Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication
École des sciences politiques et sociales (PSAD)

Les stratégies d'adaptation des acteurs humanitaires et sanitaires face aux réductions de financement des programmes VIH dans les camps de réfugiés au Tchad

Auteur : **HAMMADY Da**

Promoteur : **CHEMOUNI Benjamin**

Année académique : **2025-2026**

Master de Spécialisation en Action Humanitaire Internationale

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire et à la réussite de mon parcours académique.
En premier lieu, j'adresse mes sincères remerciements à Monsieur Benjamin Chemouni, mon promoteur. Sa disponibilité, sa rigueur scientifique, ses conseils éclairés et sa confiance m'ont permis de mener à bien ce travail. Je lui suis profondément reconnaissant pour son accompagnement tout au long de ce processus.
Mes remerciements vont également à l'ensemble du corps professoral de la Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication de l'Université Catholique de Louvain, et plus particulièrement à l'équipe du Master de Spécialisation en Action Humanitaire Internationale. La qualité des enseignements, la richesse des échanges et l'engagement des professeurs ont nourri ma réflexion et forgé mon engagement humanitaire.
J'exprime une reconnaissance toute particulière à mes confrères médecins au Tchad, travaillant au HCR et au sein des ONG opérant dans les camps de réfugiés. Leur disponibilité et leur acceptation de se prêter aux entretiens ont été essentielles. Leurs témoignages et leur expertise de terrain ont grandement enrichi la qualité de ce travail et lui ont donné toute sa profondeur.
Je remercie enfin ma famille, mes proches et mes collègues de promotion pour leur soutien indéfectible, leurs encouragements et leur patience durant ces deux années de formation.
À toutes et à tous, merci.

DÉCLARATION DÉONTOLOGIQUE

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.
Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave.

Fait à Louvain-la-Neuve, le 17 août 2026

Hammady Da

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASC : Agent de santé communautaire

BASE : Bureau d'Appui en Santé et Environnement au Tchad

BM : Banque mondiale

CLM : Community Led Monitoring

DHIS2 : District Health Information Software 2

DMM : Dispensation multi-mois

EDS : Enquêtes démographiques et de santé

MSPPT : Ministère de la Santé Publique et de la Prévention du Tchad

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEPFAR : Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida

PRFI : Pays à revenu faible et intermédiaire

PTME : Prévention de la transmission mère-enfant du VIH

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

RECO : Relais communautaires

TAR : Traitement antirétroviral

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

UNAIDS (ONUSIDA) : Organisation des Nations Unies chargée du SIDA

UNHCR : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS i
DÉCLARATION DÉONTOLOGIQUE ii
LISTE DES ABRÉVIATIONS iii
TABLE DES MATIÈRES iv
I. INTRODUCTION 1
1. Contexte général 1
2. Justification et pertinence de l'étude 2
3. Problématique 2
4. Question de recherche 3
5. Objectifs de l'étude 3
5.1 Général 3
5.2 Spécifiques 3
6. Méthodologie 3
6.1 Type d'étude et approche méthodologique 3
6.2 Cadre de l'étude 4
6.3 Population d'étude 4
6.4 Echantillonnage 5
6.5 Technique de collecte de données 5
6.6 Analyse des données 5
6.7 Considérations éthiques 5
6.8 Limites méthodologiques 5
7. Structure du TFE 5
II. REVUE DE LA LITTERATURE 7
1. Contexte humanitaire et vulnérabilité des populations réfugiées au Tchad 7
2. Dépendance financière et fragilité des programmes VIH au Tchad. 8
3. Effets des réductions de financement sur les programmes de lutte contre le VIH. 10
III. CADRE ANALYTIQUE DE L'ETUDE : STRATEGIES D'ADAPTATION DES ACTEURS HUMANITAIRES ET SANITAIRES FACE AUX REDUCTIONS DE FINANCEMENT DES PROGRAMMES VIH 12
1. Priorisation des services essentiels 12
2. Task shifting et polyvalence du personnel 12
3. Intégration des services de VIH/TB aux soins de santé primaires 12
4. Approches communautaires 13
4.1 Le suivi guidé par la communauté 13

4.2 Soutenir le leadership communautaire et les droits humains pour une riposte durable au VIH 14
4.3 La réponse communautaire au VIH : un modèle d'empowerment et d'innovation démocratique en santé menacé 14
5. Les mécanismes de résilience structurelle 14
IV. RESULTATS/DISCUSSIONS 16
1. Contraintes financières et opérationnelles dans les camps de réfugiés 16
2. Priorisation des services essentiels 17
3. Task shifting et polyvalence du personnel 18
4. L'intégration des services VIH dans les soins de santé primaires 20
5. Les approches communautaires 21
6. Mécanismes de résilience structurelle 23
7. Impact des stratégies d'adaptation sur la qualité et la continuité des soins liés au VIH 25
8. Limites des stratégies d'adaptation 28
9. Synthèse de la discussion 28
V. CONCLUSION 30
BIBLIOGRAPHIE 31
ANNEXE 35

I. INTRODUCTION

1. Contexte général

Le VIH demeure l'une des pandémies les plus persistantes à l'échelle mondiale malgré les progrès thérapeutiques réalisés au cours des dernières décennies. D'après l'ONUSIDA, en 2024 environ 40,8 millions de personnes vivaient avec le VIH dans le monde. Parmi elles, 31,6 millions avaient accès au traitement antirétroviral. Selon cette même source, environ 5,3 personnes ignoraient encore leur statut sérologique (ONUSIDA, 2024).

Selon le rapport mondial de l'ONUSIDA, en 2024, 1,3 million de nouvelles infections à VIH et 630 000 décès liés au sida ont été enregistrées. L'épidémie du VIH frappe le plus durement l'Afrique subsaharienne, qui demeure la région la plus touchée au monde. En Afrique subsaharienne, 63 % de toutes les nouvelles contaminations au VIH concernent des femmes et des filles, de tous âges (ONUSIDA, 2024).

Malgré une diminution globale des nouvelles infections à VIH depuis 2010, les progrès demeurent précaires surtout dans les contextes humanitaires marqués par les conflits de longue durée, les déplacements forcés des populations, les instabilités politiques et la fragilité des systèmes de santé (ONUSIDA, 2024).

D'après l'UNHCR, les populations réfugiées et déplacées de force sont particulièrement exposées aux difficultés d'accès aux soins de santé et plus encore aux soins liés au VIH. Les crises humanitaires affectent le fonctionnement des services de santé, des chaînes d'approvisionnement de médicaments et d'intrants, des activités de prévention et de dépistage, ainsi que le suivi thérapeutique des patients (UNHCR, 2025).

Selon l'UNHCR, le Tchad accueille actuellement environ 1,8 million de personnes déplacées forcées, dont plus de 1,2 million de réfugiés soudanais. Depuis le début du conflit soudanais en 2023, les arrivées de réfugiés se sont multipliées. En l'espace d'un mois en 2025, plus de 68 000 nouveaux réfugiés soudanais ont traversé la frontière tchadienne, soit environ 1 400 arrivants par jour (UNHCR, 2025).

L'afflux massif de réfugiés soudanais exerce une forte pression sur les infrastructures sanitaires tchadiennes déjà limitées et vétustes. Les camps de réfugiés dépendent largement des agences humanitaires, principalement du HCR et d'autres ONG pour les soins de santé primaires, la prise en charge du VIH, la distribution des médicaments et intrants et les activités communautaires (UNHCR, 2025).

La lutte contre le VIH en Afrique subsaharienne repose fortement sur les financements internationaux et les principaux bailleurs de fonds internationaux sont le PEPFAR, le Fonds mondial, l'OMS et l'ONUSIDA. Fin 2024, 18,7 milliards de dollars étaient disponibles pour la riposte au sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire, soit 17 % de moins que les 21,9 milliards de dollars nécessaires chaque année d'ici 2030 pour rester sur la bonne voie pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique (ONUSIDA, 2024).

Les financements accordés par les bailleurs internationaux ont permis une progression rapide de l'accès aux traitements antirétroviraux. De 7,7 millions en 2010, le nombre de personnes sous traitement antirétroviral est passé à plus de 31,6 millions en 2024. Il faut tout de même

noter, que les récentes coupes budgétaires liées à la crise de financement mondial menacent directement ces acquis obtenus dans la lutte contre le VIH (ONUSIDA, 2024).

Face à la crise humanitaire croissante et les réductions de financements qui ont cours, les acteurs humanitaires et sanitaires doivent développer des mécanismes d'adaptation pour maintenir la qualité et la continuité des services liés au VIH. Ces stratégies d'adaptation sont, entre autres : la priorisation des services essentiels (OMS, 2021), le task shifting et l'optimisation des ressources humaines (Callaghan et al., 2010), l'intégration des services VIH dans les soins primaires (Uyei et al., 2011), les approches communautaires (ONUSIDA, 2021), (ONUSIDA, 2024), (Alaoui, Di Ciaccio & Lorente, 2025) et enfin les mécanismes de résilience structurelle (Coalition Plus, 2025), (OMS, 2020).

Cette étude s'intéresse donc aux stratégies d'adaptation identifiées et mises en place par les acteurs humanitaires et sanitaires face aux réductions de financement des programmes VIH, qui nous serviront de cadre théorique pour analyser la manière dont elles se manifestent concrètement dans le contexte humanitaire tchadien.

2. Justification et pertinence de l'étude

Cette étude est particulièrement pertinente dans le contexte actuel, où les demandes humanitaires au Tchad sont en augmentation et surpassent les ressources financières disponibles pour y répondre efficacement. Cette situation entraine une tension croissante sur les services de bases indispensables (eau, nourriture, santé, abris), et également les services de prises en charge du VIH. Depuis 2023, les coupes budgétaires des programmes de lutte contre le VIH, exacerbées par l'arrivée massive des réfugiés soudanais au Tchad, entraine une surcharge des structures sanitaires locales et une réduction des activités communautaires liées au VIH. Dans ce contexte de crise humanitaire couplée à la crise de financement mondial, une analyse des stratégies d'adaptation mises en œuvre par les intervenants clés pour juguler ces crises est importante pour comprendre les dynamiques et réalités locales. Cette recherche est donc une contribution académique qui documentera les stratégies des intervenants clés face à la crise de financement en identifiant les leviers d'action qui aideront à consolider la résilience des programmes VIH dans le cadre de l'aide humanitaire au Tchad.

3. Problématique

Malgré les avancées thérapeutiques réalisées au cours des dernières années, la lutte contre le VIH/SIDA demeure fortement dépendante des financements internationaux, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire ou faible et surtout dans les contextes humanitaires. Depuis 2023, la riposte mondiale à l'épidémie du VIH fait face à une crise de financement sans précédent, marquée par la réduction des contributions des principaux bailleurs (PEPFAR, Fonds Mondial, l'ONUSIDA), l'augmentation des besoins humanitaires et la vulnérabilité des systèmes de santé (ONUSIDA, 2024).

Au Tchad, l'afflux massif des réfugiés soudanais depuis 2023 exerce déjà une pression considérable sur des infrastructures sanitaires limitées et vétustes, rendant la continuité des services liés au VIH particulièrement difficile. Les ruptures d'approvisionnement en médicaments et consommables, la surcharge couplée au déficit des formations sanitaires, la diminution des activités communautaires et la dépendance permanente aux acteurs humanitaires accentuent encore plus cette vulnérabilité (UNHCR, 2025).

Selon l'UNHCR, dans le cadre de la réponse régionale aux réfugiés soudanais, le HCR et ses partenaires au Tchad recherchent d'urgence 553,7 millions de dollars pour répondre aux besoins vitaux des réfugiés fuyant le Soudan vers l'est du Tchad, notamment en matière de protection, d'abri, de soins de santé, de nourriture, d'eau et d'assainissement (UNHCR, 2025).

Dans un tel contexte, les acteurs humanitaires et sanitaires doivent développer et mettre en place des stratégies d'adaptation afin de maintenir les services essentiels, d'optimiser les ressources disponibles et de préserver les acquis de la lutte contre le VIH.

Plusieurs stratégies d'adaptation sont identifiées dans la littérature cependant, il n'y a pas eu d'études qui ont analysé comment ces stratégies se manifestent concrètement dans les camps de réfugiés au Tchad, ni comment elles permettent de faire face à la crise de financement actuelle. D'où la nécessité de la présente étude qui documente, analyse et met en perspective les réponses opérationnelles des acteurs de terrain.

4. Question de recherche

Au regard de cette problématique, nous nous posons la question suivante : ***« Quelles sont les stratégies d'adaptation des acteurs humanitaires et sanitaires face aux réductions de financement des programmes VIH dans les camps de réfugiés au Tchad ? »***

5. Objectifs de l'étude

5.1 Général

Analyser les stratégies d'adaptation des acteurs humanitaires et sanitaires face aux réductions de financement des programmes VIH dans les camps de réfugiés au Tchad.

