

ACTUALISATION SUR LE VIH EN MILIEU CARCERAL ET AUTRES MILIEUX FERMES

Documents supplémentaires relatifs à ce point de l'ordre du jour : aucun

Mesures à prendre au cours de la présente réunion - Le Conseil de Coordination du Programme est invité à :

Voir les décisions reprises dans les paragraphes ci-dessous :

Le Conseil de Coordination du Programme est invité à :

123. *Prendre note* du rapport ;

124. *Demander* au Programme Commun de soutenir les États membres, les organisations de la société civile, les communautés et les autres parties prenantes pertinentes dans leurs efforts ayant pour objet d'intensifier leurs réponses nationales coordonnées basées sur les droits et centrées sur la population afin d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services globaux de prévention, de traitement et de soins pour les personnes en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés, y compris les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés ainsi que la continuité des services VIH lors de l'entrée et de la sortie du milieu carcéral et d'autres milieux fermés ;

125. *Demander* au Programme Commun de rendre compte sur les progrès et les actions concrètes prises lors d'une réunion du CCP en 2020.

Conséquences des décisions en termes de coûts : aucune

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	4
II. LA SITUATION ACTUELLE DU VIH EN MILIEU CARCÉRAL ET DANS D'AUTRES MILIEUX FERMÉS	7
Représentation élevée des populations clés en milieu carcéral	8
Femmes	9
Barrières structurelles et surpopulation.....	10
Une nécessité d'une prise de conscience et d'un engagement politique plus forts et d'un financement accru	11
Manque de services dans les prisons	11
Stigmatisation et discrimination	13
Obstacles aux soins de santé et aux services VIH en milieu carcéral.....	14
Manque de continuité des soins	14
III. CATALYSER LES ENGAGEMENTS POLITIQUES AFIN DE RENFORCER UNE APPROCHE DE LA SANTÉ CARCÉRALE FONDÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME ET LA SANTÉ PUBLIQUE.....	15
Engagements politiques mondiaux depuis 2015.....	15
IV. ORIENTATION TECHNIQUE, OUTILS ET ACTIONS DU PROGRAMME COMMUN ET D'AUTRES PARTIES PRENANTES DEPUIS 2015.....	17
V. ACTIONS NATIONALES ET RÉGIONALES depuis 2015.....	19
Afrique subsaharienne.....	20
Moyen-Orient et Afrique du Nord.....	22
Europe orientale et Asie centrale.....	23
Asie et Pacifique.....	24
Amérique latine et Caraïbes	24
VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	26
VII. DÉCISIONS.....	27

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TAR	Thérapie antirétrovirale
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (US)
UE	Union européenne
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
OIT	Organisation internationale du Travail
TSO	Thérapie de substitution des opioïdes
CCP	Conseil de coordination du programme
ODD	Objectifs de développement durable
TB	Tuberculose
CUBRR	Cadre unifié du budget, des résultats et des responsabilités
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
USA	États-Unis d'Amérique
OMS	Organisation mondiale de la Santé

I. INTRODUCTION

1. Plus de 10,35 millions de personnes sont détenues dans le monde entier.¹ La population carcérale mondiale totale annuelle est significativement plus élevée en raison du renouvellement élevé de la population incarcérée. Un tiers des personnes emprisonnées se trouvent dans des centres de détention dans l'attente de leur jugement. Le taux mondial d'incarcération a augmenté de 6% au cours des 15 dernières années et s'est aujourd'hui fixé à 144 pour 100.000. La santé dans les prisons est un aspect compliqué en raison du risque élevé de transmission de maladies infectieuses, telles que le VIH, et de l'accès limité aux services de santé.¹
2. La population carcérale présente une répartition inégale entre les pays. Les États-Unis d'Amérique (USA) affichent le taux d'incarcération le plus élevé et le plus grand nombre de personnes incarcérées au monde, représentant quelque 20% du total mondial.
3. Le VIH est présent en milieu carcéral dans toutes les régions du monde, bien que la prévalence du VIH dans les populations carcérales diffère d'une région à une autre. La prévalence du VIH est particulièrement élevée en Afrique subsaharienne (reflétant la prévalence élevée du VIH dans la population globale) et en Europe de l'Est et en Asie (reflétant la proportion élevée de la population carcérale consommant des drogues injectables). Une évaluation systématique publiée en 2016² a estimé que 389 000 (3,8%) personnes incarcérées vivaient avec le VIH, 1,55 million avec le VHC (15,1%), 492 500 avec une infection chronique au VHB (4,8%), et 286 000 avec une tuberculose active (2,8%).
4. Depuis 2000, la population carcérale féminine totale a augmenté de 50% contre 18% pour la population carcérale masculine. Les femmes incarcérées représentent (5-10% de la population carcérale mondiale. Toutefois, la prévalence du VIH parmi les femmes incarcérées est classiquement plus élevée que parmi la population masculine incarcérée.³
5. Ces données démontrent que la prévention et le traitement de l'infection VIH en milieu carcéral sont un défi mondial. Les milieux carcéraux figurent parmi les lieux dans lesquels les infections VIH peuvent être évitées et dans lesquels les personnes vivant avec le VIH peuvent être dépistées afin de connaître leur statut VIH et de bénéficier d'un traitement et de soins. À l'instar de toute autre personne dans la société, les personnes incarcérées jouissent du droit à la santé. Les établissements pénitentiaires doivent respecter une obligation de santé publique et les droits de l'homme et doivent fournir à leur population les services nécessaires et contribuer à la gestion de l'épidémie de VIH.⁴ La population carcérale doit donc bénéficier de services de santé ainsi que d'une possibilité d'orientation vers les services de santé à leur libération et d'un accès aux services de prévention tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements pénitentiaires. Les rapports précédents ont démontré que les résultats en termes de santé des personnes incarcérées et détenues, y compris les populations clés incarcérées, peuvent être significativement améliorés si un traitement et des programmes globaux de prévention sont disponibles.⁵
6. Au mois d'octobre 2015, la 37^e réunion du Conseil de Coordination du Programme (CCP) de l'ONUSIDA a abordé le problème du VIH en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés.⁶⁷
7. La discussion du CCP s'est tenue peu de temps après que l'Assemblée générale des Nations Unies (ONU) a adopté la résolution « Transformer notre monde : le Programme

de développement durable à l'horizon 2030 », ⁸ qui envisage un monde dans lequel prime le respect universel des droits de l'homme et de la dignité humaine, l'État de droit, la justice, l'égalité et la non-discrimination. En adoptant cette résolution, tous les pays et toutes les parties prenantes s'engagent à ce que personne ne soit abandonné : « reconnaissant que la dignité de la personne humaine est fondamentale, nous souhaitons que les buts et objectifs soient atteints pour toutes les nations et populations et pour tous les segments de la société. Et nous mettrons tout en œuvre pour combler le retard. » ⁹

