



CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA

ONUSIDA/CCP(36)/15.13
Date de publication : 17 juin 2015

TRENTE-SIXIÈME RÉUNION

Date : 30 juin - 2 juillet

Lieu : Salle du conseil exécutif, OMS, Genève

Point 9 de l'ordre du jour

Le VIH dans les contextes d'urgence

Note d'information

INTRODUCTION

1. Jamais autant d'êtres humains n'ont été affectés par des urgences humanitaires à travers le monde. Nos journaux et nos écrans de télévision sont envahis quotidiennement par la réalité tragique de ces situations d'urgence. En 2013, la dernière année pour laquelle les chiffres sont disponibles, près de 314,3 millions de personnes ont été affectées par des urgences humanitaires (catastrophes naturelles et conflits), dont 103,7 millions d'enfants (de 0 à 14 ans) et 6,8 millions de femmes enceintes¹. Parmi toutes les personnes touchées par des situations d'urgence en 2013, 67 millions (21 %) ont été déplacées, dont 50 millions (75 %) étaient des personnes déplacées dans leur propre pays et 17 millions (25 %) étaient des réfugiés.
2. Pendant les situations d'urgence, de multiples formes préexistantes de violence sexiste et de violence sexuelle sont exacerbées par des facteurs de risque tels que l'augmentation de la pauvreté, le déplacement, le manque de sécurité et l'effondrement de l'État de droit. La violence liée aux conflits, telle que la violence sexuelle des militaires et l'exploitation et la maltraitance sexuelles, affecte principalement les femmes et les jeunes filles, mais aussi les hommes et les garçons. Au Libéria, par exemple, 49 % des femmes (de 15 à 70 ans) ont déclaré avoir subi au moins un acte de violence physique ou sexuelle de la part d'un soldat ou combattant pendant les cinq ans de guerre civile². Dans le conflit armé en Côte d'Ivoire, 5,9 % des hommes ont déclaré avoir subi une forme de violence sexuelle après l'âge de 15 ans³. Cependant, la sous-déclaration de l'exposition à la violence sexuelle dans les situations d'urgence signifie que le nombre réel de cas est probablement beaucoup plus élevé. Un examen systématique de 19 études a révélé une prévalence globale de 21,4 % de la violence sexuelle dans les situations d'urgence complexes.⁴
3. Dans ce contexte complexe, la riposte au SIDA a atteint un moment historique, puisqu'il existe un consensus mondial pour reconnaître que nous disposons des outils permettant l'élimination du SIDA en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. Nous avons maintenant la preuve que l'accélération de l'investissement et des programmes au cours des cinq prochaines années - une approche accélérée⁵ - permettra de parvenir à l'ambitieux objectif 2030. C'est pourquoi le Conseil de

¹ Ces estimations sont le résultat de recherches menées conjointement par l'UNICEF, le HCR et le PAM en 2015.

² Swiss, S., Jennings, P.J., Aryee, G.V., Brown, G. H., Jappah-Samukai, R.M., Kamara, M.S., Turay-Kanneh, R.S. (1998), Violence against women during the Liberian civil conflict (la Violence contre les femmes pendant le conflit civil libérien) *Journal of the American Medical Association*, 279, 625-629.

³ Hossain, M., Zimmerman, C., Kiss, L., Kone, D., Bakayoko-Topolska, M., Manan K A, D. Lehmann, H. Watts, C (2014). Men's and women's experiences of violence and traumatic events in rural Côte d'Ivoire before, during and after a period of armed conflict (Expérience de la violence et des événements traumatiques d'hommes et de femmes en Côte d'Ivoire rurale avant, pendant et après une période de conflit armé). *BMJ Open*, 4(2), e003644.

⁴ Vu, A., Adam, A., Wirtz, A., Pham, K., Rubenstein, L., Glass, N., Singh, S. (2014). The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis (Prévalence de la violence sexuelle chez les femmes réfugiées dans les situations d'urgence humanitaires complexes : examen systématique et méta-analyse) *PLoS Currents*.

⁵ http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report

Coordination du Programme de l'ONUSIDA demandé à l'ONUSIDA d'actualiser et d'élargir sa stratégie durant la période 2016-2021.

4. À ce moment opportun dans la riposte au SIDA, il est plus important que jamais de veiller à ce que des ripostes au VIH fondées sur des preuves et basées sur les droits humains atteignent toutes les personnes et toutes les communautés qui en ont besoin. Selon des estimations prudentes basées sur des données pour l'année 2013, le nombre de personnes vivant avec le VIH parmi toutes les personnes en situation d'urgence humanitaire s'élèverait à 1,6 million⁶. Compte tenu de la taille et de l'ampleur de l'impact des situations d'urgence humanitaire, on estime que le nombre de personnes vulnérables au VIH dans ces contextes est beaucoup plus élevé. Mais le manque de priorité donnée aux ripostes et à la prise en compte du VIH dans les contextes d'urgence signifie que les personnes affectées par des situations d'urgence humanitaire sont trop souvent laissées pour compte dans la riposte au VIH.

Définitions:

« **situations d'urgence humanitaire** » : Aux fins du présent document, les « situations d'urgence humanitaire » incluent les catastrophes d'origine tant humaine que naturelle. Une situation d'urgence humanitaire se produit lorsqu'un événement critique, tel que le déclenchement d'un conflit armé ou une catastrophe naturelle, menace la santé, la sécurité et/ou le bien-être d'une communauté ou d'un large groupe de personnes, et nécessite des décisions et un suivi dans le cadre d'une réaction extraordinaire ainsi que des mesures exceptionnelles⁷. Les situations d'urgence humanitaire sont souvent caractérisées par un haut degré de violence et/ou de nombreuses pertes de vies humaines, des déplacements massifs de population, d'importants dommages aux sociétés et aux économies et un besoin d'aide humanitaire pluridimensionnelle de grande envergure⁸. Même s'il convient de noter que dans le contexte du VIH plusieurs autres situations, notamment une législation restrictive et des politiques discriminatoires, peuvent également empiéter sur la santé et les droits humains, ces situations ne sont pas examinées dans le présent document.

« **Personnes affectées par des situations d'urgence humanitaire** » : cette catégorie inclut les réfugiés et les demandeurs d'asile, les personnes déplacées dans leur propre pays et tout ceux qui sont affectés par des situations d'urgence résultant de conflits armés, situations de violence généralisée, persécutions, violations des droits humains et/ou catastrophes naturelles, qu'ils aient ou non été déplacés (de force) de leur foyer à cause de ces événements. Cette catégorie englobe également les personnes vivant dans d'autres communautés fragiles pouvant nécessiter finalement des interventions humanitaires d'urgence, y compris une approche différenciée dans la riposte au VIH.

⁶ Ces estimations sont le résultat de recherches menées conjointement par l'UNICEF, le HCR et le PAM en 2015. Elles sont considérées comme prudentes, car les chevauchements entre les sources de données ont été systématiquement écartés pour éviter le double comptage alors que certains chevauchements concernaient en fait des événements différents.

⁷ Bureau des Nations Unies de la coordination des affaires humanitaires (OCHA), dans : ReliefWeb Glossary of Humanitarian Terms (Glossaire ReliefWeb des termes humanitaires), août 2008

⁸ OCHA Orientation Handbook on Complex Emergencies (Manuel d'orientation sur les situations d'urgence complexes de l'OCHA), août 1999

« **Violence sexuelle liée aux conflits** » : ce terme se réfère aux incidents ou aux schémas de violence sexuelle, c'est-à-dire le viol, l'esclavage sexuel, la prostitution forcée, la grossesse forcée, la stérilisation forcée ou toute autre forme de violence sexuelle de gravité comparable, à l'encontre des femmes, des hommes, des filles ou des garçons. Ces incidents ou schémas se produisent dans les situations de conflit ou d'après-conflit ou d'autres situations préoccupantes (par exemple les troubles politiques). Ils ont également un lien direct ou indirect avec le conflit ou les troubles politiques eux-mêmes, c'est-à-dire un lien temporel, géographique et/ou causal. (UN Analytical and Conceptual Framing of Conflict-related Sexual Violence [Cadre analytique et conceptuel de la violence sexuelle liée aux conflits], juin 2011)

5. Par le passé, la question des personnes touchées par des urgences humanitaires dans les programmes VIH n'a pas été assez bien intégrée ou traitée dans les zones à prévalence élevée du VIH, et encore moins dans les milieux à faible prévalence ou dans des zones d'épidémie concentrée. Souvent, l'accès des personnes affectées par des situations d'urgence humanitaire à la prévention du VIH et/ou à des traitements indispensables à la survie n'est pas prioritaire, ou est limité et de portée insuffisante, voire inexistant. Dans les pays où les services liés au VIH sont disponibles et accessibles, l'apparition d'un conflit ou d'une catastrophe violente, susceptible d'entraîner des déplacements forcés et l'effondrement des systèmes de santé, peut créer une vulnérabilité accrue à l'infection à VIH ou l'interruption du traitement.
6. Lors de situations d'urgence humanitaire, il y a un risque de vulnérabilité accrue au VIH en raison de la violence sexuelle, la contrainte sexuelle et autres violations des droits humains. Des études ont montré les conséquences de la vulnérabilité des femmes au VIH dans le contexte des situations de conflit et d'après-conflit. En Éthiopie, par exemple, la prévalence du VIH chez les professionnel(le)s du sexe est passée de 20 % en 1988 à 73 % en 1998, ce qui correspond à des années de guerre et de déplacement de population⁹. Au Népal, la prévalence du VIH est passée de 2,7 % à 17 % dans les trois années correspondant à la révolution¹⁰. Une étude des différences dans les comportements liés au VIH dans le camp de réfugiés de Lugufu en Tanzanie a montré que les femmes, en particulier les femmes veuves, divorcées ou jamais mariées présentaient un risque accru d'infection à VIH en raison du recours au sexe comme moyen de subsistance dans les camps.
7. La préparation, la planification d'urgence et l'analyse des risques situationnels sont également essentielles aux programmes et aux actions de lutte contre le VIH. Les programmes en cours de lutte contre le VIH qui sont actuellement mis en œuvre dans des environnements stables ou fragiles peuvent connaître des perturbations majeures à la suite de situations d'urgence, provoquant l'érosion rapide des progrès accomplis pendant des décennies. Comme les collectivités locales sont au centre de toute riposte d'urgence efficace, des efforts concertés pour construire et renforcer la

⁹ Holt BY, Brady W, Friday J, Belay E, Parker K, Toole M, et al. Planning STI/HIV prevention among refugees and mobile populations: situation assessment of Sudanese refugees. (Planifier la prévention des IST/du VIH parmi les réfugiés et les populations mobiles : évaluation de la situation des réfugiés soudanais) *Disasters* 2003;27: 1–15

¹⁰ Karkee R, Shrestha DB. HIV and conflict in Nepal: Relation and strategy for response. (VIH et conflit au Népal : relation et stratégie de riposte) *Kathmandu Univ Med J* 2006;4:363–4.

résilience des communautés affectées par des situations d'urgence humanitaire sont une composante essentielle de la planification de la préparation.

8. La simple énormité et l'échelle de l'impact des situations d'urgence humanitaires illustrent à quel point il est important de s'assurer d'accorder une plus grande priorité aux populations affectées par ces contextes d'urgence dans le cadre de la planification, de la fixation d'objectif et de la mise en œuvre des plans d'action de la stratégie actuelle de lutte contre le sida. Alors que l'ONUSIDA entreprend la mise à jour et l'extension de la stratégie 2016-2021 - qui inclut l'élaboration d'objectifs pour 2020 et 2030 visant à éliminer le sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 -, il est essentiel d'inclure de façon efficace les urgences humanitaires, car elles présentent des contextes de communautés fragiles, de vulnérabilité et d'incertitudes qui constituent un terrain fertile pour la transmission du VIH. Les principes fondamentaux des droits humains et de l'équité qui nous guident font qu'il est impératif de répondre aux besoins liés au VIH, et de veiller à ce que les activités et les services liés au VIH appropriés soient systématiquement intégrés dans toutes les opérations de riposte d'urgence humanitaire.
9. Le présent document d'information examine des aspects clés de la relation entre la riposte mondiale au VIH et les urgences humanitaires. Il se fonde sur deux rapports précédents soumis au Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA (CCP) intitulés « SIDA, sécurité et action humanitaire »¹¹. Le présent document rassemble l'expérience et les perspectives de professionnels dans les domaines des opérations humanitaires et des programmes de lutte contre le VIH et tient compte des discussions et les résultats d'une réunion d'une journée d'experts tenue à Genève en mars 2015. Cette réunion a généré des apports et des contributions du Fonds mondial, du Centre international pour la migration, la santé et le développement (CIMSD), du Comité international de la Croix-Rouge (CICR), de l'Alliance internationale contre le VIH/sida, de la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FISCR), de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), de Médecins Sans Frontières (MSF), de l'Overseas Development Institute (ODI), de l'ONUSIDA, du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR), du Programme alimentaire mondial (PAM) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).
10. Le présent document fournit des orientations pour le segment thématique de l'ONUSIDA sur « le VIH dans les contextes d'urgence » prévue le 2 juillet 2015 au cours de la 36e session du CCP de l'ONUSIDA. Cette réunion thématique représente une occasion unique de souligner la nécessité urgente de mettre davantage l'accent sur les personnes affectées par des situations d'urgence humanitaire dans la Stratégie actualisée de l'ONUSIDA (2016-2021), dans le cadre des efforts de la stratégie Accélérer pour rendre plus rapides l'action et les investissements afin d'atteindre l'objectif ultime de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030, en ne laissant personne de côté.

