIDS and Humanitarian Action ». HPG Research Briefing, No 14, avril 2004, p. 3.
- <sup>4</sup> ONUSIDA. « Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2004. » Résumé d'orientation, p. 3.
- <sup>5</sup> Spiegel PB. HIV/AIDS among Conflict-affected and Displaced Populations: Dispelling Myths and Taking Action. *Disasters* 2004;28(3):322-39.
- <sup>6</sup> Communication personnelle, Dr Paul Spiegel, Administrateur technique principal pour le VIH/sida, HCR.
- <sup>7</sup> Mock NB, Duale S, Brown LF, Mathys E, O'Maonaigh HC, Abul-HYusn Nina KL, Elliot S. Conflict and HIV: A framework for risk assessment to prevent HIV in conflict-affected settings in Africa. *Emerg Themes Epidemiol* 2004;1(1):6.
- <sup>8</sup> Hankins CA, Friedman SR, Zafar T, Strathdee SA. Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: implications for current and future armed conflicts. *Aids* 2002;16(17):2245-52.
- <sup>9</sup> Spiegel P, Sheik M, Gotway-Crawford C, Salama P. Health programmes and policies associated with decreased mortality in displaced persons in post-emergency phase camps: a retrospective study. *Lancet* 2002; 360:1927-34.
- <sup>10</sup> Spiegel P, Nankoe A. UNHCR, HIV/AIDS and refugees: lessons learned. *Forced Migration Review* 2004;19:21-23.
- <sup>11</sup> Gillespie S et S Kadiyala. Evidence Base: HIV/AIDS and Food Security. Washington DC: IFPRI, 2004.
- <sup>12</sup> OMS. Nutrient Requirements for People living with HIV/AIDS. Genève : OMS, 2003.  
[http://www.who.int/nut/documents/hivaids\\_nut\\_require.pdf](http://www.who.int/nut/documents/hivaids_nut_require.pdf). Accès : 10 août 2005.
- <sup>13</sup> HCR. Interagency global evaluation of reproductive health services for refugees and internally displaced persons. Genève : HCR, 2004.
- <sup>14</sup> HCR et Save the Children (Royaume-Uni). Note for Implementing and Operational Partners by UNHCR and Save the Children-UK on Sexual Violence & Exploitation: The Experience of Refugee Children in Guinea, Liberia and Sierra Leone. Genève : HCR, 2002.
- <sup>15</sup> PAM. <http://www.wfp.org/index.asp?section=1>. Accès: 30 janvier 2005.
- <sup>16</sup> WFP/EB.3/2004/4-F (Octobre 2004). « Synthèse des politiques générales du PAM — Version à jour. » Rome : PAM, 2004.
- <sup>17</sup> OMS. Une consultation sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique. Durban : 10-13 avril 2005.
- <sup>18</sup> OMS. Déclaration des participants. Une consultation sur la nutrition et le VIH/SIDA en Afrique. Durban : 10-13 avril 2005.
- <sup>19</sup> Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Nations Unies et ONUSIDA. 2001.
- <sup>20</sup> Harvey P. HIV/AIDS and Humanitarian Action. ODI HPG, p.2.
- <sup>21</sup> Griekspoor A, Spiegel P, Aldis W, Harvey P: The health sector gap in the southern Africa crisis in 2002/2003. *Disasters* 2004, 28:388-404.
- <sup>22</sup> ONUSIDA. <http://www.unaids.org/en/about+unaids/what+is+unaids.asp>. Accès : 30 janvier 2005.
- <sup>23</sup> HCR. <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/basics>. Accès : 30 janvier 2005.
- <sup>24</sup> HCR. Plan stratégique du HCR pour 2005–2007 : lutter contre le VIH et le SIDA avec les réfugiés. Genève. HCR. 2005.
- <sup>25</sup> WFP/EB.1/2003/4-B (février 2003). Programmation à l'ère du SIDA : Mesures prises par le PAM face au VIH/SIDA. Rome. PAM, 2003.
- <sup>26</sup> WFP/EB.3/2004/4-F (octobre 2004). « Synthèse des politiques générales du PAM — Version à jour. » Rome. PAM, 2004.
- <sup>27</sup> UNICEF. Fighting HIV/AIDS: Strategies for Success 2002-2005. New York. UNICEF, 2002.
- <sup>28</sup> Cadre pour la protection, les soins et le soutien aux orphelins et enfants vulnérables vivant dans un monde avec le VIH et le SIDA.
- <sup>29</sup> Comité permanent inter-organisations sur le VIH/SIDA dans les situations d'urgence (IASC). Lignes directrices pour les interventions en matière de VIH/SIDA dans les situations d'urgence. Genève. Groupe de référence de l'IASC, 2004.
- <sup>30</sup> Anciennement Reproductive Health Rights for Refugees Consortium.
- <sup>31</sup> HCR. Reproductive Health in Refugee Settings: an Interagency Field Manual.  
<http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/protect/openssl.pdf?tbl=PROTECTION&id=403a0f6c8>. Accès : 10 août 2005.
- <sup>32</sup> ONUSIDA. « Les principes des Trois uns. Document de séance 1. Consultation de Washington 25.04.04.
- <sup>33</sup> U.S. Committee for Refugees and Immigrants (USCRI). World Refugee Survey 2004. Washington DC: USCRI, 2004.
- <sup>34</sup> ONUSIDA, HCR. Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes. Genève. Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA, 2005.
- <sup>35</sup> OMS et ONUSIDA. Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: A Report on « 3 by 5 » and Beyond. Genève. OMS, 2006.
- <sup>36</sup> HCR. UNHCR's Strategic Plan 2005-2007: Fighting HIV and AIDS Together with Refugees. Genève. HCR, 2005.
- <sup>37</sup> Pelletier, D., Frongillo, E. et Habicht, J.P. (1994) Epidemiologic Evidence for a Potentiating Effect of Malnutrition on Child Mortality. *American Journal of Public Health* 83 (8):1130-1133.
- <sup>38</sup> Ezzati, M. et al. (2002) Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease. *The Lancet*, 360 (9343), 1-14.