5.2 Spécifiques

- Identifier les principales stratégies d'adaptation décrites dans la littérature.
- Décrire les contraintes financières et opérationnelles dans les camps de réfugiés au Tchad.
- Analyser la mise en œuvre concrète des stratégies d'adaptation sur le terrain.
- Évaluer les conséquences de ces stratégies sur la qualité et la continuité des soins liés au VIH.

6. Méthodologie

6.1 Type d'étude et approche méthodologique

Cette étude adopte une approche qualitative descriptive et analytique, adaptée à l'exploration des pratiques, et des stratégies mises en œuvre par les acteurs humanitaires et sanitaires face aux réductions de financement des programmes de VIH dans les camps de réfugiés au Tchad. L'approche qualitative vise à comprendre les dynamiques organisationnelles et les logiques d'action en situation de pénurie financière et dans un contexte humanitaire.

6.2 Cadre de l'étude



(Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS) 2014-2015)

L'étude se déroule dans les camps de réfugiés de l'est du Tchad, principalement les 3 camps (Amnaback, Irdimi et Touloum) du district sanitaire d'Iriba, situé dans la province du Wadi-fira, où sont concentrés les réfugiés soudanais arrivés depuis 2023. Ces camps de réfugiés sont gérés conjointement par le gouvernement tchadien, l'UNHCR, le PAM et diverses ONG internationales et locales (MSF, IRC, BASE, ADES,)

6.3 Population d'étude

La population cible est constituée d'acteurs impliqués dans la prise en charge du VIH dans les camps de réfugiés à l'est du Tchad entre autres : un personnel de l'UNHCR à la sous-délégation d'Iriba, un Coordinateur médical d'une ONG de mise en œuvre partenaire au HCR, et un Médecin référent des camps de réfugiés. Ces acteurs clés identifiés sont sélectionnés pour leur connaissance des contraintes financières qui ont cours et des stratégies d'adaptation mises en place pour y faire face.

6.4 Echantillonnage

Les participants sont choisis en fonction de leur rôle dans la gestion des services de VIH, de leur expertise et expérience dans les camps des réfugiés au Tchad et de leur connaissance des mécanismes de financement des activités de santé. Nous avons donc ciblé trois (3) acteurs clés (l'Associé de santé publique de l'UNHCR, le Coordinateur médical d'une ONG et le Médecin référent de l'ONG opérant dans les camps de réfugiés) qui ont accepté volontiers de répondre aux questionnaires.

6.5 Technique de collecte de données

- **Entretiens semi-directifs**

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs avec les participants après obtention de leur consentement. Les entretiens sont menés à l'aide d'un guide d'entretien que nous avons structuré autour de trois axes :

- ✓ Contraintes financières et opérationnelles
- ✓ Stratégies d'adaptation mises en place par les acteurs clés
- ✓ Impacts sur la qualité et la continuité des soins VIH

Les entretiens ont duré 45-60 minutes et sont enregistrés avec le consentement des participants pour faciliter la transcription et l'analyse.

- **Analyse documentaire**

Elle porte sur les rapports des agences onusiennes (UNHCR, OMS, ONUSIDA), des programmes de financement internationaux du VIH (PEPFAR, Fonds Mondial), des articles scientifiques (The Lancet HIV, Pubmed) et des documents internes des ONG (rapports de mission, protocoles de prise en charge du VIH). Cette triangulation des données renforce la validité des résultats obtenus.

6.6 Analyse des données

Les données issues des entretiens sont regroupées en thématiques autour des différents axes ci-haut énumérés, puis analysées à la lumière de la littérature.

6.7 Considérations éthiques

Au niveau éthique**,** le consentement libre et éclairé des acteurs clés est obtenu avant de procéder aux entretiens. La confidentialité des informations recueillies et l'anonymat des acteurs à interroger ont constitué les préalables aux entretiens semi-directifs.

6.8 Limites méthodologiques

En termes de limites, nous avons été confrontés à la charge élevée de travail des acteurs humanitaires et sanitaires limitant la disponibilité des entretiens, il fallait insister et les rappeler chaque fois avant de pouvoir réaliser les entretiens. L'étude ne dispose pas du point de vue des bénéficiaires PVVIH, car aucun n'ayant accepté de répondre aux questionnaires de l'entretien et cette situation est compréhensible car elle relève d'un choix personnel.

7. Structure du TFE

Ce travail de fin d'études est structuré comme suit :

- **Revue de la littérature :** elle explore le contexte humanitaire qui prévaut à l'est du Tchad marqué par l'afflux des réfugiés soudanais, et montre comment cette situation crée une vulnérabilité accrue pour l'accès aux services liés au VIH. Elle met également en évidence la dépendance financière des programmes VIH aux bailleurs de fonds internationaux (PEPFAR, Fonds Mondial, ONUSIDA) et la fragilité structurelle qui en découle créant un contexte où la qualité et la continuité des soins liés au VIH sont menacées.
- **Cadre analytique de l'étude** qui nous servira de base pour comprendre et analyser comment les acteurs humanitaires et sanitaires s'adaptent aux réductions de financement affectant les programmes VIH dans les camps de réfugiés au Tchad. L'objectif de cette partie est donc de construire un cadre analytique basé sur ces stratégies, afin d'examiner ensuite comment elles se manifestent dans les camps de réfugiés au Tchad.
- **Résultats/discussions :** Cette section présente les résultats issus des entretiens réalisés avec les acteurs clés et discutés simultanément sur la base de notre cadre analytique et à la lumière de la littérature scientifique sur le sujet. Nous verrons dans cette section les différentes stratégies d'adaptation développées par les acteurs humanitaires et sanitaires face aux réductions de financement des programmes de VIH dans le contexte humanitaire tchadien, puis commentées à l'aune de la littérature.
- **Conséquences des stratégies d'adaptation sur la qualité et la continuité des soins liés au VIH :** La résilience des programmes VIH reste fragile surtout dans les camps de réfugiés où les besoins sont croissants et les financements en baisse. Les limites confirment que les stratégies d'adaptation des acteurs, bien qu'indispensables, ne compensent pas les déficits structurels.

II. REVUE DE LA LITTERATURE

1. Contexte humanitaire et vulnérabilité des populations réfugiées au Tchad

Les populations touchées par les conflits armés subissent de graves conséquences en matière de santé publique, dues aux déplacements de population, aux pénuries alimentaires et à l'effondrement des services de santé de base, ce qui donne naissance à la notion de crises humanitaires complexes. Ces conséquences sont particulièrement graves dans les pays en développement d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. Les réfugiés et les personnes déplacées internes connaissent des taux de mortalité élevés dans la période qui suit immédiatement leur migration (Toole & Waldman, 1997).

La stratégie pluriannuelle 2025-2028 du HCR au Tchad vise à relever les défis complexes résultant des multiples crises humanitaires qui frappent le pays depuis plus de deux décennies. Le Tchad accueille le plus grand nombre de réfugiés par habitant en Afrique, avec plus de 1,4 million de réfugiés et demandeurs d'asile. Le pays accueille des réfugiés de la République centrafricaine (RCA) au sud depuis 2005, des Nigérians et des personnes déplacées internes (PDI) dans la région du lac Tchad depuis 2014, des Camerounais près de N'Djamena et à l'ouest depuis 2021, et le groupe le plus important, les réfugiés soudanais, à l'est depuis 2003 (UNHCR, 2025).

Une part importante des personnes déplacées de force demeure fortement dépendante de l'aide humanitaire, même parmi celles qui vivent dans le pays depuis onze ans et plus. Cela s'explique en partie par les difficultés structurelles auxquelles le pays d'accueil est confronté pour garantir à sa population l'accès aux services sociaux essentiels et aux moyens de subsistance (UNHCR, 2025).

Depuis avril 2023, le nombre de réfugiés soudanais dans l'est du Tchad a plus que doublé en raison de la crise au Soudan. Cet afflux a mis à rude épreuve les ressources locales et les services humanitaires, avec un nombre de réfugiés arrivés supérieur à celui des vingt années précédentes cumulées. La stratégie de l'UNHCR vise à appuyer les efforts du gouvernement pour répondre aux besoins humanitaires urgents, tout en renforçant la protection des personnes déplacées de force et de leurs hôtes ayant des besoins spécifiques. Elle vise également à assurer la sécurité et la protection physiques des réfugiés et à mettre en œuvre l'approche Nexus en intégrant les actions humanitaires et de développement afin de renforcer leur résilience, conformément au Plan national de réponse du gouvernement (UNHCR, 2025).

Depuis avril 2023, plus de 844 000 réfugiés soudanais ont franchi la frontière tchadienne. Avant cette nouvelle crise, le Tchad accueillait environ 409 000 réfugiés soudanais ayant fui les précédents conflits au Darfour entre 2003 et 2023. En un peu plus de deux ans, le nombre de réfugiés dans le pays a explosé pour atteindre plus de 1,2 million de personnes, dépassant largement le chiffre enregistré au cours des deux décennies précédentes et mettant à rude épreuve les capacités d'accueil du Tchad (UNHCR, 2025).

La situation géographique du Tchad, à proximité de plusieurs États en proie à des conflits, a entraîné un afflux important de réfugiés. De plus, le climat aride du pays et sa vulnérabilité aux phénomènes météorologiques extrêmes, tels que les sécheresses et les inondations, aggravent les difficultés rencontrées par les personnes déplacées de force et leurs hôtes.
Au 31 mars 2024, le Tchad était l'une des plus importantes opérations du HCR en Afrique, accueillant 1 687 205 personnes déplacées de force, dont 1 226 719 réfugiés et demandeurs

d'asile, 215 928 personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI) et 244 558 Tchadiens de retour. Les réfugiés et demandeurs d'asile représentent 73 % de la population déplacée au Tchad, tandis que les PDI en représentent 13 %. Le ratio réfugiés/population d'accueil est le plus élevé du continent (UNHCR, 2025).

L'afflux croissant de réfugiés et de personnes déplacées au Tchad exerce une pression immense sur les ressources déjà limitées du pays, entraînant insécurité alimentaire et malnutrition, notamment chez les enfants. L'accès limité à la terre, dû à des évaluations techniques insuffisantes, aux phénomènes météorologiques extrêmes, à une mauvaise gestion de l'eau et aux maladies transmises par les ravageurs, nuit aux cultures et à l'élevage, essentiels à la subsistance des communautés d'accueil. La croissance démographique exacerbe également la demande de services de santé, mettant à rude épreuve les capacités de prise en charge médicale, en particulier face aux épidémies de méningite, de rougeole et de choléra. Garantir l'accès à l'éducation aux enfants et aux jeunes déplacés demeure un défi, nécessitant davantage d'infrastructures et de ressources. L'afflux de réfugiés peut engendrer des tensions avec les communautés d'accueil, notamment en ce qui concerne le partage de ressources rares comme l'eau, le bois de chauffage et la terre. Les longues distances à parcourir pour trouver du bois et de l'eau constituent la principale menace pour la sécurité des femmes réfugiées. Les personnes déplacées rencontrent souvent des difficultés d'accès à l'emploi, ce qui compromet leur autonomie et leur intégration au sein des communautés d'accueil (UNHCR, 2025).

Malgré les efforts des partenaires humanitaires et des autorités locales, la réponse d'urgence demeure dangereusement sous-financée. Les conditions d'hébergement sont tout aussi catastrophiques. Seuls 14 % des besoins actuels sont satisfaits, laissant des dizaines de milliers de personnes exposées à des conditions climatiques extrêmes et à l'insécurité. Les réfugiés ne reçoivent actuellement que 5 litres d'eau par personne et par jour, bien en deçà de la norme internationale de 15 à 20 litres pour les besoins quotidiens essentiels. Cette grave pénurie contraint les familles à faire des choix impossibles qui mettent en péril leur santé et leur dignité (UNHCR, 2025).

D’après l’UNHCR, les populations réfugiées et déplacées de force sont particulièrement exposées aux difficultés d’accès aux soins de santé et plus encore aux soins liés au VIH. Les crises humanitaires affectent le fonctionnement des services de santé, des chaînes d’approvisionnement de médicaments et d’intrants, des activités de prévention et de dépistage, ainsi que le suivi thérapeutique des patients (UNHCR, 2025).

Les camps de réfugiés constituent des environnements caractérisés par des besoins sanitaires élevés, des ressources limitées, une forte dépendance aux ONG et aux agences internationales et des ruptures fréquentes dans les services essentiels (UNHCR, 2025)**.**

2. Dépendance financière et fragilité des programmes VIH au Tchad.

La lutte contre le VIH en Afrique subsaharienne repose fortement sur les financements internationaux. Les principaux bailleurs de fonds internationaux sont le PEPFAR, le Fonds mondial, l’OMS et l’ONUSIDA.