¹¹ ONUSIDA/CCP(27)/10.22, examiné lors du 27e CCP de décembre 2010 et ONUSIDA/CCP(30)/12.11, examiné lors du 30e CCP de juin 2012. Le deuxième document visait à fournir une mise à jour sur la mise en œuvre des recommandations sur le sujet convenues lors du CCP de décembre 2010.

GENERALITES

11. Pour atteindre l'objectif visionnaire de mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour santé publique d'ici 2030, il est prouvé que l'accélération de l'action et des investissements au cours des cinq prochaines années - l'approche Accélérer - est une nécessité absolue si nous voulons réussir. En revanche, la modélisation prédit que si les programmes de lutte contre le VIH continuent comme si de rien n'était et que la couverture des services est maintenue aux niveaux actuels, l'épidémie repartira en 2030, en sapant la plupart des progrès réalisés au cours des années précédentes.
12. Afin d'accélérer les progrès vers la fin de l'épidémie de sida, et d'atteindre les objectifs pour 2020 et 2030 qui ont été développés dans le cadre de l'approche Accélérer¹², il est urgent de se concentrer sur les lieux et les populations où le risque et la vulnérabilité sont les plus grands et où il est possible, en prenant les mesures appropriées, de parvenir aux avancées les plus importantes.¹³
13. Les conclusions du *GAP Report* de l'ONUSIDA (2014) ont souligné l'importance de douze populations clés, parmi lesquelles les « personnes déplacées ». Toutefois, la catégorie plus large des « personnes affectées par des situations d'urgence humanitaire » (telle que définie précédemment dans la présente Note d'information) nécessite une attention accrue dans le cadre de la planification stratégique et des mesures actuelles de lutte contre le sida - y compris l'actualisation et de l'extension de la stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021. Compte tenu de la taille des populations et de l'ampleur de l'impact généré par les contextes d'urgence, ne pas accorder la priorité à ces populations et ces contextes représente un risque majeur. Il est essentiel de s'assurer que les situations d'urgences humanitaires sont bien intégrées dans les stratégies, politiques et programmes permanents liés au VIH pour pouvoir atteindre l'objectif de mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030.
14. Le développement d'un « nouveau message » sur le VIH dans les situations d'urgence humanitaires, incluant des actions spécifiques ciblées pour les populations touchées, est donc d'une importance primordiale pour soutenir l'actualisation et l'extension de la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021, actuellement en cours d'élaboration. Ce message doit refléter les données probantes et les découvertes de la recherche les plus récentes ainsi que les expériences opérationnelles et les pratiques les plus efficaces identifiées à ce jour, pour favoriser les actions stratégiques et les investissements dans ce domaine.

PRINCIPALES TENDANCES DES SITUATIONS D'URGENCE HUMANITAIRE

15. Sur les 314,3 millions de personnes affectées par des situations d'urgence humanitaire (catastrophes naturelles et conflits), le plus grand nombre se situaient dans la région Asie-Pacifique (122,2 millions/39 %), suivie par la région Moyen-Orient et Afrique du Nord (78,2 millions/25 %) puis l'Afrique subsaharienne

¹² http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report

¹³ Le terme « Lieux » renvoie ici à des pays, mais aussi à des régions et des zones à l'intérieur des pays, y compris les villes.

(69,3 millions/22 %) ¹⁴. Parmi toutes les personnes touchées par des situations d'urgence en 2013, 67 millions (21 %) ont été déplacées, dont 50 millions (75 %) étaient des personnes déplacées et 17 millions (25 %) étaient des réfugiés.

16. Le nombre de personnes touchées par des catastrophes naturelles a augmenté de façon exponentielle au cours des dernières années : selon des chiffres récents publiés par le Bureau des Nations Unies de la coordination des affaires humanitaires (OCHA), la probabilité d'être frappé par une catastrophe est deux fois plus élevée aujourd'hui qu'elle ne l'était à la fin des années 1970 ¹⁵. Entre 2005 et 2015, un total de plus de 1,5 milliard de personnes ont été touchées par des catastrophes de diverses manières. Les femmes, les enfants et les personnes en situation de vulnérabilité ont été affectés de manière disproportionnée. Au cours de la même décennie, plus de 700 000 personnes ont perdu la vie en raison de catastrophes, plus de 1,4 million ont été blessés et environ 23 millions sont devenues sans-abri. ¹⁶
17. Fin 2013 plus de 51 millions de personnes dans le monde étaient victimes de déplacements forcés dus aux persécutions, aux conflits armés, à la violence généralisée ou aux violations des droits humains, ce qui représente le nombre le plus important depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. La majorité de ces personnes sont des femmes et des enfants. Les chiffres provisoires publiés par le HCR pour le premier semestre de l'année 2014 révèlent une tendance continue à la hausse ¹⁷ : au cours des six premiers mois de 2014, le nombre total de personnes relevant du HCR a augmenté de 8 %.
18. Ce n'est pas seulement l'échelle, c'est aussi la nature des déplacements qui a connu des changements significatifs au cours des dernières années, qu'il s'agisse de déplacements causés par une catastrophe naturelle ou de déplacements forcés. On estime que la durée moyenne des situations de réfugiés de grande ampleur, prolongées ou non, est passée de neuf ans en 1993 à 17 ans en 2003 ¹⁸. De plus, les déplacements provoqués par des catastrophes, qui par le passé étaient souvent de nature provisoire, deviennent des déplacements de longue durée, en particulier dans les zones où les populations étaient déjà très vulnérables et peuvent également être confrontées à l'impact des conflits ¹⁹. Pour l'écrasante majorité des personnes déplacées, que ce soit par un conflit ou une catastrophe, la perspective de rentrer un jour dans leur foyer et de reconstruire leurs moyens de subsistance reste une possibilité de plus en plus lointaine. Le nombre de réfugiés et autres personnes déplacées qui décident finalement de rentrer chez eux a continué à baisser. Alors qu'on estime qu'au cours de la seule année 2013 8 millions de personnes dans le monde ont rejoint les rangs des personnes déplacées en raison d'un conflit, 1 million seulement ont pu rentrer chez elles ²⁰.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ces facteurs comprennent les changements climatiques et l'augmentation des phénomènes météorologiques extrêmes ainsi que la pression accrue de la population sur les zones sujettes aux catastrophes qui étaient restées inhabitées jusqu'à récemment.

¹⁶ Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2060) ; adopté par Conférence Mondiale sur la Réduction des Risques, Sendai, Japon ; mars 2015 ; A/conf. 224/CRP.1 18 mars 2015

¹⁷ Mid-Year Trends 2014 (Tendances semestrielles 2014), HCR

¹⁸ Document du Comité permanent du HCR, « Situations de réfugiés prolongées », EC/54/SC/CRP.14, juin 2004.

¹⁹ The forgotten millions (Des millions d'oubliés), Strohmeyer HJ, OCHA, 22 juin 2015.

²⁰ Ibid.

19. Les conséquences de ces tendances pour l'avenir sont considérables : si le nombre de nouveaux déplacés continue de dépasser le nombre de personnes qui rentrent chez elles dans des proportions aussi énormes, le nombre total de personnes déplacées va continuer à croître au même rythme rapide qu'au cours des dernières années. La poursuite de ces tendances placera en particulier une part croissante de ce fardeau sur les pays à l'extrémité inférieure de l'échelle des revenus.
20. Les déplacements sont de plus en plus concentrés dans les pays à faible revenu qui ont peu de ressources à consacrer aux besoins complexes des personnes déplacées vulnérables. Depuis le milieu des années 1990, la proportion de réfugiés dans le monde abrités par les régions en développement n'a cessé de croître avec l'accueil de millions de nouveaux réfugiés²¹, dont le nombre va croissant depuis quelques années. Fin 2013, les régions en développement accueillait 10,1 millions de réfugiés, soit 86 % des réfugiés dans le monde, la plus forte proportion des 22 dernières années. Les pays les moins avancés à eux seuls donnaient asile à 2,8 millions de réfugiés, soit 24 % du total mondial.²²
21. Les types d'hébergement des personnes déplacées de force sont variés. Fin 2013, parmi les réfugiés²³ qui vivaient dans des camps, l'écrasante majorité (93 %) résidait dans des zones rurales, la plupart situées en Afrique subsaharienne et en Asie. En Afrique subsaharienne, au cours des trois dernières années, la proportion de réfugiés vivant dans des camps a constamment augmenté, passant de 60 % en 2011 à 64 % en 2013²⁴²⁵. Les camps de réfugiés dans les zones rurales sont souvent situés à grande distance des principaux centres urbains, dans des régions éloignées qui sont fréquemment sous-financées et marginalistes et où l'insécurité prévaut souvent.
22. Inversement, et de plus en plus, dans les régions en dehors de l'Afrique subsaharienne, la majorité des réfugiés sont « auto-installés » dans les zones urbaines où leur nombre peut provoquer une pression importante sur les services locaux existants. En fait, sur le nombre total des réfugiés dans le monde, la majorité (56 %) résiderait désormais dans les zones urbaines²⁶, la plupart dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
23. Le déplacement est souvent considéré comme un aspect important, voire déterminant, des situations d'urgence humanitaire, mais de nombreuses situations d'urgence se produisent sans impliquer ou causer d'importants mouvements de personnes. Souvent, ce sont des obstacles physiques ou sécuritaires qui empêchent ces personnes de quitter leur lieu de résidence habituel. Elles peuvent être contraintes de rester par peur de perdre des biens familiaux essentiels comme une maison, un terrain, ou du bétail et la perspective que cela représente d'une perte

²¹ Réfugiés relevant du mandat du HCR.

²² Le coût humain de la guerre, Tendances mondiales 2013, HCR, juin 2014 (page 16-17) Également cité dans le chapitre sur les personnes déplacées du GAP Rapport 2014.

²³ Les 11,7 millions de réfugiés relevant du mandat du HCR fin de 2013.

²⁴ Le coût humain de la guerre, Tendances mondiales 2013, HCR, juin 2014 (page 16-17) Également cité dans le chapitre sur les personnes déplacées du GAP Rapport 2014.

²⁵ En comparaison, 25 pour cent des réfugiés vivent dans des camps en Asie alors que la majorité des réfugiés dans les Amériques (96 %) et la région Moyen-Orient et Afrique du Nord (76 %) résident dans des hébergements individuels, principalement dans les zones urbaines.

²⁶ Le coût humain de la guerre, Tendances mondiales 2013, HCR, juin 2014. p 37.

définitive de leurs moyens de subsistance. Ces populations demeurent souvent inaccessibles aux opérations d'aide d'urgence et leurs besoins humanitaires peuvent donc être encore plus importants que ceux des personnes déplacées. Bien qu'il soit difficile d'estimer le nombre total de personnes concernées par cette catégorie, une étude récente de 24 pays touchés par les conflits estime que le nombre de personnes dans ces situations n'ayant jamais quitté leur région d'origine pourrait atteindre 87 %. Cela équivaut à un total de 149 millions sur une estimation de 172 millions de personnes touchées par des conflits violents pendant l'année considérée (2013). Ce chiffre n'inclut que 24 pays pour lesquels des données comparables et validées étaient disponibles, et le total mondial serait donc plus élevé²⁷. Presque tous les conflits armés d'aujourd'hui sont des conflits civils plutôt que des guerres entre États et les civils constituent l'écrasante majorité des victimes.

24. Ces dernières années, le phénomène des migrants internationaux pris dans des crises en dehors de leur pays d'origine est devenu de plus en plus visible. Le nombre jamais atteint auparavant de personnes vivant en dehors de leurs pays d'origine et la croissance des flux migratoires internationaux (légaux et/ou illégaux) entraîne également une augmentation de la présence des migrants parmi les populations touchées par des urgences humanitaires²⁸. Malgré la visibilité croissante de cette tendance, les migrants sont souvent négligés dans la planification de la préparation et la riposte humanitaire. Cet état de fait est d'autant plus préoccupant que les migrants sont souvent particulièrement vulnérables lors d'une situation d'urgence humanitaire ou de crise. Quand un pays accueillant des migrants, qu'il soit un pays de destination ou simplement de transit, connaît une situation d'urgence ou une crise, les populations migrantes ont souvent peu de moyens d'assurer leur propre sécurité. Dans certains cas, les migrants peuvent être incapables de quitter la zone de crise ; dans d'autres, ils peuvent être réticents à partir ou ne pas pouvoir accéder à l'aide humanitaire. Ceux qui sont en situation irrégulière²⁹ peuvent être exclus *de facto* de l'aide humanitaire. Étant donné le nombre croissant de migrants à travers le monde, les conséquences de ces situations d'urgence pour les populations migrantes doivent être mieux prises en compte dans les mécanismes d'intervention humanitaire³⁰

²⁷ People Affected by Conflict, 2013, Humanitarian Needs in Numbers (Personnes affectées par les conflits, 2013, Besoins humanitaires et population nombreuse), page 13, Centre de recherche sur l'épidémiologie des désastres (CRED). L'estimation est basée sur un échantillon de 24 pays en conflit.

²⁸ La protection des migrants en périodes de crise : Réponses immédiates et stratégies durables ; Organisation internationale pour les migrations (OIM). Document de travail pour le Dialogue International sur la Migration : Gestion des migrations en situation de crise, septembre 2012.

²⁹ La migration irrégulière est un mouvement migratoire contrevenant au cadre légal du pays d'origine, de transit ou de destination. Il n'y a pas de définition claire ou internationalement acceptée de la migration irrégulière. Dans la perspective du pays de destination, il s'agit de l'entrée, du séjour et du travail illégal dans le pays, impliquant que le migrant n'a pas les autorisations nécessaires ou les documents requis selon la loi d'immigration pour entrer, résider et travailler dans le pays en question. Il y a une tendance à restreindre l'usage de terme « migration illégale » aux cas de traite des personnes et au trafic illicite de migrants. (Ref. : Droit international des migrations, Glossaire de la migration ; Organisation internationale pour les migrations, l'OIM, 2004).