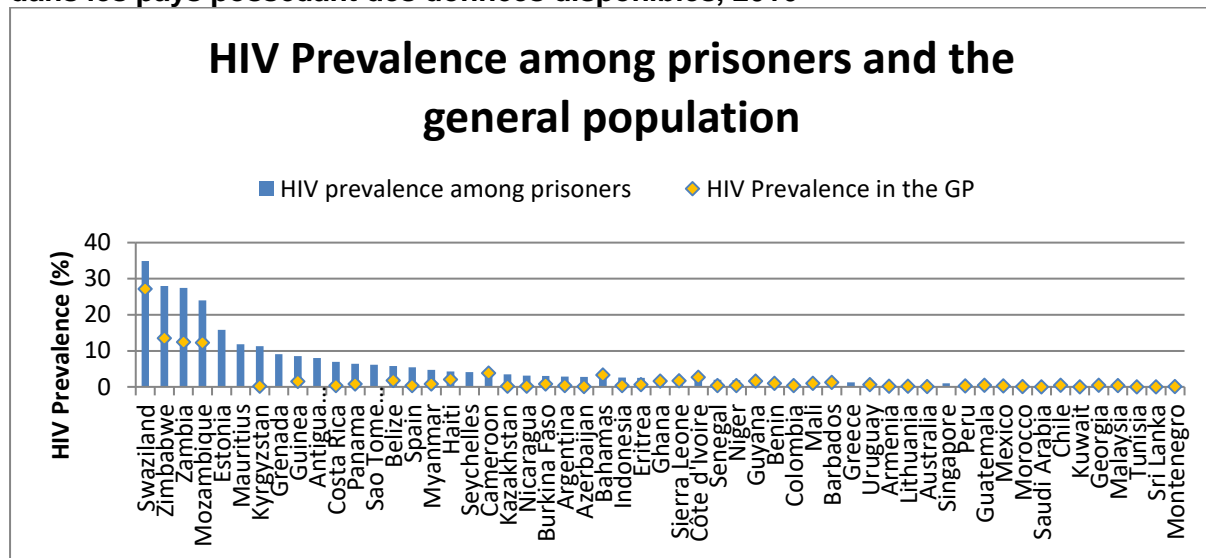
8. Afin de réaliser l'Agenda 2030 et d'atteindre les Objectifs de développement durable (ODD) et ses buts, il est essentiel que des mesures fondées sur les droits de l'homme, adaptées au sexe et à l'âge, ciblant la santé publique et se fondant sur des données probantes soient prises dans le cadre de la prévention, du traitement et des soins du VIH et soient accessibles pour toute la population en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés.
9. La 37e réunion du CCP a adopté la *Stratégie de l'ONUSIDA 2016–2021 : Accélérer l'éradication du SIDA*, faisant de l'ONUSIDA le premier organe de l'ONU à avoir transposé les ODD dans sa stratégie organisationnelle. L'accent a été particulièrement mis sur l'ODD 3 (Bonne santé et bien-être, notamment parvenir à une couverture sanitaire universelle et mettre fin aux épidémies de sida et de tuberculose), l'ODD 5 (Égalité des sexes et autonomisation des femmes), l'ODD 10 (Réduction des inégalités), l'ODD 16 (Paix, justice et institutions efficaces) et l'ODD 17 (Partenariats pour la réalisation des objectifs). ¹⁰
10. La stratégie de l'ONUSIDA dispose que la riposte au VIH a démontré que la prise en compte du spectre complet des droits de l'homme - civils, culturels, économiques, politiques, sociaux, sexuels et reproductifs - est un prérequis afin d'éradiquer l'épidémie de sida et de garantir la dignité, l'égalité et le développement durable. Une approche ciblant la population est nécessaire afin de garantir les droits de *toute* la population. ¹¹
11. Un moyen de réduire le poids de l'épidémie VIH parmi les populations carcérales consisterait à dépénaliser la consommation personnelle de drogue, les relations homosexuelles et le commerce du sexe. Des lois, politiques et pratiques répressives violent les droits de l'homme dans chaque région du monde et induisent l'incarcération de populations clés présentant des risques élevés d'infection au VIH. De plus, comme le précise la Stratégie de l'ONUSIDA, la « criminalisation des minorités sexuelles et de genre, du travail du sexe et de la consommation de drogues contribue à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence à l'encontre des populations clés, y compris par les acteurs étatiques, et constitue un obstacle important à une riposte au VIH fondée sur les droits et des données probantes. » La Stratégie de l'ONUSIDA précise également que les prisons et les autres milieux fermés « ne disposent souvent pas de services de santé adéquats, tandis que le dépistage obligatoire du VIH, souvent mené sans respect de la confidentialité ou de la vie privée, y est courant. » ¹²
12. La législation pénale affecte de manière disproportionnée certains groupes de la population tels que les minorités raciales et ethniques, les migrants et les communautés défavorisées. Le Rapporteur Spécial de l'ONU sur l'Extrême Pauvreté et les Droits de l'Homme a souligné en 2011 que « un nombre excessivement élevé de personnes parmi les plus pauvres et les plus exclues sont arrêtées, détenues et emprisonnées. » ¹³ Bien que la majorité des personnes incarcérées soit des hommes, les disparités sexospécifiques dans la législation pénale affectent les femmes et devraient être reconnues. ¹⁴

13. Si elle est importante, l'élimination ou l'absence de lois et de politiques de lois discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des populations exposées au risque d'infection au VIH, ne suffit pas pour garantir une protection efficace des droits de l'homme et un accès aux services de santé. La protection active des droits des populations marginalisées est essentielle afin d'atténuer la stigmatisation sociale et la discrimination, y compris dans les contextes de la justice pénale et de la prison ; et elle doit être prioritaire.¹⁵
14. L'ONUSIDA s'est engagée à promouvoir et soutenir une riposte efficace au VIH dans les milieux carcéraux et autres milieux fermés, qui fait partie des principales fonctions de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Secrétariat de l'ONUSIDA, y compris en soutenant les pays partenaires, les communautés, les organisations de la société civile et les autres parties prenantes.
15. Ce rapport est une mise à jour du rapport de 2015 sur le VIH en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés.¹⁶ Il présente une actualisation sur le VIH en milieu carcéral et d'autres milieux fermés dans le monde entier, décrit les modifications essentielles intervenues et met en exergue les principaux éléments d'une riposte fructueuse au VIH dans ces milieux, conformément aux décisions prises lors du 37^e CCP. Ces décisions sont les suivantes :
- « Demande (Demandait) au Programme Commun d'aider les États membres et la société civile à accélérer les efforts pour élargir l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins en rapport avec le VIH pour les personnes vivant en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés, y compris les personnes vivant avec le VIH et les autres populations clés, conformément à la Stratégie 2016–2021 de l'ONUSIDA : Accélérer la riposte pour mettre fin à l'épidémie de SIDA et à rendre compte des mesures concrètes prises en ce sens lors d'une future réunion du Conseil de Coordination du Programme ;
 - « Encourage (Encourageait) le Programme Commun et les partenaires concernés à s'attaquer aux problèmes relatifs au VIH et à la santé en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés en s'appuyant sur ce dynamisme et en s'engageant totalement dans la Session Spéciale de 2016 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le problème mondial de la drogue et dans la Réunion de haut niveau de 2016 sur le VIH. »¹⁷
16. Ce rapport présente également les données les plus récentes sur la situation épidémiologique afférente aux infections au VIH, au virus de l'hépatite B et C (VHC) et de la tuberculose (TB), et décrit la riposte au VIH dans ces milieux. Il souligne le potentiel d'expansion et d'amélioration des programmes VIH dans les établissements carcéraux et fournit des exemples d'actions prises afin d'introduire une approche fondée sur les droits et la santé publique dans les prisons. Enfin, le rapport formule des recommandations clés pour des actions au niveau national et mondial.

II. LA SITUATION ACTUELLE DU VIH EN MILIEU CARCÉRAL ET DANS D'AUTRES MILIEUX FERMÉS

17. Au niveau mondial, la prévalence du VIH parmi la population carcérale est nettement plus élevée que dans la population globale,¹⁸ à savoir que la population carcérale peut, en moyenne, présenter un taux d'infection au VIH cinq fois plus élevé que parmi les adultes de la population globale.¹⁹ Pourtant, la réaction à ce constat a été défailante.

Figure 1 : Prévalence du VIH parmi la population carcérale et la population globale dans les pays possédant des données disponibles, 2016



Source : Surveillance mondiale du SIDA, 2017.

GP = Population Globale

18. Les comportements à risques tels que partager des aiguilles et des seringues usagées, des rapports sexuels non protégés et la violence sexuelle, exposent la population carcérale à un risque accru d'infection au VIH et au virus de l'hépatite, tandis que la surpopulation et une mauvaise ventilation augmentent le risque de transmission de la TB. De plus, les populations clés (telles que les personnes qui consomment des drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et, dans certains pays, les transgenres, les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes) semblent être surreprésentées parmi les populations carcérales. Dans de nombreux pays, la criminalisation de la consommation de drogues et de certains comportements sexuels semble induire une représentation élevée des populations clés, telles que les personnes qui consomment des drogues injectables, dans les milieux carcéraux.²⁰

L'absence de services de dépistage et de prévention du VIH et de services de traitement en prison peut également contribuer à l'augmentation du risque et de la prévalence du VIH parmi la population carcérale.

