

DIRECTIVES

concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence



DIRECTIVES

concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence



Remerciements

Le groupe d'étude du comité permanent inter-organisations sur le VIH/SIDA dans des situations d'urgence (Inter Agency Standing Committee, IASC) remercie toutes les personnes qui ont collaboré à l'élaboration de ces *Directives*. Elles ont été généreuses en temps et en expérience. Un remerciement spécial aux membres du IASC WG qui ont travaillé sans compter les heures pour mettre au point ces *Directives*. Nos remerciements particuliers aux collègues des différentes agences et ONG qui ont participé à la révision continue de ce document. Pour de plus amples informations sur l'IASC, se référer au site internet www.humanitarianinfo.org/iasc

Ces *Directives* ont été rédigées grâce aux contributions des institutions suivantes :

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO)
Comité international de la Croix Rouge (CICR)
Conseil international des agences bénévoles (ICVA)
Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC)
Organisation internationale pour les migrations (IOM)
Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)
Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR)
Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA)
Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA)
Programme alimentaire mondial (PAM)
Organisation mondiale de la santé (OMS), au niveau de la présidence

Programme commun sur le VIH/SIDA (UNAIDS)
Alliance civile et militaire (CMA)
Centre international pour la migration et la santé (ICMH)

Le Comité permanent inter-organisations (IASC) a été fondé en 1992 pour répondre à la résolution 46/182 de l'Assemblée générale qui demandait de renforcer la coordination de l'assistance humanitaire. Conformément à cette résolution, l'IASC constitue le principal mécanisme mis en place pour faciliter la prise de décision inter-agences afin d'intervenir dans des situations d'urgence complexes et des catastrophes naturelle. L'IASC est composé des représentants d'un large éventail de partenaires de l'aide humanitaire, qui appartiennent ou non au système des Nations Unies. Il s'agit des agences de l'ONU, d'ONG et d'organisations internationales telles que la Banque mondiale et le Mouvement de la Croix-Rouge.¹

Ces *Directives* seront testées sur le terrain. Les utilisateurs seront invités à faire parvenir leurs observations au groupe d'étude.

Préface

En publiant ces *Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence*, le Comité permanent inter-organisations (Inter-Agency Standing Committee) a pour but d'aider les personnes et les organisations dans leurs efforts pour répondre aux besoins particuliers des personnes infectées et affectées par le VIH qui se trouvent dans des situations d'urgence. Ces directives sont basées sur l'expérience des organisations du système des Nations Unies et des ONG partenaires ; elles reflètent l'avis partagé selon lequel on peut réussir dans ses entreprises lorsque les ressources sont mises en commun et que les personnes concernées travaillent ensemble.

Il est difficile de saisir l'ampleur de la dévastation causée par le VIH/SIDA dans les sociétés stables. Il est encore plus ardu d'apprécier l'impact de la pandémie sur des personnes déplacées à cause des conflits et des catastrophes. En janvier 2003, l'IASC a publié une déclaration dans laquelle il s'engage à «redoubler nos interventions individuelles et avec d'autres agences pour promouvoir une approche globale, multi-facettes de cette crise sans précédent» puisqu'il est confronté à l'impact du VIH/SIDA sur la sécurité alimentaire et la survie de l'humanité, comme cela est apparu clairement en Afrique australe.

Dans les mois qui ont suivi, l'IASC a décidé d'élaborer un manuel pratique qui pourrait être utilisé immédiatement pour le bénéfice de ceux qui ont le plus besoin de notre engagement et de notre soutien. Nous sommes confiants que ces directives rempliront cet objectif.



Jan Egeland
Coordinateur des secours d'urgence
et Sous-Secrétaire général adjoint aux affaires humanitaires

Table des matières

Remerciements	2
Préface	3
Liste des sigles	5
Chapitre 1: Introduction	6
Les raisons d'une intervention spécifique pour le VIH/SIDA dans des situations de crise	
Objectif de ces directives	
Public cible	
Description des chapitres, des secteurs et de la matrice	
Utilisation du CD-ROM	
Chapitre 2 : Répondre au VIH/SIDA dans des situations d'urgence	9
Risque de transmission dans les contextes d'urgence	
Personnes qui vivent déjà avec le VIH/SIDA dans les situations d'urgence	
Qu'entend-on par situation d'urgence ?	
Que faut-il faire pour le VIH/SIDA dans des situations d'urgence ?	
Etat de préparation à l'urgence et intervention	
Les liens avec une intervention complète	
Groupes à risque : les femmes	
Groupes à risque : les populations mobiles	
Groupes à risque : les enfants	
Groupes à risque : les pauvres en zone rurale	
Chapitre 3 : La matrice	15
Principes	
Chapitre 4 : Les directives	20
Feuille d'action 1.1 : Etablir des mécanismes de coordination	20
Feuille d'action 2.1 : Evaluer les données préliminaires de base	24
Feuille d'action 2.2 : Créer et gérer une base de données partagée	28
Feuille d'action 2.3 : Activités de suivi	30
Feuille d'action 3.1 : Prévenir et agir contre l'exploitation et la violence sexuelles	32
Feuille d'action 3.2 : Protéger les orphelins et les enfants séparés	36
Feuille d'action 3.3 : Garantir l'accès aux préservatifs pour les forces de maintien de la paix, le personnel militaire et humanitaire	38
Feuille d'action 4.1 : Inclure les considérations relatives au VIH/SIDA dans la planification pour l'eau/assainissement	42
Feuille d'action 5.1 : Cibler l'aide alimentaire pour les familles et les communautés affectées	44
Feuille d'action 5.2 : Planifier les besoins nutritionnels et alimentaires des populations à prévalence élevée du VIH	46
Feuille d'action 5.3 : Promouvoir des soins et des pratiques nutritionnelles adéquates pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA	52
Feuille d'action 5.4 : Soutenir et préserver la sécurité alimentaire des ménages et des communautés à risque ou touchées par le VIH/SIDA	54
Feuille d'action 5.5 : Distribution d'une aide alimentaire aux collectivités et aux foyers touchés	56
Feuille d'action 6.1 : Etablir des sites intégrant les besoins de sécurité	60
Feuille d'action 7.1 : Garantir l'accès des plus vulnérables aux soins de santé de base	64
Feuille d'action 7.2 : Etablir un approvisionnement garantissant la sécurité du sang	68
Feuille d'action 7.3 : Approvisionnement et fournitures en préservatifs	74
Feuille d'action 7.4 : Traitement des IST selon l'approche du syndrome	78
Feuille d'action 7.5 : Garantir des soins appropriés aux utilisateurs de drogues injectables	82
Feuille d'action 7.6 : Gérer les conséquences de la violence sexuelle	86
Feuille d'action 7.7 : Garantir des accouchements sans risque	90
Feuille d'action 7.8 : Précautions universelles	94
Feuille d'action 8.1 : Garantir l'accès des enfants à l'éducation	98
Feuille d'action 9.1 : Fournir des informations sur la prévention et les soins du VIH/SIDA	102
Feuille d'action 10.1 : Prévenir toute discrimination liée à la séropositivité dans la gestion du personnel	106
Feuille d'action 10.2 : Fournir une prophylaxie post-exposition (PEP) au personnel humanitaire	108
Notes	111

Liste des sigles

APE	Associations de parents et d'enseignants
ARV	Antirétroviraux
BCC	Communication sur le changement de comportement (sigle anglais)
CAP	Processus d'appel consolidé (Consolidated Appeal Process)
CHAP	Plan d'action humanitaire commun (sigle anglais)
CSO	Bureaux d'appui du pays (sigle anglais)
DMU	Dispositif minimum d'urgence
IDP	Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, personnes déplacées (sigle anglais)
IDU	Utilisateur de drogue injectable (sigle anglais)
IEC	Information Education Communication
IST	Infections sexuellement transmissibles
ONG	Organisations non gouvernementales
TBN	Taux brut de natalité
OC	Organisation communautaire
PEV	Programme élargi de vaccination
PEP	Prophylaxie post exposition
PVVS	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
SR	Santé de la reproduction
VCT	Dépistage et conseil volontaire pour le VIH
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VSS	Violence sexuelle et sexiste

Chapitre 1: Introduction

Au cours des deux dernières décennies, des situations d'urgence complexes résultant de conflits et de catastrophes naturelles ont été de plus en plus nombreuses dans le monde. A la fin de 2001, plus de 70 pays différents ont connu une situation d'urgence, avec pour conséquence, plus de 50 millions de personnes affectées dans le monde. Malheureusement, les conditions mêmes qui définissent une situation d'urgence complexe – les conflits, l'instabilité sociale, la pauvreté et le sentiment d'impuissance – sont aussi les conditions qui favorisent la propagation rapide du VIH/SIDA et des autres infections sexuellement transmissibles.

Les raisons d'une intervention spécifique pour le VIH/SIDA dans des situations de crise

A la fin de 2002, 40 millions de personnes dans le monde vivaient avec le VIH/SIDA. Les conséquences à long terme du VIH/SIDA sont souvent plus dévastatrices que les conflits eux-mêmes : chaque année, la mortalité due au VIH/SIDA dépasse celle des conflits. Beaucoup de personnes vivent déjà dans des conditions précaires et n'ont pas suffisamment accès aux soins de santé de base et aux services sociaux.

Pendant une crise, les effets de la pauvreté, du sentiment d'impuissance et de l'instabilité sociale sont intensifiés, augmentant ainsi la vulnérabilité des personnes face au VIH/SIDA. A mesure que la situation d'urgence et l'épidémie progressent simultanément, la fragmentation des familles et des communautés se produit, menaçant des relations stables. Les normes sociales réglementant le comportement sont souvent affaiblies. Dans de telles circonstances, les

femmes et les enfants courent des risques accrus de violence et ils peuvent être forcés à avoir des relations sexuelles pour disposer de choses essentielles comme les aliments, l'eau ou même la sécurité. Les déplacements peuvent faire se rencontrer des populations différentes, chacune avec des niveaux différents de prévalence du VIH/SIDA. Ceci est particulièrement le cas pour des populations qui émigrent vers des zones urbaines afin d'échapper aux conflits ou aux catastrophes dans les zones rurales.

Les conséquences d'une crise font que l'infrastructure sanitaire subisse de fortes pressions et que les fournitures inadéquates empêchent les efforts de prévention du VIH/SIDA. Au cours de la phase aiguë d'une urgence, cette absence ou mauvaise qualité des services facilite la transmission du VIH/SIDA puisque les précautions universelles ne sont pas prises et que les préservatifs ne sont pas disponibles. Dans des situations de guerre, il existe un risque prouvé et croissant de transmission du VIH/SIDA par la transfusion de sang contaminé.

La présence des forces militaires, des forces de maintien de la paix ou d'autres groupes armés est un autre facteur qui contribue à une transmission accrue du VIH/SIDA. Il faut intégrer ces groupes dans toutes les activités de prévention du VIH.

Les crises humanitaires récentes révèlent une interaction complexe entre l'épidémie de VIH/SIDA et l'insécurité alimentaire alliée à une gouvernance affaiblie. Les interactions de ces forces doivent être prises en compte dans toute intervention face à une situation d'urgence.

De toute évidence, il faut incorporer les problèmes posés par le SIDA dans la réponse générale apportée en situation d'urgence. Il est tout aussi évident que, si on n'aborde pas la question, l'impact du VIH/SIDA persistera et s'étendra au-delà de la crise elle-même, influençant ainsi les résultats de l'intervention et ayant un impact négatif sur les efforts de réhabilitation et de reconstruction. Il apparaît de plus en plus certain que, à moins que l'intervention pour le VIH/SIDA ne fasse partie d'une intervention plus large, tous les efforts pour faire face à une crise alimentaire et humanitaire majeure dans les zones à haute prévalence seront insuffisants.

Objectif de ces directives

L'objectif de ces directives est de permettre aux gouvernements et aux agences de coopération, y compris les organisations de l'ONU et les ONG, de fournir la réponse multisectorielle minimale nécessaire au VIH/SIDA dès le déclenchement d'une situation d'urgence. Ces directives, qui se limitent à la première phase d'une situation d'urgence, ne devraient pas empêcher les organisations d'intégrer ces activités dans leurs actions en vue de l'état de préparation. En règle générale, cette intervention devrait être intégrée dans les plans existants et il faudrait encourager le recours aux ressources locales. Une relation étroite positive avec les autorités locales est fondamentale pour le succès de l'intervention et permettra de renforcer les capacités locales pour l'avenir.

Public cible

Ces directives sont destinées aux autorités, au personnel et aux organisations qui opèrent dans des situations d'urgence à l'échelon international, national et local.

Les directives sont applicables dans toutes les situations d'urgence, indépendamment du niveau de prévalence du VIH/SIDA. Par exemple, même dans des situations de faible prévalence, une faille de l'infrastructure sanitaire peut causer une transmission accrue du VIH/SIDA si les travailleurs de la santé ne respectent pas les précautions universelles contre les maladies transmises par le sang. Les directives devraient certainement être appliquées dans des situations d'urgence avec une haute prévalence de VIH/SIDA, là où une intervention intégrée est urgente afin d'empêcher que l'épidémie ait un impact majeur et encore plus dévastateur.

Même si le VIH/SIDA n'est pas considéré comme une priorité fondamentale dans des zones à faible prévalence, ceci ne signifie pas que le personnel qui intervient pour des situations d'urgence dans des zones à faible prévalence puisse être moins attentif. Même dans les zones à faible prévalence, la mobilisation est nécessaire pour augmenter la sensibilisation à l'importance d'intégrer la prévention et les soins du VIH/SIDA dans les interventions d'urgence. Au minimum, les acteurs principaux dans toute situation d'intervention d'urgence, ainsi que les autorités compétentes et les équipes d'intervention existantes, devraient établir des mécanismes de coordination pour décider quelle est l'intervention minimale appropriée pour leurs zones géographiques sur la base de ces *Directives* ainsi que la riposte existante face à cette maladie.

Description des chapitres, des secteurs et de la matrice

Ce document contient quatre chapitres, le dernier étant les *Directives* elle-même. Les chapitres un à trois brossent le contexte et fournissent des informations d'orientation.

Le chapitre quatre, tout en reconnaissant qu'une intervention face à une catastrophe sera multisectorielle, décrit les interventions spécifiques secteur par secteur.

Les secteurs sont :

1. Coordination
2. Evaluation et suivi
3. Protection
4. Eau et assainissement
5. Sécurité alimentaire et nutrition
6. Abris et planification du site
7. Santé
8. Education
9. Communication sur le changement de comportement (BCC en anglais)
10. Le VIH/SIDA sur le lieu de travail

Une matrice, qui reprend les secteurs susmentionnés, donne un aperçu rapide mais détaillé des différentes interventions. Les feuilles d'actions présentent des informations plus approfondies.

La matrice, pages 16–19, se divise en colonnes, chacune correspondant à une phase spécifique de la situation d'urgence : l'état de préparation face à l'urgence, l'intervention minimale et l'intervention complète. Ces *Directives* insistent sur les actions minimales requises afin de gérer le VIH/SIDA au milieu d'une situation d'urgence. Chaque puce de la colonne de l'intervention minimale est développée dans une feuille d'action qui fournit des informations sur les activités minimales essentielles à mettre en place pour inclure le VIH dans chaque secteur d'intervention. Le format montre aussi l'interaction entre les différents secteurs.

Utilisation du CD-ROM

Un CD-ROM est fourni avec le manuel. Sur celui-ci vous trouverez de multiples articles, documents ainsi que du matériel de formation mentionnés dans le texte imprimé. En outre, la totalité du texte est reproduite dans d'autres formats : Adobe Acrobat, HTML (pour les utilisateurs qui veulent afficher le texte dans un navigateur Internet) et Microsoft Word. Pour les utilisateurs de PC, lorsque le CD-ROM est inséré dans un lecteur de CD-ROM, il se lancera automatiquement dans un navigateur tel que Internet Explorer ou Netscape. A partir de la première page, les utilisateurs peuvent naviguer dans des documents cités dans le texte, ils ont ainsi accès au matériel cité dans les notes en bas de page et les sections de référence du texte. Il y a aussi des liens vers les organisations et les autres ressources. Le CD-ROM sera mis à jour chaque année, avec des nouveaux documents ajoutés dès qu'ils seront disponibles.

Chapitre 2 : Répondre au VIH/SIDA dans des situations d'urgence

Bien que l'impact du VIH/SIDA soit généralement bien compris et qu'il y a de nombreux écrits à ce sujet, on a beaucoup moins étudié la propagation du VIH/SIDA dans des situations d'urgence.

Au cours des trois dernières années cependant, stimulés par la résolution 1308 du Conseil de sécurité sur le VIH/SIDA et les forces de maintien de la paix (2000) ainsi que par l'étude de Graça Machel concernant l'impact des conflits sur les enfants (2000), de nouveaux efforts ont été déployés pour décrire la manière dont le VIH se répand dans les situations d'urgence. En outre, un certain nombre d'organisations humanitaires ont fait des efforts pour prévenir les nouvelles transmissions et pour aider les personnes qui en sont déjà affectées, même au milieu d'une situation d'urgence. Petit à petit, des données sont recueillies, des leçons apprises et des pratiques partagées.

D'après les informations disponibles à ce jour, les réflexions sur la transmission du VIH dans des situations d'urgence sont les suivantes :

- Le risque de transmission du VIH semble être faible dans les endroits où les taux de prévalence du VIH étaient faibles au début de l'urgence et là où les populations restent isolées. Ceci reste apparemment vrai même là où le niveau de comportements à risque, tel que le viol, est élevé. La Sierra Leone et l'Angola pendant les années de conflits sont des exemples typiques de ce genre de scénario.
- La guerre peut accélérer la transmission du VIH dans des endroits où le viol et

l'exploitation sexuelle se greffent sur des niveaux élevés de VIH avant le début de l'urgence. Il est cependant difficile de déterminer la relation de cause à effet puisqu'il est pratiquement impossible de savoir si les victimes du viol ont été affectées suite au viol ou si elles l'étaient déjà. On peut trouver des exemples de cette situation pendant le génocide au Rwanda et actuellement dans l'Est de la République démocratique du Congo.

- Dans les zones touchées par des catastrophes naturelles, l'impact du VIH dépend des taux de prévalence du VIH existants et de la capacité du gouvernement, des agences internationales, des donateurs et de la société civile d'y faire face. En 2002-2003, lorsque l'Afrique australe a connu une pénurie alimentaire, on pense que les personnes séropositives, déjà appauvries par la perte des revenus du ménage et les dépenses médicales plus importantes consenties par les personnes vivant avec le SIDA, ont souffert encore plus du manque de nourriture suite à la pénurie régionale.

Il est cependant important de se rappeler qu'il y a encore beaucoup de travail à effectuer pour évaluer exactement les taux de prévalence et les informations liées aux comportements à risque en matière de VIH dans des situations d'urgence.

Risque de transmission dans les contextes d'urgence

Bien qu'il soit difficile d'arriver à des conclusions définitives puisque nous ne disposons que de rares données sur la prévalence du VIH dans des situations d'urgence, nous savons que la plupart des conditions qui facilitent l'extension du VIH se retrouvent dans ce genre de situation.

Ces conditions comprennent entre autres :

- Le viol et la violence sexuelles, y compris le viol utilisé comme arme de guerre par les forces belligérantes contre les civils. Ceci est le plus souvent exacerbé par l'impunité pour les crimes de violence et d'exploitation sexuelles.
- Un appauvrissement sévère qui fait souvent que les femmes et les filles n'ont pratiquement pas d'autre solution que le sexe pour assurer leur survie.
- Les déplacements massifs qui causent la rupture des familles et la réinstallation dans des camps de réfugiés et pour personnes déplacées surpeuplés où la sécurité est rarement garantie.
- La rupture des systèmes d'éducation, de santé et de communication généralement utilisés pour les programmes contre la transmission du VIH.
- Un accès limité aux préservatifs et aux traitements contre les infections sexuellement transmissibles.

Personnes qui vivent déjà avec le VIH/SIDA dans les situations d'urgence

En général, les personnes déjà infectées par le VIH courent plus de risques de détérioration physique pendant une situation d'urgence parce que :

- Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont plus enclines à souffrir de la maladie et de la mort à cause d'un accès limité aux aliments, à l'eau potable et à une bonne hygiène que les personnes qui jouissent d'un système immunitaire en bon état.
- Les personnes qui s'occupent des malades peuvent être tuées ou blessées dans une situation d'urgence, laissant derrière elles des enfants déjà rendus vulnérables par l'infection au VIH/SIDA ou par la perte de leurs parents

atteints de SIDA.

- Les systèmes de santé s'effondrent (attaques contre les centres de santé, impossibilité de livrer les fournitures, fuite du personnel soignant) et des populations n'ont qu'un accès limité aux installations sanitaires parce que les routes sont bloquées ou minées et parce que les ressources financières sont encore plus limitées que d'habitude.

Qu'entend-on par situation d'urgence ?

Une situation d'urgence est celle qui menace la vie et le bien-être d'un grand nombre de personnes et qui nécessite la prise de mesures extraordinaires pour assurer leur survie, leurs soins et leur protection. Les situations d'urgence sont créées par les catastrophes naturelles, telles que ouragans, sécheresses, tremblements de terre et inondations, et les conflits armés. Une situation d'urgence complexe est une crise humanitaire dans laquelle l'autorité s'est pratiquement effondrée à la suite d'un conflit interne ou externe, et qui demande une intervention internationale dépassant le mandat d'une seule agence. Ce genre de situation d'urgence a un effet dévastateur sur de grands nombres d'enfants et de femmes et demande tout un éventail complexe d'interventions.

Que faut-il faire pour le VIH/SIDA dans des situations d'urgence ?

Pendant des années, les organisations humanitaires ont ignoré le VIH dans les situations d'urgence, elles concentraient leur attention sur les mesures vitales telles que la santé, l'eau, le refuge et la nourriture. Le VIH n'était pas considéré comme une menace mortelle directe. Récemment cependant un certain nombre d'organisations humanitaires ont compris l'importance de la prévention de la transmission du VIH dès le début d'une

situation d'urgence.

Les *Directives concernant le VIH/SIDA dans les situations d'urgence* de l'OMS, l'ONUSIDA et du UNHCR en 1996, suivies du Dispositif Minimum d'Urgence (DMU) sur la santé de la reproduction, ont donné les premières orientations sur la manière de prévenir la transmission du VIH dans les situations d'urgence. Ces directives ont cependant été peu mises en œuvre, souvent à cause de priorités concurrentes, de manque de fonds, de la mauvaise coordination entre les organisations humanitaires et du peu d'importance octroyée à cette question. De plus, ces directives apportaient une approche médicalisée du problème ; elles ne présentaient pas une réponse multisectorielle à la question du VIH dans les situations d'urgence.

Depuis l'an 2000, les agences humanitaires ont accepté le fait que le VIH devait être abordé de manière multi-sectorielle en situation d'urgence.

Ces *Directives* présentent ce genre d'approche multisectorielle pour se préparer au VIH dans les situations d'urgence et pour y répondre. Elles présentent aux coordinateurs humanitaires des orientations sur ce qu'il faut faire et aux organisations d'exécution, des détails sur la manière de le faire. Elles sont basées sur l'idée que tous les acteurs humanitaires impliqués ont un certain degré de responsabilité dans leur mandat pour prévenir et atténuer le VIH et le SIDA. La mise en œuvre efficace de ces directives dépendra de la bonne collaboration entre les agences internationales, les autorités locales, les groupes locaux et les ONG qui sont indispensables pour atteindre des populations vulnérables.

Etat de préparation à l'urgence et intervention

L'état de préparation à l'urgence porte sur les causes de la situation d'urgence afin d'éviter sa récurrence, de réduire son impact et de renforcer la résilience, surtout pour les ménages et les communautés vulnérables. Il s'agit également de consolider les capacités locales pour faire face à la crise (y compris le prépositionnement des articles de secours pour réduire le temps d'intervention). Ces efforts sont souvent liés au système d'alerte rapide, spécialement dans les zones sujettes aux catastrophes naturelles.

L'état de préparation aux catastrophes comprend également la collecte et l'analyse constantes des informations pertinentes et des activités afin de se préparer aux catastrophes et d'en réduire les effets. Par exemple :

- Prévoir les dangers potentiels en identifiant et en dressant des cartes des menaces probables
- Evaluer la distribution géographique des zones vulnérables aux menaces saisonnières
- Définir les groupes et les communautés qui courent le plus de risques
- Evaluer les forces et les mécanismes de défense dont disposent les groupes vulnérables pour faire face à un danger
- Identifier les lacunes dans les plans de préparation du gouvernement et faire un travail de plaidoyer auprès des politiques pour garantir que des plans sont élaborés, qui visent à réduire l'impact des catastrophes sur les populations vulnérables.

Les plans de préparation aux situations d'urgence sont élaborés afin de minimiser les effets préjudiciables des catastrophes et de garantir que l'organisation et la mise en place d'une intervention d'urgence sont opportunes, appropriées et suffisantes. Ces

plans de préparation devraient faire partie d'une stratégie de développement à long terme et non pas être introduits comme une intervention de dernière minute face à la situation d'urgence en cours. Dans le cas du VIH/SIDA, cet état de préparation signifie que tous les agents des secours auraient reçu une formation de base, avant la situation d'urgence, en matière de VIH/SIDA ainsi que de violence sexuelle, de questions des genres et de non-discrimination vis-à-vis des patients atteints de VIH/SIDA et des personnes qui en prennent soin. Cela implique aussi que les fournitures adéquates spécifiques pour le VIH sont pré-positionnées. Il s'agit de questions transversales pertinentes pour tous les secteurs.

Un plan de préparation aux catastrophes devrait mettre en place certains éléments pour que l'intervention soit couronnée de succès :

- Une solide évaluation des besoins qui permettra aux agences chargées des secours de déterminer ensemble qui fait quoi, où, dans le cadre d'un plan d'action humanitaire global.
- Un personnel bien formé et des outils pour l'intervention dans des situations d'urgence disponibles à temps.
- Des outils communs pour les catastrophes naturelles et les situations d'urgence complexes.
- Des mécanismes de financement qui garantissent que l'argent est rapidement disponible.
- Un réseau de gestion des informations à disposition des principaux décideurs.

Les liens avec une intervention complète

Les phases de réhabilitation et de récupération d'un cycle d'urgence permettent de fournir une réponse d'autant plus complète qu'elles

sont basées sur une intervention d'urgence dont le but est d'augmenter la couverture et préparer le long-terme.

Dans la matrice présentée ci-dessous, l'intervention complète précise les activités à entreprendre suite à la phase initiale. La phase de réhabilitation peut durer jusqu'à ce que la situation qui a causé l'urgence soit revenue à la normale. Au cours de la phase complète, il est important de coordonner les activités avec les autorités locales et parmi les différents acteurs qui fournissent des services à la population.