Le gouvernement Américain, avec le soutien du Congrès, a investi avec fierté près de 100 milliards de dollars dans la riposte mondiale au sida par le biais du PEPFAR et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial). Lors de la Journée mondiale de lutte contre le sida 2022, le président Joe Biden avait annoncé que le

gouvernement américain, grâce au PEPFAR, avait sauvé plus de 25 millions de vies et que plus de 20 pays bénéficiant du soutien du PEPFAR avaient désormais maîtrisé l'épidémie de VIH ou atteint les objectifs 90-90-90 du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) en matière de traitement du VIH, et ce, malgré l'absence de vaccin ou de traitement curatif (Rapport PEPFAR, 2023).

Fin 2024, 18,7 milliards de dollars étaient disponibles pour la riposte au sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire, soit 17 % de moins que les 21,9 milliards de dollars nécessaires chaque année d'ici 2030 pour rester sur la bonne voie pour mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique. Environ 52 % provenaient de sources nationales. Le financement national a augmenté de 2,2 % en 2024, soit la première hausse depuis le début de la pandémie de COVID-19. 26 pays sur 61 ont annoncé leur intention d'augmenter leur budget national consacré au VIH d'ici 2026 (ONUSIDA, 2024).

En 2025, l'architecture de financement de la lutte contre le VIH a connu des changements sans précédent, notamment le gel et l'incertitude entourant les engagements financiers du PEPFAR. Si le PEPFAR ne retrouve pas son niveau de financement de 2024, le déficit de financement actuel de 17 % pourrait se creuser considérablement, compromettant ainsi les progrès vers les objectifs mondiaux de 2030 (ONUSIDA, 2024).

Dans le cadre de la réponse régionale aux réfugiés soudanais, le HCR et ses partenaires au Tchad recherchent d'urgence 553,7 millions de dollars pour répondre aux besoins vitaux des réfugiés fuyant le Soudan vers l'est du Tchad, notamment en matière de soins de santé, de protection, d'abri, de nourriture, d'eau et d'assainissement (UNHCR, 2025).

Depuis 2004, le partenariat entre le Fonds mondial et le Tchad a permis de sauver plus de 143 000 vies. Le Fonds mondial est une source constante de soutien pour les personnes touchées par le VIH, la tuberculose et le paludisme dans le pays. Plus de 557 millions de dollars US y ont été investis dans des programmes de lutte contre les trois maladies et pour bâtir des systèmes résistants et pérennes pour la santé (Fonds mondial, 2022).

Aux côtés du ministère tchadien de la santé publique et de la prévention et des partenaires techniques et financiers, les investissements du Fonds mondial soutiennent les interventions visant, d'ici 2030, à réduire de 95 % les nouvelles infections à VIH, de 80 % la charge de morbidité de la tuberculose et de 90 % la charge de morbidité du paludisme. Les investissements du Fonds mondial aident également le Tchad à renforcer sa préparation aux pandémies pour résister aux futures menaces sanitaires (Fonds mondial, 2022).

Les principaux résultats obtenus grâce au financement du Fonds mondial, spécifiquement pour le VIH sont :

- ✓ 110 000 Tchadiens sont estimés vivant avec le VIH dont 79 % connaissaient leur statut et 75 % sous traitement antirétroviral (TARV) ;
- ✓ 14 730 personnes vivant avec le VIH sous TARV avaient une charge virale indétectable (18 %). Moins de 30 % des personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral avaient accès aux tests de charge virale ;
- ✓ Plus de 600 000 femmes enceintes ont été testées pour le VIH, et plus de 89 % des celles testées positives ont commencé un TARV pour prévenir la transmission du virus à leur bébé ;

- ✓ Plus de 1 800 personnes appartenant à des populations clés et plus de 95 000 adolescentes et jeunes femmes ont été testées pour le VIH (Fonds mondial, 2022).

Le Tchad a accompli des progrès considérables vers la réalisation de l'objectif de l'ONUSIDA d'éliminer le sida d'ici 2030. Les décès liés au sida et les nouvelles infections à VIH ont été réduits de 39 % et 55 % respectivement depuis 2010. Les efforts doivent se poursuivre pour améliorer le maintien sous traitement antirétroviral des personnes vivant avec le VIH, élargir l'accès aux tests de charge virale et améliorer la suppression de la charge virale chez toutes les personnes vivant avec le VIH sous traitement antirétroviral (Fonds mondial, 2022).

Les systèmes de santé nationaux, à l'instar du Tchad, ne disposent pas de ressources suffisantes pour assurer la pérennité des programmes de VIH. Cette dépendance crée donc une vulnérabilité systémique. Toute réduction de financement entraîne des effets immédiats sur les services.

3. Effets des réductions de financement sur les programmes de lutte contre le VIH.

Les réductions du financement international affectent déjà plusieurs programmes de lutte contre le VIH dans les pays à faible revenu, notamment ceux d'Afrique subsaharienne. Selon une étude soutenue par l'OMS et publiée en 2025, les coupes budgétaires pourraient entraîner entre 4,43 et 10,75 millions de nouvelles infections par le VIH et entre 770 000 et 2,93 millions de décès supplémentaires liés au sida d'ici 2030. L'étude précise également que 880 000 enfants pourraient être nouvellement infectés et que 120 000 décès supplémentaires d'enfants pourraient survenir. Les interruptions de traitement augmentent les risques de transmission du VIH, de résistance aux médicaments, d'aggravation clinique et de mortalité (OMS, 2025).

L'étude de l'OMS a révélé que l'interruption du traitement antirétroviral, dans un contexte de maintien des coupes budgétaires et des suspensions de financement, pourrait entraîner 4,4 millions de nouvelles infections supplémentaires, même si des mesures d'atténuation permettaient une reprise du traitement dans les deux ans. Si les fonds disponibles étaient orientés vers des services de dépistage et de prévention du VIH plutôt que vers le maintien des traitements essentiels pour les personnes vivant avec le VIH, on observerait 1,7 million de nouvelles infections supplémentaires d'ici 2030 par rapport au scénario actuel (OMS, 2025).

Les premiers mois de l'année 2025 ont constitué un tournant décisif dans la santé mondiale, avec l'arrêt brutal du plan d'aide d'urgence à la lutte contre le sida à l'étranger (President's Emergency Plan for AIDS Relief – PEPFAR), principal bailleur mondial dans la lutte contre le VIH. L'événement s'inscrit dans la continuité de plusieurs décisions politiques des pays du nord, réduisant les montants alloués à la solidarité internationale et conditionnant leur usage (Alaoui, Di Ciaccio & Lorente 2025).

En octobre 2025, on estimait que 120 000 décès pouvaient déjà être associés au gel et à l'arrêt des financements du PEPFAR uniquement. Des impacts connexes sont également à prendre en compte, par exemple dans le domaine de la recherche où au moins cinq projets internationaux majeurs ont dû être arrêtés. Ces arrêts brutaux constituent une rupture de confiance qui s'inscrit dans une longue histoire d'expérimentations médicales menées sur des populations marginalisées, en particulier noires. Ils nourrissent une méfiance à l'égard des institutions scientifiques pouvant entraver l'accès aux soins des personnes à long terme (Alaoui, Di Ciaccio & Lorente, 2025).

Il serait faux de penser les coupes et arrêts de l'aide étrangère américaine comme un phénomène isolé. À l'échelle de l'Afrique, le volume total de l'aide publique au développement (APD) est passé de 81 milliards de dollars en 2021 à 25 milliards de dollars pour 2025, notamment après les coupes américaines. Avant 2025, le financement des programmes de santé mondiale était déjà jugé « précaire », avec des pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) endettés depuis la pandémie de Covid-19 (Alaoui, Di Ciaccio & Lorente, 2025).

En 2025, la Finlande, la France, l'Allemagne, le Royaume-Uni et les États-Unis ont engagé ou poursuivi une diminution de leurs contributions à la santé mondiale. Ces coupes sont justifiées par la nécessité de prioriser les enjeux nationaux, en réponse à des critiques internes sur l'efficacité perçue de ces financements, ou pour engager un redéploiement budgétaire vers le secteur de la défense. Là où les canaux multilatéraux d'aide se maintiennent, ils sont de plus en plus conditionnés par les États à des usages spécifiques ; en d'autres termes, ils sont affectés. Bien que de nombreuses analyses pointent les limites de ce modèle, environ deux tiers des financements transitant par des instances multilatérales sont destinés à des usages spécifiques dans le domaine humanitaire (Alaoui, Di Ciaccio & Lorente, 2025).

Un tel moment politique appelle à repenser le financement de la santé dans les pays du sud, et particulièrement en Afrique où les besoins sont les plus importants. Cependant, comme le note Mehdi Karkouri, président de Coalition PLUS : « La levée, du jour au lendemain et sans alternative, de ressources dont dépend la survie de millions de personnes n'est ni un pas vers la résilience des systèmes de santé, ni un renforcement de la souveraineté sanitaire (Alaoui, Di Ciaccio & Lorente, 2025).

Si les contributions nationales des États sont une nécessité pour la pérennité des programmes, dans la continuité des engagements de la déclaration d'Abuja, les attentes à leur égard doivent rester pragmatiques. De nombreux pays à revenu faible et intermédiaires (PRFI) ont un espace fiscal limité. Certains dépensent près de cinq fois plus pour le service de leur dette publique que pour les dépenses de santé publique. En Afrique subsaharienne, près de 80 % du financement de la prévention du VIH dépend de l'aide extérieure, tandis qu'un quart du financement des donateurs pour les programmes VIH en 2023 était destiné aux organisations de la société civile et aux réseaux communautaires (Alaoui, Di Ciaccio & Lorente, 2025).

D'après une recherche parue dans The Lancet, les coupes budgétaires pourraient conduire à une diminution significative des services préventifs, y compris l'accès à la prophylaxie préexposition (PrEp), qui est utilisée pour éviter l'infection chez les populations à risque. Les auteurs estiment qu'une réduction de financement de ces programmes pourrait provoquer une hausse significative de nouvelles infections. L'article met aussi en exergue que les pays africains qui dépendent les plus des financements américains, se trouvent particulièrement vulnérables aux résolutions politiques et économiques des bailleurs de fonds internationaux (Stone et al., 2025).

III. CADRE ANALYTIQUE DE L'ETUDE : STRATEGIES D'ADAPTATION DES ACTEURS HUMANITAIRES ET SANITAIRES FACE AUX REDUCTIONS DE FINANCEMENT DES PROGRAMMES VIH

1. Priorisation des services essentiels

En situation de crise humanitaire ou de sous-financement, l'OMS recommande la priorisation des services essentiels du VIH comme l'une des stratégies d'adaptation notamment l'accès ininterrompu aux antirétroviraux (ARV), la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, la prise en charge du VIH à un stade avancé et les services de dépistage ciblés pour les populations à risque (OMS, 2021).

L'OMS encourage également les modèles flexibles permettant d'adapter les services VIH aux besoins des patients et aux contraintes du système notamment la dispensation multi-mois (DMM), le suivi communautaire, la délégation des tâches et l'intégration des services VIH dans les soins de santé primaires (OMS, 2021).

2. Task shifting et polyvalence du personnel

L'Afrique subsaharienne fait face à la plus grave crise mondiale en matière de ressources humaines pour la santé. Les systèmes de santé sont saturés et les approches conventionnelles de prise en charge du VIH, axées sur les médecins et les hôpitaux ne suffisent pas pour atteindre la couverture requise. L'insuffisance des ressources humaines incite les établissements de santé à recourir au « task shifting », qui implique à déléguer certaines responsabilités à des personnels moins qualifiés. Cette approche favorise l'expansion de l'accès aux soins, la diminution des dépenses, et le maintien de certains services malgré les pénuries de personnel. Dans plusieurs contextes africains, les agents communautaires jouent désormais un rôle majeur dans le suivi thérapeutique, la sensibilisation et l'accompagnement social (Callaghan et al., 2010).

Dans plusieurs pays étudiés, les infirmiers assuraient déjà une grande partie du suivi du VIH, les agents communautaires participaient activement à la distribution des ARV et au suivi des patients. Cependant, l'étude identifie également certaines limites : la surcharge du personnel, l'insuffisance de supervision et la baisse potentielle de la qualité des soins (Callaghan et al., 2010).

L'étude de Callagan, Ford et Schneider analyse les stratégies de task shifting, mises en œuvre dans plusieurs pays africains, confrontés à des pénuries de ressources humaines et financières dans les programmes de lutte contre le VIH. Le task shifting est donc une stratégie consistant à transférer certaines tâches médicales vers des infirmiers, des agents communautaires et des conseillers psychosociaux. Les auteurs montrent que cette stratégie a permis d'accroître l'accès au traitement, de réduire les coûts et d'améliorer la couverture des soins dans les zones rurales (Callaghan et al., 2010).