19. Les milieux carcéraux offrent une excellente opportunité de traitement et de soins, avec une perte minimale de suivi au cours de la période d'incarcération. Les programmes de prévention du VIH fournissent également des opportunités permettant de corriger les comportements à risques et les conditions afférentes à une large palette d'autres maladies contagieuses qui sont prévalentes en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés.

Représentation élevée des populations clés en milieu carcéral

20. Les lois, politiques et pratiques répressives engendrent l'incarcération des personnes les plus affectées par le VIH, telles que les personnes qui consomment des drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe, qui sont démesurément représentées dans les prisons du monde entier. Plus de 100 pays criminalisent le commerce du sexe ou des aspects de ce dernier,²¹ alors que 72 pays²² pénalisent les relations homosexuelles. Une telle application de la législation pénale augmente le risque d'incarcération des professionnel(le)s du sexe, des transgenres, des homosexuels et des autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. De plus, les lesbiennes, gays, bisexuels ou transgenres incarcérés sont confrontés à des risques majeurs de violences sexuelles ou autres et d'abus en milieu carcéral.²³ Outre le risque de transmission du VIH en milieu carcéral, les membres des populations clés qui sont détenus ou emprisonnés peuvent également avoir été exposés à un risque élevé d'infection par le VIH avant leur incarcération.²⁴ La disponibilité de services de prévention du VIH et de réduction des risques, ainsi que de l'examen et du dépistage du VIH et des comorbidités associés, telles que le virus de l'hépatite C et de la TB, est importante afin de garantir le droit de base de la santé aux personnes incarcérées.
21. De nombreux pays ont adopté des législations spécifiques pour le VIH ou ont invoqué des dispositions générales de la législation pénale afin de poursuivre les personnes vivant avec le VIH qui n'ont prétendument pas dévoilé leur statut VIH avec des relations sexuelles (non-divulgaration VIH), exposé d'autres au VIH (exposition au VIH) et/ou transmet le VIH (transmission du VIH). En 2016, 72 pays possédaient une législation spécifique pour le VIH et de nombreux pays autorisent également la criminalisation du VIH en vertu de la loi de droit commun. Des poursuites de personnes vivant avec le VIH en vertu de ces lois ont été rapportées dans 61 pays.²⁵ Ces lois et leur application engendrent l'incarcération de personnes vivant avec le VIH, y compris les membres de populations clés et de groupes défavorisés, qui sont rapportés comme étant particulièrement visés par la criminalisation du VIH dans certains pays.
22. Depuis le mois d'octobre 2017, plus de 30 pays ont maintenu la peine capitale pour des infractions en matière de stupéfiants²⁶ et un pourcentage significatif de la population carcérale se compose de personnes condamnées pour des délits relatifs à leur consommation de drogue, qui sont dépendantes à la drogue ou qui souffrent de problèmes de santé mentale. Il a été estimé que 56–90% des personnes qui consomment des drogues injectables seront incarcérées, selon le pays, à une étape de leur vie. Dans certains pays, les personnes qui consomment des drogues injectables représentent 50% de la population détenue dans des milieux fermés. Pourtant, la thérapie de substitution des opioïdes (TSO) et d'autres traitements de la dépendance à la drogue, les programmes relatifs aux aiguilles et seringues et la distribution de naloxone afin de gérer les overdoses aux opioïdes en prisons, sont excessivement rares et sont souvent totalement absents.²⁷
23. Nombre des défis associés à l'infection au VIH, à la consommation de drogues et aux problèmes de santé mentale dans les milieux fermés peuvent être réduits si des alternatives non privatives de liberté à l'emprisonnement étaient mises en place pour la consommation ou la détention de drogues à usage personnel et pour la petite délinquance en 2017. La réforme des législations relatives aux stupéfiants ayant pour objet de diminuer l'incarcération pour consommation de drogues, comme tel est le cas au Portugal, et pour la fourniture de services se fondant sur des éléments probants, y compris le traitement de la dépendance aux drogues et de la santé mentale, dans les communautés, peut également permettre de relever ce défi.^{28 29 30 31} De très nombreuses personnes incarcérées consommant de la drogue sont associées à un risque accru de

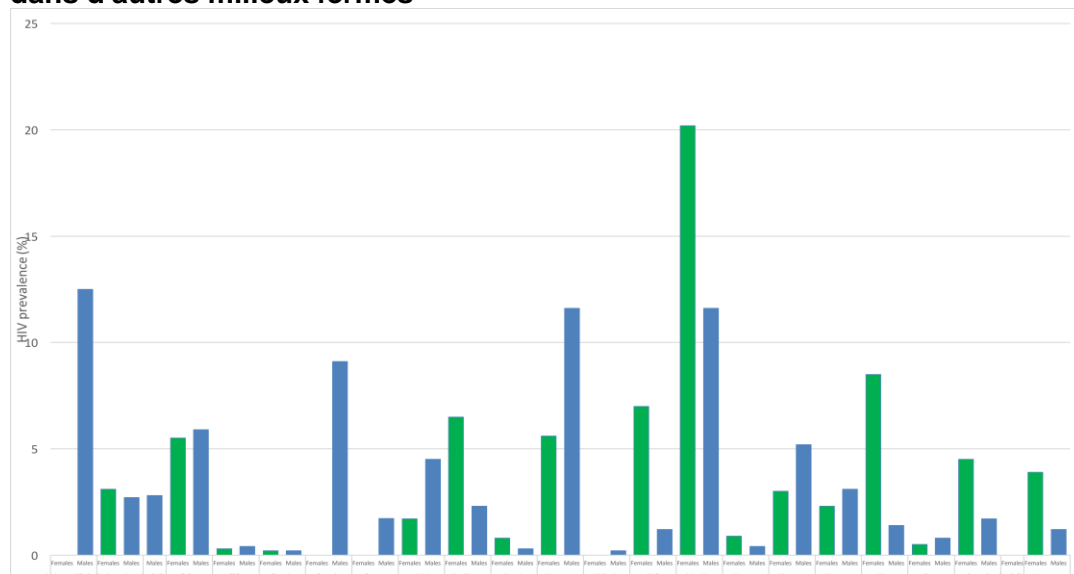
transmission du VIH. De plus, de nombreux prisonniers consomment des drogues injectables pour la première fois en milieu carcéral.³²

24. Les systèmes de justice pénale engendrant de longs délais avant que les accusations soient jugées et dans lesquels les établissements pénitentiaires peuvent être surpeuplés, facilitent le risque de transmission du VIH et d'autres infections contagieuses au cours de la détention. Même si les normes relatives aux droits de l'homme imposent des motifs spécifiques et limités permettant la détention préventive, le recours arbitraire et excessif à ce type de détention est un problème mondial en matière de respect des droits de l'homme.³³ Les détenus en préventive représentent, en moyenne, 30% de la population détenue dans des milieux fermés. Toutefois, l'accès aux soins de santé en détention préventive est encore plus difficile qu'en prison.³⁴
25. Les transgenres sont également exposés à un risque accru d'abus en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés,³⁵ et leurs expériences durant l'incarcération ont démontré avoir des effets dévastateurs sur leur bien-être et leur santé.³⁶ Un rapport de 2016 a mis en exergue des pourcentages élevés de femmes transgenres étant les victimes sexuelles d'autres prisonniers ou du personnel de la prison.³⁷

Femmes

26. Les femmes représentent une minorité de la population carcérale (5–10%)³⁸, avec des estimations de 700 000 femmes et filles détenues dans des établissements pénitentiaires dans le monde entier. Les femmes incarcérées semblent provenir de groupes socialement marginalisés et sont plus susceptibles de travailler dans le commerce du sexe et/ou de consommer des drogues que les femmes composant le reste de la population.³⁹ Ces facteurs contribuent à la probabilité accrue des femmes vivant avec une infection au VIH en milieu carcéral. D'autres facteurs accroissent également le risque des femmes de contracter la TB, y compris la co-infection avec le VIH, à savoir la surpopulation et le manque d'accès aux services de santé.⁴⁰ Les femmes incarcérées sont particulièrement vulnérables aux agressions sexuelles, y compris le viol, commises par d'autres prisonnières et le personnel de la prison. Elles sont également exposées au risque d'exploitation sexuelle et peuvent s'adonner au commerce du sexe en échange de biens.⁴¹