³⁰ La protection des migrants en périodes de crise : Réponses immédiates et stratégies durables ; Organisation internationale pour les migrations (OIM). Document de travail pour le Dialogue International sur la Migration : Gestion des migrations en situation de crise, septembre 2012. L'exclusion de facto des migrants en situation irrégulière de l'aide humanitaire peut être causée par le fait qu'ils ne sont pas inscrits par leur pays d'origine et/ou par le pays où ils se trouvent ; ils peuvent aussi être réticents à se tourner vers les autorités pour assistance de peur d'être découverts.

LIENS ENTRE LE VIH ET LES SITUATIONS D'URGENCE HUMANITAIRE : DÉFIS, OPPORTUNITÉS ET FACTEURS CLÉS

25. La façon dont les situations d'urgence affectent la transmission du VIH est complexe et inclut un mélange de facteurs interconnectés et spécifiques au contexte qui exacerbent les facteurs de vulnérabilité et de risque, mais aussi d'autres facteurs qui peuvent offrir une protection accrue contre ces risques³¹. Les facteurs qui augmentent la vulnérabilité au VIH d'une personne déplacée comprennent la séparation des familles, l'effondrement des structures communautaires et des normes sociales, l'insécurité alimentaire et la malnutrition, l'incapacité de répondre aux besoins de base, l'interruption des revenus, la violence et les abus sexuels et la destruction des infrastructures de santé et d'éducation. Cependant, d'autres facteurs sont susceptibles de réduire le risque de VIH dans de telles situations, tels que la réduction de la mobilité et de l'accessibilité due à la destruction des infrastructures (diminution des déplacements vers les zones urbaines à forte prévalence) ou le déplacement dans des zones éloignées et isolées³². Les personnes logées dans des camps bien gérés et financés bénéficient souvent quant à elles d'une protection, d'une éducation à la santé et de services sociaux meilleurs qu'avant la crise, en particulier lors de la phase post-urgence de leur déplacement.
26. Selon des estimations prudentes basées sur des données pour l'année 2013, le nombre de personnes vivant avec le VIH parmi toutes les personnes en situation d'urgence humanitaire s'élèverait à 1,6 million, ce qui correspond à 4,6 % des 35 millions de personnes vivant avec le VIH.³³
27. La région ayant le plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH affectées par des situations d'urgence était l'Afrique subsaharienne (1,3 million/81 %), suivie par l'Asie-Pacifique (135 409 personnes/8,6 %) et la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (67 160 personnes/4,2 %). En Afrique subsaharienne, les personnes vivant avec le VIH en situation d'urgence représentaient 5,3 % des 24,7 millions de personnes vivant avec le VIH dans la région ; en Asie et dans le Pacifique le chiffre était de 2,8 % des 4,8 millions de personnes vivant avec le VIH dans la région, tandis que dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord ces personnes représentaient 29 % des 230 000 personnes vivant avec le VIH dans la région. Malheureusement, les bases de données existantes permettant de saisir les liens entre le VIH et les situations d'urgences se chevauchent et sont souvent incompatibles. Il est essentiel d'améliorer les processus et les méthodologies de collecte de données afin de permettre des analyses au niveau infranational et de prévoir avec précision l'impact des urgences sur le VIH.
28. Les liens réciproques entre le VIH, l'insécurité alimentaire et la malnutrition sont largement reconnus. Les personnes vivant avec le VIH ont besoin de plus de

³¹ Spiegel PB, Bennedsen AR, Claass J, Bruns L, Patterson N, Yiweza D, Schilperoord M. Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan countries: a systematic Review (Prévalence de l'infection à VIH chez les personnes déplacées et touchées par un conflit dans sept pays d'Afrique subsaharienne : examen systématique) *Lancet*, 2007 ; 369(9580) : 2187-95.

³² GAP Report de l'ONUSIDA, 2014. Chapitre sur les personnes déplacées, p 9.

³³ Ces estimations sont le résultat de recherches menées conjointement par l'UNICEF, le HCR et le PAM en 2015. Elles sont considérées comme prudentes, car les chevauchements entre les sources de données ont été systématiquement écartés à éviter le double comptage alors que certains chevauchements concernaient en fait des événements différents.

calories et de nutriments, ont moins d'appétit et plus de difficultés à absorber les nutriments. L'insécurité alimentaire peut rendre l'observance du traitement plus difficile pour les personnes vivant avec le VIH et peut les conduire à renoncer à un traitement, à vendre des biens ou à se livrer à des comportements à risque liés au VIH. Le lien entre les situations d'urgences et l'insécurité alimentaire est également bien documenté. Les catastrophes et les conflits causent des dommages aux cultures, réduisent les rendements agricoles et ont un impact sur l'accessibilité, la disponibilité, la qualité et la sécurité d'ensemble des aliments. La recherche initiale a révélé que sur les 30 pays étudiés dans le rapport de l'ONUSIDA *Accélérer la riposte*³⁴ (qui totalisent 89 % de toutes les nouvelles infections dans le monde) 11³⁵ au moins se rangent parmi les 25 % de pays souffrant le plus de l'insécurité alimentaire dans le monde³⁶. Parmi ces pays, au moins quatre³⁷ appartenant aux 25 % de pays souffrant le plus de l'insécurité alimentaire dans le monde sont situés dans au moins une région actuellement en conflit. Des études quantitatives supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre le lien entre le VIH, l'insécurité alimentaire, la malnutrition et les situations d'urgence

29. Outre la vulnérabilité au VIH qui peut être exacerbée par les conditions d'urgence, les liens entre les situations d'urgence et le VIH sont de première importance dans plusieurs autres domaines, parmi lesquels la protection et les questions liées aux droits humains, les interrelations entre les personnes affectées par des situations d'urgence humanitaire et les autres populations clés plus exposées au risque d'infection à VIH et la perturbation des services essentiels liés au VIH, y compris les soins, le traitement et le soutien.

Étude de cas République centrafricaine, Cameroun et Tchad : Intégrer le soutien aux familles touchées par le VIH dans une crise humanitaire.

Quand une crise violente a éclaté en République centrafricaine (RCA ; 4,5 millions d'habitants) en 2012, il y avait environ 120 000 personnes vivant avec le VIH, en majorité des femmes et des enfants. 436 000 personnes ont été déplacées dans leur propre pays à cause de cette crise. Les organismes humanitaires ont dû intensifier et réorienter leurs programmes existants de lutte contre le VIH. En réponse à la crise, alimentaire, le Programme alimentaire mondial a étendu son programme Alimentation par ordonnance, qui fournit des rations alimentaires enrichies aux personnes vivant avec le VIH et aux personnes affectées par le VIH, à de nouvelles zones de RCA pour tenir compte de l'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH et désormais sous-alimentées qui arrivaient dans ces régions. L'UNICEF et son partenaire local, l'« Association des Jeunes Femmes Actives pour la Solidarité (ANJFAS) » ont également étendu leurs services et les services de traitement du VIH pour prévenir de nouvelles infections à VIH chez les enfants, et mis en place un programme pour identifier les victimes de violences sexuelles. Cependant, les déplacements continus des

³⁴ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Rapport Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, 2014, Genève.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_fr.pdf

³⁵ Cameroun, Nigeria, Éthiopie, Angola, Malawi, Zambie, Mozambique, Haïti, Tanzanie, Tchad et RDC

³⁶ The Economist Intelligence Unit, Global Food Security Index 2014 (indice global de sécurité alimentaire 2014). New York, États-Unis. Disponible sur : <http://foodsecurityindex.eiu.com/>

³⁷ Cameroun, Tchad, RDC, Nigeria.

familles en réponse à la violence permanente et aux problèmes de sécurité ont compliqué l'identification des personnes perdues de vue.

La violence a également entraîné l'exode de quelque 340 000 réfugiés vers le Cameroun et le Tchad voisins. Les zones frontalières du Cameroun ont signalé une augmentation de 35 % du nombre de personnes vivant avec le VIH en raison de ces arrivées. C'est pourquoi le PAM a étendu son programme Alimentation par ordonnance au-delà de la frontière tandis que l'UNICEF a intensifié ses services liés au VIH, notamment ses services de prévention des nouvelles infections à VIH chez les enfants, dans les zones accueillant des réfugiés. Le programme étendu a considérablement amélioré l'accès au traitement du VIH et au soutien, renforcé la résilience de la communauté et augmenté l'observance de la thérapie antirétrovirale (ART). L'UNICEF et ses partenaires ont pu identifier activement les enfants et les femmes enceintes vivant avec le VIH et mettre en place des groupes de soutien par les pairs qui ont abouti à un accès accru au traitement et la continuité des soins.

Source : Bureau régional du PAM pour l'Afrique de l'Ouest.

Protection et questions liées aux droits de l'homme

30. Différents types de situations d'urgence ont des impacts différents sur les personnes vivant avec le VIH, d'où la nécessité de réponses adaptées et de l'intégration des problèmes liés au VIH³⁸ dans l'ensemble des activités de prévention, de traitement, de soins et de soutien. Selon les directives interinstitutions³⁹, au premier stade d'une urgence humanitaire, les priorités de l'intégration des activités liées au VIH dans la riposte globale comprennent un ensemble standard d'interventions minimales qui doivent être mises en œuvre, quel que soit le contexte local et épidémiologique spécifique, et qui visent à garantir que le VIH n'est pas abordé isolément. Au cours des étapes suivantes, la riposte doit intégrer d'autres interventions essentielles en matière de VIH, lorsqu'il devient possible de prendre en compte le contexte local et les priorités locales, le profil épidémiologique et la capacité des différents secteurs à mener les interventions. Dans les zones à forte prévalence, par exemple, les programmes doivent se concentrer sur la réduction du risque d'infection et assurer la continuité du traitement. Dans les milieux à faible prévalence, le VIH doit être considéré dans un cadre de protection aux côtés, par exemple, de la violence sexiste, du dépistage obligatoire, de la détention et, dans le cas des réfugiés ou des demandeurs d'asile, du *refoulement*. Dans les épidémies concentrées, les services doivent répondre prioritairement aux besoins des populations clés. Cependant, dans les contextes d'urgence il est fréquent que ces normes ne soient pas respectées, à cause de leur méconnaissance, du manque de planification de la préparation ou

Cependant, dans les contextes d'urgence il est fréquent que ces normes ne soient pas respectées, à cause de leur méconnaissance, du manque de planification de la préparation ou de l'absence d'un financement souple adapté.

³⁸ GAP Report de l'ONUSIDA, 2014. Chapitre sur les personnes déplacées.

³⁹ IASC Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings (Directives IASC concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence), mars 2010.

Étude de cas République démocratique du Congo (RDC) : VIH, soins de santé sexuelle et reproductive et protection des femmes et des enfants dans le contexte humanitaire de Masisi, Nord-Kivu.

Depuis plus de 20 ans, la province du Nord-Kivu en RDC est caractérisée par l'instabilité et les conflits violents, qui produisent souvent de grands déplacements de population. Dans ce contexte, la violence sexiste et les abus sexuels contre les enfants ont été une préoccupation majeure en matière de protection. Dans une enquête de référence menée en 2013 parmi des femmes et des filles déplacées, 37 % des femmes et des filles ont indiqué avoir été sexuellement abusées au cours des 12 mois précédents. L'enquête a également révélé qu'une grande proportion des femmes et des filles déplacées avaient recours au sexe comme moyen de subsistance pour couvrir leurs besoins socio-économiques de base et ceux de leur famille (33 % des mineures et 48 % des femmes adultes ont déclaré avoir eu des relations sexuelles pour de l'argent au cours des trois mois précédents). Toutefois, la sensibilisation au VIH et à la santé reproductive reste très insuffisante. Les services liés au VIH sont limités et dans la pratique les rares services existants ne sont pas accessibles à la population générale. Pour répondre aux défis que représentent l'assistance médicale et la protection dans le contexte du recours au sexe comme moyen de subsistance et de l'exploitation sexuelle des enfants parmi les personnes déplacées dans la région de Masisi, un projet multisectoriel a été élaboré, avec des interventions dans les domaines de la protection, de l'éducation par les pairs et de la sensibilisation au VIH, et des moyens de subsistance. Le projet est mis en œuvre avec la participation des femmes elles-mêmes. Le projet, reconnaissant que les services de prévention et de traitement du VIH restaient largement inexistant dans la zone couverte, comprenait des activités de plaidoyer et de soutien à la décentralisation du programme national de lutte contre le VIH dans la région de Masisi. Cela a permis de rendre les services essentiels de lutte contre le VIH disponibles pour les personnes déplacées ainsi que pour la population générale dans la région. Depuis la création du projet, le niveau de sensibilisation au VIH et à la santé et à la reproduction a considérablement augmenté.

Source : HCR-RDC

31. Les réfugiés et les demandeurs d'asile peuvent être confrontés à des obstacles considérables, car beaucoup d'États continuent à restreindre l'entrée des personnes vivant avec le VIH, ce qui oblige les interventions liées au VIH à adopter une approche fortement orientée vers les droits humains et la protection. Certains pays redoutent que laisser entrer des demandeurs d'asile séropositif pour le VIH n'entraîne une immigration pour soins à grande échelle ou qu'un afflux de demandeurs d'asile ou de réfugiés séropositif pour le VIH ne pose une menace importante pour la santé publique. Ces deux préoccupations sont contredites par les faits, et ne reposent sur aucune base morale, juridique ou de santé publique⁴⁰.