Puisque ces *Directives* concernent les actions minimales requises pour répondre à la question du VIH/SIDA dans les situations d'urgence, elles se concentrent sur les interventions nécessaires et faisables. Cependant, les interventions d'urgence ne devraient pas se limiter aux actions minimales requises ; des actions plus complètes doivent être entreprises le plus tôt possible pour garantir les nécessaires réhabilitation et récupération. Dans les zones à risque («zones vulnérables chroniques», les zones sujettes à la sécheresse) où on sait que les crises sont récurrentes ou que leur déclenchement est lent, la prévention et la préparation à l'urgence devraient être une priorité.

Groupes à risque : les femmes

Dans les situations d'urgence, les femmes sont très vulnérables au VIH/SIDA. Lors des luttes civiles, des guerres et des déplacements, les femmes et les enfants courent des risques accrus de violence et d'abus sexuels. Dans les situations d'urgence aiguë où l'insécurité alimentaire est sévère et où règne la famine, les femmes et les filles peuvent se trouver obligées d'avoir des relations sexuelles en tant que stratégie de

survie pour obtenir l'accès aux aliments et à d'autres besoins fondamentaux. En outre, la rupture des communautés et des familles, particulièrement lorsque les personnes fuient leur terre, implique l'interruption de relations stables et la dissolution de la cohésion sociale et familiale, facilitant ainsi un contexte de nouvelles relations avec un comportement à risque élevé.

Groupes à risque : les enfants

Les situations d'urgence aggravent également les conditions vulnérables des enfants touchés par l'épidémie de VIH/SIDA, y compris les orphelins, les enfants infectés par le VIH et les foyers dirigés par un enfant. Les personnes déplacées et les enfants réfugiés sont confrontés à des scénarios sociaux et de vie complètement nouveaux où la vulnérabilité est notable. Cette circonstance facilite la transmission du VIH et aggrave l'impact du SIDA sur le bien-être. Les situations d'urgence privent également les enfants des opportunités d'éducation, y compris celle d'être informés sur le VIH/SIDA et la santé de base. Les enfants dans des situations de conflits armés et les enfants déplacés, migrants et réfugiés sont particulièrement vulnérables à toute forme d'exploitation sexuelle.

Groupes à risque : les populations mobiles

Les situations d'urgence débouchent très souvent sur les mouvements ou déplacements de personnes. Les personnes déplacées, les réfugiés, les rapatriés et les militaires démobilisés, y compris les enfants soldats, font partie des personnes les plus vulnérables d'une société. La plupart d'entre eux sont séparés de leur famille, conjoint ou partenaire. Ils sont exposés à des pressions, des contraintes de travail et des conditions de vie uniques. Ils

sont souvent considérés comme une menace pour l'intégrité culturelle ou la sécurité de l'emploi de la population hôte, une erreur de perception qui alimente souvent la xénophobie. Ils se sentent anonymes et ont tendance à se regrouper en marge des villes ou ils sont logés dans des camps qui devaient, au départ, être temporaires ou ils n'ont tout simplement pas de logement. La vulnérabilité à l'infection au VIH est supérieure lorsque les personnes vivent et travaillent dans des conditions de pauvreté, d'exclusion sociale, de solitude et d'anonymat. Ces facteurs peuvent provoquer des comportements à risque qui n'existaient pas avant le déplacement.

Groupes à risque : les pauvres en zone rurale

Les populations des pays en développement, particulièrement les pauvres dans les zones rurales, sont très vulnérables en cas de catastrophe. En réalité, la plupart des situations d'urgence frappent des personnes pauvres vivant dans des zones rurales. Les communautés et les ménages démunis ont moins de moyens pour se protéger des catastrophes naturelles et pour y faire face. A cause de leur pauvreté, ils sont également souvent obligés de vivre dans des zones fréquemment soumises à des catastrophes naturelles, telles que des glissements de terrain ou des inondations. L'accès aux services de santé primaires est souvent minime ou inexistant.

Les catastrophes climatiques et agricoles, telles que la sécheresse et les infestations à grande échelle par des organismes nuisibles, frappent plus durement les populations rurales, en dévastant leurs sources de nourriture et en interrompant leurs systèmes agricoles et de subsistance. Les luttes civiles et les guerres exacerbent encore leur pauvreté

et leur vulnérabilité, ce qui débouche sur des situations d'urgence aiguës où les populations pauvres meurent de faim, craignent pour leur survie et peuvent être obligées de quitter leurs maisons et leurs terres. La migration forcée des populations rurales pauvres vers les villes augmentent les risques de contracter le VIH/SIDA, puisque la prévalence du VIH dans les zones urbaines est supérieure. Les populations rurales sont également moins au courant des moyens de prévention et peuvent ne pas y avoir accès.

Chapitre 3 : La matrice

La matrice (que vous trouverez pages 16 à 19 ainsi que sur une feuille séparée pour pouvoir l'afficher au mur) fournit des orientations sur les actions essentielles pour répondre au VIH/SIDA dans les situations d'urgence. La matrice se divise en trois parties: état de préparation aux situation d'urgence, intervention minimale et intervention complète.

Chaque secteur programmatique dans le tableau donne des orientations sur une intervention appropriée face au VIH/SIDA dans des situations d'urgence. Seule la phase de l'intervention minimale est présentée dans les feuilles d'actions. La situation du pays ou de la région et l'évaluation des capacités aideront à déterminer les éléments de réponse supplémentaires qu'il faudrait entreprendre en matière de VIH/SIDA. Les actions détaillées pour chaque puce de la matrice sont décrites dans les feuilles d'actions des pages suivantes.

Principes

- Les activités autour du VIH/SIDA devraient chercher à élargir le travail existant et non à le multiplier ou à le remplacer.
- Les interventions pour le VIH/SIDA dans les crises humanitaires doivent être des réponses multisectorielles.
- Etablir des mécanismes de coordination et de leadership avant une situation d'urgence et équilibrer les forces différentielles de chaque organisation, pour que chacun puisse être leader dans son domaine d'expérience.
- Les gouvernements locaux et nationaux, les institutions et les populations ciblées devraient être impliqués dans

la planification, la mise en œuvre et l'affectation des ressources humaines et financières.

- Là où des acteurs non étatiques contrôlent la zone ou là où le gouvernement n'est plus en mesure d'agir, des activités peuvent être entreprises en l'absence de politiques ou de programmes nationaux.
- Les activités autour du VIH/SIDA pour les populations déplacées devraient également viser au maximum les populations d'accueil.
- Lorsqu'on planifie une intervention, il faut prendre en compte les sensibilités culturelles des bénéficiaires. Des services inadaptés risquent de déclencher des réactions négatives de la part de la communauté et ne permettront pas d'atteindre l'impact souhaité.

Intervention sectorielle	Etat de préparation aux situations d'urgence		Intervention minimale (à réaliser même en pleine situation d'urgence)	Intervention complète (phase stabilisée)
1. Coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les structures de coordination • Identifier et énumérer les partenaires • Etablir un réseau des personnes ressources • Collecter des fonds • Préparer les plans d'urgence • Inclure le VIH/SIDA dans les plans d'action du VIH et le développement humanitaire et former les agents des secours 		1.1 Etablir un mécanisme de coordination	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer à collecter des fonds • Renforcer les réseaux • Améliorer le partage des informations • Renforcer les capacités humaines • Lier les activités d'urgence relatives au VIH aux activités de développement • Travailler avec les autorités • Aider le gouvernement et les acteurs non étatiques à promouvoir et protéger les droits humains²
2. Evaluation et suivi	<ul style="list-style-type: none"> • Réaliser une analyse de la situation et des capacités • Elaborer des indicateurs et des instruments • Impliquer les institutions locales et les bénéficiaires 		2.1 Evaluer les données préliminaires 2.2 Créer et gérer une base de données partagée 2.3 Surveiller les activités	<ul style="list-style-type: none"> • Entretenir la base de données • Surveiller et évaluer tous les programmes • Evaluer les données sur la prévalence, les attitudes et les pratiques de connaissance ainsi que l'impact du VIH/SIDA • Tirer les enseignements des évaluations
3. Protection	<ul style="list-style-type: none"> • Etudier les lois et les politiques existantes en matière de protection • Promouvoir les droits humains et les meilleures pratiques • S'assurer que les activités humanitaires minimisent le risque de violence et d'exploitation sexuelles ainsi que la discrimination liée au VIH • Former les forces en uniforme et les agents humanitaires en matière de VIH/SIDA et de violence sexuelle • Former le personnel en matière de VIH/SIDA, genres et non-discrimination 		3.1 Action et prévention contre l'exploitation et la violence sexuelles 3.2 Protéger les orphelins et les enfants séparés 3.3 Garantir l'accès aux préservatifs pour les soldats de maintien de la paix, les militaires et le personnel humanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Impliquer les autorités pour réduire la discrimination liée au VIH • Etendre la prévention et l'intervention face à la violence et à l'exploitation sexuelles • Renforcer la protection des orphelins, des enfants séparés et des jeunes • Institutionnaliser la formation pour les forces en uniforme en matière de VIH/SIDA, de violence et d'exploitation sexuelles et de non-discrimination • Mettre en place des services liés au VIH pour le personnel démobilisé • Renforcer l'intervention auprès des IDP/réfugiés
4. Eau et assainissement	<ul style="list-style-type: none"> • Former le personnel en matière de VIH/SIDA, de violence sexuelle, de genres et de non-discrimination 		4.1 Inclure des considérations relatives au VIH dans la planification en matière d'eau et d'assainissement	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des comités de gestion pour l'eau et l'assainissement • Organiser des campagnes de sensibilisation en matière d'hygiène et d'assainissement, en ciblant les personnes touchées par le VIH
5. Sécurité alimentaire et nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Planification d'urgence/prépositionnement des approvisionnements • Former le personnel quant aux besoins spéciaux des populations touchées par le VIH/SIDA • Inclure des informations sur les soins nutritionnels et le soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les programmes communautaires d'éducation à la nutrition • Soutenir la sécurité alimentaire des ménages touchés par le VIH/SIDA 		5.1 Cibler l'aide alimentaire pour les ménages et les collectivités touchés et à risque 5.2 Planifier les besoins alimentaires et nutritionnels pour les populations avec une forte prévalence de VIH 5.3 Promouvoir les soins appropriés et les pratiques alimentaires pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA 5.4 Soutenir et protéger la sécurité alimentaire des ménages et des communautés touchés par le VIH/SIDA ou de ceux qui sont dans une situation de risque 5.5 Distribuer l'aide alimentaire aux ménages et collectivités touchées	<ul style="list-style-type: none"> • Développer une stratégie pour protéger la sécurité alimentaire à long terme des populations touchées par le VIH • Développer des stratégies et cibler les groupes vulnérables pour les programmes d'extension agricole • Collaborer avec les programmes de soins basés sur la collectivité et le foyer pour fournir un soutien nutritionnel • Aider le gouvernement à mener à bien son obligation de respecter le droit humain à l'alimentation
6. Planification des abris et des sites	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la sécurité des sites potentiels 		6.1 Installer des sites conçus en toute sécurité	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier le mouvement ordonné des personnes déplacées

Intervention sectorielle	Etat de préparation aux situations d'urgence		Intervention minimale (à réaliser même en pleine situation d'urgence)	Intervention complète (phase stabilisée)
7. Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Dresser une carte des services et des pratiques actuels • Planifier et stocker les fournitures médicales et de santé procréative. • Adapter/élaborer des protocoles • Former le personnel de santé • Planifier des mécanismes pour assurer la qualité • Former le personnel en matière de SGBV et le lien avec le VIH/SIDA • Déterminer la prévalence de l'usage de drogue injectable • Elaborer des brochures avec des instructions pour le nettoyage du matériel d'injection • Etablir une liste des initiatives pour la prévention et les soins et les soutenir • Former le personnel et les éducateurs parmi les pairs • Former le personnel de santé en matière de santé procréative liée aux situations d'urgence et à l'utilisation des trousses de santé procréative • Evaluer les pratiques actuelles d'application des précautions universelles 		<p>7.1 Garantir l'accès aux soins de santé primaires pour les personnes les plus vulnérables</p> <p>7.2 Garantir l'approvisionnement en sang propre</p> <p>7.3 Fournir des préservatifs et instaurer des approvisionnements en préservatifs</p> <p>7.4 Instaurer le traitement des IST selon l'approche du Syndrome</p> <p>7.5 Garantir les soins appropriés pour les IDU</p> <p>7.6 Gestions des conséquences de la VSS</p> <p>7.7 Garantir des livraisons sûres</p> <p>7.8 Précautions universelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prévoir les besoins à long terme, garantir des approvisionnements réguliers et s'assurer de la formation appropriée du personnel • Soins palliatifs et soins à domicile • Traitement des infections opportunistes et programmes de contrôle de la TB • Fourniture d'un traitement antirétroviral • Services sûrs pour les transfusions sanguines • Garantir des approvisionnements réguliers, inclure les préservatifs dans les autres activités de santé procréative • Réévaluer les préservatifs sur la base de la demande • Gestion des IST, y compris les préservatifs • Programmes complets sur la violence sexuelle • Contrôle du trafic de drogue dans les campements • Recours aux éducateurs parmi les pairs pour conseiller et former en matière de stratégies de réduction des risques • Appui psychologique et tests de dépistage volontaires • Services de santé procréative pour les jeunes • Prévention de la transmission de la mère à l'enfant • Rendre possible, surveiller et renforcer les précautions universelles en matière de soins de santé
8. Education	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les options en matière d'éducation dans des situations d'urgence pour les garçons et les filles • Former les professeurs en matière de VIH/SIDA et de violence et d'exploitation sexuelles 		8.1 Garantir l'accès des enfants à l'éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Eduquer les filles et les garçons (éducation formelle et non formelle) • Donner une éducation en matière de VIH/SIDA basée sur les aptitudes à la vie quotidienne • Surveiller et répondre à la violence et l'exploitation sexuelles dans des installations éducatives
9. Communication sur le changement de comportement et information, éducation, communication	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer les messages culturellement appropriés dans les langues locales • Préparer une stratégie de base en matière de BCC/IEC • Impliquer les principaux bénéficiaires • Réaliser des campagnes de sensibilisation • Entreposer les documents fondamentaux en dehors des zones d'urgence potentielle 		9.1 Fournir des informations sur la prévention et les soins en matière de VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à l'échelle du BCC/IEC • Surveiller et évaluer les activités
10. Le VIH/SIDA sur le lieu de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner les politiques du personnel concernant la gestion des personnes touchées par le VIH/SIDA qui travaillent dans les opérations humanitaires • Elaborer des politiques, s'il n'y en a pas, visant à minimiser le potentiel de discrimination • Entreposer les fournitures pour la prophylaxie postexposition (PEP) 		<p>10.1 Prévenir la discrimination sur base du VIH dans la gestion du personnel</p> <p>10.2 Fournir une prophylaxie postexposition (PEP) disponible pour le personnel humanitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer les capacités des groupes de soutien pour les personnes touchées par le VIH/SIDA et leurs familles • Elaborer des politiques sur le lieu de travail afin d'éliminer la discrimination contre les personnes touchées par le VIH/SIDA • Prophylaxie postexposition pour tous les agents humanitaires régulièrement disponible

**Feuille d'action 1.1 :
Etablir des mécanismes de coordination****► Contexte**

L'objectif principal de tous les efforts de coordination humanitaire est de répondre aux besoins des populations touchées d'une manière efficace et cohérente. La présence du VIH/SIDA ajoute une nouvelle dimension à la crise et à ses conséquences. L'interaction entre l'épidémie et les situations d'urgence a pour résultat que :

- les personnes touchées par la crise courent plus de risques de contracter le VIH/SIDA
- les ménages touchés par le VIH/SIDA doivent faire face à la charge supplémentaire de la crise et peuvent ne pas bénéficier des interventions de secours d'urgence
- interruption des programmes et des activités existantes en matière de VIH/SIDA
- les personnes et les organisations externes à la zone (y compris le personnel humanitaire et militaire) sont plus vulnérables au VIH/SIDA et aux IST et ils contribuent par conséquent à une plus grande propagation de l'épidémie.

Il est par conséquent essentiel :

- d'identifier les différents acteurs et de garantir une bonne coordination.
- d'accroître la sensibilisation et la motivation des décideurs afin d'améliorer

les projets, les programmes et les politiques.

- de renforcer la capacité des institutions qui fonctionnent dans les zones touchées.
- de garantir la diffusion des informations pertinentes et de faciliter l'assistance technique aux utilisateurs.

Les mécanismes existants en matière de coordination du VIH/SIDA (y compris les programmes nationaux sur le SIDA, groupes thématiques de l'ONU sur le VIH/SIDA) devraient s'assurer que les politiques et les plans nationaux en cours n'excluent pas les zones touchées par l'urgence et que les risques et les vulnérabilités spécifiques des personnes déplacées dans leur propre pays, des réfugiés et des autres groupes touchés reçoivent l'attention qu'ils méritent. La coordination est nécessaire au niveau local, régional, national et international.

La coordination fonctionne mieux lorsque les organisations et les intervenants compétents sont impliqués dans la définition d'un ensemble commun de normes éthiques et opérationnelles. Ceci permet une véritable complémentarité tout en respectant les mandats et les rôles des uns et des autres.

► Actions fondamentales**▼ Créer et renforcer les mécanismes de coordination**

- Identifier et garantir la collaboration des organismes de coordination existants au niveau régional, national et local (pour le VIH/SIDA et pour les situations d'urgence). Ceci comprend le coordinateur de l'aide humanitaire et le bureau de coordination des affaires humanitaires (OCHA) et l'ONUSIDA. Définir et établir la liste des mandats et

des points forts de chaque intervenant afin d'éviter les doublons et d'identifier les lacunes.

- Identifier un bureau ou un endroit qui servira de point de coordination et nommer le personnel nécessaire. Mettre en place des mécanismes et des procédures de maintien des registres pour garantir que tous les intervenants sont informés.
- Promouvoir l'incorporation de la prévention, des soins et de l'atténuation du VIH/SIDA dans les évaluations de la situation, les plans de préparation à l'urgence et l'intervention humanitaire en général.
- Passer en revue les informations existantes et effectuer des évaluations des besoins locaux pour identifier les populations les plus à risque et les zones prioritaires d'intervention.
- Incorporer les considérations sur le VIH/SIDA dans les appels aux donateurs (y compris le CAP et le CHAP) et aider à élaborer des appels portant spécifiquement sur le VIH/SIDA.
- Maintenir un dialogue constant avec les donateurs sur le financement en général, y compris le suivi et l'évaluation des activités financées.
- Identifier et signaler les écarts de financement et faire rapport à la communauté internationale.
- Suivre en permanence l'environnement des opérations pour garantir que des plans d'urgence efficaces sont élaborés pour tous les changements possibles.

▼ Augmenter la sensibilisation des décideurs et des gestionnaires de programmes

- Organiser des séminaires d'information et de plaidoyer au niveau central

- Promouvoir l'incorporation du VIH/SIDA dans les situations d'urgence à l'ordre du jour des mécanismes de coordination compétents au niveau national.
- Promouvoir la révision des plans stratégiques nationaux en matière de VIH/SIDA pour les ajuster aux impératifs changeants d'une intervention face au VIH/SIDA dans des situations d'urgence.
- Collaborer avec les organisations de médias pour expliquer aux donateurs et aux partenaires les liens qui existent entre le VIH/SIDA et la situation d'urgence.

▼ Sensibiliser davantage et/ou former les institutions locales dans les zones touchées par le VIH/SIDA

- Visites conjointes sur le terrain des représentants des organismes de coordination nationale compétents³ dans les zones administratives impliquées dans le but de :
 - Echanger des informations en contactant les autorités locales et les principaux acteurs humanitaires
 - Organiser un atelier de formation et de sensibilisation pour les institutions locales (durée : environ 2 jours, qui peut être ajustée selon les contraintes de temps)
- Les activités devraient garantir que :
 - Le VIH/SIDA dans les situations d'urgence est prévu à l'ordre du jour des mécanismes de coordination locale compétents
 - Des systèmes simples de rapports et de partage des informations sont créés au niveau local
 - Des évaluations complémentaires des besoins locaux sont effectuées pour identifier les populations les plus

à risque et les zones d'intervention prioritaires

- Des missions de soutien périodiques sont entreprises par des représentants des organismes de coordination compétents au niveau du pays et/ou du centre national d'expertise

▼ Fournir des informations et une assistance technique

- Garantir que le soutien approprié est apporté à tous les intervenants pour la planification stratégique, l'évaluation, le suivi et l'analyse concernant le VIH/SIDA dans les zones touchées par l'urgence.
- Réviser, partager et discuter des informations existantes avec les intervenants compétents et informer les populations des risques que représente le VIH/SIDA.
- Garantir que des rapports réguliers et cohérents sont mis à disposition de tous les intervenants sur la manière dont le VIH/SIDA est abordé dans l'ensemble de l'intervention humanitaire. La personne ou l'organisme chargé de la coordination est responsable du maintien d'un réseau de communication entre toutes les intervenants.
- Garantir que les informations, le matériel et les outils de référence sont mis à disposition.
- Garantir que des systèmes de référence nationaux et des réseaux sont établis afin de faciliter les échanges d'informations et les conseils
- Elaborer une page Web centrale pour stocker et faciliter l'accès aux informations et ressources pertinentes, le cas échéant.

► Ressources principales

Guidelines on how to integrate HIV/AIDS in the Consolidated Appeals Process.

The impact of HIV/AIDS on food security.
www.fao.org/docrep/meeting/003/Y0310E.htm

Food security and HIV/AIDS: an update.
www.fao.org/DOCREP/MEETING/006/Y9066e/Y9066e00.HTM

The Silent emergency: HIV/AIDS in conflicts and disasters, CAFOD.

Sites internet :

www.unaids.org

www.reliefweb.int

www.fao.org/hivaids/

Feuille d'action 2.1 : Évaluer les données préliminaires de base**► Contexte**

La coordination et la coopération avec d'autres organisations et autorités, nécessite la mise en place d'une base de données normalisée. Celle-ci permettra une vision commune et le suivi de la situation épidémiologique. De multiples facteurs influencent la transmission du VIH dans les situations d'urgence, y compris :

- les taux existants de séroprévalence chez les populations déplacées et dans les communautés qui les entourent,
- la prévalence et les types d'infections sexuellement transmissibles (IST),
- le niveau et les types d'interactions sexuelles et les comportements liés à la sexualité,
- le niveau et la qualité des services de santé disponibles,
- les informations de base sur les niveaux démographique et éducatif.

Dans les situations d'urgence, il est souvent difficile d'obtenir des données épidémiologiques (surtout dans des situations de conflit) ou des données fiables (les gouvernements peuvent ne pas souhaiter publier des chiffres). Les données des hôpitaux ne reflètent probablement pas la situation dans les zones rurales. En plus de cela, il faut prendre en considération les facteurs liés à la culture de l'endroit, ainsi que la maturité de

l'épidémie parmi les populations d'accueil et les personnes déplacées. Il est très difficile d'évaluer les données préliminaires dans des situations d'urgence surtout à cause des données limitées ; il faut souvent utiliser des indicateurs approximatifs.

Comme toujours dans les situations d'urgence, pour l'estimation il faudrait envisager tant les interventions visant les populations touchées par l'urgence que celles destinées aux populations locales. Pour que l'intervention réussisse (par exemple auprès d'une population installée dans un camp) il sera nécessaire de s'impliquer auprès des populations avoisinantes.

Tous les groupes à risque pour la transmission du VIH doivent être inclus dans l'évaluation. L'identification de ces groupes dépend souvent du contexte ; cependant les groupes comprennent généralement les personnes suivantes (même s'ils ne se limitent pas à celles-ci) :

- femmes
- enfants et adolescents
- familles monoparentales
- certains groupes ethniques et religieux (souvent des minorités qui font l'objet d'une discrimination)
- personnes handicapées
- toxicomanes

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont souvent stigmatisées et font l'objet d'une discrimination. Une évaluation devrait inclure les personnes qui sont considérées comme les principaux transmetteurs, telles que les travailleurs du sexe, les militaires et le personnel paramilitaire. Finalement, il faut évaluer la possibilité de transmission

du VIH/SIDA suivant les interactions entre les populations déplacées et locales et les communautés locales.

Les personnes plus âgées, bien qu'elles ne soient pas nécessairement à risque pour le VIH/SIDA, sont vulnérables face aux exigences croissantes qui leur sont imposées, puisqu'elles doivent souvent s'occuper de jeunes enfants orphelins.

► Actions fondamentales**▼ Effectuer une analyse rapide du risque et de la vulnérabilité face au VIH/SIDA.**

Évaluer le niveau de risque existant et les facteurs

spécifiques qui rendent les groupes à risque énumérés ci-dessus encore plus vulnérables à la transmission de VIH. Ces informations orientent l'élaboration des programmes et la mise en œuvre des politiques. Ces informations peuvent être obtenues qualitativement grâce à des interviews des informateurs principaux et des groupes de discussions ponctuels qui comprennent tous une série de groupes y compris les agents communautaires et sanitaires, les leaders communautaires et religieux (chez les personnes déplacées et dans les populations d'accueil), les groupes de femmes et de jeunes, le gouvernement, l'ONU et les agents des ONG, ainsi que par l'observation de la zone d'urgence et de ses environs).

▼ Entreprendre la surveillance du VIH/SIDA.

Les données préliminaires existantes peuvent comprendre :

- les tests des donneurs de sang volontaires
- les tendances dans les rapports de surveillance des cas de SIDA

- les nouveaux cas de tuberculose
- l'incidence des IST (nouveaux cas/1000 personnes/mois) et les tendances des IST ventilées par syndrome (urétrorrhée chez l'homme, ulcères génitaux, syphilis dans les cliniques prénatales)
- pourcentage et tendances d'occupation des lits d'hôpitaux par des personnes âgées de 15 à 49 ans.
- informations sur le VIH/SIDA dans les zones d'origine des personnes déplacées
- la surveillance sentinelle des femmes enceintes (approximations pour la population en général)
- la surveillance sentinelle des sous-groupes à haut risque (patients atteints d'IST, utilisateurs de drogues injectables et travailleurs du sexe)
- les tests de dépistage et conseil volontaire pour le VIH
- la prévention de la transmission de la mère à l'enfant
- les études de surveillance du comportement.

Les défis pour les rapports sur la surveillance comprennent :

- La difficulté d'interprétation lorsqu'une thérapie anti-rétrovirale (ART) est en place
- Des registres de mortalité incohérents
- Des diagnostics des syndromes et des rapports sur les IST insuffisants

▼ Autres données préliminaires essentielles.