Figure 2 : Prévalence du VIH parmi les hommes et les femmes en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés

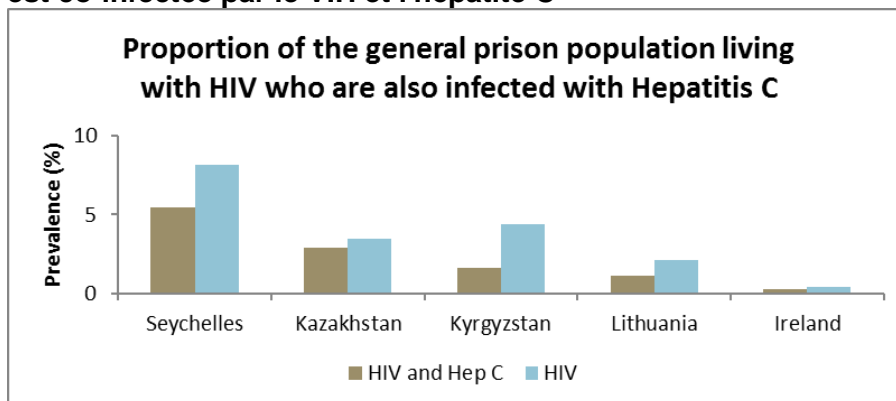


Source : Surveillance mondiale du SIDA, 2017.

Barrières structurelles et surpopulation

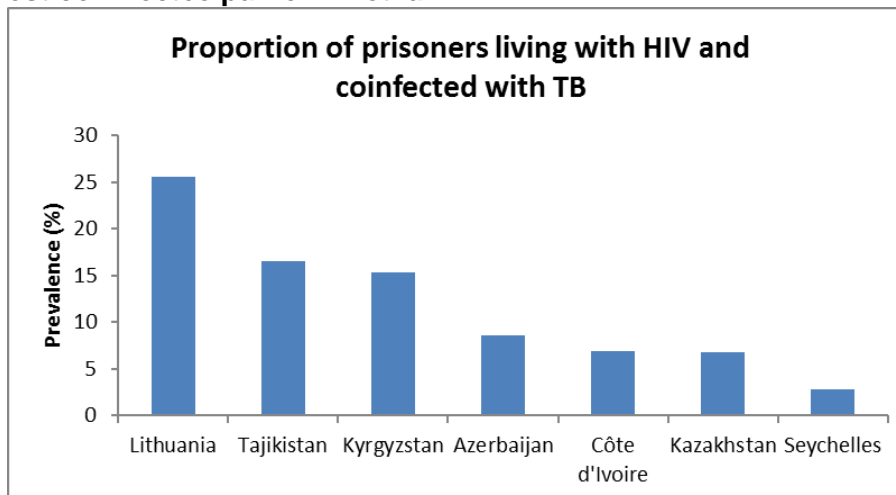
27. La surpopulation carcérale est un problème mondial. La surpopulation peut entraver la prévention et la gestion des maladies infectieuses et d'autres menaces sanitaires. En 2017, 115 pays affichaient, selon l'International Center for Prison Studies, un taux d'occupation carcéral supérieur à 100%, dont 22 pays dont le taux était supérieur à 200%, et quatre pays avec un taux d'occupation de plus de 300%.⁴²
28. La surpopulation, les conditions sanitaires catastrophiques et une ventilation défective mettent la santé des personnes incarcérées en grand danger, en augmentant leur exposition aux maladies infectieuses, telles que la TB et le virus de l'hépatite, facilitent la violence, le harcèlement et les agressions sexuelles, en limitant l'accès aux exercices et aux environnements en plein air et en comprenant la nutrition, l'alimentation et l'hygiène de base.⁴³ People living with HIV are especially susceptible to tuberculosis.
29. L'absence de programmes de seringues et d'aiguilles et d'autres services de réduction des risques dans les prisons augmente les risques d'infection associés à la consommation de drogues injectables. L'utilisation d'un équipement d'injection contaminé lors de la consommation de drogues est une des voies privilégiées de transmission du VIH en milieu carcéral.⁴⁴

Figure 3 : Proportion de la population carcérale et dans d'autres milieux fermés qui est co-infectée par le VIH et l'hépatite C



Source : Surveillance mondiale du SIDA, 2017.

Figure 4 : Proportion de la population carcérale et dans d'autres milieux fermés qui est co-infectée par le VIH et la TB



Source : Surveillance mondiale du SIDA, 2017.

Une nécessité d'une prise de conscience et d'un engagement politique plus forts et d'un financement accru

30. En milieu carcéral, les services médicaux sont souvent sous-financés et les membres du personnel qui sont chargés de fournir les services de santé ne sont pas nécessairement formés à remplir ces fonctions. Dès lors, l'hygiène régnant dans les centres de santé et de l'équipement médical et dentaire peut être défectueuse et le personnel de santé peut être dépourvu de la formation nécessaire afin de prendre les précautions universelles. Cela augmente le risque de transmission du VIH, du virus de l'hépatite et d'autres maladies contagieuses.
31. Les responsables de la santé devraient posséder les compétences et déterminer en toute indépendance les mesures de prévention, de traitement et les autres besoins sanitaires de leurs patients, y compris les éventuels transferts dans des services de santé publique. Répondre aux besoins sanitaires des détenus peut contribuer à la réhabilitation et à l'intégration fructueuse dans la communauté entendue au sens plus large. Le transfert du contrôle sur les services de santé dans des milieux fermés aux autorités sanitaires publiques aura un impact positif sur la fourniture d'un ensemble global d'interventions en matière de VIH dans des milieux fermés en milieu carcéral et bénéficiera à la santé publique en général.⁴⁵
32. Le financement des budgets de soins de santé pour les prisons devrait refléter les besoins particuliers en soins de santé de la population carcérale et devrait être traité comme faisant partie intégrante du secteur de la santé publique.⁴⁶

Manque de services dans les prisons

33. L'absence de volonté politique et, dès lors, de ressources est le principal motif expliquant l'impossibilité de mettre en œuvre des programmes globaux permettant de réduire le risque de transmission du VIH en milieu carcéral et l'incapacité de protéger la santé des personnes incarcérées vivant avec le VIH. Les préoccupations sécuritaires des agents pénitentiaires sont souvent citées pour expliquer ce constat, et ce, car il est estimé, à tort, que de tels programmes encourageraient la consommation de drogue par voie injectable et un comportement sexuel à risque parmi les personnes incarcérées et les détenus.
34. Diverses législations, politiques, pratiques entravent la distribution de préservatifs à la population en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés dans la plupart des pays. En 2017, seuls quelque 40 pays ont rapporté que des préservatifs et du lubrifiant étaient mis à la disposition de la population carcérale au titre de service de prévention du VIH, et seuls 23 pays ont souligné que des préservatifs avaient été distribués. Près de 70 pays ont confirmé que les préservatifs n'étaient pas disponibles en milieu carcéral.^{47 48}
35. Dans les pays dans lesquels des préservatifs sont mis à disposition en milieu carcéral, il est souvent malaisé de se les procurer (la distribution étant limitée à un petit nombre d'établissements) et les lubrifiants sont rarement fournis. L'accès au préservatif féminin est encore moins aisé. Dans de nombreux pays, l'accès aux préservatifs en milieu carcéral est limité aux locaux des visites conjugales et ne peuvent être utilisés entre personnes incarcérées. L'accès à ces outils de prévention devrait être facilité : des pratiques sexuelles à risque facilitent la transmission du VIH et d'autres maladies sexuelles transmissibles en milieu carcéral.^{49 50}

36. La disponibilité et l'accessibilité à un dépistage confidentiel et volontaire du VIH et à un traitement sont des composantes essentielles des services VIH, qui devraient être fournis en milieu carcéral. En 2017, 68 pays ont rapporté posséder des lois et politiques ayant pour objet de proposer des services de dépistage du VIH confidentiels, gratuits et accessibles pour toutes les personnes incarcérées, et ce, à tout moment, et de procéder au dépistage avec le consentement éclairé des individus qui sont alors orientés vers des services de conseil confidentiels et post-dépistage.⁵¹

37. La réduction des risques est une autre composante importante de la prévention du VIH parmi les personnes incarcérées. Elle inclut la mise à disposition de seringues et aiguilles stériles et d'une TSO aux personnes incarcérées qui consomment des drogues injectables. Actuellement, seuls 8 pays mènent au moins un programme relatif aux seringues et aiguilles en milieu carcéral et 52 pays disposent au moins d'un local réservé à la TSO en milieu carcéral (une augmentation de 21% par rapport à 2014).⁵² Les données relatives au nombre de seringues et d'aiguilles distribuées en prison et le nombre ou la proportion de personnes incarcérées suivant une TSO, sont rares. Des efforts plus soutenus sont nécessaires afin d'améliorer le contrôle et l'évaluation de ces services afin de garantir que les services de réduction des risques et de prévention du VIH soient accessibles pour les personnes qui les réclament.