3. Intégration des services de VIH/TB aux soins de santé primaires

L'intégration vise à regrouper les services liés au VIH, tels que la prise en charge de la tuberculose (on parle de co-infection VIH/TB), dans les consultations générales afin d'améliorer l'efficience et de réduire les coûts. Elle est particulièrement pertinente dans les contextes humanitaires où les structures sanitaires sont surchargées (Uyei et al., 2011).

La revue de The Lancet a publié un article analysant les stratégies d'intégration des services de VIH et de tuberculose en Afrique subsaharienne. Les auteurs de l'article rappellent que la tuberculose demeure l'une des principales causes de décès chez les personnes vivant avec le VIH. Selon l'étude, environ un quart des décès liés au VIH sont attribués à la tuberculose (Uyei et al., 2011).

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les bénéfices de l'intégration des services de VIH et de tuberculose dans des contextes où les ressources financières demeurent limitées. L'analyse portait sur plusieurs modèles recommandés par l'OMS, à savoir le dépistage conjoint VIH/TB, la prise en charge intégrée, le suivi coordonné des patients et la mutualisation des ressources humaines (Uyei et al., 2011).

Les résultats montraient que l'intégration permet une meilleure continuité des soins, une réduction des pertes de vue, une meilleure efficacité organisationnelle et une utilisation plus rationnelle des ressources disponibles. Les auteurs soulignaient que dans les pays confrontés à des restrictions budgétaires, l'intégration des services constituait un mécanisme essentiel d'adaptation (Uyei et al., 2011).

Les acteurs humanitaires développaient également des stratégies d'intégration des services de VIH aux soins primaires afin de mutualiser les ressources disponibles. Dans les camps de réfugiés, l'intégration facilitait également la continuité des soins malgré les contraintes logistiques (Uyei et al., 2011).

4. Approches communautaires

4.1 Le suivi guidé par la communauté

Le suivi guidé par la communauté (Community Led Monitoring, CLM) constitue un mécanisme d'intervention essentielle dans la lutte contre le VIH, notamment dans des situations de crise humanitaire couplée à la pénurie financière. D'après l'ONUSIDA, le CLM est un mécanisme organisé, dirigé et mis en œuvre par des groupes communautaires réunissant des personnes vivant avec le VIH (PVVVIH), des réseaux de populations clés et d'autres communautés marginalisées. Il a pour objectif de collecter, d'analyser et d'exploiter les données quantitatives et qualitatives afin d'améliorer la qualité des services liés au VIH (ONUSIDA, 2021).
Le CLM est un instrument qui permet d'identifier les problèmes structurels, les ruptures de stocks, les discriminations, les coûts invisibles ou encore les difficultés d'accès aux services de santé, et de proposer des solutions concrètes basées sur l'expérience directe des utilisateurs. Il s'inscrit dans une approche visant à renforcer l'autonomie des communautés (empowerment), leur offrant la possibilité de devenir des acteurs clés dans l'amélioration des services, le plaidoyer et le processus de prise de décision (ONUSIDA, 2021).
Les leçons apprises, surtout en Afrique du Sud (avec le projet Ritshidze) et en Afrique de l'Ouest (grâce au réseau Data for a Difference), démontrent que le CLM favorise des avancées significatives telles que la réduction des stocks d'antirétroviraux, l'optimisation de la distribution multi-mois, la réduction de la stigmatisation dans les centres de santé et l'adoption de politiques nationales plus équitables. En plus, le CLM s'avère particulièrement adapté aux contextes humanitaires et aux situations de pénurie financière, où il assure une surveillance continue de la qualité des prestations malgré la fragilité des systèmes de santé. Dans cette optique, le CLM représente un outil stratégique d'adaptation, consolidant la résilience des communautés et assurant la continuité des soins en situation de crise (ONUSIDA, 2021).

4.2 Soutenir le leadership communautaire et les droits humains pour une riposte durable au VIH

Le leadership communautaire désigne la capacité des groupes les plus touchés par le VIH à concevoir, mettre en œuvre et évaluer les interventions, influencer les politiques publiques, défendre les droits humains, fournir les services essentiels et représenter leurs propres besoins et priorités (ONUSIDA, 2024).

Le rapport ONG de l'ONUSIDA (2024) souligne que les communautés sont essentielles pour atteindre les populations clés (travailleurs du sexe, les homosexuels, les drogués, etc.), lutter contre la stigmatisation et maintenir la continuité des soins. Le rapport insiste sur le fait que les communautés ne doivent pas être considérées comme des bénéficiaires passifs, mais des acteurs centraux de la riposte dotés d'une expertise issue de l'expérience vécue (ONUSIDA, 2024).

Le rapport conclut que sans leadership communautaire fort, systématisé et financé, il sera impossible de mettre fin au sida comme menace de santé publique d'ici 2030 (ONUSIDA, 2024).

4.3 La réponse communautaire au VIH : un modèle d'empowerment et d'innovation démocratique en santé menacé

Le contexte de rareté des ressources a appelé très tôt à une priorisation des programmes, à l'échelle des États comme du Fonds mondial. Les premières recommandations de ce dernier rappelaient la nécessité de préserver les programmes dits « vitaux » (life-saving), créant rapidement de fortes inquiétudes chez les militants. La tentation de prioriser les approches biomédicales par rapport aux approches communautaires a été une réalité rapidement mesurée sur le terrain. Il reste donc nécessaire de rappeler un fait déjà maintes fois démontré dans la lutte contre le VIH : les interventions communautaires sont vitales. La valorisation des savoirs expérientiels, l'articulation autour des déterminants de santé, les revendications de justice sociale et la lutte pour l'accès aux traitements ont redéfini les contours de la santé publique depuis le début de l'épidémie. Si son institutionnalisation est aujourd'hui menacée, cette expertise communautaire n'a pas perdu son ancrage militant ni sa capacité d'innovation en contexte de crise (Alaoui, Di Ciaccio & Lorente, 2025).

5. Les mécanismes de résilience structurelle

La littérature scientifique a mis en évidence plusieurs mécanismes structurels permettant aux programmes VIH de renforcer leur résilience face à la pénurie financière, particulièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire à l'instar du Tchad. Ces mécanismes visent à stabiliser les services essentiels, réduire la dépendance face aux bailleurs de fonds, et améliorer la capacité des systèmes à absorber les chocs financiers ou humanitaires (Fonds mondial, 2025).

Pour faire face aux réductions de financements des programmes VIH, des mécanismes de résilience structurelles ont été mises en place et qui sont entre, autres la diversification des financements pour réduire la dépendance aux bailleurs de fonds, le renforcement des systèmes d'information pour améliorer la qualité des données et la continuité des soins, les partenariats inter-ONG pour mutualiser les ressources et renforcer la coordination, le plan de contingence pour résorber les chocs humanitaires et financiers et enfin le renforcement des systèmes de santé et communautaires, pilier central de la résilience (Fonds mondial, 2025).

S’agissant de la diversification de financement, le Fonds mondial souligne que la crise mondiale de financement met en péril la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Pour y faire face, le Fonds mondial encourage les pays dépendant de son financement à adopter les stratégies de diversification de ressources financières incluant le co-financement national progressif, la mobilisation des ressources domestiques, les partenariats publics-privés, l’optimisation des subventions existantes, et les investissements ciblés dans les populations clés. Entre 2024 et 206, Le Fonds mondial a investi 6 milliards de dollars USD pour consolider les systèmes de santé et communautaires, un pilier majeur de résilience (Fonds mondial, 2025).

L’amélioration des systèmes d’informations sanitaires est également considérée comme un mécanisme essentiel de résilience pour améliorer la qualité des données, assurer un suivi continu des patients, anticiper les ruptures d’approvisionnements, guider les décisions stratégiques et renforcer la coordination entre les acteurs de terrain. Ces dispositifs offrent aux programmes VIH la possibilité de mieux gérer les crises, d’assurer la continuité des soins et de réduire les pertes de suivi (OMS, 2020).

Il est essentiel d’établir les partenariats inter-ONG pour mutualiser les ressources, uniformiser les actions et garantir la continuité des services VIH. Durant les collaborations, les ONG partagent leurs ressources logistiques, coordonnent les activités communautaires, uniformisent les méthodes de dépistage et de suivi des patients, et amplifient le plaidoyer auprès des bailleurs de fonds. Coalition PLUS (2025) souligne l’importance des organisations communautaires dans la résilience des programmes VIH, notamment via le plaidoyer, la documentation des obstacles et le suivi dirigé par la communauté (Coalition PLUS, 2025).

Les programmes de lutte contre le VIH mettent aussi en place des mécanismes d’urgence tels que la réallocation rapide des ressources, l’ajustement des modèles de prestation (intégration des services), l’amélioration des chaînes d’approvisionnement et les stratégies de prévention des ruptures (stocks tampons, redistribution inter-sites). Le Fonds mondial mentionne spécifiquement la résilience face aux crises de financement (Fonds mondial, 2025).

Les systèmes de santé solides constituent un élément clé de la résilience structurelle. Le Fonds mondial consacre d’importants moyens dans les infrastructures, les chaînes d’approvisionnement, les ressources humaines, les systèmes communautaires et la surveillance épidémiologique des maladies (Fonds mondial, 2025).

IV. RESULTATS/DISCUSSIONS

Sur la base de la méthodologie énoncée plus haut combinant les entretiens semi-directifs que nous avons réalisés, l'analyse documentaire et le cadre analytique de l'étude, cette section du mémoire présente les résultats de l'étude.

Les résultats de notre étude sont organisés selon les cinq stratégies d'adaptation des acteurs humanitaires et sanitaires que nous avions identifié dans la littérature et qui constituent le cadre analytique de l'étude. Nous évoquons dans cette section les contraintes financières et opérationnelles dans les camps de réfugiés au Tchad et les cinq stratégies d'adaptations déployées par les acteurs humanitaires et sanitaires :

- ✓ La priorisation des services essentiels
- ✓ Le task shifting ou la polyvalence du personnel
- ✓ L'intégration des services VIH dans les soins de santé primaires
- ✓ Les approches communautaires
- ✓ Les mécanismes de résilience structurelle.

La présentation des résultats est directement suivie d'une discussion intégrée, permettant de mettre en perspective les observations de terrain avec les informations issues de la littérature scientifique sur le sujet.

1. Contraintes financières et opérationnelles dans les camps de réfugiés

Les acteurs clés que nous avons interrogé évoquent un contexte marqué par des budgets insuffisants pour couvrir les besoins qui sont en revanche croissants. Ils soulignent aussi les ruptures fréquentes d'antirétroviraux (ARV) et des intrants pour le dépistage du VIH, une surcharge des structures sanitaires entrainant une hausse considérable des consultations générales par jour et enfin une réduction des activités communautaires faute de financements. La dépendance quasi-totale aux bailleurs internationaux (Fonds Mondial, PEPFAR, UNHCR, UNICEF) n'est plus à démontrer et à cause de cette pénurie financière, plusieurs ONG sur le terrain ont dû réduire le nombre de personnel, limiter certaines activités communautaires comme la sensibilisation, les activités de soutien psychosocial, et se focaliser sur les activités essentielles et prioritaires.

De l'avis de l'Associé de santé publique de l'UNHCR que nous avons interviewé, il a affirmé que : *« Dans notre contexte, les financements VIH restent encore largement dépendants des partenaires techniques et financiers. Ces appuis ont joué un rôle déterminant dans le maintien des activités de prévention, de dépistage, de prise en charge thérapeutique et de renforcement des capacités. Cependant, nous constatons aujourd'hui une pression croissante sur les ressources disponibles. La diminution progressive de certains financements extérieurs, les retards dans les décaissements et l'insuffisance du financement national rendent plus difficile la planification à long terme des interventions*.

Dans les camps de réfugiés et les zones d'accueil à l'Est du Tchad, cette situation est particulièrement préoccupante, car les besoins restent importants et concernent des populations souvent vulnérables avec des difficultés supplémentaires liées à la mobilité, à la pauvreté et à l'accès géographique aux services.

Pour moi, l'enjeu principal aujourd'hui est de trouver un équilibre entre la mobilisation des ressources extérieures et le renforcement progressif de l'appropriation nationale afin de garantir la durabilité des acquis du programme VIH. »

S'agissant des principaux effets de la pénurie financière sur les services VIH, l'Associé de santé publique a souligné que : *« La réduction des financements a eu plusieurs conséquences sur l'organisation et la qualité des services VIH. Sur le terrain, nous avons constaté une pression plus accrue sur les ressources humaines, les activités communautaires et la disponibilité de certains intrants.*

Parmi les effets les plus importants, on peut citer le risque de rupture d'approvisionnement en ARV, tests et consommables, ainsi qu'une réduction de certaines activités comme les supervisions, les formations continues ou les actions communautaires de proximité.