- Tendances dans l'usage du préservatif
- Incidence et tendances de la violence sexuelle
- État de nutrition aiguë et chronique de la population en utilisant les études basées sur la population parmi les différents groupes (enfants de 6 à 59 mois, femmes enceintes, adultes)

- Si l'aide alimentaire est distribuée, quantité (kcal/personne/jour) et qualité (panier alimentaire)
- Quantité (litre/personne/jour) et qualité de l'eau disponible
- Informations sur les stratégies de prise en charge des personnes qui se trouvent dans une situation d'insécurité alimentaire

▼ Feed-back

- organisations et gouvernements participants
- travailleurs du secteur
- populations touchées

▼ **Voir également :** Activités de suivi (Feuille d'action 2.3) et Bases de données partagées (Feuille d'action 2.2)

► Ressources principales :

UNHCR/WHO/UNFPA. Inter-agency field manual. Reproductive health in refugee situations. Geneva, 1999. Chapter 9.

www.unhcr.ch/cgi

WHO. Guidelines for sexually transmitted infections surveillance: WHO, 1999.

www.who.int/emc-documents/STIs/whocdscsredc993c.html

UNAIDS/WHO. Guidelines for second generation HIV surveillance. Geneva: UNAIDS/WHO, 2000: 1-48.

Demographic and Health Surveys at:

www.measuredhs.com

UNAIDS. Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections.

www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/fact_sheets/index_en.htm

Feuille d'action 2.2 : Créer et gérer une base de données partagée

► Contexte

La création d'une base de données normalisée et partagée est un élément important de la coordination. Chaque secteur doit avoir une institution leader dont la responsabilité est de coordonner et de communiquer avec les autres organisations et les gouvernements impliqués dans l'intervention d'urgence. Une base de données facilite les comparaisons entre les différents sites ainsi que l'agrégation et l'interprétation des informations des échelons les plus bas (cliniques et campements) aux échelons les plus hauts (niveau régional ou de pays). L'idéal serait de créer une base de données pendant la phase de préparation. Si elle ne l'a pas été avant l'urgence, il faudrait en faire une priorité de l'intervention d'urgence.

► Actions fondamentales

▼ Dresser un inventaire des formulaires et des systèmes de collecte de données existants pour examiner les liens possibles avec le système d'information sur le VIH/SIDA. Ces formulaires peuvent se trouver dans les pays ou provenir des pays voisins.

▼ Développer des formulaires standardisés. Les types de formulaires peuvent varier selon les programmes disponibles mais ils doivent comprendre les données suivantes :

- système d'information sur la santé y compris le rapport confidentiel des cas de SIDA clinique, des IST par syndrome, la violence sexiste et les éléments de rapport sur les décès
- examen du sang (VIH et syphilis)
- programmes pour les orphelins
- cas nécessitant une protection.

Selon la situation et le programme, il peut y avoir des systèmes en place pour :

- une surveillance sentinelle (prénatale et à haut risque)
- des études : surveillance du comportement, nutrition, autres
- dépistage et conseil volontaire pour le VIH
- la prévention de la transmission de la mère à l'enfant
- un programme d'alimentation complémentaire et thérapeutique

▼ Elaborer des définitions standard des cas, comme ci-dessus.

▼ Parvenir à un consensus avec les partenaires et les acteurs sur les points ci-dessus, ainsi qu'à l'harmonisation des formulaires gouvernementaux existants, le cas échéant.

▼ Prévoir un endroit pour les bases de données partagées avec accès ouvert aux utilisateurs.

▼ Donner une formation à :

- plusieurs travailleurs du secteur impliqués dans l'établissement de rapports, la collecte et l'analyse des données
- des « spécialistes des données » pour gérer le matériel et les logiciels ainsi que l'aspect informatique des données.

- ▼ Feed-back à tous les niveaux
- organisations, gouvernements participants
 - travailleurs du secteur
 - population touchée.

▼ Voir aussi: Evaluation des données préliminaires (Feuille d'action 2.1) et Activités de suivi (Feuille d'action 2.3).

► Ressources principales

UNHCR/WHO/UNFPA. Inter-agency field manual. Reproductive health in refugee situations. Geneva, 1999. Chapter 9.

www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/home/openssl.pdf

WHO. Guidelines for sexually transmitted infections surveillance: WHO, 1999.

UNAIDS/WHO. Guidelines for second generation HIV surveillance. Geneva: UNAIDS/WHO, 2000: 1-48.

Sites web :
www.unaids.org

Feuille d'action 2.3 : Activités de suivi

► Contexte

Pendant la phase aiguë des situations d'urgence, il faudrait mettre en œuvre les programmes fondamentaux décrits dans la matrice. Au-delà de ces activités de base, d'autres programmes sur le VIH/SIDA peuvent être poursuivis à partir de programmes existants avant la phase d'urgence, cela dépendra du niveau de développement du pays, du stade de l'épidémie et de la phase d'urgence. Il faut réaliser le suivi en pensant en termes d'objectifs à court terme, à moyen terme et à long terme. En suivant dès le début les processus, les résultats, les indicateurs biologiques et comportementaux, on peut gérer plus efficacement le VIH/SIDA dans des situations d'urgence.

► Actions fondamentales

▼ Elaborer des indicateurs de base pour une intervention minimale.

Pour chaque programme il faut un ensemble essentiel d'indicateurs normalisés pour évaluer les progrès et les résultats. Les indicateurs de base pour de nombreux programmes existent déjà (voir **Ressources principales**). Les organisations doivent se mettre d'accord sur un nombre limité d'indicateurs importants et normalisés, tous mesurés de la même manière. En outre, il faut établir des repères et des tendances pour interpréter les indicateurs

et, partant, le succès du programme.

Par exemple, fournitures et utilisation de préservatifs masculins :

- Indicateurs du processus à court terme :

Calcul pour un stock de préservatifs masculins suffisant pour 3 mois :

Hommes sexuellement actifs* x 1,2 (gaspillage) x 12 préservatifs/mois =

Y préservatifs x 3 mois

* 15 ans et plus ; à défaut, utiliser une estimation de 20% de la population.

Distribution des préservatifs :

Nombre de préservatifs distribués en 1 mois/nombre d'hommes sexuellement actifs dans la population =

Nombre de préservatifs/homme sexuellement actif/mois

Repère : minimum : 12 préservatifs/homme sexuellement actif/mois⁴

- Indicateurs sur les résultats à moyen terme :

Incidence des IST par syndrome dans le temps:

Nombre de nouveaux cas de syndromes d'urétrorrhée chez l'homme/1.000 hommes adultes*

*15 ans et plus ; à défaut, utiliser une estimation de 20% de la population.

Nombre de nouveaux cas de syphilis détectés lors de la première consultation prénatale des femmes/1.000 femmes en âge de procréer (15-49 ans)/mois

Nombre de nouveaux cas d'ulcères génitaux (masculins et féminins)/1.000 adultes dans la population/mois

Repère possible : réduction de 25% des cas en 6 mois.

▼ Consensus sur les indicateurs ci-dessus avec harmonisation des indicateurs gouvernementaux existants, le cas échéant.

▼ Formation

- plusieurs travailleurs du secteur impliqués dans la collecte, les rapports et l'analyse des données
- « spécialiste des données » désigné pour générer les aspects informatiques (matériel et logiciels) des données.

▼ Feed-back

- organisations participantes, gouvernements
- travailleurs du secteur
- populations touchées.

▼ Voir également : Analyse des données préliminaires (Feuille d'action 2.1) et Créer et gérer une base de données partagée (Feuille d'action 2.2)

► Ressources principales

National AIDS Programmes: a guide to monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS, 2000.

UNHCR. Prevention and response to sexual and gender-based violence in refugee situations. Interagency lessons learned 2001, Geneva.

UNHCR/WHO/UNFPA. Inter-agency field manual. Reproductive health in refugee situations. Geneva, 1999. Chapter 9. www.unhcr.ch/cgi

WHO. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. 2001.

Handbook of indicators for HIV/STI programs, USAID, first edition March 2000, app. II

Sites Web : www.dec.org/default.cfm

Feuille d'action 3.1 : Prévenir et agir contre l'exploitation et la violence sexuelles**► Contexte**

La violence sexuelle et sexiste (VSS) est une violence exercée contre les femmes et les hommes à cause de la manière dont une société attribue les rôles et les attentes en fonction du genre. Cette forme de violence comprend des actes spécifiques contre les femmes, tels que le harcèlement sexuel, le viol, les mutilations des organes génitaux féminins, la violence conjugale, le mariage forcé, la prostitution forcée (connue également comme exploitation sexuelle) et/ou la discrimination et la violence contre celles qui ne respectent pas les normes sociales. Des attaques contre la masculinité des hommes, tels que le viol des hommes ou la mutilation des parties génitales, sont également des formes de violence sexiste.

La violence sexuelle et sexiste est une atteinte aux droits humains fondamentaux des adultes et des enfants et elle affecte leur développement intégral en tant qu'individu ainsi que celui de leur communauté. La VSS s'intensifie dans les conflits et dans des situations postérieures aux conflits, augmentant les risques auxquels font face les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ainsi que d'autres personnes touchées par des situations d'urgence. Pour réagir, les agents humanitaires et les forces de maintien de la paix ont commencé à agir pour attirer l'attention de la communauté internationale

sur le renforcement et l'augmentation de la protection des femmes et des enfants dans des situations de crise humanitaire.

La VSS augmente les possibilités et la probabilité d'une propagation du VIH/SIDA. Dans les situations d'urgence, le viol et l'échange de relations sexuelles contre la survie sont les manifestations les plus visibles de la violence sexuelle.

► Actions fondamentales**▼ Lancer un plaidoyer contre la violence et l'exploitation.**

Effectuer un travail de plaidoyer auprès des forces belligérantes, et des forces de maintien de la paix le cas échéant, pour qu'ils mettent fin à la violence et à l'exploitation sexuelles exercées contre les femmes et les enfants.

Une formation sur la protection des enfants a été mise en place pour les forces de maintien de la paix; elle contient une section sur la violence et l'exploitation sexuelles (Save the Children-Suède, Bureau du Représentant spécial du Secrétaire général pour les enfants dans les conflits armés, UNICEF).

La carte de sensibilisation en matière de VIH/SIDA élaborée par l'ONUSIDA pour les opérations de maintien de la paix contient le code de conduite pertinent qui doit être respecté par le personnel de maintien de la paix.

▼ Donner une formation en matière de codes de conduite.

Donner aux agents humanitaires, distributeurs alimentaires et organisations partenaires à l'échelon international, national et local une formation sur les éléments fondamentaux du code de conduite relatif à la violence et

l'exploitation sexuelle élaboré par l'IASC et sur les sanctions en cas de violation.

Les éléments fondamentaux contiennent :

- L'exploitation et la violence sexuelles sont considérées comme des fautes graves justifiant le renvoi.
- Toute activité sexuelle avec des enfants (toute personne âgée de moins de 18 ans) est interdite, quel que soit l'âge de la majorité ou du consentement dans la région visée. La méconnaissance de l'âge réel de l'enfant ne peut être invoquée comme défense.
- Il est interdit de chercher à obtenir des faveurs sexuelles ou toute forme de comportement à caractère humiliant, dégradant ou servile en échange d'argent, d'un emploi, de biens ou de services. Ceci inclut l'assistance due aux bénéficiaires.
- Les relations sexuelles entre agents des services humanitaires et bénéficiaires de l'aide sont vivement déconseillées car elles se fondent sur un rapport de force inégale par essence. En outre, ce type de relation porte atteinte à la crédibilité et à l'intégrité de l'action humanitaire.
- Tout agent des services humanitaires qui soupçonne un collègue, employé ou non par le même organisme, de se livrer à des violences ou à une exploitation sexuelle doit se référer à qui de droit par l'intermédiaire des mécanismes pertinents.
- Il est du devoir des organismes d'aide humanitaire d'instaurer et de préserver un environnement propre à prévenir toute exploitation et toute violence sexuelle et de promouvoir l'application de leur code de conduite. Il incombe en particulier aux responsables à tous les niveaux d'appuyer et de mettre en place des systèmes qui permettent de préserver cet environnement.

▼ Etablir des mécanismes de coordination

La coordination est essentielle pour développer des outils communs de suivi et d'évaluation et pour convenir de systèmes communs d'aiguillage pour les soins de santé, les conseils, la sécurité et les besoins juridiques.

- Instaurer et réviser continuellement les méthodes pour l'établissement des rapports et les aiguillages parmi les différents acteurs. L'aiguillage devrait se concentrer sur la prestation de services rapides et appropriés aux survivants.
- Partager les informations écrites sur les données d'incidence parmi les acteurs principaux, sans oublier la confidentialité.

▼ Encourager la sensibilisation par rapport aux droits des genres parmi les bénéficiaires.

- Organiser, avec des groupes de femmes, de jeunes, des groupes religieux, des organisations basées sur la communauté et tous les autres groupes appropriés dans les communautés touchées, des discussions sur la violence sexuelle et sur les endroits où les victimes peuvent obtenir de l'aide.
- Faire participer activement la communauté à toutes les étapes de l'élaboration du programme, de sa mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation.
- Mettre en place des installations pour la prestation de services avec la participation active de la communauté.
- Organiser des réunions régulières des principaux acteurs et intervenants. Désigner une « agence leader » pour assumer la responsabilité de la coordination.

▼ **Garantir les services de soins de santé nécessaires pour les victimes de la VSS.**

- Des services de soins de santé doivent être prêts pour répondre, avec compassion, aux personnes qui ont été violées, violentées ou qui ont fait l'objet d'abus sexuels.
- Les prestataires de soins de santé (médecins, assistants médicaux, infirmières, etc.) devraient être formés pour fournir des soins appropriés et disposer de l'équipement et des fournitures nécessaires.
- Des prestataires de soins de santé femmes devraient être formés en priorité mais un manque d'agents sanitaires qualifiés de sexe féminin ne devrait pas empêcher le service de fournir des soins aux survivants d'un viol. (Voir Feuille d'action 7.6)
- Il faudrait proposer un traitement approprié aux victimes et la prophylaxie postexposition pour le VIH/SIDA devrait être disponible dans les endroits qui ont plus de 1 % de prévalence du VIH.

► **Ressources principales**

Sexual and Gender-based violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response. UNHCR, July 2002.

Groupe d'étude du IASC sur la protection contre l'exploitation et la violence sexuelles dans les crises humanitaires. Plan d'action. 2002.

How To Guide: Crisis Intervention Teams: Responding to Sexual Violence in Ngara Tanzania. UNHCR, January 1997.

How to Guide: Monitoring and Evaluation of Sexual Gender Violence Programmes. UNHCR April 2000.

Clinical Management of Survivors of Rape (draft for field-testing). WHO and UNHCR, June 2002.

SCF-UK, WFP, UNICEF. Preventing and Responding to Sexual Abuse and Exploitation in Humanitarian Crisis. Trainers' Notes and Training Material. October 2002.

Site internet :

www.unaids.org/en/media/fact+sheet/asp

Feuille d'action 3.2 : Protéger les orphelins et les enfants séparés

► Contexte

Les enfants orphelins et séparés risquent de faire l'objet d'abus, d'exploitation et d'être recrutés par les forces combattantes. Ils disposent souvent d'un accès limité à l'éducation, aux soins de santé et aux nécessités de base par rapport aux autres enfants qui sont avec leurs parents ou avec d'autres adultes. Ces risques rendent souvent ces enfants plus vulnérables à une infection par le VIH. Il faudrait déployer tous les efforts possibles pour protéger les enfants contre les abus et pour garantir que leurs droits sont respectés.

► Actions fondamentales

▼ Eviter la séparation des orphelins et des enfants séparés grâce à la formation des agents humanitaires et à la sensibilisation des parents. (Par exemple, le risque de séparation peut être limité en inscrivant le nom et l'adresse sur les vêtements des enfants).

▼ Procurer aux garçons et aux filles qui sont démobilisés en tant qu'enfants soldats une éducation de base en matière de VIH, un examen médical et un traitement contre les infections sexuellement transmissibles.

▼ Fournir des soins et une attention immédiats aux enfants séparés en

ciblant particulièrement les enfants non accompagnés.

▼ Veiller à ce que des espaces sûrs soient fournis par les agences de protection des enfants, que les enfants soient enregistrés et que des aliments, des abris et un soutien soient disponibles.

▼ Rechercher et réunir les enfants qui ont des parents ou de la famille, éviter l'adoption lors du paroxysme de la situation d'urgence.

▼ Organiser l'adoption temporaire ou permanente si on ne peut pas trouver les parents ou des membres de la famille.

▼ Dans les camps, protéger spécialement les ménages dirigés par des enfants et par des femmes, en les regroupant par exemple au centre plutôt qu'à la périphérie du camp ou en s'assurant qu'ils sont placés dans un groupe social qui leur donnera la protection nécessaire.

▼ Apporter un soutien psychologique aux orphelins et aux enfants séparés ainsi qu'aux personnes qui s'en occupent.

▼ Donner aux orphelins et aux enfants séparés accès aux services de santé de la reproduction adéquats.

▼ Créer des espaces amis des enfants où les enfants peuvent se réunir, jouer, recevoir des soins de santé de base et l'alimentation nécessaire et étudier à l'école ou en dehors de celle-ci, par exemple en créant des écoles et des terrains de jeux.

▼ Garantir que les enfants orphelins et séparés ne fassent pas l'objet de discrimination.

▼ Garantir le soutien aux personnes âgées qui s'occupent d'enfants orphelins ou séparés.

▼ Veiller à ce que les autorités locales soient conscientes de l'existence et des besoins spécifiques de ces enfants vulnérables.

► Ressources principales

UNICEF. Actions for Children Affected by Armed Conflict, May 2002.

UNICEF, UNHCR, CICR, IRC, Save the Children, World Vision. InterAgency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children. 2003

UNHCR, OHCRC, UNICEF, Save the Children. Action for the rights of children. October 2002.

Working with separated children. Field Guide, Training Manual and Training Exercises. Save the Children, London, Uppard, S., Petty, C. and Tamplin, M. 1998.

www.savechildren.org.uk/onlinepubs/guide/sepchildpubs.html

Feuille d'action 3.3 : Garantir l'accès aux préservatifs pour les forces de maintien de la paix, le personnel militaire et humanitaire**► Contexte**

Etant donné leur environnement de travail, leur mobilité, leur âge et d'autres facteurs qui les exposent à des risques supérieurs d'infection par le VIH/SIDA, les forces de maintien de la paix, le personnel humanitaire et les corps nationaux en uniforme sont très vulnérables aux infections sexuellement transmissibles. Le personnel militaire constitue surtout une population à risque en termes d'exposition aux IST, y compris le VIH/SIDA. En temps de paix, le taux d'IST parmi le personnel des forces armées est généralement 2 à 5 fois supérieur par rapport à la population civile ; en temps de conflit, la différence peut être bien plus importante. Vu sa discipline, son sens de la hiérarchie, sa jeunesse et sa mobilité, cette population est un vecteur important pour partager la sensibilisation en matière de VIH/SIDA et les informations sur sa prévention entre eux et avec la collectivité plus large.

Il faut insister sur les messages essentiels, y compris les faits fondamentaux sur le VIH/SIDA et sur les **codes de conduite**, ainsi que sur la promotion des préservatifs et l'usage de ceux-ci. Les préservatifs offrent une protection efficace contre la transmission sexuelle du VIH s'ils sont utilisés de manière cohérente et correcte. La programmation durable des préservatifs identifie les activités

essentielles requises pour réussir l'achat, la promotion et la livraison efficaces des préservatifs. Toutefois, dans des situations d'urgence, il faut que les préservatifs soient immédiatement et gratuitement mis à disposition des personnes à risque.

► Actions fondamentales**▼ Evaluation des besoins en approvisionnements de préservatifs.**

Dans les situations d'urgence, il y a rarement assez de temps pour rechercher des informations détaillées sur le comportement sexuel. Voilà pourquoi il peut s'avérer difficile de calculer les approvisionnements nécessaires en préservatifs.

Il faudrait garantir ceci :

- Avant d'évaluer les besoins en préservatifs du personnel des corps en uniforme, il est conseillé de contacter la division médicale (si elle existe et si elle est accessible) des forces armées pour déterminer ce qui est fait, si quelque chose est fait, au sujet de la prévention du VIH/SIDA. Cette collaboration va faciliter une évaluation plus réaliste des besoins.
- Certaines missions de maintien de la paix disposent d'un officier médecin et/ou peuvent avoir un point de contact ou un conseiller en matière de VIH/SIDA; il est donc essentiel de contacter ces personnes-là.
- Essayer d'évaluer le nombre de personnes des corps en uniforme et/ou des forces de maintien de la paix présentes dans la région.
- Il n'y a pas d'échelle internationale pour l'usage des préservatifs. Cinq préservatifs masculins et deux à trois préservatifs féminins (s'ils sont disponibles) par

personne par semaine sont les chiffres utilisés par les agences spécialisées en santé de la reproduction à des fins de planification.

▼ Achats

Etant données les conditions souvent très difficiles dans lesquelles ils seront distribués, il est essentiel que les préservatifs soient de bonne qualité. Une bonne qualité garantit également l'efficacité de la prévention de la propagation des IST. Les préservatifs peuvent s'obtenir auprès des donateurs, des fournisseurs intermédiaires ou directement auprès des fabricants.

On peut obtenir des préservatifs par le biais des fonctionnaires chargés des achats ou leur équivalent, qui devraient s'assurer que tous les envois de préservatifs qu'ils reçoivent ont été testés du point de vue de la qualité. Des préservatifs qui répondent aux spécifications de l'OMS peuvent être obtenus auprès du UNFPA, de IPPF ou de l'OMS.⁵

▼ Distribution des préservatifs

- Evaluer les principales contraintes (et les opportunités) concernant l'accès aux préservatifs.
- Celles-ci peuvent comprendre les croyances religieuses ou culturelles qui restreignent ou interdisent l'usage des préservatifs.
- Les opportunités pourraient être de placer des préservatifs dans les trousseaux de survie pour les forces armées ou de maintien de la paix.
- Contacter (si cela est possible) le personnel du contingent médical des forces armées et des forces de maintien de la paix afin de déterminer s'il est possible de collaborer pour la distribution des préservatifs. Les préservatifs pourraient

être distribués en même temps que d'autres fournitures nécessaires aux membres des deux corps armés.

- Identifier d'autres possibilités de distribution, par exemple, par l'intermédiaire d'ONG partenaires ou en ciblant les établissements fréquentés par les corps en uniforme (bars et/ou bordels)
- L'emballage des préservatifs devrait présenter des instructions culturellement appropriées (par exemple des informations graphiques) sur la manière d'utiliser les préservatifs et de s'en débarrasser sans danger (voir : le préservatif masculin, mise à jour technique).

▼ Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation, même si ce ne sont pas les activités les plus en vue dans des situations d'urgence, peuvent cependant aider à savoir si les fournitures de préservatifs parviennent au public ciblé, si les fournitures adéquates sont disponibles et s'il faut du matériel éducatif supplémentaire sur l'usage correct des préservatifs. Pour une intervention minimale il faudrait disposer d'une étroite collaboration avec les partenaires chargés de la distribution et surveiller la distribution des préservatifs dans les endroits ciblés.

▼ La stratégie de la carte de sensibilisation de l'ONUSIDA

La **carte de sensibilisation** est une pochette recouverte de plastique qui contient les faits essentiels sur le VIH/SIDA, un code de conduite pour les corps en uniforme, les instructions sur la prévention et une poche pour y glisser un préservatif. La carte de sensibilisation est disponible en 11 langues et c'est un outil très utile pour les campagnes de sensibilisation au VIH/SIDA, surtout si on la combine avec une distribution de préservatifs.

Pour obtenir les cartes de sensibilisation, contacter le bureau de l'ONUSIDA sur le SIDA, Security and Humanitarian Response : unaids@unaids.org.

► Ressources principales

Voir aussi : Feuille d'action 10.1 : Prévenir toute discrimination liée à la séropositivité dans la gestion du personnel.

Manual of reproductive health kits from UNFPA.

Male Condom programming Fact sheets, UNAIDS, WHO, WHO/RHT/FPP/98.15 UNAIDS/98.12.

The Female Condom, A guide for planning and programming, UNAIDS, WHO, WHO/RHR/00.8 UNAIDS/00.12E.

Les SHR Awareness Card and peer education kit sont disponibles à l'adresse suivante : shr@unaids.dk

The UNAIDS Guide for Developing and Implementing HIV/AIDS/STI Programming for Uniformed Services. Disponible sur : shr@unaids.dk

Sites internet :

www.unaids.org/en/default.asp

www.unaids.org/html/pub/Topics/Security/FS4peacekeeping_en_doc.htm

Feuille d'action 4.1 : Inclure les considérations relatives au VIH/SIDA dans la planification pour l'eau/assainissement

Adapté de l'IRC (International Water and Sanitation Centre) www.irc.nl

► Contexte

L'amélioration des pratiques d'hygiène est impérative pour lutter contre les maladies diarrhéiques et les infestations par les vers intestinaux, réduire les infections opportunistes et améliorer le statut nutritionnel des mères et des enfants. Les personnes immunodéprimées éprouvent davantage de difficultés à résister et à se rétablir d'épisodes diarrhéiques, d'infestations par les vers intestinaux, d'érythèmes et autres infections opportunistes. Toutes ces pathologies amplifient l'impact du VIH/SIDA sur le statut sanitaire et dans certains cas, elles accélèrent la progression vers le SIDA déclaré. Dans les pays à prévalence élevée du VIH, des programmes d'eau et d'assainissement de qualité sont essentiels. Le fait d'assurer un approvisionnement en eau salubre à une plus grande proximité des familles touchées par le VIH/SIDA et aux écoles et infrastructures sanitaires, permet d'améliorer les pratiques d'hygiène personnelle, domestique, institutionnelle et alimentaire. Il est également impératif de garantir aux femmes et aux filles des points d'eau et des toilettes acceptables et sans risques afin d'assurer une égalité d'accès et une protection contre le harcèlement et les abus sexuels.

► Actions fondamentales

▼ Faire en sorte que les analyses de vulnérabilité tiennent compte de l'extrême fragilité des adultes vivant avec le VIH face aux infections diarrhéiques et à leurs séquelles et veiller à adapter les programmes et le ciblage en conséquence, surtout dans les pays à prévalence élevée.

▼ Dispenser une éducation aux bonnes pratiques d'hygiène aux familles et aux dispensateurs de soins, en fournissant des instructions claires quant à la manière dont laver le matériel et dont se débarrasser des déchets lorsque l'on est amené à prodiguer des soins à des malades chroniques.