- <sup>39</sup> HCR/PAM. Integration of HIV/AIDS Activities with Food and Nutrition Support in Refugee Settings: Specific Programme Strategies.  
<http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4215c7dd2>.  
Accès : 10 août 2005.
- <sup>40</sup> HCR - Appel global 2005.  
<http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/template?page=publ&src=static/ga2005/ga2005toc.htm>. Accès : 10 août 2005.
- <sup>41</sup> HCR. Interagency Global Evaluation of Reproductive Health Services for Refugees and Internally Displaced Persons.  
<http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/publ/opendoc.pdf?tbl=PUBL&id=41c846f44>. Accès: 10 août 2005.
- <sup>42</sup> HCR. HIV/AIDS and Refugees: Report on UNHCR's HIV/AIDS Programmes and Activities in 2003. Genève. HCR, 2004.
- <sup>43</sup> HCR. HIV/AIDS and Refugees: Summaries of Missions in 2003. Genève. HCR, 2004.
- <sup>44</sup> HCR. HIV/AIDS and Refugees: Report on UNHCR's HIV/AIDS Programmes and Activities in 2003. Genève. HCR, 2004.
- <sup>45</sup> HCR. A Field Experience: Assessment of HIV/AIDS behaviour change communication strategies employed by NGOs in Kakuma refugee camp, Kenya. Genève, 2002.  
<http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4028af224>. Accès : 10 août 2005.
- <sup>46</sup> OMS. Nutrient Requirements for People living with HIV/AIDS. Genève. OMS, 2003.  
[http://www.who.int/nut/documents/hivaids\\_nut\\_require.pdf](http://www.who.int/nut/documents/hivaids_nut_require.pdf). Accès : 10 août 2005.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de dix organismes des Nations Unies : le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC), l'Organisation internationale du Travail (OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA, en tant que programme coparrainé, rassemble les ripostes à l'épidémie de ses dix organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH sur tous les fronts. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, monde des affaires, scientifiques et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à travers les frontières.



## COLLECTION MEILLEURES PRATIQUES DE L'ONUSIDA

### La Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA

- est une série de matériels d'information de l'ONUSIDA qui encouragent l'apprentissage, partagent l'expérience et responsabilisent les gens et les partenaires (personnes vivant avec le VIH, communautés affectées, société civile, gouvernements, secteur privé et organisations internationales) engagés dans une riposte élargie à l'épidémie de SIDA et son impact ;
- donne la parole à celles et ceux dont le travail est de combattre l'épidémie et d'en alléger les effets ;
- fournit des informations sur ce qui a marché dans des contextes spécifiques, pouvant être utiles à d'autres personnes confrontées à des défis similaires ;
- comble un vide dans d'importants domaines politiques et programmatiques en fournissant des directives techniques et stratégiques, ainsi que les connaissances les plus récentes sur la prévention, les soins et l'atténuation de l'impact dans de multiples contextes ;
- vise à stimuler de nouvelles initiatives aux fins de l'élargissement de la riposte à l'épidémie de SIDA au niveau des pays ; et
- représente un effort interinstitutions de l'ONUSIDA en partenariat avec d'autres organisations et parties prenantes.

Si vous désirez en savoir plus sur la Collection Meilleures Pratiques et les autres publications de l'ONUSIDA, rendez-vous sur le site [www.unaids.org](http://www.unaids.org). Les lecteurs sont encouragés à envoyer leurs commentaires et suggestions au Secrétariat de l'ONUSIDA, à l'attention de l'Administrateur chargé des Meilleures Pratiques, ONUSIDA, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse.

En 2003, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), le Programme alimentaire mondial des Nations Unies (PAM) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ont lancé une initiative conjointe dans le but d'identifier, à partir de recherches de terrain menées auprès de plusieurs communautés de réfugiés en Afrique, un ensemble de stratégies visant à renforcer la prévention, l'appui, et les soins en matière de VIH, ainsi que les traitements aux personnes vivant avec le VIH, au moyen d'interventions basées sur l'alimentation et la nutrition. Cette importante initiative collaborative est née de la prise de conscience du caractère unique des milieux de réfugiés et de la nécessité de mener des travaux de recherche spécifiques au sein des populations de réfugiés et en collaboration avec elles. Le présent document sur les Meilleures Pratiques décrit le processus de recherche mis en œuvre et les résultats obtenus dans le cadre de cette initiative interorganisations.

ONUSIDA  
20 AVENUE APPIA  
CH-1211 GENEVE 27  
SUISSE

Tél. : (+41) 22 791 36 66  
Fax : (+41) 22 791 41 87  
courrier électronique : [bestpractice@unaids.org](mailto:bestpractice@unaids.org)

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)