38. En 2017, 104 pays ont rapporté disposer de politiques permettant de proposer la TAR à toutes les personnes incarcérées vivant avec le VIH.⁵³ Les données de 2016 indiquaient que 27 pays sur 30 affirmaient fournir une TAR à au moins 50% des personnes incarcérées *et vivant avec le VIH*.⁵⁴ Il convient de souligner que cela ne signifie pas que 50% des personnes incarcérées vivant avec le VIH bénéficiaient de la TAR. Toutefois, cela met en exergue la possibilité d'atteindre et de soigner cette population clé de personnes vivant avec le VIH.

39. Le tableau 1 ci-dessous illustre une hausse relativement importante des mesures bénéfiques. Toutefois, la mesure dans laquelle ces politiques sont mises en œuvre est inconnue. Par exemple, les données relatives aux services de dépistage du VIH et de traitement en milieu carcéral et d'autres milieux fermés, sont limitées. Un meilleur contrôle et une évaluation plus pointue des services VIH existants peuvent permettre de réduire la transmission du VIH, les maladies induites par le VIH et la mortalité en milieu carcéral, et peuvent éclairer les améliorations nécessaires.

Figure 5 : Couverture de la TAR parmi les personnes incarcérées vivant avec le VIH

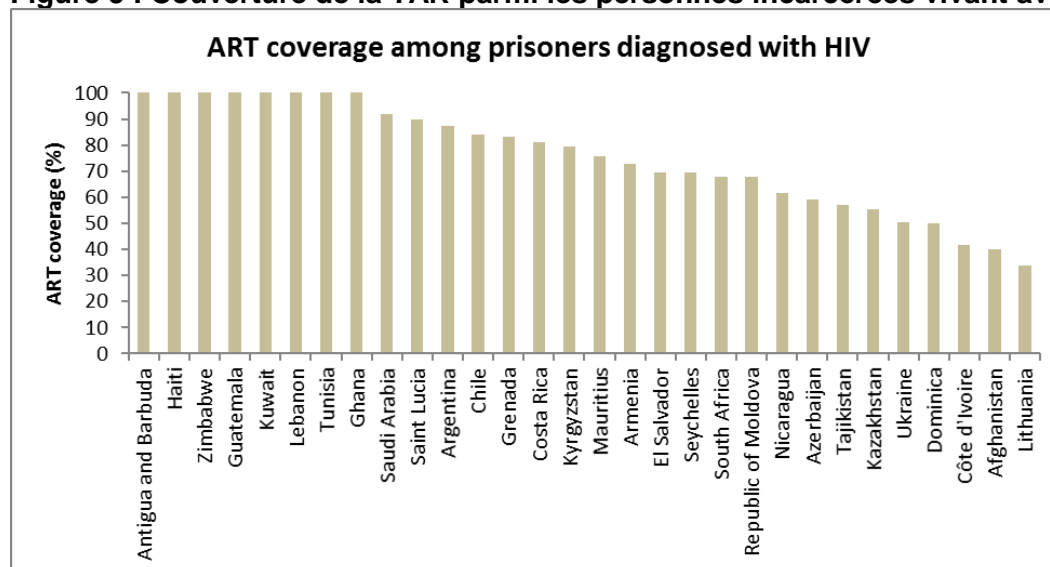


Tableau 1 : Mesures rapportées par les gouvernements et la société civile, 2016

Reported Policy	Reported by government			Reported by civil society		
	#Countries reporting	#Reporting policy	%Reporting Policy	#Countries reporting	#Reporting Policy	%Reporting Policy
Needle and syringe distribution	129	8	6%	122	9	7%
Opioid substitution therapy offered	126	24	19%	121	21	17%
Condoms and lube distributed	127	50	39%	123	42	34%
HIV testing: Informed Consent	128	113	88%	118	108	92%
HIV testing: Free	128	126	98%	120	116	97%
HIV testing: Confidential	124	118	95%	118	106	90%
HIV testing: Available any time	122	101	83%	117	86	74%
HIV Testing: Relevant IEC distributed	122	114	93%	115	97	84%
HIV testing: Pre- & Post-test confidential counselling	124	117	94%	118	102	86%
HIV testing: Equal access to test	125	114	91%	118	101	86%
ART available to all prisoners in country	125	119	95%	121	99	82%
Participate in national response planning	127	34	27%	118	29	25%
Condoms for prisoner in national condom strategy	109	52	48%	N/A	N/A	N/A

Source: 2017 National Commitments and Policy Instrument.

Stigmatisation et discrimination

40. La stigmatisation et la discrimination fondées sur le VIH en milieu carcéral ont des conséquences dramatiques sur la santé physique et psychologique de la population carcérale et peuvent entraver les mesures efficaces de prévention du VIH, de traitement et de soins. Elles peuvent dissuader les personnes exposées à un risque d'infection au VIH de prendre des précautions ou de se soumettre au dépistage du VIH et d'accéder aux services de traitement.⁵⁵

41. L'ONUJDC, l'OMS et l'ONUSIDA ont souligné que le dépistage obligatoire du VIH chez les personnes incarcérées est tant immoral qu'inefficace,⁵⁶ et devrait être interdit. L'écartement ou l'isolation forcée des personnes vivant avec le VIH en milieu carcéral et dans des milieux fermés a des effets préjudiciables sur la santé physique et mentale des personnes vivant avec le VIH en milieu carcéral, et viole leurs droits.⁵⁷ Toutefois, le dépistage obligatoire et la ségrégation des personnes vivant avec le VIH en milieu carcéral sont toujours d'actualité dans certains pays.⁵⁸

42. Ces pratiques devraient cesser. Les politiques discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH ne devraient pas être promulguées ni mises en œuvre.⁵⁹ Tous les programmes de dépistage du VIH dans des milieux fermés devraient être liés aux programmes de soins et de traitement du VIH.

Obstacles aux soins de santé et aux services VIH en milieu carcéral

43. Le manque d'accès aux services de prévention du VIH expose les personnes incarcérées à un risque accru d'infection au VIH. Il expose également les personnes vivant avec le VIH en prison à un risque accru de santé déclinante, de co-infection avec la TB et le virus de l'hépatite, et à une mort éventuelle.

44. L'intégration de la fourniture des soins de santé et des systèmes d'assistance sociale entre les prisons et la communauté est souvent déficiente. Les soins de santé communautaires et les services de bien-être social incluent rarement les prisons dans leur planning et leurs services, et ce, notamment, car la responsabilité des services de santé en prison est assumée par le Ministère de l'Intérieur ou le Ministère de la Justice, plutôt que par le Ministère de la Santé. La coordination nécessaire est encore rendue plus complexe par le fait que les prisons et autres milieux fermés de nombreux pays sont exploités par des sociétés privées (même si les normes afférentes aux droits de l'homme s'appliquent toujours à ces conventions).⁶⁰

45. Une coordination efficace entre les services de santé et le système judiciaire pénal, plus particulièrement en ce qui concerne la police et les centres de détention préventive, est essentielle afin de répondre aux besoins sanitaires des personnes transitant par ces établissements. Les cellules de police et les centres de détention préventive sont souvent inadaptés pour fournir un traitement essentiel (par ex., TSO, TAR ou traitement de la TB), en raison d'un manque de moyens, de l'absence de directives politiques claires et d'une coordination défailante entre les services de santé des centres de détention et ceux de la communauté.