▼ Envisager le positionnement approprié de latrines et de points d'eau afin de minimiser les risques de violences sexuelles contre les filles et les femmes qui se rendent vers ces endroits.

▼ Aider à faire disparaître les mythes et les conceptions erronées au sujet de la contamination de l'eau par le VIH, en réduisant ainsi la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/SIDA ou qui sont touchées par ce problème. Parmi les idées erronées nous trouvons :

- partager un puits avec des personnes qui ont le VIH causera la contamination du point d'eau
- les personnes peuvent être infectées par le VIH/SIDA à cause de la pollution des eaux souterraines près des endroits où sont enterrés les morts.

(En fait, le VIH est un virus très fragile et il ne peut pas se propager selon ces deux voies-là)

Il faudrait encourager des discussions sur ces croyances pendant les activités de promotion de l'hygiène. Le fait d'ignorer ces croyances n'en diminuera en rien leur existence et ne réduira donc pas la stigmatisation et la discrimination.

▼ Faciliter l'accès à l'eau et à l'assainissement pour les familles qui comptent des personnes atteintes de maladies chroniques ; les personnes vivant avec le VIH/SIDA peuvent rencontrer des difficultés pour obtenir de l'eau à cause de la stigmatisation et de la discrimination, du manque d'énergie pour faire la file ou de force pour transporter de lourds bidons d'eau.

▼ Elaborer des systèmes d'eau qui prennent en compte le fait que ce sont souvent les enfants et les personnes âgées qui vont chercher de l'eau ; s'assurer que les poignées des pompes ne sont pas trop hautes, que le pompage n'est pas trop dur et que les parois du puits ne sont pas trop élevées. C'est surtout important là où la corvée eau incombe de plus en plus souvent aux enfants et aux personnes âgées comme conséquence du VIH/SIDA.

▼ Faciliter l'accès à des quantités supplémentaires d'eau pour les personnes qui soignent les personnes atteintes du VIH/SIDA. Elles peuvent avoir besoin de plus d'eau que d'habitude pour lessiver les draps et les couvertures des membres de la famille atteints de maladies chroniques et pour laver plus souvent les personnes malades.

▼ Inclure des installations appropriées pour l'eau et l'assainissement dans les centres de santé et les centres d'études et prévoir l'éducation à l'hygiène dans les programmes d'éducation pour les situations d'urgence.

▼ Déployer des efforts supplémentaires pour garantir que la voix des personnes vivant avec le VIH/SIDA est entendue directement ou indirectement par représentation ; les personnes infectées et leurs familles peuvent être exclues, intentionnellement ou non, de la prise de décision communautaire en matière d'eau.

► Ressources principales

International Water and Sanitation Centre (IRC). www.irc.nl

International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies. Water and Sanitation Kit.

Feuille d'action 5.1 : Cibler l'aide alimentaire pour les familles et les communautés affectées

► Contexte

Le ciblage de l'aide alimentaire sur les familles touchées par le VIH/SIDA se révèle une tâche particulièrement complexe. Dans les pays pauvres, le test de dépistage du VIH est souvent indisponible et la séropositivité n'est pas connue. Même lorsque des tests volontaires sont disponibles, de nombreuses personnes ont peur de connaître leur séropositivité et choisissent de ne pas se soumettre au dépistage. En raison de la stigmatisation associée au VIH/SIDA, le fait de particulariser les personnes séropositives peut être délétère aussi bien au niveau individuel que familial. L'analyse de vulnérabilité et d'autres instruments n'ont pas encore été en mesure d'intégrer pleinement le VIH/SIDA dans leurs études. Pour l'instant, on a recours à des indicateurs indirects.

► Actions fondamentales

▼ Cibler toutes les personnes se trouvant en situation de précarité alimentaire, peu importe que leur séropositivité soit connue ou pas.

Remarque: Dans certains cas, d'autres groupes (organisations communautaires, ONG, etc.) peuvent avoir identifié les personnes séropositives grâce au test volontaire de dépistage. Dans de telles situations, il peut être envisageable d'apporter un soutien direct aux personnes vivant avec le VIH/SIDA,

aussi longtemps que la stigmatisation ne constitue pas un problème.

▼ Veiller à ce que l'aide alimentaire, lorsqu'elle est procurée à des personnes vivant avec le VIH/SIDA et aux familles touchées par le VIH/SIDA, ne crée pas une situation où les familles non affectées par le VIH se sentent marginalisées.

- Il faudrait collaborer avec les organisations communautaires établies qui sont déjà impliquées auprès des personnes et des familles touchées par le VIH/SIDA.
- Lorsque la chose est possible, des activités de sensibilisation et de prévention devraient être associées à des activités de distribution à grande échelle.

▼ Dans les situations d'urgence, certains individus sont davantage exposés aux risques que d'autres. Il s'agit souvent des mêmes personnes dont l'insécurité alimentaire est exacerbée par le VIH/SIDA, notamment :

- Les foyers dirigés par des femmes, des enfants ou des personnes âgées
- Les familles qui accueillent des orphelins
- Les familles qui s'occupent d'un ou de plusieurs malade(s) chronique(s).

▼ Augmenter le nombre et le type de sites de distribution de nourriture. Il faudrait envisager une augmentation des activités pour fournir des ressources complémentaires afin de couvrir les besoins particuliers des foyers touchés par le VIH/SIDA, comme les écoles, les orphelinats, les églises, les hôpitaux, des centres de santé maternelle et infantile et des programmes HBC.

▼ Accorder une attention particulière aux communautés qui ont été particulièrement

touchées par la pandémie et dont la sécurité alimentaire est menacée par le VIH/SIDA.

▼ Afin de pouvoir identifier les zones géographiques les plus gravement touchées, il conviendrait d'analyser l'ensemble des données nationales et les données des autres agences des Nations Unies. D'autres indicateurs que les indices de prévalence peuvent également être utilisés afin de contribuer à repérer les zones de prévalence élevée.

Ces indicateurs indirects comprennent :

- les taux de mortalité et de morbidité,
- les indicateurs démographiques, et
- les données des centres sanitaires sur les IST, les infections virales, le taux de tuberculose et les grossesses chez les adolescentes.

Les analyses de vulnérabilité, réalisées sur une base régulière, devraient confirmer l'utilité de ces indicateurs indirects.

▼ Dans le cadre des urgences de grande envergure, certaines agences utilisent le concept de « hot spots », c'est-à-dire des points chauds correspondant à des régions où la vulnérabilité alimentaire se trouve en chevauchement avec d'autres indicateurs de vulnérabilité, notamment un taux élevé de prévalence du VIH/SIDA. Parmi les autres indicateurs de vulnérabilité, on peut mentionner :

- un taux élevé ou croissant de cachexie et de ralentissement de la croissance
- un taux élevé ou croissant de problèmes de santé connexes
- des services et une infrastructure de soins de santé rudimentaires
- un taux de décrochage scolaire en hausse
- un taux élevé d'IST

- des contraintes opérationnelles susceptibles d'accroître la vulnérabilité de certaines populations (mauvaise accessibilité ou carence grave en capacité de mise en œuvre).

► Ressources principales

WFP Southern Africa Implementation Strategy.

www.wfplogs.org/bulletins/rep_programme.asp

Programming in the era of AIDS: WFP's response to HIV/AIDS, January 2003.
www.wfp.org/eb

Food Security, Food Aid and HIV/AIDS: WFP Guidance Note.

Frequently Asked Questions on Food Security, Food Aid and HIV/AIDS.

Information Sheet on Nutrition, Food Security and HIV/AIDS.

Background Paper on HIV/AIDS and Orphans: Issues and challenges for WFP.

Food and Education: WFP's Role in Improving Access to Education for Orphans and Vulnerable Children in Sub-Saharan Africa.

Food Security, Food Aid and HIV/AIDS: Project Ideas to Address the HIV/AIDS Crisis.

WFP Food Distribution Guidelines, 2003 (Provisional version)

UNHCR. 1997. Commodity Distribution; a Practical Guide for Field Staff. UNHCR, Geneva.

www.unhcr.ch/

Feuille d'action 5.2 : Planifier les besoins nutritionnels et alimentaires des populations à prévalence élevée du VIH

► Contexte

Cette feuille d'action passe en revue les démarches nécessaires dans la planification des besoins nutritionnels et des rations d'aide alimentaire dans les situations d'urgence avec prévalence élevée de VIH. Dans toutes les situations d'urgence, il est primordial de comprendre parfaitement le contexte local pour planifier des rations qui vont effectivement atteindre les objectifs de l'intervention. Deux des principaux objectifs de l'aide alimentaire dans les situations d'urgence sont :

- Prévenir une hausse de la malnutrition
- Prévenir une hausse de la mortalité.

La pandémie de VIH/SIDA a un impact direct sur les causes de la malnutrition et de la mortalité dans les situations d'urgence. En menaçant la vie des adultes en âge de procréer, le VIH/SIDA exacerbe les quatre causes sous-jacentes de la malnutrition infantile :

- accès insuffisant à la nourriture
- pratiques inadéquates chez les mères et pour les soins aux enfants
- conditions médiocres du point de vue de l'eau/assainissement
- services sanitaires inadéquats.

Par conséquent, pour que les opérations d'urgence atteignent leur objectif en ciblant les populations à prévalence élevée de VIH/SIDA, il est d'autant plus crucial de planifier des paniers alimentaires qui reflètent précisément les besoins nutritionnels et alimentaires de la population.

Les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont susceptibles d'avoir des besoins nutritionnels et alimentaires spéciaux. Des apports adéquats en énergie, en protéines et en micronutriments sont essentiels pour lutter contre le VIH et se prémunir contre les infections opportunistes. La consultation d'experts sur les besoins en nutriments des personnes vivant avec le VIH/SIDA organisée par l'OMS en mai 2003 a formulé la recommandation suivante : une augmentation de 10% des besoins énergétiques est nécessaire pour maintenir le poids corporel et l'activité physique chez les adultes séropositifs asymptomatiques. Ce pourcentage peut augmenter jusqu'à 20-30% chez les adultes symptomatiques et même atteindre 50-100% chez les enfants présentant une perte de poids et une infection aiguës. Les données disponibles au moment de la consultation n'ont pas permis de formuler des recommandations spécifiques allant plus loin que les apports journaliers recommandés (AJR) en protéines, en lipides et en micronutriments. Toutefois, une consommation adéquate de protéines et de lipides est très importante pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.⁶

Certains éléments indiquent aussi que pratiquement toutes les vitamines et l'ensemble des minéraux ont un retentissement sur le système immunitaire ou sont affectés par une infection. Même si de multiples recherches doivent encore être menées à bien sur le rôle spécifique

des micronutriments dans l'infection à VIH, des études ont montré que certains micronutriments sont associés à des résultats positifs, notamment un ralentissement de la progression de la maladie, une réduction de la mortalité imputable aux infections opportunistes du VIH et un fléchissement de l'incidence du faible poids de naissance chez les femmes enceintes séropositives. Les besoins nutritionnels spécifiques des personnes vivant avec le VIH/SIDA devraient être pris en considération dans le cadre de la planification des rations. Des propositions d'actions sont évoquées dans la section qui suit.

► Actions fondamentales

Des orientations détaillées sur les besoins alimentaires et nutritionnels dans les situations d'urgence se trouvent dans *UNHCR/UNICEF/WFP/WHO Food and Nutrition Needs in Emergencies*. Les démarches énumérées ci-dessous ont pour but d'orienter la planification des rations et des besoins alimentaires en tant que composante d'une réponse minimale. Par ailleurs, une fois la situation stabilisée, il est important de procéder à des réévaluations périodiques et à des réadaptations de la ration/du panier alimentaire en conséquence.

L'effet amplificateur que peut avoir le VIH/SIDA sur la malnutrition et sur la mortalité dans les situations d'urgence accroît l'importance des considérations nutritionnelles dans la définition des allocations pour les populations à prévalence élevée de VIH/SIDA. Dans le tableau ci-dessous, les adaptations potentielles pour les populations à prévalence élevée de VIH/SIDA sont indiquées en **gras**.

▼ Calcul des besoins énergétiques de la population

- La valeur de planification initiale des besoins énergétiques est égale à 2.100 kcal/personne/jour.
- Adapter cette valeur vers le haut ou vers le bas en fonction des quatre éléments ci-dessous.

Population normale	Population à prévalence élevée de VIH/SIDA
Température Si la température est inférieure à 20°C, adapter les besoins énergétiques vers le haut à raison de 100 kcal par 5°C en dessous de 20°C.	
Etat sanitaire ou nutritionnel de la population Dans le cas où l'un ou l'autre est extrêmement médiocre, augmenter les besoins énergétiques de 100-200 kcal.	Une prévalence élevée de VIH/SIDA peut justifier une adaptation vers le haut des besoins énergétiques d'une population. Consulter un nutritionniste (de l'UNICEF, de l'OMS, du PAM) pour déterminer si une telle adaptation est souhaitable.
Répartition démographique de la population Si la répartition démographique n'est pas normale, il est peut-être nécessaire d'adapter les besoins énergétiques vers le haut ou vers le bas.	Le VIH/SIDA peut avoir des retombées significatives sur la composition démographique d'une population dont il faudra peut-être tenir compte dans la planification des rations. L'annexe 17 « Besoins alimentaires et nutritionnels des directives inter-agences » prévoit une subdivision des besoins énergétiques d'une population spécifique par sous-groupes établis en fonction de l'âge et du sexe que l'on peut utiliser pour adapter les besoins.
Niveau d'activité Si la population doit réaliser des activités modérées à lourdes, il est peut-être nécessaire d'adapter les besoins énergétiques vers le haut ou vers le bas.	Dans les situations ne concernant pas les réfugiés, le niveau d'activité est souvent sous-estimé. Or, des sous-estimations peuvent avoir des effets encore plus délétères au sein d'une population présentant des besoins physiologiques de base accrus.

- ▼ Choisir les denrées alimentaires qui couvrent les besoins de la population en énergie, en protéines, en lipides et en micronutriments. En règle générale, on recommande que les pourvoyeurs de protéines et de graisses représentent respectivement 10-12% et 17% des apports énergétiques totaux.

Remarque : Lorsque vous choisissez des produits alimentaires, n'oubliez pas que les protéines, les vitamines et les minéraux sont particulièrement importants pour les personnes atteintes du VIH/SIDA. Il faudrait envisager l'inclusion d'aliments composés enrichis en micronutriments et/ou de céréales moulues et enrichies. Un repas à base de farine ou de céréales moulues est préférable aux céréales non moulues parce qu'il est plus facile à préparer, à consommer et à digérer et que, par ailleurs, il réduit la charge imposée à la personne qui s'occupe du malade, qui ne devra pas ainsi aller au moulin ou concasser les grains.

- ▼ Mettre en œuvre les actions, la collecte de données et l'analyse de données relatives à la surveillance et au suivi.

Remarque : Dans le cadre de la surveillance, une attention toute spéciale devrait être accordée à l'inclusion des indicateurs pertinents au VIH/SIDA, concernant notamment la composition du ménage et la mortalité (décès d'un parent, taux de mortalité brut et en dessous de 5 ans, décès de membres de la famille adultes, etc.). Ces indicateurs peuvent être utilisés dans le cadre de l'analyse pour dissocier les effets de l'urgence et de l'intervention d'urgence sur les foyers touchés par le VIH/SIDA.

- ▼ Si nécessaire, évaluer la faculté de la population à obtenir des vivres provenant d'autres sources et adapter la ration en conséquence. Après de telles adaptations, surveiller la situation.

Exemple pratique :
L'urgence en Afrique australe de 2002-2003

Les répercussions du VIH/SIDA sur l'insécurité alimentaire ont été particulièrement visibles durant la crise en Afrique australe. Trois des six pays ciblés par l'intervention d'urgence présentaient une prévalence du VIH de plus de 30% au sein de la population adulte et dans les six pays, la prévalence est supérieure à 12%. Dans le cadre de l'intervention régionale, une ration de référence a été adoptée apportant 2.198 kcal, 12% provenant des protéines et 17% des graisses. Durant le processus de calcul des besoins énergétiques, il a été accepté d'adapter la ration vers le haut (de 2.100 à 2.200 kcal) afin de tenir compte de la prévalence élevée du VIH. La ration comprenait également 100 g d'aliments mélangés enrichis, pour prendre en considération l'importance des vitamines, des minéraux et des protéines dans la lutte contre les infections opportunistes. Un enrichissement en micronutriments de la farine de maïs a été entrepris dans le contexte d'une initiative de mouture de grande envergure en tant qu'élément essentiel pour prendre en compte la dimension VIH/SIDA de la situation d'urgence. L'assistance humanitaire porte ses fruits ! Si l'urgence en Afrique australe évolue, l'intervention n'est pas en reste. Une crise alimentaire a pu être évitée, grâce à l'intervention opportune des partenaires des Nations Unies, des gouvernements, des donateurs et des ONG. La région reste néanmoins en crise. L'Afrique Australe possède toujours le taux de prévalence de VIH/SIDA le plus élevé au monde au sein de la population adulte. Une situation qui sape les mécanismes d'adaptation et de guérison des populations. Une intervention concertée, radicale et à long terme est nécessaire pour relever ce défi.

Ration alimentaire de référence en Afrique australe

- Céréales : 400 g
- Légumineuses : 60 g
- Huile : 20 g
- Aliments mélangés enrichis : 100 g

Les orientations ci-dessus ont pour vocation première de planifier les besoins alimentaires et nutritionnels associés à une ration générale.

Toutefois, les mêmes considérations sont d'application dans la conception d'autres activités impliquant la nourriture dans les situations d'urgence.

► Ressources principales

Piwoz E. and Preble E.A., HIV/AIDS and Nutrition: A review of the literature and recommendations for nutritional care and support in sub-Saharan Africa. 2000. Academy for Educational Development. Washington, DC.

www.enonline.net/fex/13/rs5-2.html

Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA). 2001. HIV/AIDS: A Guide for Nutrition, Care, and Support.

www.fantaproject.org/inc_features/hiv.htm

UNHCR/UNICEF/WFP/WHO. 2003. Food and Nutrition Needs in Emergencies.

United Nations System Standing Committee on Nutrition. 2001. Nutrition and HIV/AIDS: Report of the 28th Session Symposium held 3-4 April 2001, Nairobi, Kenya.

www.unsystem.org/scn/

Feuille d'action 5.3 : Promouvoir des soins et des pratiques nutritionnelles adéquates pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA

► Contexte

Dans les contextes d'urgence et ailleurs, les personnes vivant avec le VIH/SIDA présentent des besoins spécifiques en termes de soins et de nutrition. Une bonne nutrition est cruciale pour la santé et aide l'organisme à se protéger contre les infections en renforçant le système immunitaire. Qu'il y ait ou non de l'aide alimentaire disponible, une meilleure alimentation peut contribuer à améliorer ou à préserver l'état nutritionnel. Dans les situations d'urgence, le défi devient de taille car les populations sont habituellement confrontées à des situations d'existence radicalement différentes.

Dans les pays en développement, les soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA sont assurés dans une large mesure par les membres de la famille et les organisations communautaires qui travaillent par le biais de réseaux de volontaires. Dans les situations d'urgence, leur soutien est encore plus crucial que d'ordinaire mais ces systèmes de prise en charge sont souvent perturbés. Des efforts devraient être déployés pour rétablir les systèmes de soins dans la mesure du possible, en les renforçant grâce à une formation et à un soutien sur le terrain, tout en encourageant la mise en place de nouveaux systèmes. Lorsque vous entreprenez la distribution d'aide alimentaire aux personnes vivant avec le VIH/

SIDA dans des situations de d'urgence, faites très attention à ce que cette «discrimination positive» ne donne pas lieu à des sentiments de jalousie et de ressentiment vis-à-vis de ces personnes. Les réseaux existants peuvent être utiles à cet égard.

Il arrive souvent que les institutions locales (en particulier les services de santé) n'aient aucune activité de formation ou d'information sur l'éducation nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH/SIDA et ne savent pas quels conseils dispenser à ces personnes ou à leur famille.

► Actions fondamentales

▼ Identification des institutions et des personnes au niveau local (centres sanitaires, écoles, agents de l'extension agricole, assistants sociaux, ONG) qui sont actifs dans le secteur ainsi que le matériel d'information pertinent.

▼ Le personnel local (personnel des ONG, y compris les travailleurs confessionnels, sanitaires et les agents de l'extension) doit procéder à une évaluation rapide :

- des systèmes de soins existants pour les patients chroniques
- de l'impact de la crise sur ces systèmes
- des stratégies de prise en charge
- des besoins en formation
- des lacunes au niveau de l'information.

▼ Adaptation des directives génériques existantes sur les «soins nutritionnels» aux besoins locaux et aux possibilités locales.

▼ Renforcement des capacités (y compris des approches participatives et des techniques de communication) du personnel local compétent qui, à son tour, sera en mesure

d'informer et d'aider les dispensateurs de soins et les travailleurs communautaires/mobilisateurs sociaux sur :

- Les besoins nutritionnels spécifiques des personnes vivant avec le VIH/SIDA
- La manière de faire face aux complications du VIH/SIDA
- Les soins à prodiguer aux personnes vivant avec le VIH/SIDA
- Les remèdes et les traitements à base de plantes médicinales

▼ Le renforcement des réseaux de soins basés sur la communauté comprend :

- l'identification et le renforcement des capacités des volontaires communautaires
- l'intégration des soins nutritionnels aux personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les programmes des institutions locales compétentes (santé, éducation, nutrition, réhabilitation)
- l'établissement d'un système de référence et de soutien pour les systèmes de soins communautaires.

▼ Ressources principales

Living well with HIV/AIDS: a manual on nutritional care and support for people living with HIV/AIDS. FAO/WHO, 2002

Feuille d'action 5.4 : Soutenir et préserver la sécurité alimentaire des ménages et des communautés à risque ou touchées par le VIH/SIDA

► Contexte

Le VIH/SIDA désorganise les foyers et les communautés. L'épidémie interrompt l'obtention des moyens de subsistance, en affectant les activités de production et en augmentant le degré de dépendance des foyers (en raison de la maladie et des orphelins) ; avec à la clé une recrudescence de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition.

Il est dès lors essentiel que les projets et les activités d'intervention d'urgence accordent une attention toute particulière à la protection et à la promotion de la sécurité alimentaire pour les foyers et les communautés touchés en combinant les interventions de secours alimentaires et agricoles avec une éducation à l'aide alimentaire et à la nutrition. La pauvreté, l'insécurité alimentaire chronique, le VIH/SIDA et les situations d'urgence sont des situations qui se catalysent mutuellement, générant des scénarios complexes qui exigent des interventions déterminées, intégrées et intersectorielles. Dans les situations d'urgence, de par le fait même qu'elle se développe au détriment de la vulnérabilité tout en l'exacerbant et en empêchant toute perspective de rétablissement, l'épidémie de SIDA représente un risque et une charge supplémentaires pour les communautés et les foyers.

► Actions fondamentales

▼ Examiner les évaluations existantes des besoins alimentaires et agricoles de manière à identifier les groupes de population frappés par la plus grande précarité alimentaire, leurs principales contraintes et stratégies d'adaptation, en accordant une attention toute particulière aux problèmes des genres.

▼ Cibler les ménages connus affectés par le VIH/SIDA afin d'apporter un complément à leur régime alimentaire.

▼ Comprendre⁸ les contraintes et les stratégies spécifiques des foyers et des communautés touchés par le VIH/SIDA. Ces contraintes comprennent celles relatives à l'emploi, la perte de savoir, les tendances en matière de consommation alimentaire et de besoins en soins de même que les questions de genres.⁹

▼ Identifier les interventions de secours d'urgence potentielles au niveau de l'alimentation et de l'agriculture telles que :

- la production agricole, y compris l'agriculture écologique, les jardins privés ou communautaires, l'élevage du petit bétail
- l'accès aux marchandises, en fournissant des bons aux ménages les plus vulnérables pour qu'ils puissent acheter des produits prioritaires (semences, outils, petits bétail et services vétérinaires de base) dans des foires commerciales
- l'intégration de l'agriculture dans les soins à domicile grâce à des méthodologies peu exigeantes en main-d'œuvre
- la transformation alimentaire à petite échelle qui peut renforcer la résilience de

ces groupes et apporter des solutions de rechange aux comportements à risque.

▼ Fournir les intrants, la formation et l'assistance techniques adéquats aux institutions locales (en particulier les ONG) afin de protéger et de promouvoir la sécurité alimentaire des ménages tout en préservant et en facilitant les tâches reproductives fondamentales et en augmentant la sécurité.

▼ Garantir la participation des jeunes, y compris les filles, les jeunes femmes, les orphelins et les enfants soldats démobilisés aux activités de formation et d'éducation pour la production alimentaire, l'enseignement ménager et l'éducation à la nutrition.

▼ Identifier un ou des point(s) d'entrée permettant d'établir une corrélation entre les interventions minimales et la sécurité alimentaire à long terme, les politiques en matière de moyens de subsistance et les programmes au niveau local et national.

▼ Assurer le suivi régulier des interventions en incluant systématiquement des considérations sur le VIH/SIDA.

► Ressources principales

Guidelines for integrating HIV/AIDS concerns in agricultural emergency interventions (Projet FAO).

Guidelines for emergency needs assessment. (Projet FAO).

Living well with HIV/AIDS: a manual on nutritional care and support for people living with HIV/AIDS. FAO/WHO, 2002

Sites internet :

www.fantaproject.org/focus/hiv_aids.shtm

www.fao.org

Projet SEAGA : www.fao.org/sd/2001/PE0904_en.htm

Feuille d'action 5.5 : Distribution d'une aide alimentaire aux collectivités et aux foyers touchés

► Contexte : Distributions générales de nourriture

Cette feuille d'action dépeint les options envisageables pour les agences impliquées dans les distributions de vivres. Les informations contenues dans la présente feuille d'action sur le ciblage des familles et des communautés touchées par le VIH/SIDA sont fournies dans le but d'orienter les choix en matière de modalités de distribution.

Dans les situations d'urgence avec des besoins alimentaires à grande échelle, les distributions générales de nourriture sont la meilleure manière d'apporter des secours nutritionnels au grand nombre de personnes infectées et touchées par le VIH/SIDA. La modalité de distribution dépend de l'objectif de la distribution alimentaire et de la population ciblée. La ration devrait être définie avant la procédure d'enregistrement. La mise en œuvre de la distribution de nourriture et les modalités de celle-ci devraient être planifiées de telle sorte que la ration réelle ne diffère pas énormément de la ration originelle ou prévue.

► Actions fondamentales

▼ Etudier les stratégies opérationnelles avec les partenaires afin de déterminer les meilleures interventions envisageables,

en prenant en considération aussi bien les besoins des personnes que les aspects pratiques d'un enregistrement à grande échelle. Les profils démographiques, en particulier dans les régions touchées par le VIH/SIDA, sont utiles afin de garantir que les méthodes de distribution seront basées sur des modalités équitables pour les familles ayant un ratio de dépendance élevé.