Cette situation peut également affecter le suivi des patients, notamment les personnes qui ont besoin d'un accompagnement rapproché pour maintenir une bonne observance thérapeutique. Chez les populations vulnérables comme les réfugiés, les difficultés économiques et géographiques peuvent augmenter le risque de perte de suivi.

Au-delà des effets immédiats sur les services, cette situation montre la nécessité de renforcer la durabilité financière des programmes VIH, à travers une meilleure mobilisation des ressources nationales, une utilisation plus efficiente des financements disponibles et une intégration progressive des services VIH dans le système de santé de routine. »

Le coordinateur médical de l'ONG BASE (Bureau d'Appui en Santé et Environnement au Tchad) aborde aussi quasiment dans le même sens que l'Associé de santé publique : *« les financements ont beaucoup diminué ces dernières années. Cela complique notre travail, car nous avons moins de moyens pour mener toutes les activités prévues. Nous sommes obligés de faire des choix et de concentrer les ressources sur les services les plus importants ».* Il évoque par ailleurs qu'à cause de la crise de financement pour par parler des effets *: « nous avons dû réduire certaines activités de prévention, de sensibilisation et de dépistage. Les équipes sont plus sollicitées, les déplacements sont limités et il devient plus difficile d'assurer un suivi régulier des patients »*

Ces constats rejoignent les analyses de l'ONUSIDA et de l'UNHCR, qui soulignent que la crise de financement affecte particulièrement les contextes humanitaires. L'article « la santé communautaire en péril » décrit des réalités similaires : réduction des budgets, arrêt des projets, démotivation et départ de personnel et fragilisation des services essentiels (Alaoui, Di Ciaccio & Lorente, 2025).

Ces résultats confirment également les analyses de l'OMS (2025) et du Lancet HIV qui révèlent que les coupes budgétaires menacent directement la continuité des services de soins liés au VIH. La dépendance structurelle aux bailleurs des fonds internationaux rends les programmes VIH fragiles face aux fluctuations politiques et économiques (OMS, 2025).

2. Priorisation des services essentiels

La première stratégie d'adaptation pour faire face à la pénurie financière consistait en la priorisation des services essentiels pour assurer la continuité des services liés au VIH. Les acteurs de terrain priorisent la dispensation des antirétroviraux (ARV), la prise en charge des

femmes enceintes VIH+ dans le cadre de la PTME, la prise en charge des patients VIH+ à un stade avancé et les urgences médico-chirurgicales.

Les activités jugées non vitales telles que la sensibilisation, le dépistage de masse, les activités de soutien psychosocial sont réduites voire suspendues.

Pour l'Associé de santé publique du HCR *: « Malgré les contraintes financières, notre priorité a été de protéger les acquis essentiels du programme VIH et surtout d'éviter toute interruption du traitement des personnes vivant avec le VIH.*

En pratique, nous avons d'abord pris le soin de garantir la disponibilité des traitements antirétroviraux (ARV), car une interruption du traitement peut avoir des conséquences sérieuses, notamment les échecs thérapeutiques et le développement de résistances.

Nous avons également maintenu le suivi clinique des patients, en accordant une attention particulière aux personnes vulnérables comme les femmes enceintes, les enfants, les adolescents et les patients présentant des complications ou des difficultés d'observance.

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) est restée une intervention prioritaire, car elle permet d'éviter de nouvelles infections chez les nouveau-nés. Le dépistage ciblé, en particulier chez les femmes enceintes, les partenaires des personnes vivant avec le VIH et les populations à risque, a également été maintenu.

Nous avons aussi continué la prise en charge des infections opportunistes, notamment la tuberculose chez les patients vivant avec le VIH, ainsi que les activités de conseil et de soutien à l'observance thérapeutique.

Enfin, une attention particulière a été portée à la gestion des stocks d'ARV et des intrants afin d'anticiper les ruptures et protéger la continuité des soins. »

Quant au coordinateur médical de l'ONG opérant dans les camps de réfugiés, il a souligné que *: « Nous avons surtout maintenu la distribution des traitements antirétroviraux, le suivi médical des patients et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ces services sont essentiels et ne peuvent pas être interrompus ».*

Il a affirmé par ailleurs que *: « Les activités de sensibilisation dans les communautés, les campagnes de dépistage, certaines formations du personnel et les visites de supervision ont été réduites. Certains groupes de soutien aux patients fonctionnent aussi moins régulièrement. »*

Cette stratégie correspond à ce que la littérature décrit comme une priorisation contrainte. Elle permet de maintenir les interventions vitales, mais entraine une diminution de la prévention, ce qui peut donc entrainer des risques de nouvelles infections à VIH. Elle révèle également une dualité entre efficacité immédiate et la prévention à long terme (OMS, 2021).

Cette recommandation est cohérente avec les recommandations internationales en situation de crise financière. Cependant la réduction des activités communautaires augmente les risques de perte de suivi, comme observé dans plusieurs pays après les réductions de financement de PEPFAR (Alaoui, Di Ciaccio & Lorente, 2025).

3. Task shifting et polyvalence du personnel

Le task shifting consiste à déléguer certaines tâches à des agents moins spécialisés, par exemple, à déléguer la prescription des antirétroviraux aux infirmiers formés. Il est considéré comme une

approche efficace pour maintenir les services de prise en charge du VIH en situation de crise financière. Selon les recherches, cela permet de réduire les dépenses, d'améliorer l'accès aux soins et d'accroitre la résilience des programmes (Callaghan et al., 2010).

Selon le témoignage des acteurs de terrain, le transfert des tâches est largement utilisé dans les camps de réfugiés. Les infirmiers effectuent certaines tâches autrefois réservées aux médecins, les agents de santé communautaires (ASC) assurent le suivi des patients stables, et les relais communautaires (ReCo) sont impliqués dans la distribution des antirétroviraux (ARV) et les pairs éducateurs participent à l'observance thérapeutique. Cette redistribution des rôles permet donc de compenser la pénurie du personnel qualifié.

S'agissant de la délégation des tâches, l'Associé de santé publique de l'UNHCR a souligné que *: « la réduction des ressources nous a obligés à revoir l'organisation du travail au sein des équipes. La délégation des tâches est devenue une stratégie importante pour maintenir les services VIH tout en utilisant au mieux les ressources humaines disponibles.*

Les infirmiers ont progressivement pris davantage de responsabilités dans le suivi des patients stables, le renouvellement des traitements selon les protocoles, le conseil thérapeutique et l'éducation sanitaire.

Les pairs éducateurs et les agents de santé communautaires ont également joué un rôle très important. Ils ont assuré le suivi des patients dans la communauté, le rappel des rendez-vous, l'accompagnement à l'observance, la recherche des patients perdus de vue et l'orientation vers les structures de santé.

Dans les camps de réfugiés, cette approche communautaire était particulièrement importante, car certains patients rencontraient des difficultés liées à la distance, aux déplacements ou à la crainte de la stigmatisation.

Cette organisation nous a permis de maintenir les services, mais elle a aussi créé des défis, notamment une augmentation de la charge de travail, des besoins supplémentaires en formation et la nécessité de renforcer la supervision pour garantir la qualité des prestations. »

Pour l'effet que cette réorganisation a eu sur le quotidien des activités, l'Associé de santé publique a précisé que : *« Cette réorganisation a permis de maintenir les activités essentielles, mais elle a également modifié le fonctionnement quotidien des équipes.*

Le premier effet observé a été une augmentation de la charge de travail pour les agents présents, notamment les infirmiers qui devaient parfois assurer plusieurs fonctions simultanément.

Nous avons également dû revoir l'organisation des activités en donnant la priorité aux interventions essentielles comme la dispensation des ARV, la PTME, le suivi des patients à risque et la prise en charge des complications.

Par ailleurs, la réduction des moyens a parfois entraîné une diminution de la fréquence des supervisions et des formations continues, qui sont pourtant importantes pour maintenir la qualité des soins.

Du côté des patients, certaines structures ont connu des périodes avec davantage d'attente, en raison d'un nombre limité de prestataires.

Malgré ces difficultés, l'implication des agents communautaires et des pairs éducateurs a permis de maintenir un lien avec les patients et de limiter les interruptions de traitement. »

Quant au Coordinateur médical de l'ONG BASE, il a affirmé que : *« Les infirmiers, les agents de santé communautaires et les pairs éducateurs ont pris en charge certaines activités qui étaient auparavant réalisées par les médecins ou d'autres professionnels. Cela nous a permis de continuer à offrir les services essentiels.* » Puis à la question de savoir, l'effet que cela a produit sur le fonctionnement quotidien du service, il a répondu en ces termes : *« Cela a permis de maintenir les activités, mais la charge de travail est devenue plus importante pour tout le monde. Les équipes doivent être plus polyvalentes et mieux organisées pour répondre aux besoins des patients. »*

Le Médecin référent des camps de réfugiés a également abordé dans le même sens que ces prédécesseurs : *« Plusieurs tâches ont été transférées vers les infirmiers, les agents de santé communautaires et les pairs éducateurs. Ces acteurs réalisent désormais davantage d'activités de suivi des patients, de conseil, de recherche des perdus de vue et d'accompagnement à l'observance thérapeutique. »* Il a poursuivi en affirmant que : *« Cette approche a permis de maintenir les services essentiels malgré les contraintes budgétaires. Toutefois, elle a augmenté la charge de travail des équipes et nécessite un renforcement continu des compétences ainsi qu'une supervision adaptée. »*
Ces pratiques confirment que les conclusions de la revue systématique de Callagan et al montrant que le task shifting est un levier majeur d'efficacité en contexte de pénurie financière (Callaghan et al., 2010). En revanche, plusieurs acteurs de terrain soulignent une surcharge importante du travail induisant une fatigue professionnelle accrue et un besoin de formation continue des agents.

4. L'intégration des services VIH dans les soins de santé primaires

L'intégration vise à regrouper les services liés au VIH, tels que la prise en charge de la tuberculose (on parle de co-infection VIH/TB), dans les consultations générales afin d'améliorer l'efficience et de réduire les coûts. Elle est particulièrement pertinente dans les contextes humanitaires où les structures sanitaires sont surchargées (Uyei et al., 2011).

Dans les camps de réfugiés, nous avons remarqué que les services de VIH ont été intégrés aux consultations générales afin de réduire les coûts, d'optimiser les ressources humaines, de diminuer la stigmatisation, de fluidifier les flux des patients et d'améliorer la continuité de soins. Cependant cette intégration entraîne parfois une dilution des compétences spécialisées et une augmentation du temps d'attente.

Sur l'intégration des services VIH aux consultations générales, l'Associé de santé publique a souligné que : *« l'intégration des services VIH dans les soins de santé primaires a été une approche importante pour optimiser les ressources disponibles.*

Concrètement, certains services VIH ont été intégrés dans les consultations générales, les consultations prénatales, les services de tuberculose, la santé maternelle et infantile ainsi que les services de planification familiale.

Cette stratégie a facilité l'accès des patients à divers services lors d'une même visite, ce qui a réduit leurs déplacements et les coûts associés.

Elle a également favorisé une utilisation plus efficace du personnel et des infrastructures existantes, tout en diminuant progressivement la perception du VIH comme un service isolé.

Parmi les résultats observés, nous avons remarqué une nette amélioration de l'accès aux soins, une meilleure coordination entre les services et une réduction de certaines formes de stigmatisation.

Néanmoins, cette intégration nécessite un soutien continu, notamment la formation du personnel, la protection de la confidentialité et une bonne organisation des circuits de patients. »

Le Coordinateur médical de l'ONG BASE a de son côté déclaré, concernant l'intégration des services VIH : *« Les patients ont la possibilité de bénéficier de certains services VIH pendant les consultations générales. Cette stratégie favorise l'accès aux soins, réduit la stigmatisation et optimise l'utilisation des ressources disponibles. »*

Le Médecin référent sur la même question a souligné que : *« Nous avons progressivement intégré le dépistage, le suivi clinique par le médecin dans les services de soins de santé primaires. Cela réduit les coûts opérationnels et facilite l'accès aux services pour les bénéficiaires, tout en limitant la stigmatisation liée à des services exclusivement dédiés au VIH. »*
Cette stratégie entre en droite ligne avec le cadre de renforcement des systèmes de santé tel que préconisé par l'OMS, mais son efficacité dépend de la capacité des structures sanitaires à absorber la charge supplémentaire. Certains acteurs notent aussi une dilution des compétences et une charge de travail accrue pour les centres de santé (OMS, 2021).

5. Les approches communautaires

Les approches communautaires déployées comme stratégies d'adaptations ont porté essentiellement sur la distribution multi-mois (DMM) des antirétroviraux (ARV), les visites à domicile des patients, les groupes d'adhérence, les interventions des pairs éducateurs pour maintenir la continuité des soins liés au VIH. En raison de la pénurie financière, certaines activités communautaires ont été réduites voir suspendues. Ces approches ont permis de maintenir le lien entre les patients et les structures de santé, de réduire les pertes de suivi, d'assurer la continuité des traitements malgré les ruptures logistiques et de compenser les insuffisances structurelles des systèmes de santé.