46. La continuité des soins lors de l'entrée et de la libération de prison représente également un défi, et ce, une fois de plus, en raison du manque de coordination entre les différents départements gouvernementaux. Cela contribue au désintérêt pour la santé des personnes incarcérées.

Manque de continuité des soins

47. La santé en milieu carcéral a rarement été considérée comme un problème général de santé publique, en raison, notamment, de la nature fermée des prisons et des lieux de détention.⁶¹ Pourtant, la détention ou l'emprisonnement est temporaire pour la grande majorité des personnes transitant par ces établissements ; ces personnes réintègrent ensuite leurs communautés ; les personnes emprisonnées et dans d'autres milieux fermés font partie de la communauté. L'ONUSIDA l'a souligné en 1996 quand elle a déclaré : « Les prisonniers sont la communauté. Ils proviennent de la communauté et la réintègrent. La protection des prisonniers est la protection de nos communautés. »⁶²

48. Les personnes incarcérées nécessitent des périodes d'ajustement incluant une continuité des services tant lors de leur entrée en prison que lorsqu'elles réintègrent la communauté après leur libération. Des programmes de suivi des soins sont essentiels afin que les personnes puissent bénéficier, lors de leur libération, du soutien nécessaire afin de poursuivre leurs traitements. L'interruption d'une thérapie antirétrovirale (TAR) peut réduire à néant les bénéfices du traitement et induire une nouvelle transmission du VIH lors d'une remontée de la charge virale. L'interruption du traitement peut également engendrer une résistance aux médicaments et un échec du traitement dans le futur. Le

lien avec les soins au sein de la communauté est donc vital, tant pour les individus que pour les communautés qu'ils intègrent. Il garantit que les bénéficiaires de la prestation des services relatifs au VIH (et par analogie, le traitement de la TB et d'autres maladies, et la TSO) en milieu carcéral ne soient pas perdus quand les personnes recouvrent leur liberté.⁶³ Dès lors, les programmes de prévention du VIH en milieu carcéral doivent également garantir un lien avec la poursuite des services en dehors du milieu carcéral après la libération.⁶⁴

49. La TAR, les services de réduction des risques, tels que la TSO et les programmes relatifs aux seringues et aiguilles, le dépistage du VIH, les conseils et les soins devraient également être accessibles aux personnes libérées et réintégrant la communauté entendue au sens large.

III. CATALYSER LES ENGAGEMENTS POLITIQUES AFIN DE RENFORCER UNE APPROCHE DE LA SANTÉ CARCÉRALE FONDÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME ET LA SANTÉ PUBLIQUE

50. Cette section examine les actions prises afin de renforcer une approche, se fondant sur les droits de l'homme et la santé publique, des problèmes relatifs au VIH et à la santé en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés. Elle énumère les engagements et actions politiques pris au niveau mondial depuis 2015 et décrit ensuite les directives techniques et outils ayant été introduits ainsi que les actions prises par le Programme Commun et d'autres acteurs depuis 2015. La section finale fournit des exemples d'actions prises au niveau régional et national et met en exergue l'exemple du Vietnam.

Engagements politiques mondiaux depuis 2015

51. *Agenda 2030 pour le développement durable (septembre 2015)*⁶⁵ Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 envisage un monde où règne le respect universel des droits de l'homme et de la dignité humaine, l'état de droit, la justice, l'égalité et la non-discrimination. En adoptant cette résolution, tous les pays et toutes les parties prenantes s'engagent à ce que personne ne soit abandonné : « reconnaissant que la dignité de la personne humaine est fondamentale, nous souhaitons que les buts et objectifs soient atteints pour toutes les nations et populations et pour tous les segments de la société. Et nous mettrons tout en œuvre pour combler le retard. »⁶⁶
52. *Stratégie 2016–2021 de l'ONUSIDA : Accélérer l'élimination du sida*⁶⁷ (août 2015). Afin de réduire l'inégalité dans l'accès aux services et aux produits, le domaine de résultats 4 a pour objet de garantir que des services de prévention combinée du VIH soient accessibles pour les populations clés, dont les personnes incarcérées, et réclame la disponibilité de services et de produits VIH et de santé efficaces et appropriés dans un environnement social, légal et politique favorable, ainsi que l'engagement véritable de ces groupes dans la riposte.
53. *Assemblée générale de l'ONU - UN General Assembly— Règles minima de l'ONU pour le traitement des détenus (Règles Nelson Mandela) (décembre 2015)*.⁶⁸ Les « Règles Nelson Mandela », telles que convenues à l'ONU en 2015, disposent que la fourniture de soins de santé aux personnes incarcérées relève de la responsabilité du gouvernement et devrait être gratuite et sans discrimination fondée sur le statut juridique.⁶⁹ Les règles 24 à 35 soulignent la fourniture de services de soins de santé en milieu carcéral. La règle 24 dispose que :

- La fourniture de soins de santé aux personnes incarcérées est une responsabilité de l'État. Ces personnes devaient bénéficier des mêmes normes de soins de santé que celles valant pour l'ensemble de la communauté et devraient pouvoir accéder gratuitement aux services de soins de santé nécessaires sans discrimination fondée sur leur statut juridique.
- Les services de soins de santé devraient être organisés en étroite collaboration avec l'administration générale en charge des soins de santé, et ce, d'une manière garantissant la continuité du traitement et des soins, y compris du VIH, de la TB et d'autres maladies infectieuses, et de la dépendance aux drogues.

54. *Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les drogues*

⁷⁰(avril 2016) En préparation de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le problème mondial de la drogue, l'ONUDC a organisé sept dialogues régionaux sur la politique en matière de drogues et le VIH, en désignant notamment la stigmatisation et la discrimination comme des obstacles majeurs à la riposte au VIH. Au mois d'avril 2016, les États membres ont adopté un document final qui favorise l'accès, par les personnes incarcérées, à une large palette d'interventions, dont le traitement psychosocial, comportemental et médicalement assisté. Il souligne également l'importance de la réhabilitation, de la réinsertion sociale et des programmes d'aide à la désintoxication en milieu carcéral et après la libération, et a porté une attention particulière aux besoins spécifiques des femmes, des enfants et des jeunes.

55. Le document final soutient l'accès, sur une base non discriminatoire, à des services de santé, de prise en charge et de protection sociale dans le cadre des programmes de prévention, de soins primaires et de traitement, y compris ceux offerts aux détenus condamnés ou aux prévenus, qui doivent être équivalents aux services disponibles en milieu libre. Il a également réclamé des actions afin de veiller à ce que les femmes, y compris les détenues, aient accès à des services de santé et de conseil adaptés, notamment à ceux qui sont particulièrement nécessaires pendant la grossesse.