▼ Sur le formulaire d'enregistrement, préciser la composition réelle des ménages. Ces informations doivent comprendre le nombre total de bénéficiaires, avec leur âge et leur sexe. Adapter les modalités de distribution en conséquence.

▼ Lorsqu'il n'est pas possible d'effectuer un enregistrement détaillé, les distributions devraient se fonder sur la taille moyenne d'une famille. Le chiffre devrait être conforme aux tendances démographiques nationales. Des sondages devraient être entreprises sur une base trimestrielle afin de définir des informations indicatives sur les bénéficiaires.

▼ Le choix du site de distribution et sa distance par rapport aux foyers sont importants, particulièrement dans le cas de foyers gérés par des enfants ou des personnes âgées, en raison de la difficulté inhérente au transport d'une ration (mensuelle) importante. Quand cela est possible, des rations plus petites (pour 2 semaines) devraient être envisagées afin de réduire le volume à transporter.

► Contexte : Programme d'alimentation d'urgence dans les écoles

Même dans les situations d'urgence les plus complexes, il est fréquent que

les écoles continuent de fonctionner. L'approvisionnement des écoliers en nourriture apaise la faim, encourage les inscriptions scolaires, favorise la présence aux cours et les résultats, tout en contribuant à réduire le nombre d'enfants qui abandonnent l'école. La fourniture de produits alimentaires peut également représenter un filet de sécurité absolument indispensable pour les enfants de ménages qui n'appartiennent pas aux programmes de distribution générale de nourriture, leur garantissant ainsi le minimum d'un repas nourrissant par jour. En outre, le fait que les enfants continuent à fréquenter l'école leur permet d'échapper aux activités de prise en charge délétères ou destructrices tout en les aidant à se préparer un avenir productif.

► Actions fondamentales

▼ Etablir des sites sentinelles. Un système de collecte de données et de surveillance de qualité, la collecte régulière de chiffres de fréquentation et de décrochage scolaires peuvent être utilisés pour identifier les tendances de scolarisation à terme. La collecte d'informations devrait être réalisée en étroite collaboration avec L'UNICEF et les partenaires locaux.

▼ Dans les régions à forte prévalence du VIH, il faudra peut-être adapter les horaires des cours afin de tenir compte des responsabilités en termes de soins.

▼ Les programmes d'alimentation dans les écoles exigent normalement des investissements pour installer des cuisines et des infrastructures adéquates pour l'eau et l'assainissement, pour acheter du combustible et des ustensiles, pour préparer et consommer les repas. En outre,

des approches participatives sont requises pour engager les associations de parents et d'enseignants, les communautés et les ménages pour créer une infrastructure de stockage et participer à la préparation proprement dite des repas. Faute d'une planification attentive, la distribution et la consommation des repas peuvent perturber les activités éducatives.

La distribution de biscuits constitue une solution de rechange à la distribution de bouillies et/ou de repas. Dans les situations d'urgence, les biscuits constituent souvent la seule option, pour les raisons suivantes :

- Les biscuits ne nécessitent ni cuisson ni utilisation d'ustensiles. En revanche, leur consommation exige un minimum d'infrastructures pour l'eau potable et l'assainissement
- La distribution de biscuits ne perturbe pas les cours; des quantités importantes peuvent être absorbées quotidiennement sous la surveillance de l'instituteur
- La distribution de biscuits peut être réduite progressivement dès que le taux de fréquentation se normalise, sans retombées néfastes sur l'ensemble du système éducatif
- Les biscuits peuvent être remplacés par des programmes de rétablissement à plus long terme, sans compromettre les exigences essentielles en matière de durabilité.

► Contexte : Solutions de rechange aux programmes d'alimentation scolaire pour les orphelins et les autres enfants vulnérables

La situation dramatique des enfants orphelins exige des interventions de grande envergure. Les enfants qui ne bénéficient que de peu d'orientation ou de surveillance de la part

des adultes risquent de se trouver peu exposés aux aptitudes sociales et à une préparation à la vie active. Par ailleurs, la transmission intergénérationnelle du savoir risque de leur faire défaut, notamment en ce qui concerne les techniques agricoles. De la même manière que les denrées alimentaires sont fournies dans le cadre des programmes d'alimentation scolaire, des aliments peuvent être distribués aux enfants qui fréquentent les écoles communautaires et les groupes d'écoute. Des interventions de ce type font qu'un maximum d'orphelins en état d'insécurité alimentaire et d'enfants vulnérables reçoivent une certaine forme d'éducation et que les enfants plus âgés deviendront autonomes dans un avenir proche.

► Actions fondamentales

Plusieurs principes de programmation sous-tendent la distribution de nourriture aux orphelins et autres enfants vulnérables :

- Les interventions visant à améliorer le bien-être des orphelins ne peuvent pas exclure les enfants dont les parents sont toujours en vie mais malades.
- Atteindre les enfants vulnérables avant qu'ils ne deviennent orphelins (par exemple, grâce aux distributions de nourriture à l'école) peut contribuer à les garder scolarisés et à l'abri des dangers.
- Lorsque l'on cible spécifiquement des orphelins en dehors d'un programme institutionnel comme la distribution de nourriture dans les écoles, l'assistance alimentaire devrait être fournie à l'ensemble d'un ménage plutôt qu'uniquement aux orphelins qui sont pris en charge dans ce foyer. Ceci empêchera que toute une famille se partage les rations alimentaires prévues pour une seule personne. Une

telle assistance matérielle apportée aux familles élargies ou d'accueil permet de soulager le poids collectif de la prise en charge des orphelins et aura pour résultat une volonté croissante des familles d'accueillir des orphelins.

► Contexte : Prise en charge à domicile

Dans les situations d'urgence, il est essentiel de soutenir les programmes de prise en charge à domicile pour les raisons suivantes :

- les programmes de prise en charge à domicile limite le risque d'infections opportunistes
- l'aide alimentaire apportée par le biais de programmes de prise en charge à domicile est également cruciale pour les foyers qui ont sombré dans l'insécurité alimentaire. La plupart des programmes de prise en charge à domicile sont organisés autour d'un réseau communautaire.

► Actions fondamentales

Les agences d'aide alimentaire devraient apporter un soutien nutritionnel aux personnes et aux familles séropositives et touchées par le VIH. Ce soutien peut prendre la forme d'aliments fortifiés ou de céréales fortifiées associés à un panier alimentaire équilibré afin de parvenir à une nutrition optimale.

Problèmes à prendre en considération :

- le choix des aliments complémentaires d'appoint
- le rôle essentiel des volontaires dans les communautés frappées par la pandémie de VIH/SIDA en fournissant des services fondamentaux et un soutien psychosocial aux malades chroniques et à leurs

familles. Les agences d'aide alimentaire peuvent choisir de fournir les rations alimentaires aux volontaires, les aidant ainsi à compenser le besoin de trouver de la nourriture ailleurs, et libérant du même coup leur temps pour aider leurs communautés; toutefois, il est important de s'assurer qu'une aide de ce type ne crée pas une dépendance et ne sape pas l'esprit même du volontariat

- un ciblage attentif et une collaboration étroite avec les organisations communautaires et locales. Les ONG sont un maillon indispensable pour garantir la réussite des activités dans ce domaine

► Ressources principales

WFP Southern Africa Implementation Strategy
www.wfplogs.org/bulletins/rep_programme.asp

Programming in the Era of AIDS: WFP's Response to HIV/AIDS, January 2003. Disponible sur le site internet du PAM : www.wfp.org/eb

Information Sheet on Nutrition, Food Security and HIV/AIDS.

Background Paper on HIV/AIDS and Orphans: Issues and challenges for WFP.

Food and Education: WFP's Role in Improving Access to Education for Orphans and Vulnerable Children in Sub-Saharan Africa.

Food Security, Food Aid and HIV/AIDS : Project Ideas to Address the HIV/AIDS Crisis.

WFP Food Distribution Guidelines, 2003. (Provisional version)

UNHCR. 1997. Commodity Distribution; a Practical Guide for Field Staff. UNHCR, Genève.⁹
www.unhcr.ch/

Feuille d'action 6.1 : Etablir des sites intégrant les besoins de sécurité

► Contexte

Des sites adéquats, bien choisis et ayant fait l'objet d'une planification solide, dotés d'abris appropriés et d'une infrastructure adéquate et intégrée sont essentiels dans la phase initiale d'une situation d'urgence car ils sauvent des vies et réduisent les souffrances. Dans les situations d'urgence, les sites peuvent prendre la forme d'installations dispersées, de centres d'hébergement de masse dans les abris existants ou de camps organisés. Les décisions prises au début en ce qui concerne la localisation et l'architecture ont des répercussions tout au long du cycle de vie d'un site, y compris les retombées à long terme sur la protection et la fourniture d'aide humanitaire.

Le but des interventions au niveau du choix du site, des abris et de la planification physique est de satisfaire les besoins physiques et sociaux essentiels des personnes, des familles et des communautés en termes d'espace vital sûr et confortable. Il faudrait incorporer un maximum d'autosuffisance et d'autogestion dans le processus.

► Actions fondamentales

Là où existent des centres de transit, une attention toute spécifique devrait être accordée à la vulnérabilité des enfants

séparés, surtout les filles et les familles dirigées par des femmes; des mesures de protection doivent être mises en place à leur égard. Un endroit sûr destiné à cet effet devrait être prévu à l'intérieur du site pour les enfants séparés, les adolescents et les familles dirigées par des femmes.

La planification d'un site est fondée sur une compréhension de la situation d'urgence ainsi que sur une analyse claire des besoins des personnes en matière d'abris, de vêtements et de matériel ménager. Les actions et les indicateurs essentiels sont:

- ▼ Constituer une équipe qui respecte les procédures acceptées au plan international (Voir les références pour les normes).
- ▼ Créer une équipe multisectorielle, constituée de spécialistes de l'eau et de l'assainissement, de la nutrition, de l'alimentation, des abris et de la santé; des autorités locales; des hommes et des femmes des populations touchées ainsi que des différentes organisations humanitaires qui interviennent dans cette urgence.
- ▼ Rassembler des informations cohérentes.
- ▼ Définir les profils de la population touchée: profil démographique (sexe, âge et groupe social), moyens traditionnels d'utilisation des sols, capacités en matière de construction, méthodes de construction, évaluation du mode de vie (espace public/privé), cuisine et stockage des aliments, soins apportés aux enfants et pratiques d'hygiène, type d'abri adopté et risques de sécurité réels et potentiels.
- ▼ Définir l'évaluation des besoins des groupes à risque. Une attention toute

particulière doit être accordée aux groupes vulnérables, aux foyers dirigés par des femmes, ainsi qu'aux enfants et adolescents séparés.

▼ Evaluer l'infrastructure et les ressources locales: niveau et état des routes d'accès, quantité de bois nécessaire pour le chauffage et la construction, matériel lourd disponible dans la région.

▼ Evaluer les informations physiques. Celles-ci devraient inclure la topographie des terrains disponibles et appropriés pour l'installation et l'agriculture, la variété de sources d'eau potentielles et la faculté de les protéger, les zones environnementales vulnérables, les variations saisonnières et les maladies endémiques.

▼ Finaliser un rapport d'évaluation contenant toutes les informations précitées.

▼ Mettre les résultats de cette évaluation à la disposition des autres secteurs, des autorités nationales et locales, des agences participantes et des représentants hommes et femmes de la population touchée.

Il est important d'encourager la participation des femmes dans la conception et la mise en œuvre de la planification des abris et du site. Elles peuvent aider à garantir qu'elles-mêmes, et tous les membres de leur famille, bénéficient d'un accès à un abri, des vêtements, des matériaux de construction, du matériel de production alimentaire, des services de santé, des services communautaires et autres services essentiels. Les femmes devraient être consultées à propos de la sécurité et de la vie privée, des sources et des moyens de collecter le combustible pour la cuisine et le chauffage

et de l'accès équitable au logement et aux fournitures. Une attention toute particulière sera nécessaire pour réagir à la violence sexiste, y compris l'exploitation sexuelle.

Certains des plus vulnérables pourraient être incapables de concevoir et de construire leur abri. Des mesures ad hoc doivent être prises pour faire en sorte que la collectivité les aide.

Endroits fondamentaux pour la planification du site et des abris :

- Placer toujours les familles dont certains membres souffrent d'une maladie chronique ainsi que les foyers dirigés par des enfants à proximité des infrastructures.
- Noter la distance jusqu'au point d'eau. Celui-ci ne devrait pas être distant de plus de 500 mètres de n'importe quel abri.
- Utiliser des blocs de toilettes séparés pour les femmes et les hommes. Prévoir des blocs de toilettes individuels pour les familles. (Un maximum de 20 personnes par toilettes et pas plus de 50 mètres de distance par rapport aux habitations).
- Noter la distance jusqu'à l'infrastructure sanitaire.
- Noter la distance par rapport aux autres services communautaires tels que les marchés, les endroits de culte, les centres communautaires, les parcelles boisées, les terrains de jeux, les cimetières et les décharges de déchets solides.
- Garantir la sécurité et la protection.
- Aider les groupes qui ne sont pas capables de construire leurs propres abris.
- Former les femmes et les adolescents pour qu'ils participent aux activités de construction.

► Ressources principales

Handbook for emergencies – United Nations High Commissioner for Refugees 1999. Part 3, Chapter 12, Page 132.

Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response – The Sphere Project 2000. Part 2, Chapter 4, Page 171.

Feuille d'action 7.1 : Garantir l'accès des plus vulnérables aux soins de santé de base

► Contexte

Dans les situations d'urgence, les services sanitaires sont souvent gravement touchés et facilement perturbés. Les systèmes d'information sur la santé s'écroulent, la couverture sanitaire s'amenuise, la communication est difficile, les données sont fragmentées et la normalisation est rare. Le coordinateur sanitaire doit s'assurer que les dispensateurs de soins de santé (médecins, secouristes, personnel infirmier et diététiciens) reçoivent une formation pour dispenser des soins appropriés et qu'ils disposent du matériel et des fournitures adéquats. Le manque de coordination, la pléthore d'acteurs, les contraintes de sécurité et les conflits de priorités contribuent à creuser le fossé entre des besoins qui augmentent et des ressources qui diminuent.

► Actions fondamentales

Une évaluation rapide devrait être effectuée pour analyser l'état des services de santé, y compris leur disponibilité, leur capacité et leur accessibilité.

▼ Evaluer la capacité et l'accessibilité.

Les démarches suivantes doivent être entreprises :

- analyse des bâtiments qui dispensent des services de santé (ceux qui existent encore physiquement)
- nombre d'infrastructures qui fonctionnent par population
- liste du nombre et des qualifications du personnel médical dans chaque infrastructure (médecins, secouristes, personnel infirmier)
- liste du personnel sanitaire qui travaille dans les villages locaux et dans des camps de réfugiés et/ou de personnes déplacées
- évaluation de la gamme des services fournis (soins, infrastructures de diagnostic, PEV, santé maternelle et infantile) et de leur qualité
- identification d'un hôpital de référence où aiguiller en cas de besoin les cas graves et obtenir une confirmation de laboratoire
- évaluation des disponibilités en médicaments et en matériel médical.

▼ Evaluer l'accessibilité des services de santé.

(sur la base des informations ci-dessus)

- quelles infrastructures sanitaires sont disponibles et combien ?
- comparaison entre le nombre et le type de consultations par mois (réalité par rapport aux prévisions)
- enquête auprès des ménages à propos de l'accès aux infrastructures afin d'analyser les raisons pour lesquelles l'utilisation est limitée.

Raisons pour l'utilisation (ou la sous-utilisation):

- l'infrastructure (routes, transports)
- la sécurité
- les frais impliqués (déplacement, services, traitement)
- le salaire du personnel médical
- absence de matériel/fournitures

- piètre qualité des services fournis

▼ Analyser la situation en termes de santé publique.

Les informations relatives à la santé publique devraient être rassemblées rapidement. Il s'agit des éléments relatifs à la situation d'avant l'urgence, plus particulièrement en ce qui concerne les problèmes de santé publique, des principales maladies transmissibles (épidémies, maladies endémiques) et de la capacité.

Préoccupations actuelles :

- risque de foyers de maladies transmissibles
- présence d'autres maladies endémiques dans la région (choléra, méningite, autres maladies)
- caractère saisonnier de maladies comme le paludisme, le choléra
- état et situation des systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement
- situation de la population en termes de sécurité alimentaire
- présence d'autres conditions qui accélèrent la propagation des maladies.

Les maladies ou les symptômes les plus courants que l'on peut s'attendre à voir apparaître dans une région touchée par une urgence sont :

- les maladies diarrhéiques
- les infections respiratoires aiguës, y compris la tuberculose
- le paludisme
- l'anémie
- la malnutrition
- les IST

▼ Identifier les plus vulnérables.

Parmi ceux qui ont besoin d'un accès aux

infrastructures sanitaires, certains sont particulièrement vulnérables. D'ordinaire, dans toute situation d'urgence, ce sont les femmes et les enfants qui sont les plus gravement touchés. Cela étant, il ne faut pas négliger les personnes âgées, les handicapés, les malades chroniques ainsi que les personnes vivant avec le VIH/SIDA ou qui sont touchées par la maladie. Les plus vulnérables sont les inconnus et les oubliés.

- Sensibiliser les ONG et le personnel des agences pour qu'ils reconnaissent la vulnérabilité et qu'ils développent des mécanismes pour traiter avec des femmes et des enfants abusés, séparés ou dans toute autre condition vulnérable, ainsi qu'avec des orphelins.

▼ Fournir des services de santé à différents niveaux.

Une fois que la situation en termes de santé publique a été évaluée; une décision peut être prise quant à la capacité des services locaux de santé publique à faire face aux sollicitations. Si les infrastructures existantes ne peuvent pas être renforcées pour répondre aux exigences, des dispositions alternatives doivent être prises. Si un traitement n'est pas dispensé au niveau adéquat, les personnes demandant une assistance pour des maux bénins vont surpeupler les hôpitaux et les centres de santé. Voilà pourquoi un service de santé communautaire est nécessaire pour identifier les personnes qui ont réellement besoin de soins de santé et les orienter vers le service de santé adéquat. C'est la raison pour laquelle la coordination avec les services de santé communautaires est primordiale.

Les soins dispensés au niveau communautaire (cliniques, antennes

sanitaires) doivent constituer le point d'entrée des services de santé dès le tout début d'une situation d'urgence. Le personnel local sera recruté au sein de la communauté touchée. A ce niveau, les agents sanitaires de la collectivité dispenseront des services de vulgarisation.

Un centre de santé devrait épauler les cliniques en traitant tous les cas médicaux, chirurgicaux et obstétricaux, à l'exception des plus compliqués. Le centre de santé peut comprendre un laboratoire de base et une pharmacie centrale.

Au sommet, se trouvera un service d'aiguillage (hôpital) qui accueillera les patients des centres de santé pour leur dispenser des soins obstétricaux et chirurgicaux d'urgence, de même qu'un traitement pour les maladies graves, des services de laboratoire et de radiographie. Cet hôpital d'aiguillage peut être un hôpital local qui sera épaulé et élargi afin de fournir les services liés à la situation d'urgence. Un hôpital spécial ne devra être établi que si les besoins ne peuvent pas être couverts par l'hôpital national local.

▼ Veiller à la durabilité des services de santé locaux

- Fournir des soins de santé conformément aux directives nationales/provinciales.
- Collaborer avec d'autres ONG actives dans le domaine de la santé et avec les structures sanitaires provinciales en place.
- Eviter les doublons dans les services.
- Réfléchir à la future intégration des services.

► Ressources principales

Handbook for emergencies UNHCR.

Feuille d'action 7.2 : Etablir un approvisionnement garantissant la sécurité du sang

► Contexte

Le risque de transmission du VIH par la transfusion de sang contaminé est proche de 100%. Il est donc extrêmement important de prendre des mesures pour garantir la sécurité hématologique dans les situations d'urgence.

► Actions fondamentales

▼ Eviter les transfusions inutiles.

- Ne transfuser que lorsque seule la transfusion permet de sauver une vie (voir références : The clinical use of blood handbook. OMS 2001)
- Utiliser autant que possible des substituts du plasma, par exemple des cristalloïdes (solutés physiologiques à base de chlorure de sodium administrés par intraveineuse) et des colloïdes simples (voir références : The clinical use of blood handbook. OMS 2001)

▼ Sélectionner les donneurs.

- Ne prélever du sang que sur les donneurs les moins susceptibles d'être porteurs d'agents infectieux.

On peut sélectionner les donneurs sains en indiquant clairement aux candidats donneurs les conditions dans lesquelles ils sont aptes ou inaptes à donner leur sang, ou en leur remettant un questionnaire. Les dons de sang

volontaires et non rémunérés sont plus sûrs que les dons rémunérés.

- Dans les situations d'urgence, les personnes sont souvent motivées pour donner leur sang.

Malheureusement, les personnes qui font don de leur sang sous la pression ou moyennant rémunération sont moins susceptibles de révéler les raisons pour lesquelles elles pourraient ne pas être aptes à donner leur sang. De ce fait, l'utilisation de leur sang augmente le risque potentiel de transmission de l'infection. Cela s'applique également aux membres de la famille voulant donner leur sang à un parent. Les donneurs potentiels doivent être questionnés avec sensibilité et compréhension. Les renseignements d'ordre personnel fournis par le donneur doivent rester strictement confidentiels.

▼ Tester tous les dons de sang.

- Pour dépister le VIH, l'hépatite B et, si possible, également l'hépatite C et la syphilis, on utilisera les tests les plus adaptés. Dans les situations d'urgence aiguës, utiliser des tests simples et rapides. Les résultats des tests VIH doivent rester dissociés du donneur jusqu'à ce qu'un service de dépistage et d'accompagnement psychologique soit mis sur pied après l'urgence. Les résultats de tous les tests doivent être traités dans la plus stricte confidentialité.
- Si vous en avez le temps, les tests sanguins suivants devraient également être effectués :
 - Compatibilité ABO
 - Typage RhD (test du sang du donneur pour le RhD pour toutes les

- transfusions à des femmes en âge de procréer);
- épreuve de compatibilité croisée pour exclure une compatibilité ABO.

Le sang du groupe O RhD négatif pourrait être utilisé si l'on ne dispose pas du temps disponible pour procéder au groupage et à l'épreuve de compatibilité croisée.

▼ Mise en œuvre

Sur le terrain, il faudrait disposer de politiques, protocoles et directives clairs pour:

- le recrutement et la protection des donneurs
- l'utilisation du sang aux fins de transfusion
- l'élimination sans danger des déchets potentiellement dangereux comme les poches de sang, les aiguilles et les seringues usagées.

Pour que les services soient efficaces et bien coordonnés, on désignera aux fonctions de coordinateur une personne ayant une longue expérience des secours d'urgence. Sa tâche consistera principalement à :

- recenser les besoins et organiser la livraison des fournitures essentielles pour la collecte de sang et pour le dépistage
- indiquer les conditions de terrain : température et humidité ambiantes, locaux pour le stockage des matériels et produits médicaux renouvelables et non renouvelables, sécurité des installations de stockage, réfrigération, etc.
- définir les conditions à remplir pour recevoir du sang et des produits sanguins
- indiquer les quantités et les spécifications (taille des poches de sang)

- indiquer le lieu et la date de livraison des fournitures ainsi que les coordonnées des destinataires (y compris adresse, numéro de téléphone et de fax, etc.)
- accuser réception des fournitures, confirmer l'état à réception et veiller à ce qu'elles parviennent à destination sur le terrain
- surveiller la chaîne de distribution pour vérifier que les fournitures répondent bien aux besoins
- passer commande suffisamment tôt pour les livraisons futures et prévoir à l'avance.

On encouragera la population à donner du sang en ayant recours aux moyens de communication les plus appropriés. Il s'agira certainement de la radio. Les messages devraient indiquer qui est apte ou pas à donner son sang, où et à qui s'adresser.

Pour ce qui est de l'approvisionnement en sang propre pour les transfusions des populations déplacées, la coordination devrait se faire avec l'hôpital local. Le soutien apporté à l'hôpital, sous forme de fournitures de base comme des réactifs ou des poches de sang, peut être crucial tant pour la population locale que pour les personnes déplacées.

► Ressources principales

Liste des fournitures essentielles pour le prélèvement, le dépistage et la transfusion de 1000 unités de sang total

Description de l'article	Présentation courante ou de prédilection	Quantité recommandée	Remarques
Produits périssables : doivent être réfrigérés entre 2°C et 8°C			
Réactif anti-groupe sanguin A (monoclonal)	flacons de 5 ml	20 x 5 ml	
Réactif anti-groupe sanguin B (monoclonal)	flacons de 5 ml	20 x 5 ml	
Anti-rhésus D (soluté salin/monoclonal)	flacons de 5 ml	20 x 5 ml	
Test VIH simple/semi-rapide	100 tests	12 x 100	
Test HBsAg simple/rapide	100 tests	12 x 100	
Test polyvalent à l'antiglobuline (test de Coombs)	100 tests	12 x 100	
Soluté salin tamponné au phosphate	1 L	12 L	
Consommables : non périssables			
Poches à sang simples, CPD A1 (l'aiguille doit être intégrée pour empêcher toute réutilisation)	200 pièces	6 x 200 pièces	La contenance varie en fonction des pratiques habituelles dans la région 250/350/450 ml
Nécessaire à transfusion, sang, stérile, aiguille fixe pour IV 18G x 1,5" avec filtre incorporé et orifice d'injection	100 trousses	12 x 100 trousses	
cathéter pour IV, 20G x 1,25", stérile, à usage unique, avec ailette	50 pièces	10 x 50 pièces	
cathéter pour IV, 22G x 1", stérile, à usage unique, avec ailette	50 pièces	10 x 50 pièces	
cathéter pour IV, 23G x 0,75", stérile, à usage unique, avec ailette	50 pièces	5 x 50 pièces	
Tube vacutainer, 10 ml, silicôné	100 tubes	12 x 100 tubes	
Pipettes Pasteur, matière plastique, à usage unique, à bulbe, non stériles de 3ml graduées par 0,5 ml	500 pipettes	5 x 500 pipettes	
Lancettes pour prélèvement sanguin, stériles, à usage unique	200	10 x 200	
Tampon de gaze, 8 épaisseurs, 10 x 10 cm	100 tampons	50 x 100 tampons	
Pansement chirurgical Tenso, 6 x 2 cm	1000 pièces	5 x 1000 pièces	
Pansement Albuplast, 9,14 m x 5 cm	6 pièces	10 x 6 pièces	
Marqueurs, pointe fine, encre noire indélébile pour marquer la verrerie, etc.	10 marqueurs	5 x 10 marqueurs	
Tampons médicamenteux imprégnés d'isopropanol ou de chlorhexidine	100 pièces	20 x 100	
Eprouvettes, bout arrondi, polypropylène, 75 x 10 mm	100 tubes	50 x 100 tubes	
Lamelles de microscope, 25 x 75 mm, en verre	50	100 x 50 lames	
Seringue hypo, 5 ml, à usage unique	100 seringues	12 x 100	
Aiguille hypo, à usage unique, 21G x 1,5", luer, stérile	100 aiguilles	12 x 100	
Aiguille hypo, à usage unique, 23G x 1", luer, stérile	100 aiguilles	5 x 500	
Evaluation rapide du taux d'hémoglobine	Trousse de départ Recharges	5 trousses de départ 50 recharges	
Gants pour opération chirurgicale, latex, à usage unique, stériles, forme anatomique, taille 7,5	50 paires	5 x 50 paires	
Récipient pour déchets coupants, à usage unique, capacité 2 litres		50	
Sacs à déchets, 15 l, en plastique noir	rouleau de 100	4 x 100	
Chlorure de sodium à 0,9%, 1 litre + jeu de vacutainers pour IV usage humain	20 vacutainers	200 x 20	Article en vrac — soit +/- 4000 kg
Matériel divers conseillé			
Formulaires donneurs de sang		1200	
Étiquettes pour les poches de sang		1500	
Registre de laboratoire, cartonné, A4		10	
Formulaires de demande de transfusion		1000	
Articles à livraison unique (En cas de nouvelle commande des articles ci-dessus, les articles suivants ne devraient pas être recommandés)			
Tensiomètre		5	
Ciseaux chirurgicaux		10	
Tourniquets, bras, adaptables		10	
Pèse-personne (de 0 à 150 kg)		2	
Balance à ressort pour peser les dons de sang, 250/600 g		15	
Support à éprouvettes, 30 orifices, plastique		4	
Conteneur réfrigéré isolé, 10 l		2	

The Clinical Use of Blood in Obstetrics, Paediatrics, Surgery & Anaesthesia, Trauma & Burns. Module. WHO 2001, 337 pp. Anglais, espagnol et portugais. Version française en préparation.