⁴⁰ Dans : GAP Report de l'ONUSIDA, 2014. Chapitre sur les personnes déplacées

32. Dans l'estimation de 2013 sur les personnes vivant avec le VIH et affectées par des situations d'urgence, le nombre de réfugiés vivant avec le VIH a été estimé à partir de la moyenne de la prévalence dans leurs pays d'origine et de la prévalence dans leur pays d'asile. Alors que le nombre de réfugiés vivant avec le VIH atteindrait 20 424 si la prévalence dans leurs pays d'origine était utilisée, ce nombre serait presque triplé pour atteindre 56 642 en utilisant la prévalence dans les pays d'asile. Cette conclusion corrobore d'autres recherches indiquant que la prévalence du VIH chez les réfugiés est souvent inférieure ou comparable à la prévalence du HIV chez les populations hôtes⁴¹ et que les réfugiés ont besoin d'un accès à des services liés au VIH complets à chaque étape de leur déplacement pour maintenir ces faibles niveaux.
33. L'utilisation par un pays de la séropositivité pour le HIV pour justifier le refus du droit d'asile à des personnes qui remplissent par ailleurs les conditions pour l'obtenir constitue également une violation des principes fondamentaux de la protection des réfugiés et des droits humains. Lorsque les demandeurs ont des craintes fondées de persécution dans leur pays d'origine, l'application stricte de politiques interdisant l'entrée aux personnes vivant avec le VIH est une violation des droits humains. Les personnes dans cette situation risquent probablement de ne même pas demander l'asile, préférant choisir de vivre illégalement dans un autre pays que le leur, ce qui peut avoir d'importants effets négatifs sur la santé de ces personnes, car il est peu probable qu'elles cherchent à obtenir des soins ou reconnaissent leur statut VIH.
34. Le dépistage obligatoire du VIH chez les réfugiés et les demandeurs d'asile sans accompagnement avant et après le dépistage et sans garantie du respect de la vie privée est aussi une réalité dans un certain nombre de pays. Dans certains pays, cela se produit même lorsque la législation nationale stipule clairement que le dépistage du VIH doit toujours être volontaire, mené avec le consentement éclairé et associé à un accompagnement et à la plus stricte confidentialité.
35. Le refus de l'accès au traitement du VIH est une préoccupation importante. Un certain nombre de pays qui accueillent des personnes déplacées de force ne comprennent pas que les programmes de lutte contre le VIH à destination des personnes déplacées ne relèvent pas seulement des droits humains, mais sont une priorité de santé publique pour les populations touchées et les populations qui les accueillent.⁴²

⁴¹ Spiegel PB, Bennedsen AR, Claass J, Bruns L, Patterson N, Yiweza D, Schilperoord M. Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan countries: a systematic Review (Prévalence de l'infection à VIH chez les personnes déplacées et touchées par un conflit dans sept pays d'Afrique subsaharienne : examen systématique) Lancet, 2007 ; 369(9580) : 2187-95.

⁴² Ibid.

Étude de cas Fédération de Russie : Garantir des traitements antirétroviraux en Russie pour les migrants forcés séropositifs pour le VIH en provenance d'Ukraine.

Le conflit armé qui sévit dans l'est de l'Ukraine depuis avril 2014 a poussé plus d'un demi-million de personnes de cette région à se rendre en Fédération de Russie pour y rechercher sécurité et protection. La région (oblast) de Rostov-sur-le-Don dans la Fédération de Russie accueille environ 38 000 personnes récemment arrivées de l'est de l'Ukraine. D'après les chiffres du VIH, il y aurait environ 400 personnes vivant avec le VIH au sein de ce groupe de migrants forcés. Jusqu'à présent, toutefois, seules 30 personnes ont demandé accès au traitement du VIH. Cet écart s'explique par la crainte de l'expulsion : pour se présenter aux autorités afin d'obtenir le statut officiel de « migrant forcé temporaire », le demandeur doit divulguer son statut VIH ou subir un dépistage du VIH ; un résultat séropositif pour le VIH peut entraîner l'expulsion. Dans ce contexte où le Service fédéral des migrations n'accordait qu'un nombre limité de statuts de « migrants forcés temporaires » aux demandeurs séropositifs, une organisation non gouvernementale de personnes vivant avec le VIH, « Kovcheg-antiAIDS », a négocié avec succès et obtenu que cette limite soit relevée. Grâce aux efforts de cette organisation, le statut a été accordé à toutes les personnes nécessitant des services médicaux liés au VIH, y compris le traitement antirétroviral. Kovcheg-antiAIDS a ensuite lancé des campagnes d'information pour informer les migrants forcés de la possibilité d'accéder à des services d'information juridique, d'accompagnement, d'assistance psychosociale et de traitement. Toutefois, la portée de leur travail est limitée par le manque de ressources financières et humaines.

Dans l'ensemble, Kovcheg-AIDS a réussi à obtenir une aide appropriée pour les personnes vivant avec le VIH ainsi qu'à négocier et à servir d'intermédiaire avec les autorités pour la délivrance du statut formel nécessaire. En collaboration avec le Service fédéral des migrations, l'ONG a démontré la nécessité d'augmenter le nombre de statuts temporaires délivrés pour faire face à l'afflux de migrants. Actuellement, aucune personne vivant avec le VIH n'est expulsée. Pendant ce temps, l'ONG a contacté le groupe plus important de personnes vivant avec le VIH parmi les migrants forcés en provenance d'Ukraine qui ne s'étaient pas encore fait connaître, afin de promouvoir ses services et de les aider à obtenir le statut nécessaire ainsi que l'assistance et les soins appropriés.

Cette expérience démontre que les organisations de personnes vivant avec le VIH sont un lien important et un modérateur efficace entre les groupes communautaires concernés, les structures gouvernementales et les fournisseurs de services. En outre, ces organisations sont flexibles et peuvent réagir rapidement aux défis urgents liés au VIH, même avec des ressources limitées.

Source : Kovcheg-AntiAIDS, Rostov-on-Don

36. La stigmatisation et la discrimination, y compris la criminalisation des relations homosexuelles, de l'usage de drogues et du commerce du sexe, affaiblissent la capacité des individus et des communautés à se protéger du VIH et à rester en bonne santé quand ils sont séropositifs pour le VIH dans des contextes d'urgence. C'est d'autant plus vrai pour les personnes déplacées, qui sont souvent victimes de discrimination dans la prestation des services. Les personnes déplacées ont souvent été faussement accusées de propager le VIH parmi les populations hôtes, bien qu'il n'y ait aucune preuve pour étayer cette accusation. Au contraire, une vaste étude

associant deux par deux des sites de réfugiés, dans des situations d'accueil prolongé dans des camps, et de population environnante n'a montré aucune différence significative des indicateurs relatifs au VIH entre ces deux populations⁴³.

37. Le viol et les autres formes de violence sexuelle et sexiste commis par le personnel en uniforme et les combattants contre les populations civiles pendant les conflits sont documentés. Ils augmentent le risque de transmission du VIH. Reconnaisant la nécessité urgente de résoudre ce problème, le Conseil de sécurité des Nations unies a adopté deux Résolutions⁴⁴ traitant du VIH dans le contexte des conflits armés et des opérations de maintien de la paix. L'ONUSIDA a joué, et continue à jouer, un rôle majeur dans le soutien à ces Résolutions et dans leur mise en œuvre dans l'ensemble des régions et des pays où le problème est le plus pertinent. Cette question reste une priorité importante dans la Stratégie de l'ONUSIDA 2016-2021. Le Conseil de sécurité a apporté son soutien à la coopération entre l'ONUSIDA et le Département des opérations de maintien de la paix (DOMP), qui est une partie prenante clé de la lutte contre le VIH dans les situations d'urgence et a un mandat spécial pour la protection des civils dans les conflits. Il est essentiel que les programmes de lutte contre la violence liée aux conflits ne négligent pas la catégorie des populations accusées (les auteurs présumés des crimes sexuels et autres formes de crimes violents) parmi les combattants et les acteurs non étatiques.

Les populations clés et la vulnérabilité

38. Il existe de multiples chevauchements et interrelations entre la catégorie des personnes touchées par les urgences humanitaires et certaines des populations clés identifiées dans le *GAP Report*⁴⁵ de l'ONUSIDA. Les populations clés ont une plus grande vulnérabilité au VIH, que ce soit dans les situations d'urgences humanitaires ou en dehors des contextes d'urgence. Quand ils sont touchés par une situation d'urgence humanitaire, cela peut amplifier les obstacles existants à l'accès aux services.
39. Compte tenu de la forte proportion d'enfants et de femmes parmi les personnes déplacées de force, ainsi que dans les autres catégories de personnes affectées par des situations d'urgence humanitaire⁴⁶, la stratégie de l'ONUSIDA étendue et actualisée pour 2016-2021 doit intégrer davantage cette dimension, en particulier en ce qui concerne l'accès à la thérapie antirétrovirale pour les femmes enceintes et les enfants. C'est essentiel pour atteindre les buts fixés dans l'approche Accélérer et se rapprocher de l'objectif de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. En outre, les situations d'urgence peuvent entraîner la séparation entre les enfants et leurs aidants, et exposent ces enfants à des risques d'exploitation et de maltraitance. Il est nécessaire de développer des politiques et des approches spécifiques pour de telles situations.

⁴³ Spiegel PB, Schilperoord M, Dahab M. High-risk sex and displacement among refugees and surrounding populations in 10 countries: the need for integrating interventions. (Pratiques sexuelles à haut risque et déplacement parmi les réfugiés et les populations environnantes dans 10 pays : la nécessité d'une intégration des interventions. *AIDS*. 2013 ; 28(5):761–771. doi :10.1097/QAD.000000000000118. Cité dans le rapport GAP, Chapitre sur les personnes déplacées.

⁴⁴ S/RES/1308 du 17 juillet 2000 et S/RES/1983 du 7 juin 2011.

⁴⁵ Ajouter la référence du Gap report, la liste des 12 et le lien

⁴⁶ Voir les paragraphes 15 et 16 du présent document.

40. Le déséquilibre des pouvoirs qui rendent les filles et les femmes disproportionnellement vulnérables à l'infection à VIH s'accroît encore dans les contextes d'urgence. Dans les conflits armés à travers le monde, l'utilisation du viol et d'autres formes de violence sexuelle et sexiste, principalement perpétrées contre les femmes et les filles (mais aussi contre les hommes et les garçons), est très répandue⁴⁷. Mais dans les situations qui suivent une catastrophe naturelle ou dans des contextes de déplacement, la violence sexuelle et sexiste s'intensifie souvent également à cause de l'affaiblissement des systèmes de protection traditionnels. Étant donné la forte incidence de la violence sexuelle et sexiste dans les situations d'urgence, la prophylaxie post-exposition devrait faire partie intégrante des services liés au VIH. Il arrive aussi que la pression s'accroît sur les individus pour avoir recours au sexe comme moyen de subsistance et/ou au commerce du sexe pour répondre à leurs besoins de base et à ceux de leurs enfants⁴⁸.
41. Le risque de VIH parmi les professionnel(le)s du sexe et leurs clients peut augmenter dans les situations d'urgence en raison de la moindre disponibilité et de la moindre utilisation des préservatifs et de l'accroissement de la violence. Les professionnel(le)s du sexe sont fortement stigmatisés dans les communautés et sont souvent privés d'accès aux services de prévention et de riposte au VIH, augmentant ainsi le risque de contracter et de transmettre le VIH. Dans les situations d'urgence, l'accès à ces services peut s'avérer encore plus difficile pour les professionnel(le)s du sexe.
42. Les contextes d'urgence peuvent entraîner une interruption de l'accès des consommateurs de drogues injectables à des aiguilles et seringues sécurisées, ainsi qu'à la thérapie de substitution aux opiacés (TSO), en particulier en cas de déplacement dans un pays où existent des barrières légales et politiques à l'accès à ces services. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues injectables sont également confrontés à des niveaux élevés de stigmatisation qui peuvent affecter d'autant plus l'accès aux services de prévention et de traitement du VIH.⁴⁹
43. Dans les situations d'urgence humanitaire peuvent aussi se trouver des migrants et autres ressortissants de pays tiers⁵⁰ qui ont souvent des besoins identiques ou similaires à ceux des personnes déplacées. Plusieurs conflits récents, comme celui en Libye, ont révélé l'importance de ces catégories de personnes touchées qui ne sont pas systématiquement incluses dans la riposte humanitaire d'urgence. En particulier, les migrants qui n'ont pas un statut juridique reconnu par l'État peuvent rester invisibles pour les fournisseurs de services humanitaires, ou autres, et devenir par conséquent extrêmement vulnérables.

⁴⁷ Action contre la violence sexuelle dans les pays en conflit, Rapport de situation, 2013-2014.

⁴⁸ Gap Report de l'ONUSIDA, 2014, Personnes déplacées.

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Les ressortissants de pays tiers sont des non-ressortissants qui travaillent dans un pays lorsqu'il est touché par une situation d'urgence. Leur nombre atteint souvent plusieurs dizaines de milliers (par exemple, en Libye, Irak, ou Syrie), et ils ont besoin d'une assistance d'urgence pour retourner dans leur pays d'origine et, en attendant le retour, d'une aide d'urgence. Les migrants peuvent ne pas se trouver dans un pays de façon (semi-)permanente, mais être en transit vers d'autres pays.