56. *Déclaration politique 2016 sur l'élimination du sida*⁷¹ (juin 2016) La déclaration politique sur l'élimination du sida réaffirme l'engagement de mettre fin à l'épidémie de sida à l'horizon 2030 et à atteindre les objectifs et buts fixés par l'Agenda 2030. Elle souligne explicitement l'importance de la promotion, de la protection et de la réalisation de tous les droits de l'homme et de la dignité des personnes qui vivent avec le VIH, qui risquent d'être infectées ou qui sont affectées par le VIH, comme étant un objectif et un moyen de mettre fin à l'épidémie de SIDA.⁷² La déclaration politique souligne que de nombreux programmes nationaux de prévention, de dépistage et de traitement du VIH proposent un accès insuffisant aux services pour les populations clés, dont les personnes incarcérées.⁷³

57. La déclaration politique regrette également le peu de progrès réalisés dans la réduction de la transmission du VIH parmi les personnes consommant des drogues injectables et demande de garantir l'accès aux services afférents au VIH, y compris les services de traitement et de sensibilisation, dans les établissements carcéraux et les autres milieux de détention.⁷⁴

58. Au mois de juillet 2016, la Commission africaine sur les droits de l'homme et des personnes a publié des *Directives sur les conditions d'arrestation, de détention policière et de détention préventive en Afrique*. Les directives soulignent que la détention préventive affecte démesurément les populations défavorisées et marginalisées qui sont peu susceptibles de pouvoir se permettre une représentation et une assistance juridique. Les directives appellent aux États africains afin qu'ils prennent les mesures légales, politiques et autres afin de mettre un terme aux arrestations, aux détentions et aux détentions préventives violant les droits de l'homme.⁷⁵

59. *Commission des stupéfiants*⁷⁶ (mars 2017). La Commission des stupéfiants a voté la Résolution 60/8, qui réclame des mesures de prévention du VIH et des maladies véhiculées par le sang et associées à la consommation de drogues. Elle en appelle également aux États membres et aux autres donateurs afin qu'ils poursuivent le financement bilatéral de la riposte mondiale au SIDA et qu'ils continuent de garantir que ce financement contribue à lutter contre l'épidémie croissante du VIH parmi les personnes qui consomment des drogues injectables et contre le VIH en milieu carcéral.
60. *Commission sur la prévention du crime et la justice pénale*⁷⁷ (mai 2017). Une résolution votée par la Commission sur la prévention du crime et la justice pénale invite les États membres à inclure les prisons dans leurs efforts visant à éliminer la transmission mère-enfant du VIH. Elle demande spécifiquement à l'ONUDC d'élaborer, sur la base des directives internationales et en collaboration avec les coparrainants concernés, une note d'orientation technique sur les mesures de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en milieu carcéral, et de soutenir les États membres dans l'augmentation de leur capacité à mettre en œuvre ces directives dans les prisons.

IV. ORIENTATION TECHNIQUE, OUTILS ET ACTIONS DU PROGRAMME COMMUN ET D'AUTRES PARTIES PRENANTES DEPUIS 2015

61. *Orientation technique sur la continuité des services VIH en milieu carcéral (à venir)*. L'ONUDC élabore une orientation technique afin de garantir la continuité des services VIH pour les personnes lors de leur incarcération, de leur transfert entre des établissements carcéraux et de leur libération. Parmi les défis à relever, elle inclura une directive permettant de lutter contre le taux élevé de décès par overdose parmi les détenus récemment libérés. Le manuel devrait être présenté lors de la Conférence internationale sur le SIDA qui se tiendra à Amsterdam en 2018.
62. *Guide sur le VIH et le SIDA en milieu carcéral (2008)*.⁷⁸ Ce guide a été mis à jour en 2017 pour les décideurs politiques, les gestionnaires de programmes, les directeurs de prisons et les prestataires de soins de santé en milieu carcéral. Il fournit des informations et des orientations aux individus et entités qui gèrent les prisons et travaillent avec les personnes incarcérées. Ce guide actualisé mettra en exergue une offre complète de services VIH en milieu carcéral et inclura un module permettant de répondre aux besoins sanitaires spécifiques des femmes incarcérées, et ce, conformément aux normes internationales.
63. *Guide technique pour la PTME*.⁷⁹ Afin de se conformer à la résolution de la 26^e session de la Commission sur la prévention du crime, l'ONUDC et ses partenaires ont développé en 2017 un guide technique sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en milieu carcéral. Le guide soutiendra les pays dans la fourniture de soins essentiels afférents au VIH et d'autres soins de santé aux femmes incarcérées afin de garantir la prestation ininterrompue de ces services pendant la grossesse. Il devrait être finalisé en 2018.
64. *Outil pour le contrôle de la réduction des risques en milieu carcéral*. En 2016, Harm Reduction International a développé un outil pour un contrôle mieux informé, plus cohérent et durable du VIH, du VHC, de la TB et de la réduction des risques en milieu carcéral, par des mécanismes de contrôle nationaux, régionaux et internationaux se fondant sur les droits de l'homme.⁸⁰
65. *Évaluer le respect des « Règles Nelson Mandela » : Une liste de contrôle pour les mécanismes internes d'inspection (août 2017)*.⁸¹ Les règles minima de l'ONU pour le traitement des détenus (les « Règles Nelson Mandela ») représentent les normes

minimales universellement admises pour la gestion des établissements pénitentiaires et le traitement des détenus. Elles ont eu un impact considérable dans l'élaboration des législations, politiques et pratiques pénitentiaires dans le monde entier. L'ONUDDC a établi une liste de contrôle afin de faciliter la tâche des États membres menant des inspections internes ou administratives afin d'évaluer la conformité de leurs systèmes pénitentiaires nationaux avec les règles, ce qui facilite leur mise en œuvre au niveau national.

66. *Directives consolidées de l'OMS sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés, 2016*⁸² Ces directives proposent un ensemble complet de recommandations relatives au VIH et se fondant sur des éléments probants pour les populations clés, y compris les personnes incarcérées. Elles ont pour objet d'intensifier la sensibilisation relative aux besoins et aux priorités des populations clés et d'améliorer l'accès, la couverture et l'intégration de services efficaces et acceptables. Elles transmettent également une base de connaissances permettant de mobiliser un engagement plus concret afin de financer et d'implémenter les services de manière appropriée.
67. *Agenda pour l'éradication de la discrimination dans les centres de soins de santé*. En mars 2016, le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'Alliance mondiale pour les personnels de santé de l'OMS ont conjointement lancé le Programme afin d'orienter la sensibilisation collective, le leadership, la responsabilité et la mise en œuvre d'actions étayées par des données probantes. L'objectif est d'éliminer la discrimination dans tous les centres de soins de santé, y compris en milieu carcéral.⁸³
68. Les programmes régionaux de l'ONUDDC soutiennent les pays dans l'élaboration de ripostes nationales efficaces au VIH en milieu carcéral. Par exemple, le *Programme régional pour les États arabes, 2016–2021*,⁸⁴ comprend un sous-programme sur la santé en milieu carcéral et invite les autorités nationales à améliorer l'accès aux services de santé dans ces établissements. Dans le cadre du programme, l'ONUDDC plaide, en collaboration avec les États membres et les organisations de la société civile, en faveur d'un meilleur accès des personnes incarcérées aux services de santé. Le programme souligne la nécessité de prioriser l'implémentation de l'offre complète de services de prévention, de traitement et de soins du VIH dans les prisons, comme cela est réclamé dans la politique générale de l'ONUDDC/OIT/PNUD/OMS et ONUSIDA.⁸⁵
69. Lors de la Journée internationale Nelson Mandela en 2016, l'Association africaine des services correctionnels et le Réseau de partenariat sur le VIH dans les prisons en Afrique ont lancé un appel urgent appelant à des actions afin de lutter contre le VIH et d'améliorer la santé dans les établissements pénitentiaires en Afrique. L'appel a été lancé à la suite d'une consultation panafricaine sur le VIH et la santé en milieu carcéral, qui s'est tenue à Durban, Afrique du Sud, durant la Conférence internationale sur le SIDA en 2016. L'appel reconnaît les progrès réalisés dans l'amélioration de l'égalité de l'accès aux services de santé et VIH en milieu carcéral depuis la première *Déclaration d'engagement des pays d'Afrique australe et orientale en faveur de la prévention, des soins, du traitement du VIH et du SIDA en milieu carcéral et su support y afférent*, qui a été adoptée en 2009. Toutefois, il met également en lumière la charge constamment élevée de la maladie en prison ainsi que les différents défis à relever, obstacles à surmonter et fossés à combler.
70. *Questionnaire de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) sur la consommation de drogues parmi les personnes incarcérées et les directives méthodologiques (avril 2017)*.⁸⁶ Cet outil a été développé pour collecter des informations pouvant être utilisées dans le but d'améliorer les services et installations sanitaires pour les personnes incarcérées et d'améliorer leur état physique, psychologique et social.