The Clinical Use of Blood in Obstetrics, Paediatrics, Surgery & Anaesthesia, Trauma & Burns. Module and Handbook.

WHO policy on selection of blood donors, Weekly Epidemiological Record, 1993,44: 321 3.

Aide-Mémoire on Blood Safety for National Blood Programmes. Information sheet. May 2002 WHO/BCT/02.03 Arabe / Chinois / Anglais / Français / Portugais / Russe

Aide-Mémoire on Quality Systems for Blood Safety Information sheet. May 2002. WHO/BCT/02.02 Anglais. Autres langues en préparation.

Safe Blood and Blood Products. Distance Learning Materials containing five modules: Introductory module: guidelines and principles for safe blood transfusion practice
Module 1: safe blood donation
Module 2: screening for HIV and other infectious agents
Module 3: blood group serology

Trainer's guide WHO 2001. 631 pp. Chinois / Anglais / Français / Portugais / Russe/ Espagnol

Sites internet :

www.who.int/bct/Main_areas_of_work/BTS/BTS.htm

www.who.int/bct/Resource_Centre.htm#bts

www.who.int/bct/index.htm

Feuille d'action 7.3 : Approvisionnement et fournitures en préservatifs**► Contexte**

Les préservatifs protègent efficacement contre la transmission des IST, y compris du VIH/SIDA, à condition d'être utilisés de manière correcte et régulière. Bien que ce message ait déjà été relayé à une majeure partie de la population mondiale, les messages transmis ne sont pas toujours traduits dans la pratique. L'une des tâches les plus urgentes pour les organismes de secours d'urgence consistera à faire en sorte que les populations soient correctement informées à propos des préservatifs et à remettre gratuitement des préservatifs à ceux qui en ont besoin. Ceci concerne également les collaborateurs humanitaires.

► Actions fondamentales**▼ Approvisionnement**

Lorsque les intervenants estiment qu'il ne convient pas d'utiliser, promouvoir et distribuer des préservatifs, il faut en tenir compte dans les efforts de plaidoyer. Les préservatifs masculins et féminins doivent être considérés comme un élément essentiel des fournitures d'urgence. Ils doivent figurer sur la liste de vérification de tous les organismes qui distribuent des fournitures d'urgence, depuis le Programme alimentaire mondial et le UNHCR, jusqu'aux petites ONG. On décidera s'il vaut mieux joindre

les préservatifs à d'autres articles comme les fournitures médicales d'urgence ou les vivres, ou au contraire les emballer séparément, tout en les livrant en même temps et par le même canal que les autres fournitures d'urgence. La décision dépendra en partie de la quantité de préservatifs à expédier sur le terrain.

▼ Distribution

Les organismes doivent également déterminer la meilleure façon de distribuer les préservatifs à la population et faire en sorte que les groupes vulnérables tels que les femmes et les jeunes y aient accès. Cette décision devrait toujours prendre en compte les aspects culturels et faire l'objet d'une discussion approfondie avec tous les intervenants. Ces impératifs auront une incidence sur le choix des filières de distribution. Si l'on décide, par exemple, de distribuer les préservatifs dans les dispensaires, il est logique de les joindre aux fournitures médicales ; s'ils sont délivrés sur les sites de distribution d'aliments, ils doivent être expédiés avec les vivres.

▼ Instructions

Des instructions adaptées à la culture locale (illustrées, par exemple) pour l'utilisation et l'élimination sans risque des préservatifs¹⁰ doivent figurer avec le chargement. En ayant recours aux modes de communication existants (radio, affiches, etc.), on fera savoir à la population comment et où se procurer des préservatifs.

Il ne faut pas oublier que les contacts sexuels dépasseront les limites du groupe directement concerné par la situation d'urgence et qu'il faut donc mettre des préservatifs à la disposition de la communauté d'accueil – dans les bars et dans les bordels par exemple –, partout où les personnes déplacées s'installent. On entrera en contact avec les groupes de prévention

du SIDA qui agissent dans ces lieux pour déterminer les besoins avec précision et coordonner l'action menée.

On inclura systématiquement des préservatifs dans les trousseaux d'urgence ou de survie remis au personnel de terrain – personnel d'organismes d'aide humanitaire, forces de maintien de la paix ou « observateurs ».

▼ Achat et qualité

La qualité des préservatifs est essentielle tant pour la sécurité de l'utilisateur que pour la crédibilité du programme de secours. La qualité des préservatifs dépend de la qualité au moment de la fabrication et de leur manipulation dans le circuit de distribution. Si les préservatifs ont une bonne qualité initiale, s'ils sont protégés dans un emballage étanche en aluminium et conservés dans de bonnes conditions (à l'abri de la pluie et du soleil), leur qualité sera proche de celle d'origine. En outre, la rotation des stocks de préservatifs étant relativement rapide en conditions d'urgence, il y a moins de risques qu'ils restent exposés au soleil et à l'humidité sur les évents en plein air sur les marchés.

L'instance responsable des achats en gros dans les situations d'urgence doit exiger un certificat pour chaque envoi de préservatifs afin de vérifier que leur qualité a été contrôlée lot par lot par un laboratoire indépendant. Il existe un très grand choix de préservatifs sur le marché. Au cas où un organisme de secours d'urgence connaîtrait mal le marché, il est souhaitable que le programme se procure les préservatifs auprès d'un intermédiaire comme le UNFPA, la Fédération internationale pour le planning familial (FIPF) ou l'OMS. Ces organisations sont en mesure d'acheter en nombre et à bon marché des préservatifs de qualité. Le UNFPA conserve un stock de

préservatifs masculins et féminins qui peuvent être envoyés très rapidement sur le terrain.

▼ Calculer les besoins

Pendant la phase aiguë d'une urgence, le temps manque généralement pour recueillir les renseignements précis sur les comportements sexuels d'après lesquels on calcule la quantité nécessaire de préservatifs. On décidera des quantités à expédier sur le terrain en se fiant aux informations dont on dispose. La taille estimée de la population à desservir sera une indication précieuse, tout comme ce que l'on sait de sa répartition par sexe et par âge. Par ailleurs, s'ils fonctionnent encore, les programmes nationaux de lutte contre le SIDA pourront éventuellement fournir des renseignements utiles sur les pratiques sexuelles du groupe en difficulté.

Des préservatifs féminins devraient être mis à disposition de toute population ayant eu une expérience préalable avec ces préservatifs féminins et au sein de laquelle une demande pourrait exister. Dans le cas où la population n'aurait pas été exposée à des messages de programmation et à des programmes sur les préservatifs féminins avant la situation d'urgence, l'introduction du préservatif féminin devrait être retardée jusqu'au moment où il sera possible d'organiser une campagne d'information adéquatement coordonnée ainsi que d'autres activités de programmation.

Le nombre approximatif de préservatifs nécessaires pendant un mois pour une population de 10 000 personnes se calcule donc de la façon suivante¹¹:

Préservatifs masculins pour 3 mois*Hypothèse :*

20% de la population sont des hommes sexuellement actifs.

Par conséquent :

20% x 10.000 personnes = 2.000 sujets masculins

Hypothèse :

20% utiliseront les préservatifs

Par conséquent :

20% x 2.000 = 400 utilisateurs de préservatifs

Hypothèse :

Chaque utilisateur a besoin de 12 préservatifs par mois, pour une période de 3 mois

Par conséquent :

400 x 12 x 3 = **14.400 préservatifs masculins**

Hypothèse :

20% de pertes et déchets (2.880 préservatifs)

Par conséquent :

TOTAL = 14.400 + 2.880 = **17.280 (soit 1440**

douzaines)

Brochures sur la sexualité sans risque : 400

Préservatifs féminins pour 3 mois*Hypothèse :*

25% de la population sont des femmes sexuellement actives

Par conséquent :

25% x 10.000 personnes = 2.500 sujets féminins

Hypothèse :

1% utilisera les préservatifs

Par conséquent :

1% x 2.500 = 25 utilisatrices de préservatifs

Hypothèse :

Chaque utilisatrice a besoin de 12 préservatifs par mois, pour une période de 3 mois

Par conséquent :

25 x 6 x 3 = **450 préservatifs féminins**

Hypothèse :

20% de pertes et déchets (90 préservatifs féminins)

Par conséquent :

TOTAL = 450 + 90 = **540 (soit 45 douzaines)**

Brochures sur la sexualité sans risque : 25

Brochures sur l'utilisation du préservatif féminin: 25

Par la suite, le volume de l'offre sera revu en fonction de la situation sur le terrain. (Il convient de noter que les caractéristiques démographiques dans les camps de réfugiés sont parfois très différentes du profil démographique normal. Ainsi, il arrive que les femmes et les enfants soient en nombre disproportionné.)

► Ressources principales

Reproductive health in Refugee situations, an inter-agency field manual, chapitres 2 et 5.

Managing condom supply manual. Geneva, World Health Organization, 1995. (document WHO/GPA/TCO/PRV/95.6).

Logistics management; forecasting and procurement. Condom Programming Fact Sheet No. 6. (document WHO/GPA/TCO/PRV/95.12).

WHO specification and guidelines for condom procurement. Geneva, World Health Organization, 1995. (document GPA/TCO/PRV/95.9).

Feuille d'action 7.4 : Traitement des IST selon l'approche du syndrome

► Contexte

Les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH/SIDA se propagent le plus rapidement lorsque les personnes se trouvent dans une situation de sentiment d'impuissance, de pauvreté, d'instabilité sociale et de violence. La désintégration de la vie de famille et de la vie communautaire au sein des personnes déplacées bouleverse les normes sociales qui régissent le comportement sexuel. Dans les situations d'urgence, il existe une probabilité d'interaction entre des populations présentant des taux de prévalence du VIH différents. Dans les camps de réfugiés et parmi les populations déplacées, la densité de population est élevée. Des femmes et des enfants courent le risque d'être violés ou contraints d'entretenir des relations sexuelles pour obtenir le minimum essentiel : abri, nourriture, sécurité et accès aux services. L'ensemble de ces facteurs augmente le risque de transmission des IST et du VIH/SIDA. Le personnel militaire en uniforme peut également favoriser la propagation de ces infections.

Le risque de transmission du VIH est fortement augmenté en présence d'autres IST, tant chez les hommes que chez les femmes. Dans certaines populations, le risque de nouvelles contaminations par le VIH imputables aux IST est de 40% ou plus.

La prévention et le contrôle des IST sont des piliers dans la stratégie de prévention de la propagation du VIH/SIDA.

Une prise en charge globale des IST implique:

- une réduction de l'incidence des IST, en prévenant la transmission grâce à la promotion de la sexualité sans risque, la mise à disposition de préservatifs et
- une diminution de la prévalence des IST curables grâce à un dépistage précoce et efficace, à des traitements, une notification au partenaire, une surveillance et un suivi.

► Actions fondamentales

▼ Organiser un dépistage précoce et efficace.

Dans la phase aiguë d'une situation d'urgence, il est souvent impossible de mettre en œuvre tous les éléments d'un programme IST global. Toutefois, au minimum, le traitement des IST selon l'approche du syndrome doit être disponible pour les personnes qui se présentent auprès des services de santé avec les symptômes d'une IST.

Les personnes qui se présentent avec les symptômes d'une IST doivent être prises en charge lors de leur première rencontre avec un dispensateur de soins. Les services doivent être conviviaux, privés et confidentiels. Des dispositions spéciales (horaires flexibles, heures d'ouverture adaptées, femmes parmi les soignants) seront peut-être nécessaires pour faire en sorte que les femmes et les jeunes se sentent à l'aise pour avoir recours aux services de santé, en particulier les services pour les IST.

▼ Instaurer le traitement selon l'approche du syndrome.

Il faut fournir des directives pour la prise en charge, y compris une définition des cas et une prise en charge. Le traitement des cas symptomatiques devrait être normalisé sur la base de syndromes et ne devrait pas être tributaire d'une analyse de laboratoire. Si possible, le protocole thérapeutique national devrait être utilisé. Si un protocole thérapeutique national n'est pas disponible immédiatement, un protocole standard de l'OMS devrait être utilisé lors du premier contact, en faisant appel aux médicaments les plus performants (par exemple, des antibiotiques pour lesquels aucune résistance antimicrobienne n'est connue (voir **Ressources principales**)). Le plus vite possible par la suite, il convient d'introduire des protocoles thérapeutiques adaptés aux conditions locales.

Il faut garantir une disponibilité constante de médicaments appropriés.

Les commandes pour les besoins initiaux en médicaments seront estimées sur la base des données dont on dispose sur le pays d'origine. En l'absence de telles informations, les **Ressources principales** fournissent un calcul normalisé des fournitures nécessaires pour une population de 10.000 personnes pendant 3 mois.

▼ Proposer des conseils.

Les partenaires des sujets atteints d'une MST seront probablement infectés eux aussi et devront bénéficier d'un traitement. Il faudrait conseiller aux patients de dire à leur(s) partenaire(s) de se présenter pour se faire soigner. Pour faciliter cette démarche, on remettra à chaque patient une fiche destinée à son ou ses partenaires sexuels. Sur la fiche, figurera l'adresse du dispensaire ainsi qu'un

code associé au patient de référence ou à son syndrome (par exemple, un numéro ou une fiche d'une couleur particulière en cas d'urétrorrhée, etc.). Grâce à cette fiche, le personnel de santé pourra dispenser au partenaire la même thérapie que celle du patient «de référence». La prise en charge des partenaires doit rester confidentielle, volontaire et ne pas s'exercer sous la contrainte. Le traitement des patients **NE DOIT PAS** être refusé en attendant qu'ils/elles se présentent avec leur partenaire.

▼ Mettre des préservatifs à disposition.

Il convient de recommander aux patients d'utiliser des préservatifs pour toute la durée de leur traitement et de leur fournir suffisamment de préservatifs gratuits à cette fin. L'utilisation des préservatifs devrait être expliquée et une brochure contenant des instructions sera remise à chaque patient. Il importe aussi de discuter de l'utilisation continue des préservatifs et d'autres options pour prévenir toute nouvelle contamination. Aux personnes qui ne veulent pas utiliser de préservatifs, on peut leur recommander une autre solution, l'abstinence sexuelle.

▼ Surveiller les indicateurs d'IST.

Pour planifier les services, il est indispensable de connaître le nombre de patients venus consulter pour une IST ou dont la maladie a été dépistée par les services de santé. Ce signe renseigne également sur l'incidence des IST dans la communauté. Il faut toujours envisager l'hypothèse d'une sous-notification des IST. Les gestionnaires des programmes de soins de santé devraient rechercher la présence de réseaux thérapeutiques informels pour les IST, notamment sur les marchés locaux.

▼ Planifier des programmes IST complets.

Des services complets de prévention, de prise en charge et de surveillance des IST devraient être mis à disposition dans les plus brefs délais. Une analyse de situation sera effectuée au plus vite pour contribuer à la planification des services adéquats. Pour de plus amples informations, voir les **Ressources principales**.

▼ Former le personnel soignant

Former le personnel soignant pour qu'il puisse :

- diagnostiquer et traiter les IST selon l'approche par syndrome,
- expliquer l'importance de la prise en charge thérapeutique du partenaire,
- promouvoir et expliquer l'utilisation des préservatifs.

▼ Articles essentiels pour le traitement

Exemple de calcul des fournitures nécessaires pour soigner 10,000 personnes pendant 3 mois¹²:

Hypothèse :

50% de la population touchée sont des adultes

Par conséquent :

50% x 5.000 = 250 personnes

Hypothèse :

20% ont des ulcères génitaux

Par conséquent :

20% x 250 personnes = 50

Hypothèse :

50% souffrent d'uréthrorrhée (écoulement urétral)

Par conséquent :

50% x 250 personnes = 125

Hypothèse :

30% ont une vaginite

Par conséquent :

30% x 250 personnes = 75

Hypothèse :

10% seront soignés pour une cervicite

Par conséquent :

10% x 250 personnes = 25

Ulcères génitaux (Traitement pour la syphilis et le chancre mou)	
Benzathine Benzyl-pénicilline 2,4 unités, 1 dose	50
Seringues, à usage unique, 5ml	50
Aiguilles, à usage unique, 21G	100
Eau pour injection 10ml	50
Ouate, absorbante, non stérile, 100g	3
Chlorhexidine sol. 5%, 1 litre	3
Erythromycine comprimés de 500mg (4/jour x 7 jours)	1.400
Écoulement urétral (traitement pour la gonorrhée et le chlamydia)	
Ciprofloxacine 500mg (dose unique)	125
Doxycycline comprimés de 100mg (2/jour x 7 jours)	1.750
Vaginite (Traitement de la candidiase et du trichomonas)	
Metronidazole comprimés de 250mg (2 g dose unique ou 500mg 2/jour x 7 jours)	2.000
Clotrimazole pessaires de 500 mg (dose unique)	100
Cervicite (Traitement de la gonorrhée et du chlamydia)	
Ciprofloxacine 500mg (dose unique)	20
Doxycycline comprimés de 100mg (2/jour x 7 jours)	280
Pour les femmes enceintes :	
Cefixime comprimés de 400mg (dose unique)	20
Erythromycine comprimés de 500mg (4/jour x 7 jours)	560
Distribution de préservatifs	
Préservatifs (240 douzaines)	3.000
Brochures sur la sexualité sans risque	100
Affiche pour le diagnostic des IST selon l'approche du syndrome	1
Conteneur de sécurité, pour les seringues et aiguilles usagées — D'une capacité de 5 L	4
Sachets en plastique, 10 x 15 cm — Paquet de 100 (Pour la distribution de médicaments/comprimés)	10

► Ressources principales

Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections, WHO/HIV_AIDS/2001.01.

www.who.int/docstore/hiv/STIManagemntguidelines/who_hiv_aids_2001.01

Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance WHO/CDS/CSR/EDC/99.3.

Alder M, Foster S, Grosskurth H, Richens J, Slavin H. Sexual Health and Health Care: Sexually Transmitted Infections – Guidelines for Prevention and Treatment. Health and Population Occasional Paper. Department for International Development, London, 1996.

Manual of Reproductive Health Kits for Crisis Situations, 2nd edition, UNFPA, New York 2003, Kit 5.

Inter-Agency Field Manual for reproductive health in refugee situations, Chapter 5.

Feuille d'action 7.5 : Garantir des soins appropriés aux utilisateurs de drogues injectables

► Contexte

Le partage, entre toxicomanes, de matériel d'injection et de préparations de drogues contaminés est une des voies les plus efficaces pour la transmission du VIH. Une fois le VIH introduit dans les réseaux de toxicomanes, l'épidémie qui en résulte peut être explosive. L'épidémie de VIH qui s'étend le plus rapidement dans le monde est celle qui circule parmi les utilisateurs de drogues injectables.

Les situations d'urgence ont le potentiel de démultiplier la vulnérabilité des personnes par rapport aux drogues, et à l'infection au VIH qui y est associée, selon toute une série de mécanismes:

Les situations d'urgence peuvent affecter la disponibilité des drogues dans la communauté. Par exemple, le trafic de stupéfiants est souvent lié à d'autres activités criminelles, telles que le trafic d'armes, et il peut être facilité par le non fonctionnement des structures civiles. La production et le trafic de drogues illégales peuvent être utilisés pour financer l'achat d'armes et le conflit. Dans les endroits où il y a production et trafic de drogues, l'usage local de ces drogues suit généralement. Les approvisionnements en drogues habituelles peuvent être interrompus, les toxicomanes vont donc recourir à de nouvelles drogues

et à des manières plus efficaces d'utiliser les drogues, comme s'injecter de l'héroïne plutôt que de fumer de l'opium ou de l'héroïne.

Parmi les toxicomanes, la prévalence des comportements à risque peut être plus forte dans des situations d'urgence.

Par exemple, il peut être commun de partager le matériel d'injection de drogue dans des installations surpeuplées telles que des camps de réfugiés et des centres de détention, surtout lorsqu'il est difficile de trouver des aiguilles et des seringues.

Le stress associé aux situations d'urgence augmente la vulnérabilité des personnes par rapport aux drogues utilisées pour se soulager des symptômes.

L'usage irrationnel d'opiacés injectables pour le traitement de la douleur et la pharmacodépendance peuvent faire passer les utilisateurs de drogues non injectables à des drogues injectables. L'intoxication due à l'usage de drogue (y compris l'alcool) peut être associée à une augmentation du comportement sexuel à risque, y compris la violence sexuelle. Le travail sexuel et la consommation de drogue sont également en étroite relation.

► Actions fondamentales

Il existe quelques interventions extrêmement efficaces pour réduire la transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogues injectables. Dans la plupart des communautés, l'usage des drogues injectables est illégal et les populations qui consomment ces drogues sont stigmatisées, marginalisées et cachées. C'est pourquoi la plupart des interventions sont controversées et elles peuvent ne pas être

soutenues par les autorités locales et par la communauté. Dans ces cas-là, il faut prêter une attention spéciale à l'éducation publique et au plaidoyer pour obtenir le soutien de la communauté et des autorités.

▼ Entreprendre une évaluation informelle rapide.

Une évaluation rapide de la situation devrait être très informelle ; il s'agit surtout de discussions avec quelques informateurs clé. Il est essentiel de faire une brève évaluation qui confirmera s'il y a des utilisateurs de drogues injectables et qui identifiera les principaux groupes et personnes à cibler en matière d'informations, d'aiguilles et de seringues. Il faudra faire attention au moment de diffuser des informations qui pourraient être sensibles pour la population en général. Il existe un certain nombre d'outils pour une évaluation rapide, qui peuvent être utilisés pour l'évaluation et la planification (voir **Ressources principales**).

▼ Fournir des informations sur la réduction des risques.

Il faudrait donner aux toxicomanes des informations sur : les modes de transmission du VIH, les risques associés au partage du matériel pour l'injection de drogue (y compris les aiguilles, seringues, l'eau de rinçage, les filtres, etc.) et des préparations de drogues, les stratégies pour réduire les risques associés à l'injection (ne pas partager le matériel, réduire la fréquence des partages et les partenaires, nettoyer le matériel d'injection), la manière d'obtenir des aiguilles et des seringues stériles, de se débarrasser du matériel usagé et de réduire le risque de transmission sexuelle (y compris l'accès aux préservatifs).

▼ Garantir l'accès à des aiguilles et des seringues stériles.

Si possible, les utilisateurs de drogues injectables doivent avoir accès de manière ininterrompue à du matériel d'injection stérile. Au moment de planifier les approvisionnements en matériel d'injection pour une situation d'urgence, il faudrait tenir compte des besoins des utilisateurs de drogues injectables. En moyenne, les héroïnomanes peuvent s'injecter deux à trois fois par jour ; plus pour les utilisateurs de cocaïne et d'amphétamines. On doit bien expliquer au personnel soignant, installé aux points de distribution du matériel d'injection, les raisons pour lesquelles on fournit du matériel aux toxicomanes, en insistant sur l'objectif de prévention de la transmission du VIH. Il est essentiel de mettre en place un système de collecte et d'élimination du matériel d'injection usagé, afin de réduire le temps de circulation de ce matériel dans la communauté. Lorsque l'accès à du matériel d'injection stérile n'est pas garanti, il faudrait faire des efforts pour permettre aux utilisateurs de drogues injectables d'obtenir de l'eau propre et de l'eau de Javel pour nettoyer leur matériel.

▼ Prévoir le traitement dans les situations d'urgence.

Dans la plupart des situations où les ressources sont limitées, les services de traitement de la pharmacodépendance sont très rares, pour ne pas dire inexistants. Dans les situations d'urgence, ce genre de service peut être tout à fait inexistant. Dans les situations où la pharmacodépendance peut être prévalente, le personnel soignant doit savoir comment effectuer une première évaluation clinique et proposer des interventions de base pour aider les toxicomanes, y compris la gestion des overdoses, le sevrage et les complications

communes (par exemple, le traitement des ulcères dus aux injections).

▼ Réaliser une évaluation minutieuse.

Le statut illégal de la toxicomanie et la nature cachée des populations toxicomanes exigent qu'une évaluation minutieuse soit entreprise, dès que la situation se stabilise, avant de planifier et d'exécuter des interventions pour les utilisateurs de drogues injectables. Cette évaluation devrait réunir des informations sur : les populations de toxicomanes et leurs interactions, le type de drogues utilisées, les comportements, les attitudes et les croyances en matière d'usage de drogues, la législation, les règles et règlements locaux relatifs à la toxicomanie, la manière dont les autorités traitent la question des toxicomanes ainsi que les ressources disponibles pour aider les toxicomanes (par exemple, l'accès à des aiguilles et des seringues, des programmes éducatifs de vulgarisation, les services de traitement de la toxicomanie).