44. Les prisonniers et les détenus sont des populations clés à risque plus élevé d'infection à VIH, mais sont souvent négligés dans la préparation et la réaction aux situations d'urgence. Ces populations ont perdu la liberté de mouvement et le contrôle de leur vie quotidienne et dépendent des agents de l'État pour leurs besoins en matière de subsistance et de santé. Dans les contextes d'urgence, la capacité de l'État à fournir des services aux prisonniers et aux détenus peut se trouver gravement compromise. Dans le cadre de la riposte d'urgence, les agences humanitaires peuvent se trouver amenées à fournir de l'assistance, y compris des soins de santé et des services liés au VIH, à des personnes en détention.

Étude de cas Haïti : Traitement et soins des détenus vivant avec le VIH dans le contexte d'un tremblement de terre.

En 2009, Health through Walls, une ONG internationale spécialisée dans la santé des détenus, avait commencé à fournir des services VIH complets à la Prison civile, le plus grand pénitencier de la capitale Port-au-Prince, en partenariat avec le gouvernement, le Département des opérations de maintien de la paix (DOMP) et une organisation de santé locale, GHESKIO. Le programme a représenté la première mise à disposition de services de dépistage, soins et traitement du VIH dans une prison de Haïti. À l'époque, la prison comptait 4200 hommes adultes enfermés dans un espace conçu pour 800. En janvier 2010, un tremblement de terre a causé des dommages importants à la prison et des incendies ont éclaté. Tous les prisonniers ont fui, dont 50 atteints de tuberculose active et 84 nouvellement identifiés séropositif pour le VIH. Dans le contexte des besoins humanitaires considérables de la population générale touchée par le séisme, trouver un soutien au sein de l'opération plus vaste d'aide humanitaire pour la reconstruction de la prison dans le respect des droits humains, y compris les droits à la santé, des prisonniers et des nouveaux détenus s'est avéré un défi. Toutefois, un fort plaidoyer soutenu par le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et les bailleurs de fonds (notamment USAID) a fait la différence. Une fois l'infrastructure de la prison reconstruite, le programme complet de lutte contre le VIH à l'intérieur de la prison a repris, identifié les besoins des détenus vivant avec le VIH et y a répondu. En 2014, quatre ans après le tremblement de terre, le programme a fourni un dépistage du VIH à 9 030 prisonniers haïtiens dans 18 prisons, identifié 571 (6,3 %) nouveaux cas de détenus séropositifs au VIH, et fourni à tous une connexion aux soins et au traitement. Alors que six ans auparavant seulement le VIH (cas avérés ou suspicion) était la principale cause de décès des prisonniers, la mortalité due au VIH est devenue pratiquement inexistante.

Source : Health through Walls

45. Une grande proportion des personnes affectées par des situations d'urgence humanitaire ne sont pas déplacées, mais restent dans leurs régions d'origine, en essayant de survivre dans des conditions devenues radicalement différentes. Ces personnes sont confrontées à des choix très difficiles : en partant, ces personnes risquent de perdre le contact avec leurs moyens de subsistance, leurs biens, leur famille et leur communauté, ainsi les traditions qui les lient à leurs foyers. Leur présence continue est très fragile ; toute détérioration des conditions peut encore les forcer à quitter leurs régions d'origine.

46. Les communautés qui accueillent des réfugiés et des personnes déplacées de force deviennent souvent vulnérables, car elles partagent leurs ressources économiques et sociales avec les nouveaux arrivants, souvent nombreux ; les services existants peuvent se retrouver lourdement surchargés.
47. La catégorie des « populations affectées par des situations d'urgence humanitaire » comprend donc tous ceux qui ont été déplacés de force, y compris les membres des populations clés, les détenus, les migrants et les ressortissants de pays tiers, les personnes qui ont été affectées par une catastrophe ou un conflit violent, mais qui n'ont pas (encore) quitté leur région d'origine, ainsi que toute population hôte affectée par l'arrivée d'un grand nombre de personnes déplacées de force.

Étude de cas : Philippines : Projet Sirak : promouvoir la santé sexuelle, la protection des enfants et le renforcement de la communauté pour les jeunes des populations affectées clés touchées dans les zones touchées par le typhon Haiyan-Yolanda.

Avant que le typhon Haiyan/Yolanda ne frappe la région pauvre de Tacloban aux Philippines en novembre 2013, la situation des jeunes populations clés était déjà difficile. La sensibilisation à la prévention du VIH et des IST était faible et le dépistage du VIH négligeable. Les services liés au VIH étaient limités et de mauvaise qualité et des obstacles juridiques empêchaient les mineurs d'accéder à ces services sans consentement parental. En pratique, cela signifie que ces services étaient à peine utilisés, et certainement pas par les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres. Le typhon a amplifié les vulnérabilités existantes. Les ravages causés par la catastrophe ont exposé les jeunes des populations clés à des violations des droits humains et à une plus grande marginalisation. Certains éléments indiquent que pour beaucoup, la nécessité d'assurer leur survie immédiate dans le contexte de l'urgence a entraîné des comportements sexuels à haut risque.

Les plans de préparation et de réponse aux catastrophes existants n'incluaient pas les services liés au VIH et le programme national de lutte contre le sida n'envisageait pas la survenue d'une situation d'urgence humanitaire. En partenariat avec un groupe local d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de personnes transgenres, le Projet Sirak a comblé ces lacunes en mobilisant et en renforçant des communautés d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et de personnes transgenres, pour soutenir l'accès aux services liés au VIH grâce à des services de prévention et d'orientation animés par des pairs. Ces activités ont également favorisé le redressement en développant, pour la première fois, des relations constructives entre les groupes communautaires impliqués dans le projet et les autorités locales.

Source : TLF SHARE Collective Inc., Quezon City, Philippines.

Perturbation des services essentiels, y compris le traitement antirétroviral

48. Les urgences humanitaires ont souvent de graves effets négatifs sur les programmes liés au VIH et l'accès aux services de santé. Les personnes qui se retrouvent soudain dans des conditions extrêmement fragiles ou qui sont déplacées

de force et quittent leurs foyers en grand nombre sont confrontées à une diversité de risques et de vulnérabilités. Alors que la situation d'urgence peut causer une augmentation rapide et forte du besoin de services liés au VIH, la prestation de ces services peut se trouver gravement entravée en raison des problèmes de logistique et de sécurité ou de l'absence soudaine de personnel qualifié. La destruction des installations d'alimentation électrique perturbe de nombreux services de santé clés. Les populations clés pour les interventions de lutte contre le VIH peuvent être plus difficiles à atteindre, voire devenir totalement inaccessibles. De même, les populations clés peuvent éprouver davantage de difficultés pour accéder aux services. Une conséquence directe des situations d'urgence est l'érosion rapide de progrès dans les programmes de lutte contre le VIH qui avaient parfois pris des décennies, faisant régresser de façon dramatique les progrès aux niveaux national, régional et mondial. C'est particulièrement vrai dans les pays où les systèmes de santé sont fragiles et déjà poussés à leurs limites, et ce phénomène est exacerbé par le fait que les urgences humanitaires peuvent survenir n'importe où dans le monde, indépendamment de la situation du développement d'un pays. Un autre facteur aggravant est que de nombreuses urgences humanitaires se produisent dans les zones où les indicateurs existants sur la santé et le VIH sont mauvais.

49. Dans le cas des personnes vivant avec le VIH, les situations d'urgence peuvent interrompre leurs soins et leur traitement antirétroviral. Un nombre croissant de données probantes sur le traitement antirétroviral et les risques et vulnérabilités liées au VIH parmi les populations affectées par des situations d'urgence humanitaire souligne l'importance critique de la continuité du traitement⁵¹. Il est essentiel de maintenir la fourniture de traitements antirétroviraux pour le VIH et de traitements de la tuberculose, des infections sexuellement transmissibles et des maladies opportunistes, ainsi que les services spécifiques pour les femmes enceintes⁵². De même, il faut assurer la continuité du traitement de substitution aux opiacés (TSO) pour les consommateurs de drogues injectables. Il est donc crucial que les plans de préparation couvrent l'accès à la méthadone ou à la buprénorphine. En ce qui concerne les contraintes de sécurité liées au transport, au stockage et à la distribution des médicaments sous contrôle (stupéfiants utilisés à des fins médicales) dans les situations d'urgence, il faudrait mettre en place des réglementations alternatives pour éviter une interruption du traitement.
50. En 2013, sur un total estimé de 1,6 million de personnes vivant dans une situation d'urgence, seules 491 211 avaient accès au traitement antirétroviral, laissant 1 091 838 personnes sans accès au traitement. Le manque d'accès au traitement était particulièrement critique chez les enfants, les adolescents et les femmes enceintes vivant avec le VIH et affectés par des situations d'urgence humanitaire,

⁵¹ Voir les preuves présentées dans : Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrants and crisis-affected persons in sub-Saharan Africa. (Directive pour la fourniture de thérapie antirétrovirale aux migrants et personnes affectées par la crise en Afrique subsaharienne) ; septembre 2014, HCR, Southern African HIV Clinicians Society, Wits Reproductive Health and HIV Institute, et al.

⁵² GAP Report de l'ONUSIDA, 2014. Personnes déplacées. p 13. En cas d'urgence, la priorité doit être d'assurer l'accès aux soins d'accouchement sans risque (par exemple, le Dispositif minimum d'urgence-DMU [Minimum Initial Service Package-MISP]). Une fois la situation d'urgence stabilisée, les services doivent être étendus pour couvrir l'ensemble de la Santé reproductive, y compris les soins prénatals, puis les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

des populations estimées à 161 233 enfants, 139 672 adolescents et 55 868 femmes enceintes.⁵³

51. En Afrique subsaharienne on estime que 894 172 personnes vivant avec le VIH en situation d'urgence sont confrontées à une absence d'accès au traitement. Dans la région Moyen-Orient et Afrique du Nord, ce nombre est estimé à 61 778 et à 88 475 dans la région Asie et Pacifique. Ces chiffres sont le reflet de l'ampleur spectaculaire des défis rencontrés par la fourniture de traitement pendant les situations d'urgence.⁵⁴

Étude de cas Afrique de l'Ouest : Suivi des patients et continuité des services liés au VIH dans le contexte de la flambée d'Ebola en Afrique de l'Ouest.

En 2014, la crise sanitaire de l'Ebola s'est déclenchée en Sierra Leone, au Liberia et en Guinée, et a très rapidement perturbé gravement les services de santé. De nombreux membres du personnel de santé sont morts et la population est devenue réticente à se faire soigner dans les établissements de santé de peur de contracter le virus Ebola. Les mesures de santé publique prises en réponse à la crise, comme la mise en quarantaine et les restrictions de mouvement, ont entravé l'accès aux traitements, y compris le traitement antirétroviral pour les personnes vivant avec le VIH. L'apparition de pénuries de nourriture et d'eau a aggravé la situation des personnes vivant avec le VIH.

En Sierra Leone, HAPPY, une ONG ayant mis en place un programme de prévention du VIH parmi les jeunes dans la capitale Freetown, s'est rendu compte que la situation des personnes vivant avec le VIH devenait rapidement une urgence sanitaire à part entière. L'ONG a réagi en lançant un projet visant à réduire le nombre de personnes interrompant leur traitement du VIH et à éviter de perdre de vue d'autres personnes. Lorsqu'une évaluation rapide des établissements de santé a noté une baisse significative de l'utilisation des services liés au VIH, l'amélioration de l'accès aux services liés au VIH pour les femmes enceintes et allaitantes ainsi que pour les enfants a été ajoutée au projet. Des équipes mobiles ont été formées pour retrouver et contacter les personnes qui avaient interrompu leur traitement VIH afin de distribuer des médicaments et de conseiller les patients dans les contraintes imposées par les risques et les craintes associées à Ebola. À la fin de l'année, 60 % des enfants et 84 % des femmes enceintes qui avaient interrompu leur traitement l'avaient repris.

Au Liberia voisin, l'épidémie d'Ebola a eu des effets similaires sur les services liés au VIH et a entraîné la fermeture des trois hôpitaux de la capitale Monrovia pendant cinq mois. Dans cette situation d'urgence sans précédent, la continuité des soins pour les patients séropositifs pour le VIH a été assurée avec succès grâce à une collaboration active entre le personnel clinique, les associations locales de patients tels que « Positive Living with AIDS in Liberia » et le Programme national de lutte contre le sida.

En Sierra Leone comme au Liberia, la participation active des organisations locales de personnes vivant avec le VIH a été, dans beaucoup de cas, déterminante dans le rétablissement de l'accès aux services liés au VIH. Leur participation a fourni des

⁵³ Ces estimations sont le résultat de recherches menées conjointement par l'UNICEF, le HCR, le PAM et le Secrétariat de l'ONUSIDA en 2015.

⁵⁴ Ibid

éléments essentiels de la réponse : la connaissance et la confiance, ainsi que la capacité à s'adapter rapidement à l'apparition de nouveaux besoins.

En Guinée, bien que les établissements de santé soient restés ouverts, Médecins Sans Frontières (MSF) a également signalé que les patients réduisaient leur accès au traitement du VIH. En réaction, l'équipe a introduit des recharges de traitement pour une période de six mois au lieu des trois mois habituels, ce qui constitue un système plus réaliste pour assurer la poursuite du traitement.

Source : Résumé basé sur les observations de HAPPY à Freetown, en Sierra Leone de la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et de Médecins Sans Frontières (MSF) en Guinée.

52. Dans les situations d'urgence humanitaire, les fournisseurs de services peuvent craindre que la fourniture d'un traitement antirétroviral soit trop complexe étant donné de la nature instable de la situation. Cependant, il a été démontré que la fourniture de traitement du VIH dans les zones de conflit est à la fois possible et efficace et des directives sur ce processus ont été élaborées⁵⁵. En réalité, une analyse de 17 études dans 13 pays où le traitement était disponible et accessible a montré que 87 à 99,5 % des personnes affectées par des conflits ont observé leur traitement, ce qui représente des taux d'observance semblables à ceux des groupes non affectés⁵⁶.