Quelles activités communautaires ont été développées ou adaptées malgré la réduction des financements ? A cette question l'Associé de santé publique a précisé que : *« Malgré la diminution des ressources, nous avons essayé de maintenir les activités communautaires qui avaient un impact direct sur la continuité des soins.*

Une des stratégies importantes a été le renforcement de la distribution multi-mois des ARV pour les patients stables. Cela a permis de réduire le nombre de déplacements vers les structures de santé et de faciliter la vie des patients vivant loin des centres de prise en charge.

Nous avons aussi intensifié les groupes d'adhérence et l'accompagnement par les pairs éducateurs. Ces mécanismes ont permis aux patients de bénéficier d'un soutien régulier et de partager leurs difficultés.

Les visites à domicile ont été davantage ciblées vers les patients présentant un risque de rupture de traitement ou de perte de suivi.

Nous avons aussi travaillé avec les leaders communautaires et les associations de personnes vivant avec le VIH pour renforcer la sensibilisation, réduire la stigmatisation et encourager le recours aux soins.

Ces approches ont montré leur importance, mais leur efficacité dépend fortement de la disponibilité des moyens logistiques, notamment le transport, la communication et la supervision des acteurs communautaires. »

En poursuivant son argumentaire sur le rôle combien essentiel des communautés, l'Associé de santé Publique de l'UNHCR a dit que *: « Dans notre contexte, les communautés jouent un rôle essentiel dans la continuité des soins VIH. Elles constituent un véritable pont entre les patients et les structures sanitaires, particulièrement dans les zones où l'accès aux services peut être difficile.*

Les agents de santé communautaires, les pairs éducateurs et les associations de personnes vivant avec le VIH contribuent quotidiennement au maintien des patients dans le parcours de soins. Leur rôle est particulièrement important pour renforcer l'observance thérapeutique, rappeler les rendez-vous, identifier rapidement les difficultés rencontrées par les patients et orienter ceux qui nécessitent une prise en charge médicale.

Ils interviennent également dans la recherche des patients perdus de vue à travers les visites à domicile, les contacts téléphoniques et les échanges communautaires. Dans les camps de réfugiés, cette approche de proximité permet souvent de retrouver des patients qui auraient pu interrompre leur traitement.

Les communautés jouent aussi un rôle important dans la lutte contre la stigmatisation. Les pairs éducateurs et les leaders communautaires contribuent à créer un environnement plus favorable, où les personnes vivant avec le VIH peuvent rechercher des soins sans peur d'être rejetées.

Cependant, pour que cette contribution soit durable, les acteurs communautaires doivent être régulièrement formés, supervisés et soutenus avec des moyens minimums leur permettant de mener leurs activités efficacement. »

Le Coordinateur médical de l'ONG a également abordé dans le même sens : *« Nous avons renforcé la distribution de plusieurs mois de traitement à la fois, le suivi par les pairs éducateurs, les visites à domicile pour les patients les plus vulnérables et la sensibilisation menée par les leaders communautaires. »* Sur une relance, du rôle concret des communautés dans la continuité des soins, le Coordinateur médical a souligné que : *« Les communautés jouent un rôle très important. Elles encouragent les patients à poursuivre leur traitement, les aident à respecter leurs rendez-vous et participent à la lutte contre la stigmatisation. Sans leur implication, il serait beaucoup plus difficile d'assurer un bon suivi. »*

Quant au Médecin référent des camps de réfugiés, il a aussi abordé dans le même sens : *« Nous avons renforcé la dispensation multi-mois des ARV en période de travaux champêtres ou en cas de voyage, les groupes d'adhérence communautaires, les visites à domicile ciblées et le suivi téléphonique lorsque cela est possible. »* S'agissant du rôle des communautés, il a rajouté que : *« Les communautés jouent un rôle essentiel. Elles assurent le relais entre les structures sanitaires et les patients, réduisent les abandons de traitement, favorisent*

l'observance thérapeutique et contribuent à combattre la stigmatisation. L'implication communautaire est devenue un pilier majeur de la résilience de la réponse VIH. »

Le rapport ONG de l'ONUSIDA (2024) insiste sur le rôle indispensable des communautés dans la riposte au VIH car elles ne doivent pas être considérées comme des bénéficiaires passifs, mais comme des acteurs centraux de la riposte, dotés d'une expertise issue de l'expérience vécue. Les structures communautaires jouent des rôles essentiels : la prévention, le dépistage, l'accompagnement psychosocial, le plaidoyer, la documentation des violations des droits humains et enfin la lutte contre la stigmatisation. Elles représentent le premier point de contact pour les populations clés et les personnes vivant avec le VIH, en particulier dans les contextes humanitaires où les systèmes de santé sont débordés (ONUSIDA, 2024).

Le rapport ONG de l'ONUSIDA appelle à un changement structurel fondé sur un financement flexible et pluriannuel, l'intégration du leadership communautaire dans les stratégies nationales, la protection des droits humains et le renforcement des capacités des organisations communautaires (ONUSIDA, 2024).

L'article la santé communautaire en péril souligne aussi que les approches communautaires sont les premières victimes de la crise de financement. Les effets systémiques de l'arrêt brutal du PEPFAR en 2025 ont entrainé la suppression de milliers d'emplois communautaires, l'interruption des projets de recherche et une réduction massive de l'offre de services affectant directement les populations clés et les personnes vivant avec le VIH (PVVVIH). Les approches communautaires sont essentielles pour atteindre les populations clés, lutter contre la stigmatisation, assurer la continuité des soins, produire les données en contexte de crise et innover. L'article souligne également que la tentation de prioriser les approches biomédicales au détriment des interventions communautaires constitue une menace majeure pour la riposte au VIH, alors même que les savoirs expérientiels et les innovations communautaires ont historiquement façonné les avancées en santé publique (Alaoui, Di Ciaccio & Lorente, 2025).

Le CLM (communitey led monitoring) ou le suivi dirigé par la communauté s'est avéré comme un mécanisme ou une stratégie permettant aux communautés de collecter, d'analyser et d'utiliser les données pour améliorer la qualité des services VIH. Il constitue un levier stratégique d'adaptation dans les contextes de crise de financement, en permettant de documenter les ruptures de stock, les obstacles d'accès au traitement, les discriminations et les dysfonctionnements du système de santé (ONUSIDA, 2021).

Les résultats du terrain confirment cette vulnérabilité : les approches communautaires sont efficaces mais demeurent fragiles. Ces stratégies sont cohérentes avec les modèles de soins différenciés promus par l'ONUSIDA. Elles réduisent les pertes de suivi, mais leur efficacité dépends fortement de la motivations des agents communautaires, souvent bénévoles ou faiblement rémunérés (ONUSIDA, 2024).

6. Mécanismes de résilience structurelle

Les acteurs de terrain (humanitaires et sanitaires) ont mis en place plusieurs mécanismes de résilience structurelle face à la crise de financement mondial qui a cours. Dans les camps de réfugiés au Tchad, les mécanismes de résilience structurelle ressortis des discussions sont entre, autres, la mutualisation des ressources disponibles entre les ONG, le renforcement des systèmes

d'information, le plaidoyer pour obtenir des financements supplémentaires et les ajustements logistiques pour prévenir les ruptures d'intrants et d'ARV.

L'Associé de santé publique de l'UNHCR, interrogé sur les mécanismes de résilience a souligné que *: « Face aux contraintes financières, nous avons dû développer des mécanismes d'adaptation permettant de maintenir les services essentiels tout en utilisant les ressources disponibles de manière plus efficace.*

Une première approche consistait en la mutualisation des ressources. Dans la mesure du possible, nous avons partagé certains moyens entre différents services ou programmes, notamment les véhicules, les espaces de consultation, certains équipements et les ressources humaines.

Nous avons aussi intensifié la coordination avec les différents intervenants impliqués dans la réponse au VIH : ministère de la santé publique, ONG, agences des Nations Unies, organisations communautaires et partenaires techniques et financiers. Cette collaboration a permis d'éviter les duplications et de mieux répartir les interventions.

Sur le plan logistique, nous avons amélioré la planification des besoins, renforcé le suivi des stocks et organisé, lorsque nécessaire, la redistribution des intrants entre les structures afin de prévenir les ruptures.

Les systèmes d'information ont également joué un rôle important. L'analyse régulière des données programmatiques nous a permis d'identifier les difficultés, de suivre les patients à risque de perte de vue et d'orienter les décisions.

En définitive, l'utilisation des approches communautaires, notamment la distribution multi-mois des ARV et le suivi par les pairs, a contribué à alléger la charge de travail sur les structures sanitaires tout en conservant la qualité de l'accompagnement des patients.

Ces stratégies ont contribué à renforcer la résilience du programme VIH, mais elles ne remplacent pas la nécessité d'un financement stable et durable. »

Quant au Coordinateur médical de l'ONG opérant dans les camps, il a affirmé que : *« Nous avons intensifié la collaboration avec nos partenaires, partagé certaines ressources, intégré davantage les services VIH dans les structures de santé existantes et amélioré l'organisation des approvisionnements pour éviter les ruptures. »*

Le Médecin référent des camps n'a pas non plus eu une position différenciée sur la question et a précisé que : *« Nous avons développé la mutualisation de certaines ressources entre partenaires, le partage des moyens logistiques, le renforcement de la coordination entre les acteurs, l'intégration des systèmes de collecte de données DHIS2 et la recherche de financements complémentaires auprès de nouveaux partenaires. »*
Ces mécanismes de résilience structurelle rejoignent les recommandations du Fonds mondial et de l'OMS qui soulignent que malgré les crises de financement, les acteurs de terrain développent des stratégies d'adaptation, mais qui restent limitées par la dépendance chronique aux bailleurs de fonds.

7. Impact des stratégies d'adaptation sur la qualité et la continuité des soins liés au VIH

Malgré les stratégies d'adaptation déployées par les acteurs humanitaires et sanitaires pour faire face à la crise de financement actuelle, la qualité et la continuité des soins liés au VIH sont fortement impactés dans les camps de réfugiés au Tchad comme l'illustre les entretiens avec les acteurs clés que nous avons menées.

Pour l'Associé de santé publique de l'UNHCR, il est clair que : *« La pénurie financière a eu un impact réel sur plusieurs dimensions de la qualité des soins VIH, même si les équipes ont mis en place des stratégies pour limiter les conséquences sur les patients.*

Dans le cadre du suivi clinique, des défis ont été notés, notamment une diminution de la fréquence de certaines consultations ou des supervisions cliniques lorsque les ressources humaines et financières étaient limitées. Des contraintes liées aux intrants, aux équipements ou à la logistique pouvaient aussi affecter le suivi biologique des patients notamment la réalisation de la charge virale ou certains examens complémentaires de suivi.

Concernant les médicaments et consommables, la pression sur la chaîne d'approvisionnement augmentait le risque de ruptures temporaires d'ARV, de tests ou d'autres produits nécessaires à la prise en charge.

La réduction des ressources humaines a également entraîné une augmentation de la charge de travail pour les prestataires présents. Certains agents devaient assurer plusieurs responsabilités en parallèle, ce qui pouvait influencer leur disponibilité et leur capacité à offrir un accompagnement individualisé.

Malgré ces difficultés, les équipes ont réussi à préserver les services prioritaires grâce à la distribution multi-mois des ARV, au renforcement du suivi communautaire, à la délégation des tâches et à l'intégration progressive des services VIH dans les soins primaires.

Toutefois, ces solutions doivent être accompagnées d'un financement durable pour éviter une dégradation progressive de la qualité des soins. »

Quant à l'impact sur la qualité et la continuité des soins, l'Associé de santé publique a précisé que *: « La pénurie financière a augmenté le risque de rupture dans la continuité du traitement antirétroviral, principalement en fragilisant les différents éléments qui permettent de maintenir les patients dans les soins.*

Le premier risque était lié à la disponibilité des médicaments. Des difficultés dans l'approvisionnement, la logistique ou la distribution pouvaient entraîner des retards dans la mise à disposition des ARV.

Un autre impact portait sur le suivi des patients. Lorsqu 'il y a une réduction des moyens alloués aux activités communautaires diminuent, il devient plus difficile d'assurer la recherche active des patients perdus de vue et de maintenir un accompagnement régulier.

Chez certaines personnes, notamment les réfugiés et les populations vulnérables, les pressions économiques, les déplacements et les difficultés sociales pouvaient entraver l'observance au traitement.

La diminution du suivi biologique pouvait également retarder la détection des patients en situation d'échec thérapeutique ou nécessitant une adaptation de leur prise en charge.