Après cette évaluation minutieuse, d'autres activités devraient être mises en place pour compléter celles qui ont été entreprises pendant la situation d'urgence.

▼ Offrir des informations et des conseils sur la réduction des risques.

Si on leur donne des informations adéquates sur les risques de l'injection et sur les stratégies de réduction de ces risques, il est probable que les toxicomanes changent de comportement. Ces informations peuvent être distribuées dans des brochures toutes simples (le mieux est de les élaborer en collaboration avec les toxicomanes pour s'assurer de l'usage de la terminologie appropriée et la description des schémas locaux de toxicomanie) ou grâce à des informations et des conseils apportés par le personnel soignant et les assistants

sociaux. Les méthodes d'éducation par les pairs peuvent être très efficaces ; pour cela, d'anciens toxicomanes, ou des personnes qui le sont encore, sont formés à la vulgarisation destinée aux autres toxicomanes.

▼ Fournir des traitements contre la pharmacodépendance.

Là où des services de traitement existent, le personnel soignant devrait être mis au courant des canaux et des procédures à suivre pour aiguiller les patients. Le traitement le plus efficace pour la prévention de la transmission du VIH auprès des opiomanes est la méthadone.

▼ Fournir des soins en matière de VIH/SIDA aux utilisateurs de drogues injectables.

Les toxicomanes devraient avoir accès aux traitements et soins en matière de VIH/SIDA sur un pied d'égalité avec les autres personnes infectées par le VIH. Il n'y a aucune justification pour exclure des toxicomanes du traitement contre le VIH/SIDA.

▼ Éviter l'utilisation de drogues parentérales pour le traitement des patients.

Il existe de nombreux exemples de toxicomanes qui ont appris à s'injecter des drogues auprès du personnel soignant qui les a traités avec des injections thérapeutiques (par exemple, vouloir sevrer un fumeur d'héroïne en lui injectant de la buprénorphine). Dans la mesure du possible, le recours aux drogues thérapeutiques devrait se limiter aux formes non injectables.

▼ Mettre en place une prévention primaire de la toxicomanie.

Puisqu'il faut reconnaître les risques croissants de l'usage illicite de drogues dans des situations d'urgence, il faudrait envisager l'éducation à la prévention des drogues, surtout parmi

les jeunes. Ces programmes d'éducation ne devraient toutefois pas remplacer la mise en place des stratégies de prévention du VIH signalées ci-dessus dans les communautés où la toxicomanie existe déjà.

▼ Prévenir la transmission sexuelle du VIH parmi les toxicomanes.

Les utilisateurs de drogues injectables devraient être une population cible pour ce qui est des informations sur les relations sexuelles sûres et des programmes d'éducation, de la fourniture de préservatifs et de l'accès simple au traitement des infections sexuellement transmissibles.

► Ressources principales

Principles for preventing HIV infection among drug users. WHO Regional Office for Europe (1998), Copenhagen, Denmark.

Manual for Reducing Drug Related Harm in Asia; Macfarlane Burnet Centre for Medical Research (1999) [fichier PDF, 370 pages, 4.8 Mo].

Treatment, care and support of injecting drug users living with HIV/AIDS. Médecins Sans Frontières (2000).

Drug Abuse and HIV/AIDS: Lessons Learned. UNAIDS Best Practice Collection/ODCCP Studies on Drug and Crime (2001).

HIV Risk Reduction in Injecting Drug Users. Ball A, Crofts N (2002) in HIV/AIDS Prevention and Care in Resource Constrained Settings: Handbook for the Design and Management of Programs, Family Health International, Arlington, USA.

Manual on Risk Reduction for Drug Users in Prisons. Trimbo Institute (2001), Utrecht, The Netherlands

The Rapid Assessment and Response guide on injecting drug users. Draft for Field Testing. World Health Organization (1998), Geneva.

The Technical Guide to Rapid Assessment and Response (TG-RAR) Internet publication, WHO/HIV/2002.22

Feuille d'action 7.6 : Gérer les conséquences de la violence sexuelle

► Contexte

Les services de soins de santé doivent être prêts à réagir avec empathie envers les personnes ayant été victimes d'un viol. Le coordinateur sanitaire doit faire en sorte que les dispensateurs de soins (médecins, aide-soignant(e)s, personnel infirmier et autres) aient reçu la formation appropriée pour prodiguer des soins adéquats et disposent du matériel et des fournitures nécessaires. Les dispensateurs de soins femmes doivent recevoir une formation en priorité, mais une pénurie en dispensatrices de soins ne doit pas empêcher le service de fournir des soins aux survivants d'un viol.

► Actions fondamentales

▼ Réaliser un examen.

Un examen médical ne doit être pratiqué qu'avec le consentement de la victime du viol. L'examen doit être réalisé avec empathie et en toute confidentialité. L'examen sera complet, tel que décrit à l'étape 5 du *Clinical Management of Survivors of Rape, Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons*.

▼ Fournir un traitement.

Prodiguer des soins empathiques et confidentiels de la manière suivante :

- traitement et aiguillage en cas de complications mettant en péril le pronostic vital
- traitement ou prophylaxie des IST
- contraception d'urgence
- il faudrait proposer la PEP en même temps que le VCT si la personne violée se présente dans les 72 heures qui suivent le viol
- soins des blessures et des plaies
- accompagnement psychologique de soutien
- aiguillage vers les services d'assistance sociale et d'accompagnement psychosocial.

▼ Collecte d'un minimum de preuves médico-légales.

Les preuves médico-légales ne seront relevées et remises aux autorités qu'avec le consentement de la victime.

- Conserver un compte-rendu soigneusement rédigé de toutes les constatations effectuées durant l'examen médical qui sont susceptibles d'étayer le récit du/de la survivant/e. La fiche médicale fait partie du dossier médico-légal et peut être présentée comme preuve (avec le consentement de la victime) dans le cas où l'affaire passerait en justice.
- Conserver des échantillons des vêtements abîmés (uniquement si des vêtements de rechange sont disponibles) de même que des éléments étrangers présents sur les vêtements ou le corps du/de la survivant/e. Ces preuves peuvent corroborer son récit.
- Si un microscope est disponible, un dispensateur de soins qualifié ou un laborantin peut examiner des lames humides afin de détecter la présence de sperme attestant qu'il y a eu pénétration.

- Il faudrait informer les victimes que, là où il n'y a pas de système judiciaire, les preuves seront conservées en vue d'une action future en justice. On peut améliorer la confidentialité du client en conservant les dossiers dans une armoire fermée à clé.

Liste des fournitures nécessaires à la prise en charge des survivants d'un viol

1. Protocole	Disponible
Protocole médical écrit dans la langue du dispensateur de soins	
2. Personnel	Disponible
Professionnels de la santé (locaux) qualifiés (joignables 24 heures sur 24)	
Pendant l'examen, une dispensatrice de soins parlant la même langue que la victime sera présente dans la pièce.	
3. Mobilier/local	Disponible
Pièce (privée, calme, accessible, avec un accès à des toilettes ou latrines)	
Table d'examen	
Une source de lumière, de préférence fixe (une lampe torche risque de sembler menaçantes pour des enfants)	
Accès à un autoclave pour stériliser les instruments	
4. Fournitures	Disponible
«Trousse viol» pour collecter les preuves médico-légales, comprenant:	
un speculum	
un mètre-ruban pour mesurer la taille des ecchymoses, la longueur des coupures, etc.	
des sacs en papier pour entreposer les preuves	
du ruban papier pour fermer et étiqueter les conteneurs/sachets	
Des fournitures pour les précautions universelles	
Du matériel de réanimation en cas de choc anaphylactique	
Instruments médicaux stériles (trousse) pour réparer les déchirures ainsi que du matériel de suture	
Aiguilles, seringues	
De quoi couvrir la personne (peignoir, tissu, drap) pendant l'examen	
Des articles d'hygiène (bandes ou serviettes locales)	
5. Médicaments	Disponibles
Pour le traitement des IST, conformément au protocole national	
Pilules contraceptives d'urgence et/ou stérilets (DIU)	
Analgésiques (par exemple, du paracétamol)	
Un anesthésique local pour les sutures	
Des antibiotiques pour soigner les plaies	
6. Fournitures administratives	Disponibles
Fiches médicales avec pictogrammes	
Formulaires de consentement	
Brochures d'information sur les soins d'après le viol	
Espaces de classement sûrs et fermant à clé pour conserver les dossiers confidentiels	

► Ressources principales

“Clinical Management of Survivors of Rape. Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons”

Pour de plus amples informations sur l'action et la prévention contre la violence et l'exploitation sexuelles, voir la Feuille d'action : 3.1: Action et prévention contre l'exploitation et la violence sexuelles.

Feuille d'action 7.7 : Garantir des accouchements sans risque

► Contexte

Avant que l'on puisse envisager des programmes complets de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, des interventions fondamentales visant à prévenir une morbidité et une mortalité néonatale et maternelle élevées doivent être mises en place. C'est là un des objectifs du DMU interagences, soit l'ensemble minimal de services initiaux sur la santé de la reproduction.

► Actions fondamentales

▼ Fournir des trousse d'accouchement propre.

Fournir des trousse d'accouchement propre devant être utilisées par les mères ou les accoucheuses afin de promouvoir les accouchements propres à domicile.

La priorité première est qu'un accouchement doit être sans risques, propre et non traumatique. La population touchée par l'urgence comprendra des femmes qui se trouvent en fin de grossesse et qui vont donc accoucher durant les premières semaines de la crise. Au début d'une situation d'urgence, les accouchements se déroulent souvent à l'extérieur des infrastructures sanitaires, sans l'aide du personnel soignant chevronné. Des trousse d'accouchement destinées à être utilisées à domicile devraient être mises à la

disposition de ces femmes. Les trousse sont très simples et peuvent être utilisées par les femmes elles-mêmes, les membres de leur famille ou les accoucheuses traditionnelles. Les trousse peuvent être commandées ou constituées sur place.

Une trousse d'accouchement comprend : une feuille de plastique, deux morceaux de ficelle, une lame de rasoir propre (neuve) et un pain de savon, ainsi que les instructions d'utilisation.

▼ Fournir des trousse d'accouchement pour les sages-femmes.

Fournir des trousse d'accouchements pour les sages-femmes afin de faciliter les accouchements propres et sans risques au sein de l'infrastructure sanitaire.

On estime que quelque 15% des grossesses seront accompagnées de complications. Les accouchements avec complications exigent des accoucheuses expérimentées et devraient être aiguillés vers un centre de santé capable de dispenser les soins obstétriques essentiels de base. Ces soins essentiels comprennent : un traitement antibiotique par voie parentérale, le traitement parentéral de l'éclampsie et l'enlèvement manuel du placenta.

Le module complémentaire de la nouvelle trousse sanitaire d'urgence de 1998 contient tout le matériel nécessaire pour garantir un accouchement propre et sans risques au centre de santé. Le UNFPA fournit également ce type de matériel. Lors des accouchements, les accoucheurs compétents (sages-femmes, médecins) devraient respecter à la lettre les précautions universelles et devraient, dans la mesure du possible, éviter les procédures invasives comme la rupture artificielle de la poche des eaux ou la pratique d'une épisiotomie. De telles procédures peuvent en

effet augmenter le risque de transmission du virus du VIH de la mère à l'enfant.

▼ Mettre sur pied un système d'aiguillage pour la prise en charge des urgences obstétricales.

Entre 3 et 7% des grossesses exigeront une césarienne. Les césariennes et les autres urgences obstétricales devront être envoyées vers un hôpital en mesure de dispenser des soins obstétriques essentiels complets (soins de base et chirurgie, anesthésie et transfusions de sang sans risques). Dès que possible, un système d'aiguillage prenant en charge ces complications doit être disponible 24 heures sur 24 pour la population. Lorsque la chose est faisable, une infrastructure existante peut être utilisée et soutenue afin de répondre aux besoins de la population. Si ce n'est pas envisageable, en raison de la distance ou des perturbations, une infrastructure d'aiguillage adéquate devrait être fournie (par exemple, une hôpital de campagne).

Il est nécessaire de coordonner les politiques, les procédures et les pratiques à suivre par rapport à l'infrastructure d'aiguillage et aux autorités. Assurez-vous qu'il y a suffisamment de capacité de transport, de personnel de qualité et de matériel pour faire face à la demande.

▼ Organiser des services complets de soins d'hygiène durant la grossesse, lors de l'accouchement et pendant le post-partum.

Il est essentiel de planifier l'offre de soins d'hygiène durant la grossesse, lors de l'accouchement et pendant le post-partum et de prévoir l'intégration rapide de ces services dans les soins de santé primaires. Dans le cas contraire, ces services pourraient accuser un retard inutile. Dans le cadre de la planification, intégrer les activités suivantes :

- Rassembler des informations contextuelles (voir la Feuille d'action 2.1: Evaluer les données préliminaires)
- Identifier des sites pouvant convenir pour ce type de soins (voir Feuille d'action 6.1 : Créer des sites de conception sûre)
- Evaluer les capacités du personnel et prévoir une formation/un recyclage du personnel.
- Commander le matériel et les fournitures pour des services complets de santé de la reproduction.

► Ressources principales

On utilise une formule fondée sur le taux brut de natalité (TBN) pour calculer les fournitures et les services nécessaires.

Calcul des fournitures et des services nécessaires

Avec un TBN de 5% par an

Hypothèse :

Population de 10,000

TBN = 4 %/an (40 naissances vivantes/1.000 unités de population)

Par conséquent:

Nombre total de naissances vivantes par an :

10.000 x 0.04 = 400

Nombre total de naissances vivantes par trimestre :

(10.000 x 0.04) /4 = 100

Lien avec d'autres exemples d'estimations (page 112 IA FM)

Liste de vérification des services de maternité sans risques

1.Trousses d'accouchement propre pour utilisation à domicile	Disponible
2.Trousses de soins obstétriques essentiels de base pour le centre de santé	
3.Trousses de chirurgie obstétricale et de sécurité transfusionnelle pour l'infrastructure d'aiguillage	
4.Identification d'un système d'aiguillage pour les urgences obstétricales	
5.Un centre de santé pour 30.000 à 40.000 personnes	
6.Une salle d'opération et le personnel pour 150.000 à 200.000 personnes	
7.Une sage-femme (ayant reçu une formation et opérationnelle) pour 20.000 à 30.000 personnes	
8.Un agent sanitaire des communautés/une accoucheuse traditionnelle (ayant reçu une formation et opérationnelle) pour 2.000 – 3.000 personnes	
9.Connaissance des croyances et des pratiques liées à l'accouchement au sein de la collectivité	
10.Les femmes connaissent les services disponibles	

Reproductive Health in Refugee Situations, an Inter-Agency Field Manual, Chapters 3 and 7.

Reproductive Health Kits for Emergency Situations, Kit 2, 6, 8, 9, 10, 11, 12

Pour de plus amples informations sur l'accouchement sans risques, voir : Documents de l'OMS sur la maternité sans Risques.

WHO New Emergency Health Kits (NEHK)

Feuille d'action 7.8 : Précautions universelles

► Contexte

Le personnel qui travaille sous pression étant plus exposé au risque d'accidents professionnels et ayant tendance à prendre moins de précautions au niveau des techniques de stérilisation, les mesures de lutte contre les infections adoptées en temps de crise doivent être pratiques à mettre en œuvre et à faire exécuter. Les **précautions universelles** constituent un ensemble de mesures standard simples, à prendre en toute occasion et avec tous les patients pour réduire au maximum le risque de transmission d'agents pathogènes véhiculés par le sang. Ces procédures sont essentielles pour prévenir la transmission du VIH d'un patient à l'autre, d'un dispensateur de soins à un patient ou d'un patient à un dispensateur de soins.

Le principe directeur pour lutter contre l'infection par le VIH et d'autres maladies pouvant se transmettre par le sang, les produits sanguins et les fluides organiques repose sur l'hypothèse selon laquelle le sang est toujours potentiellement infectieux.

► Actions fondamentales

▼ Insister sur les précautions universelles.

Durant la première réunion des coordinateurs sanitaires, insister sur l'importance des précautions universelles pour prévenir la

propagation du VIH/SIDA dans le milieu de soins.

Fournir des protocoles et des directives thérapeutiques clairs, en réduisant au maximum les procédures inutiles. Par exemple:

- Lorsque cela est possible, les traitements intraveineux et intramusculaires devraient être remplacés par des médicaments à prise orale.
- Les transfusions sanguines devraient être limitées à un minimum absolu. Les liquides de restauration de la masse sanguine sont préférables.

La mise en œuvre des procédures pour les précautions universelles, y compris la commande et la distribution des fournitures nécessaires, des désinfectants et des vêtements de protection doit commencer le plus rapidement possible et doit faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation aussitôt que la situation s'est stabilisée.

▼ Se laver les mains.

Prévoir des infrastructures en suffisance pour se laver souvent les mains dans le milieu de soins. On se lavera les mains avec de l'eau et du savon, surtout après tout contact avec des liquides organiques ou des plaies.

▼ Utiliser des barrières de protection pour prévenir le contact direct avec les liquides organiques ou les plaies.

Assurer un approvisionnement suffisant en gants dans tous les milieux de soins pour tous les actes où il y a contact avec du sang ou d'autres liquides organiques potentiellement infectés. Les gants doivent être jetés après les soins à chaque patient; si ce n'est pas possible, ils seront lavés ou stérilisés avant leur réutilisation. Le port de gants pour

applications lourdes est recommandé pour l'évacuation du matériel usagé et des objets piquants ou tranchants.

Lorsqu'il existe une possibilité d'exposition potentielle à de grandes quantités de sang, des vêtements de protection tels que sarraus ou tabliers étanches, masques, lunettes et bottes doivent être mis à disposition.

Le virus responsable du VIH/SIDA ne vit et ne se reproduit que dans un organisme vivant. Le virus mourra donc peu après le décès du sujet infecté par le VIH. En situation d'urgence, il est toutefois recommandé au personnel de porter des gants et, si possible, de mettre un pansement ou un bandage sur toute plaie aux mains ou aux bras. Cette précaution est plus souhaitable encore en présence de liquides organiques

▼ Encourager la manipulation et l'élimination sans risques des instruments piquants ou tranchants.

Tous les instruments piquants ou tranchants doivent être manipulés avec des précautions extrêmes. Ils ne doivent jamais passer d'une personne à l'autre, et leur utilisation doit être réduite au maximum. Le personnel soignant ne doit jamais tenter de tordre ou de casser manuellement les aiguilles, ni de les réencapuchonner ou d'ôter l'aiguille de seringues à usage unique. Les seringues et aiguilles à usage unique usagées ainsi que les lames de scalpel et les autres instruments piquants ou tranchants doivent être placés dans des conteneurs à l'épreuve du percement. Ces conteneurs doivent être facilement disponibles, situés à proximité et hors de portée des enfants. Il ne faut jamais jeter les instruments piquants ou tranchants dans des poubelles ou dans des sacs ordinaires, sur des

décharges, dans les fosses à déchets ou les latrines.

▼ Encourager la décontamination sûre des instruments.

Pour désinfecter les instruments après avoir soigné chaque patient, on utilisera un stérilisateur à vapeur sous pression. Si le matériel de stérilisation n'est pas disponible ou pour certains instruments sensibles à la chaleur, on peut utiliser un désinfectant puissant. Le VIH sera inactivé par une ébullition de 20 minutes ou par trempage pendant 20 minutes dans des solutions chimiques comme de l'eau de Javel à 5% ou du glutaraldéhyde à 2%.

▼ Éliminer sans risques des déchets contaminés.

Le port de gants pour applications lourdes est recommandé pour l'évacuation du matériel usagé et des objets piquants ou tranchants. On se lavera les mains avec de l'eau et du savon de manière routinière après avoir ôté les gants, au cas où ils présenteraient des micro-perforations.

Il faut prévoir des installations pour l'élimination sûre des déchets humains, y compris les placenta et les pansements. Le mieux c'est d'utiliser un incinérateur.

Sachant que pour assurer sa subsistance, la population (y compris les jeunes enfants) fouillera dans les ordures, l'évacuation sans risques des déchets est une précaution vitale. Tous les déchets doivent être brûlés ; le matériel dangereux comme les instruments piquants ou tranchants doit être enterré dans une fosse profonde (située à une distance d'au moins 9 mètres d'une source d'eau).

▼ Surveillance

L'ensemble du personnel doit faire l'objet d'une surveillance afin de garantir leur respect des précautions universelles. En outre, les commandes et la distribution des fournitures indispensables dans le contexte des précautions universelles (notamment les désinfectants et les vêtements de protection) devraient faire l'objet d'un suivi et évaluées aussitôt que la situation s'est stabilisée.

▼ Traiter les accidents professionnels.

Voir Feuille d'action 10.2 : Prophylaxie post exposition pour le personnel humanitaire.

► **Ressources principales** nécessaires pour les précautions universelles

▼ Personnel qualifié

Le personnel sanitaire, les aides ménagères et le personnel d'entretien devraient maîtriser à fond les principes des précautions universelles, être conscients des risques professionnels et utiliser les précautions universelles avec tous les patients, dans toutes les situations.

▼ Fournitures

Les fournitures suivantes sont recommandées en tant que minimum pour empêcher la transmission des virus véhiculés par le sang, comme le VIH. Pour estimer les quantités de fournitures nécessaires, consultez la Nouvelle trousse sanitaire d'urgence de 1998.

Equipement
Seringues et aiguilles à usage unique
Des boîtes à combustion
Des stérilisateur à vapeur sous pression dans tous les milieux de soins
Des gants en caoutchouc pour applications lourdes, des gants réutilisables, des gants stériles, etc.
Masques, sarraus, lunettes
Bottes en caoutchouc
Toile cirée
Savons, désinfectants

▼ Pour de plus amples informations

MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1988; 37(24): 377-88.

The infection prevention course of Engender Health on www.engenderhealth.org/res/onc/about/about-ip.html

Interagency Field Manual for Reproductive Health in Refugee Situations, chapter 2.

Feuille d'action 8.1 : Garantir l'accès des enfants à l'éducation

► Contexte

Traditionnellement, l'éducation n'était pas considérée comme un volet crucial des actions humanitaires qui avaient tendance à se concentrer sur les interventions vitales directes. Toutefois, depuis quelques années, le rôle central de l'éducation s'est affirmé de plus en plus, l'éducation étant mise en évidence dans les appels consolidés et les programmes d'urgence en tant que partie intégrante de toute intervention en cas d'urgence.

Compte tenu du caractère chronique et prolongé d'un très grand nombre d'urgences actuelles (Soudan : 19 ans; Somalie : 12 ans; Sierra Leone : 10 ans), il est vital que l'éducation se poursuive pendant toute la durée de la situation d'urgence. Dans le cas contraire, il existe un risque réel de voir la reconstruction post conflit être réalisée par une population sans instruction et analphabète.

En outre, l'éducation peut jouer un rôle protecteur important pour les enfants frappés par les situations d'urgence. La normalité et la stabilité que procure une scolarisation au quotidien sont importantes d'un point de vue psychologique. Les écoles sont des endroits où non seulement on enseigne les matières académiques traditionnelles mais où l'on peut également diffuser des

messages vitaux. Les écoles sont des sites utiles pour la sensibilisation aux dangers des mines et au VIH/SIDA ainsi que pour la promotion des droits humains, de la tolérance et de la résolution non violente des conflits. Les enfants apprennent vite et ils peuvent transmettre leurs connaissances à d'autres membres de la famille, surtout dans les domaines des soins de santé et de la nutrition.

Dans les régions et les groupes de la population touchés par le VIH/SIDA, la scolarisation revêt une importance particulière étant donné que les parents ne sont peut-être pas en mesure de transmettre à leurs enfants les connaissances élémentaires relatives à la nourriture, la nutrition, la santé et l'agriculture. Par conséquent, l'apport de compétences professionnelles devrait également être envisagée à un stade précoce. Une éducation à la nutrition adéquate dispensée dans les écoles (y compris la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH/SIDA) est également fondamentale, car elle permet aux élèves d'être mieux armés pour faire face à l'infection par le VIH/SIDA et à la maladie et peut ainsi avoir un impact indirect sur les foyers.

Les enfants et les jeunes qui sont scolarisés auront davantage tendance à retarder l'âge de leur premier rapport sexuel (en particulier s'ils bénéficient d'un soutien et si on leur enseigne comment retarder le début des rapports sexuels) et ils rechercheront à apprendre les connaissances élémentaires indispensables pour se protéger contre le VIH/SIDA. Par ailleurs, il y a également moins de risques de les voir rejoindre l'armée et les groupes armés au sein desquels les abus sexuels peuvent être courants.

► Actions fondamentales

- ▼ Veiller à ce que les enfants restent scolarisés, surtout ceux de l'école primaire. S'il n'existe pas d'écoles, créer de nouveaux sites de scolarisation.
- ▼ Protéger les endroits où les enfants sont rassemblés pour suivre les cours contre le recrutement par les groupes armés et l'exploitation sexuelle. Les communautés doivent faire en sorte que les enseignants ne commettent pas d'abus sur les enfants et que les écoles ne constituent pas des sites de recrutement des enfants par les forces combattantes.
- ▼ Créer un lien entre les services humanitaires (par exemple, les rations alimentaires spéciales pour les familles sont conditionnées par la fréquentation des cours) afin d'accroître le taux de fréquentation, de promouvoir une culture qui considère l'éducation et enfin de promouvoir les écoles comme étant des institutions communautaires vitales et pas simplement un endroit où se rendent les enfants.
- ▼ Suivre les abandons scolaires afin de déterminer si les enfants arrêtent l'école et pourquoi.
- ▼ Si les enfants arrêtent l'école par manque de nourriture, il faudrait fournir une alimentation scolaire. Une assistance sous la forme de droits d'inscriptions, de fournitures scolaires et d'uniformes devrait être apportée si nécessaire afin de faciliter l'accès des enfants à l'école.
- ▼ Prévoir des installations ludiques et sportives dans les écoles.

- ▼ Prévoir un soutien psychosocial pour les enseignants qui sont aux prises avec leurs propres problèmes d'ordre psychosocial et ceux de leurs élèves. Un soutien de ce type peut permettre de réduire les comportements d'adaptation négatifs ou destructeurs.
- ▼ Briefer les enseignants sur le code de conduite qui interdit les rapports sexuels avec des enfants. Dans le cadre de la formation des enseignants, prévoir une discussion sur le code de conduite.
- ▼ Essayer de répondre aux besoins des enfants qui ne peuvent pas fréquenter les cours toute la journée parce qu'ils doivent prendre soin d'un parent malade ou qu'ils sont orphelins. Une solution pourrait être de leur proposer des horaires de cours réduits à différents moments de la journée.
- ▼ Envisager la création de jardins d'enfants et d'activités de sciences domestiques.
- ▼ Fournir du matériel aux enseignants pour les aider dans leur tâche (par exemple, «L'école en boîte» et les trousseaux de récréation qui contiennent du matériel de connaissances élémentaires à propos du VIH/SIDA).