53. En fait, la perturbation dans la fourniture de services de traitement antirétroviral et dans l'observance doit être prévue et incluse dans la planification de la préparation. Comme l'accès aux traitements augmente au niveau mondial, un nombre toujours plus important de personnes vivant avec le VIH dans les zones actuellement stables risque de subir une interruption de traitement si surviennent des conflits ou autres situations d'urgence qui affectent les services de santé, ou les obligent à migrer ou à se déplacer. Il est fondamental de disposer de stratégies logistiques nationales et régionales efficaces et de systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement pour le stockage et la livraison de médicaments antirétroviraux⁵⁷. L'élaboration de normes de traitement simples et harmonisées au niveau régional doit être une priorité. Cela permettrait d'améliorer les chances des patients déplacés, qu'ils traversent ou non des frontières internationales, de garder le même traitement antirétroviral. Les systèmes de suivi et d'évaluation doivent également être renforcés pour améliorer le suivi des patients qui passent d'un site de traitement à un autre (par exemple, grâce à l'utilisation d'identifiants uniques pour les patients)⁵⁸.

⁵⁵ Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrants and crisis-affected persons in sub-Saharan Africa (Directive pour la fourniture de thérapie antirétrovirale aux migrants et personnes affectées par la crise en Afrique subsaharienne) ; septembre 2014, HCR, Southern African HIV Clinicians Society, Wits Reproductive Health and HIV Institute, et al.

⁵⁶ O'Brien DP, Venis S, Greig, J, et al. Provision of antiretroviral treatment in conflict situations: the experience of Médecins Sans Frontières (Fourniture d'un traitement antirétroviral dans les situations de conflit : l'expérience de Médecins Sans Frontières) Conf. Health; 2010, 4:12. Doi:10.1186/1752-1505-4-12. Cité dans le Gap report de l'ONUSIDA, 2014. Chapitre sur les personnes déplacées, p. 8.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Guidelines for the delivery of antiretroviral therapy to migrants and crisis-affected persons in sub-Saharan Africa (Directive pour la fourniture de thérapie antirétrovirale aux migrants et personnes affectées par la crise en Afrique subsaharienne) ; septembre 2014, HCR, Southern African HIV Clinicians Society, Wits Reproductive Health and HIV Institute, et al.

Étude de cas Mozambique. Réponse aux inondations ; enseignements tirés pour les programmes VIH.

En janvier 2103, la province de Gaza a connu des inondations dévastatrices. De nombreux établissements de santé ont été endommagés ou détruits et les dossiers et les médicaments des patients perdus. Le nombre de personnes directement touchées est estimé à 150 000, dont environ 13 000 personnes vivant avec le VIH qui risquaient une d'interruption de leur traitement antirétroviral. L'UNICEF a réagi avec des émissions de radio et d'autres activités de sensibilisation communautaire pour diffuser des informations clés sur la prévention et le traitement du VIH. Des militants communautaires ont été mobilisés pour atteindre la population touchée et distribuer des fournitures telles que des préservatifs et des kits de traitement de l'eau. Ils ont identifié les personnes vivant avec le VIH et leur ont fourni des informations sur la façon de continuer à accéder aux services. Dans toute la région touchée, plusieurs tentes ont été mises en place pour servir de cliniques de santé temporaires afin de fournir des traitements et des soins, y compris pour le VIH. De plus, un soutien nutritionnel a été proposé aux patients.

Source : UNICEF-Mozambique.

Préparations aux situations d'urgence

54. Une préparation adéquate au niveau des pays est la clé d'une riposte d'urgence efficace, en particulier dans le cas des programmes de lutte contre le VIH. La planification interinstitutions de la préparation au niveau des pays prépare la riposte éventuelle, identifie ses futures priorités probables et convient des grandes lignes de ses mécanismes de coordination spécifiques. Dans un contexte de nombreux besoins concurrents urgents dans l'ensemble de la population affectée par la situation d'urgence, les besoins spécifiques de (petits) groupes tels que les personnes âgées ou les personnes handicapées sont souvent négligés, de même que l'intégration nécessaire d'une approche fondée sur le genre ou sur le VIH, au cours de la première phase critique de la riposte. Une perspective appropriée tenant compte du VIH doit être intégrée au cours de la phase de préparation pour garantir que les objectifs et les activités spécifiques au VIH sont solidement intégrés dans les évaluations initiales des besoins d'urgence (évaluations rapides et ultérieures).

Étude de cas Népal : Le tremblement de terre au Népal met en évidence des lacunes dans la préparation aux catastrophes.

Le 25 avril 2015, un tremblement de terre au Népal a causé d'importantes destructions. La catastrophe a surchargé les hôpitaux et perturbé les installations de base comme l'eau et l'électricité. Beaucoup de centres de santé ruraux sont devenus dysfonctionnels. Environ 75 000 personnes ont été hébergées dans les tentes de camps de secours rapidement érigés. La riposte d'urgence immédiate était axée sur la fourniture de nourriture, d'eau, d'abris et d'aide médicale aux survivants. Cette aide médicale consistait essentiellement en soins de traumatologie aux survivants blessés par l'effondrement des bâtiments. Une autre priorité était la prévention des flambées de maladies transmissibles dues à la surpopulation dans les camps de secours, l'approvisionnement en eau contaminée et les mauvaises conditions d'hygiène. Dans le contexte de ces nouvelles et soudaines priorités urgentes, continuer à fournir des traitements aux patients souffrant de maladies chroniques régulières, y compris les patients sous traitement antirétroviral s'est avéré un défi. Aussi récemment qu'en mars 2015, lors de la troisième Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes à Sendai, au Japon, le gouvernement du Népal a fait part de ses inquiétudes quant au risque de tremblement de terre. Les plans de réduction des risques présentés incluaient le renforcement structurel de tous les bâtiments de première ligne du secteur de la santé tels que les hôpitaux en prévision d'une catastrophe naturelle. Le séisme a frappé avant que ces plans n'aient pu être entièrement mis en œuvre, ce qui a souligné l'importance cruciale de la préparation aux catastrophes.

Source : Sharma D. Le tremblement de terre au Népal met en évidence des lacunes dans la préparation aux catastrophes. Lancet : 9 mai 2015 (Vol. 385, numéro 9980).

55. La planification de la préparation en tant que composante des programmes de lutte contre le VIH doit toujours inclure des plans d'urgence pour la fourniture de traitements antirétroviraux et, le cas échéant, de thérapie de substitution aux opiacés pour les consommateurs de drogues injectables, en particulier dans les zones exposées aux situations d'urgence. Les plans peuvent inclure l'utilisation de « cartes de voyage sanitaires », qui sont une approche novatrice permettant de traiter correctement les populations mobiles sans dépistage du VIH supplémentaire ni exigences de classification cliniques.⁵⁹

56. Un autre élément essentiel de la planification de la préparation est la collecte systématique des informations stratégiques. Ces informations sont cruciales pour soutenir la planification, la programmation et la prise de décision afin d'améliorer la conception et la prestation d'interventions appropriées liées au VIH, ainsi que pour effectuer des ajustements en réponse à l'évolution des conditions et aux nouveaux défis. Les informations rassemblées doivent porter sur les dangers et les risques

⁵⁹ Ibid.

potentiels ainsi que sur les populations et les programmes en cours de lutte contre le VIH susceptibles d'être affectés.

57. Dans le cadre des efforts collectifs pour mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030, y compris l'accélération de la riposte et des investissements au cours des cinq prochaines années, les évaluations des risques appropriées, ainsi que la planification de la préparation à des scénarios de crise potentiels dans le but d'assurer la fourniture ininterrompue de services aux populations touchées dans le cas d'une situation d'urgence humanitaire, auront une importance cruciale. Le développement de systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement d'urgence et d'une organisation logistique de rechange est un élément clé de ces efforts de planification. Des chaînes d'approvisionnement et des mécanismes logistiques solides sont essentiels pour assurer que les médicaments et les fournitures médicales restent disponibles pour les populations affectées par des situations d'urgence humanitaire. C'est pourquoi, lors de la planification de la préparation, il faut accorder une attention suffisante à la gestion des risques de la chaîne d'approvisionnement pour éviter les ruptures de stock et les interruptions de traitement, et veiller à ce que les produits nécessaires à la survie restent à la disposition de ceux qui en dépendent. Il convient en outre d'envisager la faisabilité du déploiement de cliniques mobiles dans les situations d'urgence.

Étude de cas Ukraine : Assurer un accès continu à la prévention au traitement et aux soins du VIH, pendant la situation d'urgence humanitaire dans l'est de l'Ukraine

Depuis le début du conflit armé en avril 2014, les infrastructures ont été détruites dans de nombreuses zones de l'est de l'Ukraine et la fourniture de nourriture, d'eau potable et de médicaments à la population civile gravement affectée. À la date de mai 2015, plus de 7000 personnes avaient perdu la vie, 15 000 étaient gravement blessés et 1,2 million avaient été déplacées de force. Les facteurs de risque associés au VIH, à la tuberculose et à l'hépatite ont considérablement augmenté, y compris l'augmentation signalée du commerce du sexe, de l'usage dangereux de drogues et des overdoses.

Avant le début du conflit, les programmes existants de réduction des risques dans deux régions de l'est de l'Ukraine (Donetsk et de Lougansk) atteignaient chaque année près de 45 000 personnes issues de populations clés. Les programmes incluaient la distribution de produits de prévention de base grâce aux activités de proximité, aux centres communautaires, aux pharmacies et aux cliniques mobiles, le dépistage du VIH et des IST et des services d'orientation médicale, y compris pour le traitement antirétroviral. À cette époque, 33 305 personnes vivant avec le VIH bénéficiaient des services médicaux dans les régions de Donetsk et de Lougansk (environ 25 % de toutes les personnes vivant avec le VIH et recevant des services médicaux en Ukraine) et 13 422 étaient sous traitement (20 % du nombre total de personnes recevant un traitement du VIH en Ukraine). Lorsque les violences ont commencé, la fourniture de thérapie de substitution aux opiacés (TSO) des médicaments a été interrompue et des centaines de patients ont été déplacés à l'intérieur du pays et ont dû chercher un traitement ailleurs. Le conflit a également perturbé l'approvisionnement par l'État de médicaments antirétroviraux et de biens médicaux aux territoires non contrôlés par le gouvernement. Dans ces conditions d'urgence, le programme de réduction des risques a été redéfini et étendu pour répondre aux nouveaux besoins, en y ajoutant des colis de produits alimentaires de base, et des services paramédicaux et psychologiques. Face à

la menace d'interruption de traitement, le Réseau ukrainien des personnes vivant avec le VIH (AUCO), en tant que principal bénéficiaire de la subvention du Fonds mondial, a fourni des médicaments antirétroviraux par l'intermédiaire de ses sous-bénéficiaires dans les hôpitaux et les prisons situés sur le territoire non contrôlé par le gouvernement. Malgré les problèmes de sécurité, les interruptions répétées dans la fourniture de produits de base, l'inaccessibilité et les nouveaux obstacles administratifs, des programmes de réduction des risques ont permis de maintenir presque le même niveau de couverture qu'avant le déclenchement de la violence dans ces deux régions : les programmes ont atteint 43 500 personnes au cours de la dernière année, dont 60 % se trouvaient dans des territoires non contrôlés par le gouvernement. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Médecins sans Frontières (MSF) et le gouvernement ukrainien ont fourni un soutien crucial.

Source : l'Alliance internationale contre le VIH/sida et le Réseau ukrainien de personnes vivant avec le VIH (AUCO).

Coordination

58. L'expérience a démontré que la préparation, la riposte et les efforts de redressement doivent d'abord s'appuyer sur l'implication des structures communautaires, l'examen des capacités locales et une compréhension des mécanismes d'adaptation et de résilience de la communauté, car les communautés locales sont généralement les premiers intervenants en cas d'urgence.
59. Qu'une situation d'urgence humanitaire déclenche ou non la participation active des organismes internationaux dépend en grande partie sur son ampleur, sa complexité et son urgence/sa gravité ainsi que de la capacité des services locaux ou nationaux à assurer une riposte rapide et efficace. Dans la plupart des cas, une situation soudaine d'urgence humanitaire à grande échelle causée par une catastrophe naturelle, un conflit ou des déplacements massifs et qui dépasse (ou menace de dépasser) la capacité de riposte nationale déclenche une riposte complémentaire coordonnée de toute une série d'agences des Nations Unies (ONU), d'organisations internationales, d'organisations non gouvernementales (ONG) et de gouvernements. Comme chaque situation d'urgence humanitaire est le résultat de différents facteurs, chacune exige une riposte unique dirigée vers les secteurs spécifiquement touchés.
60. Avec la participation typique de plusieurs organisations humanitaires, la coordination des opérations humanitaires d'urgence peut s'avérer un défi. Cette situation est aggravée par la nécessité d'apporter une riposte efficace à un large éventail de secteurs (par exemple la sécurité alimentaire, l'hébergement, l'eau et l'assainissement, la santé, l'éducation, la nutrition, la protection, la logistique, les services communautaires). Il est nécessaire par ailleurs d'assurer la continuité des échanges dans le contexte d'un environnement en évolution rapide, avec des partenaires critiques tels que les donateurs et les acteurs du développement.
61. Les fondements de l'architecture de la coordination humanitaire internationale actuelle ont été posés par la résolution 46/182 de l'Assemblée générale de décembre 1991. Le processus de réforme humanitaire, lancé en 2005 a introduit un

certain nombre de nouveaux éléments pour améliorer la prévisibilité, la responsabilisation et le partenariat. Un élément important est l'approche par groupes de responsabilité sectorielle⁶⁰. Dans le cadre de cette approche, le VIH est reconnu en tant que « question transversale ». Le Coordonnateur humanitaire d'une opération d'urgence peut constituer un groupe thématique parmi les organisations partenaires et lui confier la tâche d'assurer la coordination de toutes les questions liées au VIH dans les différents groupes sectoriels. Malgré cette possibilité de traiter les services liés au VIH de manière appropriée, les donateurs et les acteurs humanitaires, accordent souvent une priorité insuffisante au VIH dans les opérations de riposte humanitaire ou n'utilisent pas l'approche de responsabilité sectorielle d'une façon permettant d'intégrer correctement le VIH. La réponse aux crises de réfugiés est coordonnée conformément au Modèle de coordination pour les réfugiés⁶¹. Selon ce modèle, le HCR, du fait de ses obligations statutaires, dirige et coordonne la mise en œuvre de la protection, de l'assistance et des solutions grâce à une approche multisectorielle inclusive intégrant ses partenaires. Si l'accent est mis à juste titre sur les situations mettant la vie en danger dans les contextes d'urgence, l'objectif de mettre fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 impose également de mettre davantage l'accent sur le VIH dans ces contextes.