En dépit de ces obstacles, les stratégies comme la distribution multi-mois des ARV, les groupes d'adhérence et le suivi communautaire ont contribué à limiter les interruptions et de maintenir la majorité des patients dans les soins. »

Concernant la perception des bénéficiaires PVVIH, l'Associé de santé publique a mis l'accent sur le fait que : *« Les patients ont exprimé plusieurs difficultés liées aux contraintes financières et aux obstacles d'accès aux services VIH.*

La première préoccupation concernait la disponibilité des médicaments. Certains patients craignaient une interruption du traitement en cas de rupture d'ARV, avec la peur des conséquences sur leur santé et du développement d'une résistance.

Dans les camps de réfugiés et les zones éloignées, les déplacements représentaient également un défi majeur. Le coût du transport, la distance et les contraintes liées à la mobilité pouvaient conduire certains patients à reporter leurs rendez-vous.

La stigmatisation demeurait aussi une préoccupation importante. Certains patients craignaient d'être identifiés comme vivant avec le VIH lorsqu'ils se rendaient dans les structures de prise en charge, ce qui pouvait influencer leur recours aux soins.

Enfin, les difficultés économiques et sociales pouvaient augmenter le risque d'abandon ou de perte de suivi, surtout chez les personnes isolées ou ayant peu de soutien familial.

Pour répondre à ces difficultés, nous avons renforcé les approches centrées sur le patient : distribution multi-mois, accompagnement communautaire, soutien psychosocial et suivi par les pairs. »

Et sur les stratégies qui ont prouvé leur efficacité sur la qualité et la continuité de soins, l'Associé de santé publique a précisé que : *« Selon mon expérience, les stratégies les plus efficaces ont été celles qui ont permis de rapprocher les services des patients tout en utilisant au mieux les ressources disponibles.*

L'une des initiatives les plus cruciales a été la distribution multi-mois des ARV. Elle a réduit les déplacements des patients, réduit les coûts liés au transport et facilité le maintien dans les soins.

Le renforcement de l'approche communautaire a eu aussi un impact significatif. Les agents communautaires, les pairs éducateurs et les associations de personnes vivant avec le VIH ont permis de maintenir un contact régulier avec les patients, de soutenir l'observance et de retrouver les personnes perdues de vue.

La délégation des tâches a permis aux équipes de continuer à fonctionner malgré les contraintes de personnel, en donnant davantage de responsabilités aux infirmiers et aux acteurs communautaires selon leurs compétences.

L'intégration des services VIH dans les soins de santé primaires a aussi amélioré l'efficience en utilisant les ressources existantes et en réduisant la stigmatisation liée aux circuits spécifiques VIH.

En définitive, l'utilisation optimale des données, la coordination renforcée entre les partenaires et la gestion plus rigoureuse des stocks ont permis d'anticiper les problèmes et de prendre des décisions plus adaptées.

En résumé, les approches les plus efficaces ont été celles qui ont placé le patient au centre de la réponse : garantir l'accès aux ARV, maintenir le lien avec la communauté et renforcer les capacités du système de santé local. Cependant, ces stratégies restent des mesures d'adaptation et doivent être soutenues par un financement durable pour garantir la pérennité des résultats obtenus. »

Selon le coordinateur médical de l'ONG opérant dans les camps de réfugiés *: « La qualité des soins est forcément touchée. Le personnel est moins nombreux, la charge de travail est plus importante et certaines activités de suivi ne sont plus réalisées aussi régulièrement. Malgré cela, les équipes font tout leur possible pour maintenir une bonne qualité de prise en charge. »*

A la question, quels sont les impacts sur la continuité des soins, du traitement antirétroviral ? Le Coordinateur médical a affirmé que : *« Jusqu'à présent, nous avons réussi à maintenir la distribution des traitements, mais cela demande beaucoup d'efforts. Les risques de rupture de stock et les difficultés de déplacement des patients restent des défis importants. »*

Au cours d'une relance sur le ressenti des patients face à des difficultés particulières liées à certaines contraintes (ruptures, déplacements, stigmatisation, abandon), le Coordinateur médical a affirmé : *« Beaucoup de patients parlent des difficultés de transport, de la distance jusqu'aux centres de santé, du manque d'argent pour se déplacer et parfois de la peur d'être stigmatisés. Certains manquent leurs rendez-vous ou interrompent temporairement leur traitement. »*

Sur les stratégies les plus efficaces pour limiter les effets négatifs des stratégies d'adaptation sur la qualité et la continuité des soins, le coordinateur médical de l'ONG a souligné que : *« À mon avis, les stratégies les plus efficaces sont la distribution de plusieurs mois de traitement, l'implication des agents communautaires et des pairs éducateurs, l'intégration des services VIH dans les soins de santé primaires et la collaboration entre les différents partenaires. Grâce à ces mesures, nous avons pu continuer à accompagner les patients malgré les difficultés financières. »*

Quant au Médecin référent des camps, il a également abordé dans le même sens que les autres acteurs en soulignant que : *« La qualité des soins peut être affectée par une réduction du temps consacré à chaque patient, une surcharge du personnel, une diminution des supervisions et parfois des contraintes liées à la disponibilité de certains intrants. Malgré cela, les équipes s'efforcent de préserver les normes minimales de qualité. »*
S'agissant de l'impact sur la qualité des soins et la continuité du traitement antirétroviral, il a précisé que : *« Le principal risque est l'interruption du traitement en raison de difficultés logistiques, de déplacements des populations ou d'une insuffisance du suivi communautaire. Pour limiter ces risques, nous privilégions la dispensation multi-mois et le suivi rapproché des patients vulnérables. »*
A la question sur le ressenti des bénéficiaires PVVIH, le Médecin référent a souligné que : *« Les patients évoquent fréquemment les difficultés de transport, les déplacements forcés, les risques d'interruption de traitement, la stigmatisation persistante et parfois les difficultés économiques qui limitent leur accès régulier aux services. »*

Et sur les stratégies d'adaptation qui ont prouvé leur efficacité, il a martelé que : *« Les stratégies les plus efficaces ont été l'intégration des services VIH dans les soins de santé primaires, la dispensation multi-mois des ARV, le recours aux agents communautaires et aux pairs éducateurs, le suivi actif des perdus de vue, la coordination renforcée entre les organisations humanitaires et les autorités sanitaires, l'implication des leaders communautaires dans la sensibilisation et la lutte contre la stigmatisation.*
Ces approches ont permis de maintenir le maximum des patients sous traitement malgré la baisse des ressources disponibles et la pression croissante sur le système de santé. »

8. Limites des stratégies d'adaptation

De l'avis des intervenants sur le terrain (acteurs clés) que nous avons interrogé, les cinq stratégies d'adaptation que nous avons identifiées, sont effectivement mises en œuvre sur le terrain mais fortement limitées par la crise financière mondiale, la surcharge des structures sanitaires, les ruptures de stocks, la réduction des activités communautaires et la dépendance chronique aux bailleurs de fonds internationaux. Les stratégies d'adaptation permettent certes de maintenir un minimum de continuité des activités, mais elles ne compensent pas les effets de la pénurie financière.

Selon l'UNHCR, malgré les stratégies d'adaptation mises en place par les acteurs humanitaires et sanitaires**,** des limites sont observées et persistent. Les besoins humanitaires au Tchad augmentent plus rapidement que les financements disponibles. En 2025, les agences humanitaires faisaient déjà face à un déficit financier de plusieurs centaines de milliers de dollars pour la réponse aux réfugiés soudanais. Les conséquences observées comprennent la réduction des rations alimentaires, l'insuffisance des services de santé, la surcharge des structures sanitaires et la réduction des activités communautaires (UNHCR, 2025).
D'après l'UNHCR, malgré les efforts des partenaires humanitaires et des autorités locales, la réponse d'urgence demeure dangereusement sous-financée. Les conditions d'hébergement sont tout aussi catastrophiques. Seuls 14% des besoins actuels sont satisfaits, laissant des dizaines de milliers de personnes exposées à des conditions climatiques extrêmes et à l'insécurité. Les réfugiés ne reçoivent actuellement que 5 litres d'eau par personne et par jour, bien en deçà de la norme internationale de 15-20 litres d'eau pour les besoins quotidiens essentiels. Cette grave pénurie contraint les familles à faire des choix impossibles qui mettent en péril leur santé et leur dignité (UNHCR, 2025).

9. Synthèse de la discussion

Les résultats de notre étude confirment les tendances observées dans la littérature. Les contextes humanitaires sont parmi les plus vulnérables aux crises de financement qui ont cours et les programmes VIH ne sont pas épargnés. Le cas du Tchad illustre de façon exemplaire la convergence de plusieurs facteurs aggravants cette situation : les afflux massifs des réfugiés soudanais ces dernières années, la surcharge des structures sanitaires, la dépendance chronique aux bailleurs de fonds, les ruptures de stocks, et la fragilité des ressources humaines. Quelques enseignements importants à tirer de cette discussion.

Les programmes VIH dans les camps de réfugiés et au Tchad en particulier dépendent presque entièrement des financements internationaux (PEFFAR, Fonds mondial, USAID, ONUSIDA). Cette dépendance rend les services liés aux VIH extrêmement vulnérables aux fluctuations économiques comme l'ont démontré les coupes budgétaires du PEFFAR et d'autres bailleurs de fonds.

Il faut noter le rôle clé des communautés qui sont essentielles pour atteindre les populations clés, assurer la continuité des soins, et documenter les obstacles d'accès aux soins du VIH. Les activités communautaires ont également été fortement impactées par les coupes budgétaires comme l'ont souligné le rapport ONG de l'ONUSIDA (2024).

Les acteurs humanitaires et sanitaires continuent de déployer des stratégies d'adaptation face à la crise de financement mondial mais celles-ci demeurent limitées à des réponses à court termes. Les stratégies d'adaptation permettent certes de maintenir les services mais elles ne résolvent pas les défis structurels persistants : manque de financement, faiblesse de systèmes de santé, et absence de mécanismes nationaux de prise en charge durable.

In fine, les stratégies d'adaptation face à la crise de financement mondial sont nécessaires, mais elles ne peuvent pas se substituer à une réforme structurelle de la gouvernance et du financement dans la lutte contre le VIH en contexte humanitaire au Tchad.

V. CONCLUSION

Notre étude consistait à analyser les stratégies d'adaptation des acteurs humanitaires et sanitaires face aux réductions de financement qui affectent les programmes VIH et particulièrement dans le contexte des camps de réfugiés au Tchad. Nous avons identifié dans la littérature cinq stratégies d'adaptation qui ont constitué le cadre analytique de notre étude : la priorisation des services, le task shifting ou l'optimisation des ressources humaines, l'intégration des services VIH dans les soins de santé primaires, les approches communautaires et les mécanismes de résilience structurelle.

L'analyse des données issues des entretiens que nous avons réalisés, a permis de mettre en évidence comment ces stratégies d'adaptation se déclinent concrètement dans le contexte humanitaire tchadien également marqué par la pression croissante et la pénurie financière chronique. Les résultats indiquent que les acteurs de terrain mettent en œuvre effectivement ces cinq stratégies d'adaptation, toutefois dans des conditions très difficiles.

La priorisation des services essentiels garantit la continuité de la distribution des antirétroviraux et la gestion des cas les plus urgents, bien que cela entraîne une diminution des actions de prévention et de dépistage. Le task shifting ou transfert de compétences représente une stratégie essentielle pour pallier l'insuffisance de personnel qualifié, malgré qu'il génère une charge de travail supplémentaire pour les infirmiers et les agents de santé communautaires. L'intégration des services VIH dans les soins de santé primaires, favorise l'efficience dans les soins, tout en présentant le risque d'affaiblir les compétences spécialisées et d'allonger les délais d'attente des patients. Les approches communautaires, bien qu'essentielles pour toucher les bénéficiaires et les populations clés et assurer la continuité des soins, se trouvent impactées par la pénurie financière. Enfin, les mécanismes de résilience structurelle illustrent le potentiel d'innovation des intervenants, même s'ils restent entravés par la dépendance chronique aux bailleurs de fonds internationaux.

In fine, les stratégies d'adaptation permettent de maintenir une continuité minimale des services VIH, cependant elles ne compensent pas entièrement les conséquences de la crise financière. La crise de financement actuelle met en lumière les contraintes structurelles d'un modèle de riposte au VIH fortement dépendant de l'aide internationale, comme c'est le cas dans le contexte humanitaire tchadien. Cette crise met en évidence l'importance d'un engagement financier durable, d'un développement renforcé des compétences locales et d'une reconnaissance du rôle central des communautés dans la lutte contre le VIH.