► Ressources principales

Inter Agency Network on Education in Emergencies (INEE) :

www.ineesite.org

Global Information Networks in Education :

www.ginie.org

UNICEF Life skills website:

www.unicef.org/programme/

Stepping Stones training package on gender HIV, communication and relationship skills :

www.steppingstonesfeedback.org

UNICEF School in a box and recreation in a box. Pour commander : unicef@unicef.org

Secteur 9: Communication sur le changement de comportement

Phase: Intervention minimale

Feuille d'action 9.1 : Fournir des informations sur la prévention et les soins du VIH/SIDA

► **Contexte**

Dans les situations d'urgence, la communication est essentielle pour aider les personnes à conserver ou à adopter des comportements qui minimisent le risque de contracter le VIH/SIDA. La communication est cruciale pour que les personnes vivant avec le VIH/SIDA ou qui en sont touchées aient accès aux services et à l'assistance. Dans les situations d'urgence, les activités de communication peuvent être perturbées. Il est dès lors crucial de fournir aux personnes les informations nécessaires pour minimiser la propagation du VIH/SIDA, avoir accès aux services de base, recevoir des conseils et une assistance idoines pour faire face à la maladie et à ses conséquences, et être au courant de leurs droits.

► **Actions fondamentales**

▼ **Constituer une équipe de communication.**

Pendant une catastrophe, il se peut qu'un grand nombre des partenaires de communication habituels (enseignants, chefs religieux) soient indisponibles. Il est important de constituer une équipe de spécialistes en communication provenant d'organisations actives dans le travail d'assistance et de sécurité, des homologues gouvernementaux et des volontaires capables au sein de la population, y compris des jeunes. L'équipe

de communication permettra de garantir une coordination avec les programmes en place et une intégration dans ceux-ci, de même qu'un accès aux populations les plus vulnérables.

▼ **Evaluer la situation.**

L'évaluation doit se concentrer sur la compréhension de la situation locale en matière de VIH/SIDA et de son interaction avec la situation d'urgence, en accordant une attention toute particulière aux comportements, aux perceptions et aux mécanismes d'adaptation des personnes. Vérifier s'il existe déjà une analyse de la situation sur le VIH/SIDA. Dans l'affirmative, quels sont les changements générés par la situation d'urgence. Par exemple :

- Quels groupes de personnes sont en déplacement et lesquels se sont établis ?
- S'agit-il des groupes vulnérables « habituels » ou de nouveaux groupes ont-ils été créés ?
- Les services de secours étaient-ils actifs ? Comment sont-ils structurés ? Atteignent-ils l'un des groupes vulnérables identifiés ci-dessus, en offrant une opportunité d'intégration des activités de communication ?
- Quels services spécifiques sont disponibles pour la prévention du VIH/SIDA et pour soutenir les personnes vivant avec le VIH/SIDA ou qui sont orphelins à cause de la maladie ?
- Quels autres efforts de communications sont déployés ? Il s'agit d'une opportunité d'intégrer les activités de communication dans le travail des autres secteurs.
- Quels canaux de communications sont encore fonctionnels ? Lequel serait le plus efficace pour atteindre les groupes prioritaires ?

▼ **Elaborer un plan de communications.**

Un plan de communications pour les situations d'urgence se concentre sur le moyen de communiquer avec les groupes les plus vulnérables. Par conséquent, la sensibilisation générale et les changements sociaux à long terme devront être provisoirement laissés en suspens en faveur d'interventions ciblées, jusqu'à ce qu'un certain degré de stabilité soit atteint. Pour remplir ces tâches, le personnel d'urgence doit :

- identifier les groupes les plus vulnérables : femmes sans partenaires, orphelins, enfants soldats, etc.
- définir les moyens d'avoir accès à ces groupes : utiliser des méthodes interpersonnelles là où les personnes se rassemblent pour une assistance humanitaire, dans les centres de santé, aux points d'eau et dans les centres provisoires pour les enfants séparés et/ou les enfants soldats démobilisés. Le cas échéant, encourager les jeunes à communiquer avec d'autres jeunes, les femmes avec les femmes, les hommes avec les hommes, les soldats avec les soldats. Recourir à des médias fonctionnels tels que la radio, les systèmes de sonorisation, les mégaphones et les imprimés.
- créer des occasions de dialogue sur les problèmes liés au VIH/SIDA et les préoccupations connexes au sein des groupes précités. De même, organiser une démonstration sur les préservatifs ainsi que des «travaux pratiques». Les résultats de la discussion peuvent inclure la clarification de problèmes, l'échange d'informations, la résolution de problèmes et des modifications au niveau des services.
- si du matériel simple est disponible dans les langues de la population et qu'il

correspond à la situation d'urgence, le mettre à disposition dans les principaux endroits de rassemblement, y compris les toilettes et les installations sanitaires.

- travailler main dans la main avec les travailleurs humanitaires pour définir des messages clé qu'ils pensent pouvoir faire passer, adapter les messages clé ci-dessous à l'attention de groupes spécifiques (jeunes, parents, collaborateurs humanitaires et autres). Mettre au point une « aide à la mémorisation » et identifier des modèles réalistes mais acceptables pour les démonstrations sur les préservatifs, y compris les préservatifs féminins, s'ils sont disponibles.
- cibler les messages sur les services et les produits disponibles (en créant des systèmes d'aiguillage, lorsque cela est possible), sur les comportements préventifs ainsi que sur le caractère inacceptable de la violence et de l'exploitation sexuelles. Utiliser un langage et des termes que la majorité de la population comprend.
- veiller à ce que les messages soient en adéquation par rapport aux changements au niveau de la situation en matière de sécurité et d'aide humanitaire.
- intégrer les dirigeants religieux dans l'éducation. Etant donnée leur légitimité morale, ils peuvent souvent jouer un rôle crucial dans la restauration de l'ordre et la mise en place de programmes qui fonctionnent.

8 FAITS A CONNAITRE A PROPOS DU VIH/SIDA

1. C'est un virus appelé VIH qui cause le SIDA. Le VIH provoque des dommages au niveau du système immunitaire de l'organisme. Ces atteintes font que l'organisme a du mal à se défendre contre les maladies et finalement, elles provoquent le décès. Une personne porteuse du VIH peut le transmettre à d'autres même si en apparence, elle semble en bonne santé. Le SIDA est incurable. Par conséquent, la prévention représente le moyen de choix pour rester indemne du SIDA.

2. Le VIH est présent dans les liquides suivants : le sang, le sperme (y compris le liquide pré-éjaculatoire), les sécrétions vaginales et le lait maternel. La transmission du virus est le plus souvent sexuelle. Les femmes sont deux fois plus facilement infectées par des IST (infections sexuellement transmissibles), y compris le VIH, contractées par l'intermédiaire de leur partenaire que l'inverse. Les filles et les jeunes femmes sont exposées à un risque élevé d'IST parce que leurs organes ne sont pas à maturité et plus facilement attaqués par les pathogènes.

3. Les personnes qui souffrent d'une IST sont exposées à un risque accru de contamination par le VIH/SIDA et de transmission de leur infection à d'autres. Les signes courants d'une IST sont une douleur à la miction, une douleur dans l'abdomen ou durant les rapports sexuels, un écoulement pénien ou vaginal et des plaies au niveau des organes génitaux. Certaines personnes souffrant d'une IST ne présentent que peu de symptômes voire aucun. Toute personne présentant un des signes précités devrait solliciter un traitement sans tarder. Par ailleurs, cette personne devrait éviter les rapports sexuels ou pratiquer la sexualité sans risques (relations sexuelles sans pénétration ou port d'un préservatif) et informer ses partenaires.

4. Le risque de transmission sexuelle des infections, y compris du SIDA, peut être réduit si les personnes pratiquent l'abstinence sexuelle ou la sexualité sans risques, c'est-à-dire des relations sans pénétration ou

avec un préservatif.

5. Un usage assidu et correct des préservatifs constitue le seul moyen efficace de prévenir une infection par le VIH/SIDA au sein de la population sexuellement active. On entend par usage assidu l'utilisation de préservatifs fournis par les services ou les dispensaires humanitaires, du début à la fin, chaque fois qu'une personne a des relations sexuelles vaginales, bucco-génitales ou anales. On entend par usage correct le respect des étapes décrites lors des démonstrations sur les préservatifs dans le cadre des séances éducatives. Adressez-vous à votre collaborateur humanitaire le plus proche pour toutes vos questions sur les préservatifs et le VIH/SIDA.

6. Le VIH peut également se transmettre lorsque la peau d'une personne séropositive est coupée ou perforée, entraînant un saignement. Par conséquent, il est extrêmement important d'éviter tout contact avec le sang d'une autre personne. Le VIH ne se transmet pas : en serrant quelqu'un dans ses bras, en se serrant la main, au cours des simples contacts du quotidien; en fréquentant les piscines ou par l'intermédiaire de la lunette des toilettes; en partageant du linge de lit, des couverts, de la nourriture; par les piqûres de moustiques et d'autres insectes; en toussant, en éternuant.

7. En dépit de l'écroulement de l'ordre social, le viol et les relations sexuelles sous la contrainte ne sont jamais acceptables. La fréquence élevée de telles pratiques dans les situations d'urgence expose les femmes, les filles et les garçons à un risque élevé d'infection.

8. Si vous êtes bien nourri (alimentation suffisante et variée), vous serez mieux à même de lutter contre la maladie.

▼ Suivi

Concentrer le suivi sur l'utilisation des services et des produits, pour adapter le plan de communication.

► Ressources principales

UNICEF. The Right to Know Project. 2002.

Hieber, L (2001) Lifeline Media : Reaching Populations in Crisis ? A guide to developing media projects in conflict situations, Versoix : Media Action International.

Singal, A. and Rogers, E. (2003) Combating AIDS: Communication strategies in action, New Delhi: Sage Publications.

UNICEF (2000) Involving People ? Evolving Behavior, Southbound, Penang.

UNHCR (1995) Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual.

CDC or WHO. Instruction sheets on condom use.

Sites internet :

www.jhuccp.org

www.fhi.org

www.aed.org

www.synergy.org

www.phishare.org/documents/TheSynergyProject/421/

www.communit.com

Secteur 10 : Le VIH/SIDA sur le lieu de travail.
Phase: Intervention minimale

Feuille d'action 10.1 : Prévenir toute discrimination liée à la séropositivité dans la gestion du personnel

► Contexte

Dans le cadre de la gestion d'une organisation, toute discrimination pour quelque raison que ce soit aboutit à un climat de méfiance et d'inefficacité. La discrimination liée à la séropositivité n'est pas seulement une action injustifiée envers la personne. En effet, au sein du personnel qui ne maîtrise pas la problématique du VIH/SIDA, une telle discrimination exacerbe la stigmatisation et les préjugés envers les personnes séropositives. Les gestionnaires doivent établir un climat de confiance et de compréhension, exempt de crainte ou de stigmatisation, de discrimination et de pertes d'emploi.

Il ne devrait pas exister de discrimination envers les travailleurs sur la base d'une séropositivité réelle ou perçue. La discrimination et la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA inhibe les efforts visant à promouvoir la prévention du VIH/SIDA : si les personnes craignent une possibilité de discrimination, elles risquent de cacher leur séropositivité et sont dès lors davantage susceptibles de transmettre l'infection à d'autres. En outre, elles ne solliciteront pas de traitement ni de soutien psychologique.

Les programmes d'information et d'éducation sur le lieu de travail sont essentiels pour

combattre la propagation de l'épidémie et pour susciter une plus grande tolérance envers les collaborateurs atteints du VIH/SIDA. Une éducation effective peut atténuer grandement l'anxiété et la stigmatisation associées au VIH, réduire les perturbations sur le lieu de travail et générer des changements d'attitude et de comportement. Une meilleure prise de conscience de la manière dont on peut prévenir la contamination par le VIH contribuera à affaiblir la stigmatisation envers les séropositifs.

► Actions fondamentales

▼ Fournir des informations sur le lieu de travail.

Garantir la fourniture de matériel de base sur le VIH/SIDA et sur les modes de transmission (brochures de documentation), par l'intermédiaire du service médical professionnel ou au cours de réunions informelles. Veiller à ce que tous les travailleurs disposent des informations nécessaires sur la politique de leur organisation en matière de VIH/SIDA et sur les aides qui sont à leur disposition.

▼ Comprendre les droits humains.

En améliorant la sensibilisation aux droits humains, les organisations contribueront au développement d'une main œuvre en bonne santé au sein de laquelle les individus se sentent en sécurité. Par le biais d'un niveau d'organisation accru (associations du personnel), les droits des travailleurs sont mieux protégés, ce qui laisse moins de place à l'inégalité sociale et permet de mieux équilibrer les structures du pouvoir de l'organisation. Tous les membres du personnel devraient également bénéficier de droits égaux en termes de prise en charge et de traitement de toute maladie dont ils

seraient atteints et être informés à ce sujet. Le matériel de base sur le VIH/SIDA et sur les droits humains peut être mis à disposition par l'intermédiaire de l'association du personnel ou au cours de réunions informelles.

▼ Permettre et conserver la confidentialité.

Il n'existe aucune justification pour demander à des postulants ou à des collaborateurs de révéler des informations personnelles relatives au VIH/SIDA. Par ailleurs, les collègues non plus ne devraient pas être contraints de révéler des informations personnelles à propos des personnes avec lesquelles ils/elles travaillent. Une sensibilisation à cette confidentialité est importante pour habiliter les travailleurs et les associations du personnel dans leur dialogue avec le management. Veiller à ce que les dossiers médicaux soient conservés dans un endroit sûr et fermé à clé et que le personnel médical et les gestionnaires des ressources humaines soient au courant du caractère confidentiel de ces informations.

▼ Soutenir le dialogue social.

La mise en œuvre réussie d'une politique et de programmes sur le VIH/SIDA sur le lieu de travail exige la coopération et la confiance entre les employeurs, les travailleurs et leurs représentants. On insistera également sur le rôle de leadership tenu par les organisations d'employeurs et de travailleurs afin de briser le silence autour du VIH/SIDA et de promouvoir des actions. Veiller à ce que la problématique du VIH/SIDA soit prise en compte de manière adéquate dans les réunions entre employeurs et travailleurs.

▼ Instaurer des liaisons et un plaidoyer.

Les organisations nationales et internationales devraient garantir une promotion active pour une meilleure compréhension de l'épidémie de VIH/SIDA et de son impact sur le lieu de

travail, de même que la promotion de l'égalité des droits entre les membres du personnel.

► Ressources principales

UNAIDS/WHO/UNHCR Guidelines on HIV/AIDS Interventions in Emergencies, 1996 (actuellement en cours de révision).

The ILO Code of Practice on HIV/AIDS.

Feuille d'action 10.2 : Fournir une prophylaxie post-exposition (PEP) au personnel humanitaire

► Contexte¹³

La prophylaxie post-exposition (PEP) est un traitement anti-rétroviral à court terme qui réduit la probabilité d'une infection à VIH après une exposition potentielle, dans le contexte professionnel ou à l'occasion de rapports sexuels. Dans le secteur de la santé, la prophylaxie postexposition devrait être fournie en tant que partie intégrante des précautions universelles globales qui réduisent l'exposition du personnel aux risques d'infections sur le lieu de travail.

La PEP était prévue au départ pour le personnel médical exposé accidentellement au VIH au cours de son travail (par exemple, une piqûre avec des aiguilles). La valeur de la PEP est maintenant reconnue pour d'autres situations impliquant une exposition possible au VIH (par exemple, suite à une agression sexuelle ou un accident professionnel).

Le risque de transmission du VIH d'un patient contaminé par l'intermédiaire d'une aiguille est inférieur à 1%. Le risque de transmission du VIH suite à une exposition à des liquides ou à des tissus infectés est réputé inférieure au risque associé à une exposition à du sang contaminé. Le risque d'exposition à des aiguilles et à d'autres modes existe dans de nombreux milieux où les équipements de protection sont en nombre limité et où la

prévalence de l'infection à VIH au sein de la population est élevée. La mise à disposition de la PEP peut réduire la survenue d'infections à VIH contractées sur le lieu de travail parmi les dispensateurs de soins.

La mise à disposition de la PEP pour les dispensateurs de soins servira à stimuler la motivation et la volonté du personnel de travailler avec des personnes séropositives. Par ailleurs, la PEP peut contribuer à conserver le personnel inquiet du risque d'exposition au VIH sur le lieu de travail. La question de savoir s'il est nécessaire d'avoir recours à la PEP après une relation sexuelle fait l'objet d'un vif débat. La PEP peut être proposée au personnel dans les cas de viol où la probabilité d'une exposition au VIH est considérée comme élevée.

L'utilisation adéquate des fournitures, l'éducation du personnel et la supervision devraient être exposées clairement dans les politiques et les directives institutionnelles. Un contrôle régulier effectué par les gestionnaires dans les milieux de soins peut contribuer à réduire les risques professionnels. Si une blessure ou une contamination a pour résultat une exposition à du matériel contaminé par le VIH, un encadrement psychologique, un traitement, un suivi et des soins post-exposition devraient être fournis. La PEP avec traitement anti-rétroviral peut réduire le risque d'infection.

► Actions fondamentales

▼ Prévenir l'exposition.

La prévention de l'exposition reste le moyen le plus efficace pour réduire le risque de transmission du VIH au personnel sanitaire. Il convient d'accorder la priorité à la formation des dispensateurs de soins en matière de méthodes de prévention, y

compris les précautions universelles, et à leur fournir le matériel et l'équipement de protection indispensables. Le personnel devrait également être informé des risques de contamination par le VIH par voie sexuelle, avoir accès facilement aux préservatifs et comprendre le caractère confidentiel des services thérapeutiques pour les IST.

▼ Gérer l'exposition professionnelle au VIH.

- Les premiers soins doivent être prodigués sur-le-champ après toute blessure : les plaies et les sites cutanés exposés au sang ou aux liquides organiques devraient être nettoyés à l'eau et au savon, les membranes muqueuses étant abondamment rincées à l'eau.
- L'exposition devrait être évaluée quant à son potentiel de transmission de l'infection à VIH (en fonction de la substance organique et de la gravité de l'exposition).
- La prophylaxie post-exposition devrait être fournie en cas d'exposition à une personne source séropositive (ou de probabilité que cette personne source soit séropositive).
- La source d'exposition devrait subir un test de séropositivité. Le test des personnes sources ne devrait être pratiqué qu'après avoir obtenu le consentement éclairé et devrait comprendre l'accompagnement psychologique adapté et un aiguillage pour les soins. La confidentialité doit impérativement être préservée.
- Chez l'agent sanitaire, l'évaluation clinique et les tests de base ne devraient avoir lieu que lorsque ce dernier aura donné son consentement éclairé.
- Une éducation à la réduction du risque d'exposition devrait être dispensée par des accompagnants qui passent en revue

la succession des événements avec doigté et sans poser de jugement.

- Un rapport d'exposition devrait être rédigé et présenté.

▼ Offrir une PEP.

Il n'est pas prouvé que la PEP prévienne la transmission du VIH. Toutefois, les études suggèrent que si le traitement est administré le plus vite possible après une exposition potentielle au VIH – c'est-à-dire de 2 à 72 heures après l'exposition – il peut aider à prévenir l'infection.

On recommande un traitement combiné car il est réputé être plus performant qu'un seul agent thérapeutique. On préconise une bithérapies ou une trithérapies.

Le schéma posologique sera défini en fonction des médicaments pris précédemment par le patient source et d'une résistance connue ou potentielle à différents médicaments. La gravité de l'exposition et la disponibilité des différents antirétroviraux (ARV) dans ce milieu spécifique peuvent également déterminer le schéma posologique. En l'absence d'une résistance connue à la zidovudine (ZVD) ou à la lamiduvine chez le patient source, la combinaison thérapeutique et les doses recommandées sont :

- ZDV : 250-300 mg deux fois par jour
- Lamiduvine : 150 mg deux fois par jour

Si l'on ajoute un troisième médicament :

- Indinavir : 800 mg 3 fois par jour ou Efavirenz : 600 mg une fois par jour (usage non recommandé chez les femmes enceintes)

La thérapie ARV (disponible sous la forme d'une « trousse » de PEP) devrait être fournie conformément au protocole institutionnel ou,

lorsque cela est possible, dans le cadre d'une consultation avec un médecin spécialiste. La consultation d'un spécialiste revêt une importance particulière lorsqu'il existe un risque d'exposition à un VIH résistant aux médicaments. Une fois que la PEP a débuté, le personnel sanitaire a un accès aisé aux fournitures nécessaires pour une thérapie ARV d'une durée d'un mois. Un traitement de quatre semaines est recommandé (28 jours).

▼ Fournir les ressources humaines,

l'infrastructure et les fournitures nécessaires. Les directives institutionnelles sur la PEP devraient être en place. Le test VIH, l'encadrement psychologique et les antirétroviraux devraient être disponibles. Il est crucial que les précautions universelles soient en place, que l'on dispose d'un approvisionnement ininterrompu en matériel de protection (gants, conteneurs pour objets piquants ou tranchants) et que les matières dangereuses soient éliminées sans risques. Pour garantir que la PEP est dispensée, la présence d'un spécialiste de la lutte anti-infectieuse, d'un responsable de l'appui psychologique au personnel et d'un agent sanitaire expérimenté dans la prise en charge du VIH/SIDA est bénéfique.

▼ Gérer la PEP.

Exemple de gestion de PEP : les directives de l'ONU.

- Le traitement commence dès que possible, de 2 à 72 heures après l'exposition au VIH.
- Le représentant de l'OMS peut prendre les mesures nécessaires pour faire évacuer le patient vers un site qui dispose des installations médicales adéquates, afin de poursuivre la PEP.

- Des trousse de démarrage de PEP sont disponibles pour toutes les personnes disposant d'un contrat avec les Nations Unies (ainsi que leur famille) qui sont exposées au VIH suite à une agression sexuelle ou un accident professionnel.
- Des trousse de démarrage de PEP sont envoyées à tous les coordinateurs résidents des Nations Unies.

► Ressources principales

Recommendations for Postexposure Prophylaxis CDC MMWR.

www.cdc.gov/Hiv/treatment.htm-prophylaxis

WHO. Guidance Modules on Antiretroviral Treatments. Module 7: Treatments following exposure to HIV. Module 9: Ethical, societal issues relating to antiretroviral treatments.

Post exposure preventive treatment starter kits, Guidelines.

AIDS and HIV infection, information for UN employees and families.

Antiretroviral Therapy for Potential Non Occupational Exposures to HIV
www.cdcgov/hiv/media/pepfact.html

Notes

Chapitre 1

¹ L'IASC est composé de membres titulaires (FAO, OCHA, PNUD, UNFPA, UNHCR, UNICEF, PAM et OMS) et d'invités permanents (CICR, IFRC, IOM, RSGIDP, HCDH, Banque mondiale et trois consortiums d'ONG : le Comité permanent pour une intervention humanitaire (Steering Committee for Humanitarian Response – SCHR), Interaction et le Conseil international des agences bénévoles (CIAB).

Chapitre 4

² Dans ce contexte, les abus contre les droits humains portent particulièrement sur ceux qui augmentent la vulnérabilité aux infections par le VIH, tels que la violence sexuelle, et ceux qui créent une discrimination contre les personnes infectées ou touchées par le VIH/SIDA.

³ Coordination de l'intervention d'urgence et coordination des programmes et projets relatifs au VIH/SIDA.

⁴ Voir Feuille d'action 7.3 pour le calcul des préservatifs.

⁵ Voir Feuille d'action 7.3 pour le calcul des préservatifs.

⁶ La science de la nutrition des personnes vivant avec le VIH/SIDA évolue rapidement. L'OMS a réuni une consultation d'experts sur les adaptations potentielles aux besoins énergétiques des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Des recommandations sont attendues bientôt.

⁷ P. 43 de « Food and Nutrition needs in emergencies ».

⁸ Par le biais d'échanges d'information, d'entretiens avec des informateurs essentiels (institutions locales, ménages touchés) et d'un examen des informations existantes.

⁹ Ceci devrait figurer systématiquement dans les évaluations des besoins alimentaires et agricoles dans les régions à prévalence élevée de VIH/SIDA.

¹⁰ Un exemple d'instructions sur l'utilisation du préservatif est fourni dans « The male condom: UNAIDS technical update » – « Le préservatif masculin : Mise à jour technique d'ONUSIDA ».

¹¹ Extrait de : « Manual of Reproductive Health Kit for Crisis Situations », 2^{ème} édition, UNFPA, 2003.

¹² Manual of Reproductive Health Kit for Crisis Situations, 2^{ème} édition, UNFPA, New York 2003. (*Les antibiotiques de l'exemple sont choisis pour la phase précoce de l'urgence parce qu'aucune résistance antimicrobienne à ces antibiotiques n'est connue. Des protocoles nationaux de traitement selon l'approche du syndrome devraient être introduits dès que possible*).

¹³ Ce document est adapté du document WHO/TSH sur la PEP.

Les *Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence* fournissent des informations précieuses aux organisations et aux personnes impliquées dans des interventions en matière de VIH/SIDA dans des situations de crise. Les thèmes couverts sont :

- Prévention et état de préparation
- Intervenir en cas de violence et d'exploitation sexuelles
- Aide alimentaire et distribution
- Soins pour les utilisateurs de drogues injectables
- Approvisionnement en sang propre
- Approvisionnement en préservatifs et usage
- Groupes spéciaux : femmes et enfants, orphelins, personnel des corps en uniforme, réfugiés
- Livraisons sûres
- Précautions universelles
- Prophylaxie postexposition
- Questions relatives au lieu de travail
- Discrimination dans le traitement

Ces *Directives* contiennent une Matrice, présentant des informations sur l'intervention d'une manière simplifiée, qui peut être facilement photocopiée et prête à l'usage dans des situations d'urgence.

Les *Directives* contiennent aussi un CD-ROM qui fournit toutes les informations contenues dans le document imprimé, ainsi que des documents sous forme électronique (Acrobat/PDF, Word, HTML). Conçu pour un usage facile, ce CD-ROM se lance automatiquement dans la plupart des ordinateurs ; sa navigation est vraiment très simple.

Ces *Directives*, publiées par le Comité permanent inter-organisations, donne aux intervenants un outil polyvalent pour un accès rapide et facile aux dernières informations concernant le VIH/SIDA dans des situations d'urgence.