62. Au cours des 20 dernières années, une série de lignes directrices ont été produites par les agences des Nations Unies, les organisations internationales et les ONG pour fournir des orientations opérationnelles sur l'intégration correcte des services liés au VIH dans les situations d'urgence. Malgré la nature exhaustive de ces lignes directrices, elles ne sont pas utilisées à l'échelle voulue⁶². Il est nécessaire d'effectuer des recherches et de compiler les enseignements tirés de l'expérience afin de comprendre pourquoi c'est le cas, alors que les dernières lignes directrices offrent une approche raisonnée qui permet le développement de programmes appropriés tenant compte de la spécificité de chaque situation d'urgence, y compris les niveaux existants de prévalence du VIH et les services critiques liés au VIH. Pourtant, les agences humanitaires continuent à se concentrer presque

⁶⁰ Les groupes sectoriels, dirigés et coordonnés par des Organismes chefs de file sectoriels, sont des groupes d'agences humanitaires (appartenant ou non à l'ONU) dans chacun des principaux secteurs de l'action humanitaire. Ils opèrent au niveau mondial comme national. Au niveau mondial, ils sont responsables de renforcement de la préparation de l'ensemble du système et la coordination de la capacité technique de répondre aux urgences humanitaires dans leur secteur respectif. Au niveau pays, les groupes sectoriels garantissent la coordination des activités des organisations humanitaires, servent de premier interlocuteur pour le gouvernement et le coordonnateur résident ou le coordonnateur humanitaire, et de fournisseur de dernier recours dans leurs secteurs respectifs (Handbook for Resident Coordinators and Humanitarian Coordinators on Emergency Preparedness and Response [Manuel pour les coordonnateurs résidents et coordonnateurs humanitaires sur la préparation et la réponse aux situations d'urgences] ; IASC, 2010).

⁶¹ Modèle de coordination pour les réfugiés : <http://www.unhcr.fr/pages/538f2cf26.html>

⁶² En 1996, l'OMS, l'ONUSIDA et le HCR ont publié les « Directives sur le VIH/SIDA dans les situations d'urgence ». Dans les années suivantes, le Comité permanent interinstitutions (IASC) a publié une série de nouvelles directives mises à jour sur le sujet. En 2003, le groupe de référence de l'IASC sur le VIH/sida a publié un « Plan d'action pour 2002-2003 ». L'IASC a publié ses « Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence » en novembre 2003. Les directives les plus récentes sont les « IASC Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings » (« Directives de l'IASC pour lutter contre le VIH dans les situations humanitaires ») de septembre 2010. Chacun des documents récents contenait la promesse de tirer les leçons du passé ; rien ne prouve pour l'instant que cela ait été le cas.

exclusivement sur les maladies épidémiques et la malnutrition, que ce soit pendant la phase de préparation ou la phase de réponse d'une situation d'urgence⁶³.

63. Plusieurs stratégies ont aussi été lancées pour améliorer la prestation des services liés au VIH pour les populations en situation d'urgence humanitaire, telles que le « programme de travail des Nations Unies visant à améliorer les services de lutte contre le VIH pour les populations en situation d'urgence humanitaire » (2006-2008), une initiative visant à combiner les efforts de dix organismes des Nations Unies pour intégrer le VIH dans les mécanismes d'aide humanitaire et renforcer les efforts de prévention et d'atténuation de la violence sexiste, en veillant tout particulièrement à la fourniture de services complets de dépistage du VIH pour les populations en situation d'urgence humanitaire que ces services n'ont pas encore atteints⁶⁴. Cependant, bien qu'une évaluation indépendante ait indiqué que le programme jouait un rôle de catalyseur fort dans la lutte contre le VIH⁶⁵, jusqu'à présent, ni ce programme ni d'autres initiatives similaires n'ont conduit à l'intégration systématique des personnes affectées par des situations d'urgence humanitaire dans la planification et les programmes liés à l'assistance humanitaire et au VIH.

Étude de cas Djibouti : Mettre fin au VIH dans les camps de réfugiés de Djibouti.

Les deux camps de réfugiés de Djibouti accueillent principalement des réfugiés venus de Somalie : Ali-Addeh accueille près de 25 000 personnes tandis Holl-Holl a une population d'environ 2 300 personnes. En 2013, la prévalence du VIH dans les camps était similaire à celle de la population générale de Djibouti. Cependant, certains éléments indiquaient que de nombreuses femmes réfugiées se livraient au commerce du sexe en raison de l'extrême pauvreté due à l'absence des maris et/ou d'autres personnes pouvant subvenir à leurs besoins. Si la population des réfugiés a généralement été incluse dans les plans nationaux de lutte contre le sida, elle a été généralement négligée lors de la mise en œuvre de ces plans. ONUSIDA et le HCR ont trouvé d'autres éléments indiquant qu'une réponse urgente était nécessaire : les réfugiés d'Ali-Addeh montraient peu d'intérêt pour les services de conseil et de dépistage du VIH tandis que les réfugiés de Holl n'avaient aucun accès à ces services de conseil et de dépistage du VIH ; les jeunes réfugiés avaient un taux de sensibilisation à la prévention du VIH extrêmement faible ; et il y avait une forte incidence des IST. Après un processus participatif d'évaluation des besoins et de planification auquel les réfugiés ont été étroitement associés, un programme complet de prévention du VIH a été déployé en janvier 2014. Le programme prévoyait une division claire des tâches : L'HCR assumait la responsabilité de la coordination technique au niveau des camps tandis que l'ONUSIDA était responsable de la coordination inter institutions. L'objectif était de garantir un accès aux services de prévention du VIH à tous les réfugiés des camps ainsi qu'à tous les membres

⁶³ GAP Report de l'ONUSIDA, 2014, p. 11.

⁶⁴ 10 agences de l'ONU ont participé au programme : La FAO, l'OCHA, l'IRIN, le PNUD, l'UNFPA, le HCR, l'UNICEF, le PAM, l'OMS et l'ONUSIDA.

⁶⁵ ONUSIDA/CCP(27)/10.22 Page 4/12.

des communautés locales environnantes. Un centre de dépistage volontaire du VIH et de conseil a été ouvert à Holl-Holl et le centre de Ali- Addeh a été équipé; une campagne d'information intensive a été entreprise avec le soutien d'une ONG locale partenaire et le Réseau des Personnes vivant avec le VIH ; le programme National a assuré la formation des prestataires en counseling VIH/sida et sur les nouveau guide de prise en charge par les ARV. Au bout d'un an, le projet pouvait être considéré comme un succès : l'incidence des IST a été réduite de moitié ; le recours aux services de dépistage du VIH et de conseil a plus que triplé passant de 522 à 2322 et le dépistage des femmes enceintes a connu une augmentation significative. Le projet a contribué à une réduction de la prévalence du VIH dans les camps, qui est passée de 2,7 % en 2012 à 2,1 % en 2013 et 0,89 % en 2014. Les principaux facteurs de la réussite du projet ont été : l'évaluation conjointe, la planification et la définition des priorités de façon participative et la clarté dans la répartition des responsabilités entre chacune des agences participantes. La mise en œuvre du programme a été rendue possible par la participation critique de l'« Association pour l'Épanouissement de la Famille » (APEF). La contribution technique de l'UNICEF et du PNUD sur le plan de la logistique pour l'acquisition des intrants.

Source : HCR, ONUSIDA et Ministère de la Sante à Djibouti.

Liens avec le développement durable

64. Qu'elles résultent de catastrophes d'origine naturelle ou humaine ou de conflits violents, les situations d'urgence humanitaires ont généralement des conséquences qui perturbent gravement le développement du pays concerné. Ces effets négatifs sont aggravés par le temps qu'il faut pour que la reconstruction et la réhabilitation qui suivent la riposte d'urgence initiale prennent effet. Lier les réponses humanitaires à court et moyen terme aux stratégies de développement à long terme d'un pays est essentiel pour atténuer les impacts négatifs des catastrophes, des conflits armés et des déplacements forcés sur les objectifs de développement durable.
65. En particulier, en renforçant les communautés locales pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence, leur capacité à absorber les chocs et à leur résister peut être considérablement améliorée pour réduire l'impact des catastrophes et des situations d'urgence. Il faut donc faire du renforcement de la résilience des communautés une priorité des programmes de développement durable. Réciproquement, les programmes humanitaires peuvent contribuer aux objectifs de développement durable en associant étroitement les structures communautaires locales à tous les aspects des activités de préparation et de réponse aux urgences. La priorité devrait être donnée au renforcement des capacités nationales et locales dans les plans de préparation et de réponse aux situations d'urgence, afin d'éviter l'apparition d'un vide lorsque les organisations humanitaires commencent à partir une fois la situation d'urgence stabilisée. Pour être efficaces, les liens entre les organismes humanitaires et les acteurs du développement doivent avoir été déjà établis dans la phase de préparation et être maintenus pendant les phases ultérieures de réponse, de relèvement précoce et de reconstruction.

66. Récemment, les participants à la Troisième Conférence Mondiale sur la Réduction des Risques de Catastrophe (Sendai, Japon, mars 2015) ont discuté de plusieurs aspects des liens entre la gestion de l'urgence humanitaire et le développement. La Conférence a reconnu que les objectifs clés du développement durable, y compris les objectifs liés au VIH, ne pourront pas être atteints si les situations d'urgence humanitaire continuent à saper les progrès. La Conférence a apporté tout son soutien à l'idée que la réduction des risques de catastrophe est essentielle pour parvenir au développement durable. L'un des objectifs prioritaires du développement durable devrait être de renforcer la résilience des systèmes de santé nationaux, y compris en intégrant la gestion des risques de catastrophe dans les soins de santé primaires, secondaires et tertiaires, en particulier au niveau local. La Conférence a souligné l'importance de la mobilisation des communautés vulnérables, qui doivent avoir un rôle central dans la prévention des catastrophes, la préparation et les efforts de redressement et de réhabilitation, ainsi que la nécessité de favoriser une responsabilité partagée efficace. Elle a encouragé l'adoption de politiques et de programmes qui traitent les problèmes liés aux déplacements provoqués par les catastrophes et renforcent la résilience des personnes affectées ainsi que les communautés hôtes. La Conférence a recommandé que les interventions en matière de santé, en mentionnant plus particulièrement les pandémies et les épidémies, soient intégrées dans tous les programmes de gestion des risques⁶⁶. Plus spécifiquement, la Conférence a recommandé d'inclure les personnes ayant des maladies potentiellement mortelles ou chroniques, en raison de leurs besoins particuliers, dans la conception des politiques et des plans de gestion des risques avant, pendant et après les catastrophes, notamment en leur garantissant un accès continu et ininterrompu aux services vitaux.

Étude de cas Afghanistan, Pakistan et Iran : Fourniture de services de réduction des risques complets aux réfugiés afghans en Iran et au Pakistan et à des rapatriés en Afghanistan.

Plus de trente ans de guerre ont chassé des millions d'Afghans vers le Pakistan et l'Iran voisins où ils sont devenus réfugiés. Des millions sont rentrés chez eux depuis, mais plusieurs millions de réfugiés afghans restent dans leur pays d'asile. L'Iran et le Pakistan ont tous deux une forte prévalence de la consommation de drogues injectables et une forte prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables. Au cours de ces dernières années, l'Afghanistan a connu une augmentation marquée du nombre de consommateurs de drogues injectables, y compris parmi les rapatriés. En 2009, une étude de l'ONUSIDA a montré que le nombre d'Afghans âgés de 15 à 64 ans qui utilisaient régulièrement des drogues illicites a augmenté de façon spectaculaire depuis un sondage précédent, seulement quatre ans plus tôt : la consommation d'opium a augmenté de 53 % et celle d'héroïne de 140 %. La prévalence du VIH chez les réfugiés et les rapatriés afghans n'est pas connue. Cependant, étant donné que le taux d'utilisation des injections parmi les réfugiés afghans dans les deux pays d'asile sont élevés, on peut faire l'hypothèse que tandis que les retours en provenance du Pakistan et de l'Iran continuent, la mise en œuvre de mesures de programmes de prévention, de traitement et de soins du VIH ciblant les rapatriés et leurs communautés est essentielle.