BIBLIOGRAPHIE

2024 global AIDS report — The Urgency of Now : AIDS at a Crossroads | UNAIDS. (s. d.). Consulté 8 juillet 2026, à l'adresse https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/global-aids-update-2024

Ahouansou, V. un résumé des propos tenus aujourd'hui par D. P., & Genève, coordonnateur principal de situation du H. au T.-à qui les citations peuvent être attribuées – lors du point de presse au P. des N. à. (s. d.-a). *UNHCR warns crisis reaching breaking point as Sudanese refugee numbers triple in Chad*. UNHCR. Consulté 3 juin 2026, à l'adresse https://www.unhcr.org/news/briefing-notes/unhcr-warns-crisis-reaching-breaking-point-sudanese-refugee-numbers-triple-chad

Ahouansou, V. un résumé des propos tenus aujourd'hui par D. P., & Genève, coordonnateur principal de situation du H. au T.-à qui les citations peuvent être attribuées – lors du point de presse au P. des N. à. (s. d.-b). *UNHCR warns crisis reaching breaking point as Sudanese refugee numbers triple in Chad*. UNHCR. Consulté 5 juin 2026, à l'adresse https://www.unhcr.org/news/briefing-notes/unhcr-warns-crisis-reaching-breaking-point-sudanese-refugee-numbers-triple-chad

Annual Reports to Congress on the President's Emergency Plan for AIDS Relief. (s. d.). *United States Department of State*. Consulté 27 juin 2026, à l'adresse https://2021-2025.state.gov/annual-reports-to-congress-on-the-presidents-emergency-plan-for-aids-relief/

Callaghan, M., Ford, N., & Schneider, H. (2010). A systematic review of task- shifting for HIV treatment and care in Africa. *Human Resources for Health*, *8*(1), 8. https://doi.org/10.1186/1478-4491-8-8

Chad. (2026a, avril 7). UNHCR. https://www.unhcr.org/where-we-work/countries/chad

Chad. (2026b, juillet 2). UNHCR. https://www.unhcr.org/where-we-work/countries/chad

CoalitionPLUS-GuidePlaidoyer-2026.pdf. (s. d.). Consulté 27 juin 2026, à l'adresse https://www.coalitionplus.org/wp-content/uploads/2026/05/CoalitionPLUS-GuidePlaidoyer-2026.pdf

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring : Recommendations for a public health approach. (s. d.). Consulté 27 juin 2026, à l'adresse https://iris.who.int/items/1c992591-c558-4371-a07c-d243f65ef1d4

Enquête Démographique et de Santé et à Indiacteurs Multiples au Tchad (EDS-MICS) 2014-2015 [FR317]. (s. d.). Consulté 17 juillet 2026, à l'adresse https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr317/fr317.pdf

Europe, W. H. O. R. O. for. (2024). *Support tool to strengthen health information systems : Guidance for health information system assessment and strategy development*. World Health Organization. Regional Office for Europe. https://iris.who.int/handle/10665/376978

Fiche d'information—Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida. (s. d.). Consulté 20 avril 2026, à l'adresse https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf

FR. (2025, novembre 27). *La santé communautaire en péril : Reconfigurations de l'architecture en santé mondiale face à la crise de financement dans la lutte contre le VIH - Alternatives Humanitaires*. https://www.alternatives-humanitaires.org/fr/2025/11/27/la-sante-communautaire-en-peril-reconfigurations-de-larchitecture-en-sante-mondiale-face-a-la-crise-de-financement-dans-la-lutte-contre-le-vih/

Impact_chad_report_fr.pdf. (s. d.). Consulté 1 avril 2026, à l'adresse https://www.theglobalfund.org/media/13049/impact_chad_report_fr.pdf

Mise en place d'un suivi dirigé par la communauté dans le cadre des services liés au VIH — Principes et procédure. (s. d.).

New study highlights the potential impact of funding cuts on the HIV response. (s. d.). Consulté 3 juin 2026, à l'adresse https://www.who.int/news/item/26-03-2025-new-study-highlights-the-potential-impact-of-funding-cuts-on-the-hiv-response

Outil d'aide au renforcement des systèmes d'information sanitaire : Guide pour l'évaluation et l'élaboration de stratégies des systèmes d'information sanitaire. (s. d.). Consulté 1 juillet 2026, à l'adresse https://iris.who.int/items/f0153248-5dcd-4246-aa79-3a0e3c2ed62e

Rapport 2025 sur les résultats. (s. d.-a). Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Consulté 28 juillet 2026, à l'adresse https://www.theglobalfund.org/fr/results/

Rapport 2025 sur les résultats. (s. d.-b). Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Consulté 17 juillet 2026, à l'adresse https://www.theglobalfund.org/fr/results/

Stone, J., Mutai, K. K., Artenie, A., Silhol, R., Boily, M.-C., Ratevosian, J., Beyrer, C., & Vickerman, P. (2025). The impact of cuts in the US President's Emergency Plan for AIDS Relief funding for HIV pre-exposure prophylaxis in sub-Saharan Africa : A modelling study. *The Lancet. HIV*, *12*(10), e712-e721. https://doi.org/10.1016/S2352-3018(25)00192-4

Toole, M. J., & Waldman, R. J. (1997). THE PUBLIC HEALTH ASPECTS OF COMPLEX EMERGENCIES AND REFUGEE SITUATIONS1. *Annual Review of Public Health*, *18*(Volume 18, 1997), 283-312. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.18.1.283

Type the title here. (s. d.). Consulté 9 juin 2026, à l'adresse https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-06/PCB55_NGO_Report_FR.pdf

Uyei, J., Coetzee, D., Macinko, J., & Guttmacher, S. (2011). Integrated delivery of HIV and tuberculosis services in sub-Saharan Africa : A systematic review. *The Lancet. Infectious Diseases*, *11*(11), 855-867. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(11)70145-1

ANNEXE

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Thème : Les stratégies d'adaptation des acteurs humanitaires et sanitaires face aux réductions de financement des programmes VIH dans les camps de réfugiés au Tchad.

Bonjour,

Je réalise une étude dans le cadre d'un mémoire/TFE portant sur les stratégies d'adaptation des acteurs humanitaires et sanitaires face aux réductions de financement des programmes VIH. L'objectif est d'identifier et d'analyser quelles sont concrètement les stratégies d'adaptation qui sont déployées dans le contexte humanitaire Tchadien et évaluer son impact sur la qualité et la continuité des soins liés au VIH. Votre expertise et expérience sont très importants pour mieux comprendre ces mécanismes.

Les informations recueillies resteront strictement confidentielles et seront utilisées uniquement à des fins académiques.

Q1 : Veuillez-vous présenter et décrire brièvement votre rôle dans la prise en charge du VIH dans les camps de réfugiés au Tchad

Q2 : Comment percevez la situation actuelle des financements dédies au VIH dans votre institution (UNHCR, ONG…) ?

Q3 : Quels sont, selon vous les principaux effets de cette pénurie financière sur les services VIH ?

Q4 : Quels services VIH avez-vous dû prioriser malgré la pénurie financière ?

Q5 : Avez-vous réduits ou suspendus des services ? Expliquez-moi votre stratégie concrètement ?

Q6 : En termes d'optimisation des ressources humaines, avez-vous dû redistribuer ou déléguer des tâches pour maintenir les services VIH ?

Q7 : Quels effets la délégation des tâches a eu sur le fonctionnement quotidien de vos activités ?

Q8 : Avez-vous intégré les services VIH dans les consultations générales, les soins de santé de primaires ?

Q 9 : Dans quels buts avez-vous fait cette intégration ? quels résultats avez-vous observez ?

Q10 : En termes d'approches communautaires, quelles activités communautaires avez-vous développées ou adaptées malgré la crise de financement ?

Q11 : Quelles rôles jouent les communautés dans la continuité des soins malgré ce contexte de pénurie financière ?

Q12 : En matière de résilience structurelle, quels mécanismes avez-vous mis en place pour faire face à la crise de financement ?

Q13 : Comment la pénurie financière affecte-t-elle la qualité des soins ? en termes de suivi clinique ? disponibilité des intrants ? charge de travail ?

Q14 : Quels sont les impacts de la crise financière sur la continuité des soins, du traitement antirétroviral ?

Q15 : Les patients expriment-ils des difficultés particulières liées à ces contraintes financières ?

Q16 : Enfin, quelles sont les stratégies qui ont été efficaces pour limiter les effets négatifs de la crise financière sur la qualité et la continuité des soins ?

Merci beaucoup pour votre disponibilité et le partage de votre expérience. Vos contributions sont essentielles pour enrichir cette étude et mieux comprendre les réalités de terrain.

Cordialement.

FICHE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Thème : Les stratégies d'adaptation des acteurs humanitaires et sanitaires face aux réductions de financement des programmes VIH dans les camps de réfugiés au Tchad

Cher (e) participant (e)

Vous êtes invité (e) à prendre part à une étude dans le cadre d'un mémoire académique. L'objectif de cette recherche est d'analyser les stratégies d'adaptation des acteurs humanitaires et sanitaires face aux réductions de financement des programmes VIH dans les camps de réfugiés au Tchad. Voici quelques règles que nous allons observer :

1. Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre d'interrompre votre participation à tout moment, sans aucune conséquence.
2. L'entretien durera 45-60mn maximum. Il portera sur votre expérience et votre perception des services de santé liés au VIH.
3. Toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles. Votre identité ne sera mentionnée dans le mémoire ou toute autre publication.
4. Les données seront anonymisées. Aucun nom ou élément permettant de vous identifier ne sera utilisé.
5. Avec votre accord, l'entretien pourra être enregistré afin de faciliter son analyse :

- J'accepte l'enregistrement
- Je refuse l'enregistrement

6. Cette étude ne présente pas de risques majeurs. Elle peut contribuer à améliorer les programmes de prise en charge du VIH au Tchad.
7. Pour toute question, veuillez contacter :

Nom du chercheur : HAMMADY DA

Courriel : hammadyda@gmail.com

Consentement :

Je soussigné (e) ……...

Déclare avoir compris les informations ci-dessus et accepte de participe à cette étude.

Signature du participant (e) :

Date :

RESUMÉ

Le VIH demeure une pandémie majeure où on dénombre 40,8 millions de personnes vivant avec le VIH dont 31,6 millions qui ont accès au traitement antirétroviral selon les données de l'ONUSIDA (2024). Dans les contextes humanitaires, la riposte au VIH est particulièrement fragile, et au Tchad l'afflux massif des réfugiés soudanais exerce une pression croissante sur le système de santé du Tchad très limité. Aussi la réduction des financements internationaux avec un déficit de 17% en 2024, menace directement la continuité des programmes VIH, fortement dépendant des financements du Fonds mondial, du PEPFAR et de l'UNHCR.

L'objectif de l'étude était d'analyser les stratégies d'adaptation mises en place par les acteurs humanitaires et sanitaires face aux réductions de financement et évaluer leur impact sur la qualité et la continuité des soins VIH dans les camps de réfugiés au Tchad.

Un cadre analytique sur la base de la littérature scientifique a permis d'identifier cinq stratégies d'adaptations : la priorisation des services essentiels, le task shifting ou transfert de compétences, l'intégration des services VIH dans les soins de santé primaires, les approches communautaires et les mécanismes de résilience structurelle.

Nous avons adopté une approche qualitative descriptive et analytique menée dans les trois camps de réfugiés du district sanitaire d'Iriba (Est du Tchad). Trois acteurs clés ont été interrogés via des entretiens semi-directifs.

Les entretiens réalisés avec les acteurs clés de terrain confirment effectivement la mise en œuvre des cinq stratégies d'adaptation. La distribution des ARV, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, et la prise en charge des cas de VIH avancés ont été les activités priorisées. Grâce au task shifting, certaines tâches ont été transférées des médecins vers les infirmiers, les agents de santé de communautés et les pairs éducateurs pour le suivi des patients stables, la recherche des perdus de vue et la distribution des ARV. Les services de VIH ont été intégrés aux consultations générales et cette stratégie a amélioré l'accès aux soins, réduit la stigmatisation et optimisé les ressources. Les approches communautaires sont essentielles pour maintenir les liens et limiter les pertes de vues. Elles ont permis la distribution multi-mois des ARV, la création des groupes d'adhérence, et les visites à domicile ciblées. La mutualisation des ressources inter-ONG, la coordination renforcée, l'amélioration de la gestion des stocks et l'utilisation des données DHIS2 pour le suivi et le plaidoyer ont constitué les mécanismes de résilience structurelle déployés par les acteurs clés.

La dépendance chronique à l'aide internationale fragilise la durabilité de la riposte au VIH en contexte humanitaire. Les résultats soulignent l'urgence d'un financement durable, du renforcement des capacités nationales et d'une reconnaissance du rôle central des communautés comme pilier de la résilience du programme VIH.

Mots-clés : Acteurs humanitaires, réfugiés, financement, stratégies, résilience, VIH.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN
Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication
École des sciences politiques et sociales (PSAD)
Place Montesquieu, 1 bte L2.08.05, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique | **www.uclouvain.be/psad**