⁶⁶ http://www.wcdrr.org/uploads/Sendai_Framework_for_Disaster_Risk_Reduction_2015-2030.pdf

Dans ce contexte, en 2014, l'ONUSIDA a développé en partenariat avec le HCR un programme sous-régional comprenant des services complets de prévention du VIH et des activités de réduction des risques ainsi que de services de dépistage, de conseil et de traitement du VIH pour les réfugiés afghans en Iran et au Pakistan et aux rapatriés en Afghanistan. Les interventions de prévention incluent la distribution de préservatifs et de seringues. Comme le programme est régional, il prend en charge des services transfrontaliers liés au VIH, ce qui favorise le maintien de ces services après le retour des réfugiés. En Afghanistan, le programme a atteint approximativement 3 000 consommateurs de drogues injectables, dont environ 500 femmes. En plus de fournir des services liés au VIH, le programme a dépisté 500 rapatriés pour les IST. Environ 5000 réfugiés afghans ont bénéficié de divers services liés au VIH au Pakistan, tandis qu'en Iran plusieurs centaines de réfugiés afghans ont accédé au programme. Cependant, l'impact a été difficile à mesurer, principalement en raison de l'absence de données de référence.

Source : Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUSIDA), Vienne

Mobilisation des ressources

67. Pour les ripostes interorganisations dans les situations d'urgence humanitaire, il est nécessaire de mieux utiliser non seulement l'approche de responsabilité sectorielle et le Processus d'appel consolidé (PAC) ou le Cycle de Programme humanitaire⁶⁷, mais aussi les liens disponibles entre les mécanismes interinstitutions liés au VIH et d'autres mécanismes interinstitutions comme le modèle de coordination pour les réfugiés et le plan de réponse pour les réfugiés. De même, il est important d'assurer la coordination avec d'autres programmes du secteur de la santé tels que les programmes liés à la tuberculose (TB), la santé sexuelle et reproductive, la nutrition et les soins prénataux et avec les programmes d'autres secteurs tels que la nourriture, l'eau/l'assainissement, l'éducation et la protection.

Étude de cas Corne de l'Afrique : D'importantes questions liées au VIH négligées dans les appels à financement d'urgence et la réponse à une sécheresse régionale.

En 2011, Djibouti, l'Éthiopie, et le Kenya et la Somalie ont connu deux saisons consécutives de faibles précipitations : environ 12,4 millions de personnes ont été touchées par la sécheresse. Dans les documents d'appel précisant les besoins humanitaires liés à cette situation, le VIH a été mentionné à seulement trois endroits importants, sans aucune référence à des données sur l'ampleur du problème ni aucune mention de lacunes existantes dans les services liés au VIH. Une analyse des appels humanitaires liés à la sécheresse a révélé qu'aucun des projets spécifiques au VIH n'a été inclus dans les appels de pays, alors que l'Éthiopie et le Kenya font partie des pays les plus touchés par le VIH et que Djibouti connaît une épidémie concentrée.

*Source : Gap Report de l'ONUSIDA.*⁶⁸

⁶⁷ Le processus d'appel consolidé (PAC) est progressivement éliminé et remplacé par le Cycle de Programme humanitaire conformément au Programme pour le changement (Transformative Agenda) (site sur l'appel consolidé OCHA, consulté en avril 2015).

⁶⁸ Gap Report de l'ONUSIDA, Personnes déplacées, p. 44.

68. Le financement des programmes de VIH souffre d'un manque de prise en compte tout aussi visible des situations d'urgence et des différentes catégories de populations affectées par des situations d'urgence humanitaire. Dans une grande partie des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH, ainsi que dans les subventions accordées par le Fonds mondial au titre des séries 1 à 8 pour l'Afrique subsaharienne, les personnes déplacées (57 % des pays) et les réfugiés (52 % des pays), n'étaient pas mentionnés. Seule une minorité de plans comprenait des activités en faveur des réfugiés et des personnes déplacées dans leur propre pays. Entre 61 % et 83 %, des pays avec plus de 10 000 réfugiés et personnes déplacées dans leur propre pays n'incluaient pas ces groupes dans leurs propositions approuvées⁶⁹. Ces chiffres proviennent d'une région à forte prévalence globale du VIH, qui est également une région caractérisée par des situations d'urgence prolongées à grande échelle, notamment les déplacements forcés. Il est peu probable que d'autres régions feraient mieux en matière d'intégration des urgences humanitaires dans les programmes liés au VIH.

69. Lorsqu'ils sont confrontés à une urgence humanitaire dans leur zone d'opération, les parties prenantes de la riposte mondiale au sida doivent fréquemment revoir leurs priorités et réorienter des ressources humaines et financières déjà limitées pour répondre aux conséquences de la situation d'urgence. C'est vrai des gouvernements, des agences des Nations Unies et autres partenaires multilatéraux, de la société civile, des donateurs (y compris les donateurs du secteur privé), comme des opérations de maintien de la paix. Les systèmes de santé existants sont toujours lourdement surchargés par les exigences imposées par une situation d'urgence ainsi que par les changements soudains très importants dans l'environnement dans lequel ils opèrent (affectant les ressources humaines, les achats, la sécurité, la logistique, etc.) Ces circonstances et ces défis soulignent l'importance cruciale de la planification de la préparation en temps opportun pour faciliter la prise de décision rapide et une redéfinition des priorités appropriée des activités du programme. Des mécanismes de financement innovants, tels que le maintien d'un fonds d'urgence spécifique interne pour permettre une riposte rapide tenant compte des problèmes liés au VIH dans les situations d'urgence, ont été introduits par les donateurs. Ces nouveaux mécanismes de financement, associés à des règles souples pour les donateurs permettant de réorienter les ressources vers les besoins liés au VIH qui apparaissent dans les situations d'urgence, doivent être développés et explorés davantage.

Étude de cas Soudan : besoin de procédures de financement multilatérales alternatives pour les services liés au VIH dans des conditions de conflit civil violent.

Jusqu'en 2011, le Programme national soudanais de lutte contre le sida, en collaboration avec plusieurs ONG internationales, soutenait des services complets liés au VIH dans une douzaine d'établissements de soins dans toute la province soudanaise

⁶⁹ Spiegel PB, Hering H, Paik E, Schilperoord M. Conflict-affected displaced people need to benefit more from HIV and malaria national strategic plans and Global Fund grants (Les personnes déplacées affectées par des conflits doivent bénéficier davantage des plans stratégiques nationaux de lutte contre le paludisme et le VIH et des subventions du Fonds mondial). *Confl Health* 2010;4:2. Cité dans le GAP Report, Chapitre sur les personnes déplacées, 2014.

du Kordofan du Sud. Le secrétariat à la Santé soudanais fournissait du matériel médical et les salaires du personnel. Tant que le niveau de santé était moyen, les services ont fonctionné. Cependant, lorsque les hostilités entre les militaires soudanais et le mouvement rebelle SPLM-Nord ont repris en 2011, la situation a changé. Les acteurs humanitaires ont été expulsés et le soutien du secrétariat de la Santé a été suspendu. Les médicaments contre le VIH et les médicaments pour la tuberculose étaient fournis jusqu'alors par le Programme national de lutte contre le sida, mais le conflit a entraîné la suppression de ce soutien. Malgré la violence, plusieurs partenaires ont continué à fournir un soutien aux communautés dans les zones contrôlées par les rebelles. Le diocèse d'El Obeid exploite le seul hôpital opérationnel dans la région, le Mother of Mercy Hospital (MMH). En 2013 seulement, l'hôpital a fourni des services de santé, y compris des services liés au VIH, à plus de 40 000 personnes.

Bien qu'aucun chiffre sur la prévalence du VIH ne soit disponible pour la province de Kordofan, MMH a enregistré en 2014 une augmentation de 6,5 % du taux d'infection à VIH chez ses patients. Le diocèse a réagi en intensifiant son programme de lutte contre le VIH qui inclut désormais des services de dépistage et de conseil proposés par les soignants, des services pour la prévention des nouvelles infections à VIH chez les enfants et la gamme complète des soins et des traitements, qui vient s'ajouter aux activités de sensibilisation au VIH au sein des communautés. Cependant, assurer un approvisionnement suffisant en tests de dépistage du VIH s'est avéré un défi. L'approvisionnement continu critique en médicaments antirétroviraux pour les personnes sous traitement ne peut pas être assuré non plus. Comme les autorités sanitaires locales ne disposent pas des ressources nécessaires, ces besoins ne peuvent être satisfaits que par le financement des donateurs, qui est lui-même très précaire puisque l'aide internationale, en particulier l'aide multilatérale, est acheminée par l'intermédiaire des gouvernements. Cela pose des problèmes dans les régions du Kordofan du Sud que le gouvernement soudanais ne contrôle pas. Les tentatives d'accès à des médicaments par l'intermédiaire des Nations unies et d'autres canaux multilatéraux ont donc été infructueuses. À titre de mesure provisoire, Caritas s'est assuré le soutien de son propre réseau confessionnel après avoir lancé un appel d'urgence.

Source : Caritas Internationalis.

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

70. Pour atteindre l'objectif de mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour santé publique d'ici 2030, ce qui inclut l'accélération de l'action et des investissements au cours des cinq prochaines années, la Stratégie de l'ONUSIDA (2016-2021) et les efforts collectifs doivent accorder davantage d'importance à la catégorie des personnes affectées par des situations d'urgence humanitaire pour contribuer à garantir que personne ne soit laissé pour compte.

71. Conformément aux principes fondamentaux des **droits humains, de l'équité et de la protection**, il est impératif de répondre aux besoins liés au VIH de toutes les personnes affectées par des situations d'urgence humanitaire, qu'elles aient été déplacées ou non. Il faut aussi reconnaître que des membres des populations clés sont présents dans les communautés affectées par des situations d'urgence humanitaire et peuvent nécessiter une attention particulière et des interventions adaptées.

72. L'existence de millions de personnes qui vivent actuellement dans des environnements stables ou fragiles peut connaître des perturbations majeures à la suite de situations d'urgence. La **préparation** est la clé, y compris la planification d'urgence et l'analyse des risques.
73. **L'établissement des priorités dans la riposte au VIH** au cours d'une urgence doit être adapté à la situation. Dans les milieux à *faible prévalence*, les problèmes liés au VIH doivent être traités en utilisant les points d'entrée et les efforts de protection existants, tels que les programmes contre la violence sexiste, le dépistage obligatoire, l'expulsion (refoulement) et autres problèmes de protection. Dans les zones à *forte prévalence*, les programmes doivent se concentrer sur tous les éléments de réduction du risque d'infection et assurer la continuité du traitement. Des approches innovantes telles que les cartes de voyage sanitaires et des recharges de traitement antirétroviral de plus longue durée doivent être explorées. Dans les *épidémies concentrées*, la priorité doit être donnée aux populations clés pertinentes pour la continuité de la prévention et du traitement, y compris la thérapie de substitution aux opiacés.⁷⁰
74. La participation des **structures communautaires** et une compréhension des mécanismes d'adaptation et de la **résilience** de la communauté doivent contribuer à la préparation, à la riposte et aux efforts de redressement, étant donné que les communautés sont les premiers intervenants dans les situations d'urgence. C'est pourquoi un élément clé de toutes les activités de préparation et de réponse doit dès le départ être le soutien et le renforcement des structures des communautés locales pour leur permettre d'assumer un niveau approprié et central de responsabilité dans la réponse d'urgence et la phase de redressement précoce. Les personnes vivant avec le VIH et les populations clés les plus affectées par le VIH doivent être incluses dans la conception des politiques et des plans de gestion des risques qui les concernent, y compris la prévention de l'interruption du traitement et la garantie d'un accès continu à tous les services liés au VIH.
75. La coopération avec les **acteurs du développement** est essentielle. Les liens avec les programmes de développement permanents, ainsi qu'entre les programmes impliqués dans la première intervention et ceux qui sont responsables des phases post-urgence de redressement et de développement, doivent être établis lors de la phase de préparation et maintenus jusqu'à la fin. La réduction des risques de catastrophe est essentielle au développement durable.
76. Dans de nombreuses opérations sur le terrain, la **coordination** est un défi majeur. Les intersections entre les programmes de lutte contre le VIH et les approches interinstitutions telles que les mécanismes de responsabilités sectorielles, le modèle de coordination pour les réfugiés ainsi que le Processus d'appel consolidé (PAC) et les Plans de réponse pour les réfugiés (PRR) doivent être mieux utilisées. Il est important d'assurer la coordination avec d'autres programmes du secteur de la santé tels que les programmes liés à la tuberculose (TB), la santé sexuelle et reproductive, la nutrition et les soins prénataux, et avec les programmes d'autres secteurs tels que

⁷⁰ [http://www.unicef.org/aids/files/ART2014-189014B-LOWRES_\(1\).pdf](http://www.unicef.org/aids/files/ART2014-189014B-LOWRES_(1).pdf)

la sécurité alimentaire, la logistique et la gestion de la chaîne d'approvisionnement, l'éducation et la protection.

77. Il est nécessaire d'obtenir des **éléments probants** plus solides. Les bases de données existantes permettant de saisir les liens entre le VIH et les situations d'urgences se chevauchent et sont souvent incompatibles ; les unités de mesure doivent être harmonisées. La collecte de données doit être améliorée, inclure des analyses au niveau infranational et être optimisée pour prévoir avec précision l'impact des urgences sur le VIH.
78. Il convient d'explorer de nouvelles méthodes de **financement**, y compris la recherche de formes de financement flexibles et l'allocation de fonds de démarrage internes, ainsi que l'adoption d'une approche de l'investissement qui garantisse que les fonds importants investis à ce jour, et les gains qu'ils ont permis, ne soient pas perdus en négligeant les populations affectées par des situations d'urgence humanitaire.

[Fin du document]