71. Les *Évaluations de l'environnement légal pour la tuberculose : un guide opérationnel* du PNUD,⁸⁷ publié au mois de juillet 2017, a pour objet de faciliter la constitution d'une capacité nationale pour un processus inclusif permettant de développer, pour la TB, un cadre basé sur les droits de l'homme et d'harmoniser les législations et les politiques nationales avec ce cadre. Les droits des personnes incarcérées jouissent d'une attention particulière.
72. *Using complaints to address healthcare violations: A guide for healthcare users and community-based organisations*,⁸⁸ publié au mois d'août 2016 par le Centre des litiges sud-africain, inclut des exemples de violations des soins de santé dont les détenus sont les victimes.
73. Le *Guide de développement de la capacité du Fonds mondial du PNUD*, publié en 2017, comprend une section consacrée aux facilitateurs essentiels.⁸⁹ Il propose une orientation pratique sur la manière de promouvoir et de protéger les droits de l'homme et l'égalité des sexes et développe des environnements légaux et politiques favorables pour tous, y compris les personnes incarcérées et les autres populations clés, dans les stratégies et programmes nationaux relatifs au VIH, à la TB et à la malaria.
74. Un groupe de travail informel a été constitué en 2017 afin de coordonner les efforts afférents à l'intensification de la sensibilisation aux problèmes sanitaires de la population carcérale et dans d'autres milieux fermés. Il se compose de représentants des départements de l'OMS en charge du VIH et de la TB, de l'ONUUDC, de l'ONUSIDA, du Centers for Disease Control and Prevention américain (CDC), du Comité International de la Croix Rouge, de Harm Reduction International et de Stop TB.
75. L'OMS envisage d'élaborer une mise à jour technique sur les prisons et le VIH, la TB, le virus de l'hépatite et la consommation ou la dépendance aux drogues. Cette mise à jour pourrait consolider les recommandations et directives pertinentes relatives aux services de prévention, de dépistage et de traitement, y compris les documents de 2007 de « Preuves pour l'action » de l'OMS/ONUUDC/ONUSIDA.
76. Le Fonds mondial pour la lutte contre le SIDA, la tuberculose et la malaria (Fonds mondial) élabore sa première note informative sur les prisons, avec le support du secrétariat de l'ONUSIDA, du CDC, du Comité international de la Croix Rouge, de Harm Reduction International et d'autres acteurs essentiels.
77. Le secrétariat de l'ONUSIDA et l'ONUUDC participeront à une réunion internationale sur la santé en milieu carcéral, qui se tiendra à Lisbonne du 10 au 12 décembre 2017, et qui est coparrainée par OMS Europe, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies et Public Health England.
78. Le Secrétariat de l'ONUSIDA a ajouté un ensemble d'indicateurs au système de contrôle mondial du SIDA en 2017. Dans le cadre de leur adhésion à la Déclaration politique de 2016 sur l'éradication du SIDA, les pays sont désormais invités à rapporter également sur leurs politiques et leur riposte au VIH en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés.⁹⁰

V. ACTIONS NATIONALES ET RÉGIONALES DEPUIS 2015

79. Le PNUD a assisté des pays de l'Afrique subsaharienne, d'Amérique latine et de la région Asie-Pacifique dans l'organisation de dialogues nationaux sur le VIH, les droits de l'homme et la législation et a mené des évaluations de l'environnement légal des politiques, lois et pratiques. Cette dernière action incluait la garantie d'un accès à des

services VIH acceptables, abordables et de bonne qualité, y compris des services de réduction des risques, et à une réforme légale afin de protéger les droits des personnes consommant des drogues en milieu carcéral. L'initiative a, par exemple, contribué *au plan d'action national de 2016 des Seychelles pour le VIH et le SIDA ayant pour objet d'éliminer les obstacles légaux* ; au *Rapport de 2016 sur l'évaluation de l'environnement légal pour le VIH et le SIDA au Lesotho*, et à *l'évaluation de 2015 de l'environnement légal pour la riposte au VIH/SIDA au Nigeria*.

80. Le partenariat PNUD/Fonds mondial, qui soutient les programmes relatifs à la TB dans 11 pays, a débuté la mise en œuvre de nouvelles subventions relatives à la TB au Belize, à Djibouti, au Kirghizstan, au Panama et au Turkménistan. La subvention cible les populations particulièrement vulnérables à la TB, y compris les personnes incarcérées. Grâce à une étroite collaboration avec les gouvernements nationaux et les organisations de la société civile, cette initiative a permis à 820 000 personnes de bénéficier d'un traitement de la TB, dont 18 000 personnes recevant un traitement pour une TB multi-résistante.

Afrique subsaharienne

81. L'ONUSDC a lancé un nouveau programme relatif à la prévention, au traitement et aux soins du VIH dans les prisons en Afrique subsaharienne pour la période 2017–2020 ; ce programme se fonde sur les expériences et résultats d'autres programmes de l'ONUSDC en Afrique australe. Le programme a pour objet d'intensifier la riposte au VIH et de glisser vers une approche de prestation de services face au VIH et les droits de santé reproductive et sexuelle dans les prisons dans les pays qui bénéficient actuellement de l'assistance technique de l'ONUSDC. Ces pays sont les suivants : Angola, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland, République de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe. En répondant sur mesure aux besoins des pays et en remédiant aux manquements de ces derniers, l'ONUSDC appuie les ripostes nationales adaptées au sexe, orientées sur les droits de l'homme et se fondant sur des éléments probants.
82. L'ONUSDC a poursuivi l'implémentation de la prévention, du traitement, des soins du VIH et du support dans les établissements pénitentiaires dans le projet mené dans 10 pays de l'Afrique subsaharienne : Angola, Éthiopie, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland, République de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe. Le projet a développé le premier guide de prestation de services VIH pour le VIH en milieu carcéral en Afrique subsaharienne, ce qui inclut des directives, des procédures opérationnelles standard et des manuels de formation couvrant sept domaines thématiques. Le matériel a été présenté à lors de la Conférence internationale sur le Sida qui s'est tenue à Durban au mois de juillet 2016.
83. Le PNUD a poursuivi l'implémentation de la subvention régionale VIH du Fonds mondial pour l'Afrique afin d'éliminer les obstacles légaux à l'accès, de constituer un partenariat avec AIDS and Rights Alliance d'Afrique du Sud, Enda Santé, le réseau kényan pour les problèmes légaux et éthiques sur le VIH et le SIDA, et le Centre des litiges sud-africain. La subvention a pour objet de renforcer l'environnement légal et politique afin de réduire l'impact du VIH et de la TB sur les populations clés de 10 pays de l'Afrique subsaharienne : Botswana, Côte D'Ivoire, Kenya, Malawi, Nigeria, Sénégal, Seychelles, République de Tanzanie, Ouganda et Zambie. Les juristes ayant participé aux formations ont représenté avec succès des clients dans des affaires criminelles.
84. Le Forum régional africain des juges sur le VIH, les droits de l'homme et la Loi, créé en 2014, délibère sur la jurisprudence relative au VIH et à la TB dans le cadre d'une initiative du PNUD ayant pour objet de sensibiliser les doyens et de préserver les droits des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au VIH. Les discussions sur le VIH et

la TB en milieu carcéral dans des perspectives de santé et de loi pénale ont été au centre de la réunion annuelle de 2017. Les juges qui ont participé aux réunions ont participé à des décisions importantes relatives au VIH en milieu carcéral.

85. Au Zimbabwe, l'ONUSDC a finalisé une évaluation de la prévalence de la TB et des facteurs associés à la transmission de la TB en milieu carcéral en 2016.⁹¹ Il a également mené une étude sur une sélection de services de santé en prison, a documenté les bonnes pratiques et a réalisé une évaluation légale des règles, législations et politiques affectant le VIH en milieu carcéral.
86. La première politique de santé des services correctionnels en Namibie et le plan stratégique ont été développés en 2015 avec le support technique de l'ONUSDC, qui a également rééquipé deux ambulances pour les services correctionnels namibiens afin de garantir la prestation des services de santé dans des établissements pénitentiaires isolés.
87. Au Kenya, des activités de constitution de capacité permettant de répondre aux besoins sanitaires des femmes incarcérées ont été menées et un accès permanent à la TSO a été proposé aux personnes hospitalisées ou incarcérées en 2017. L'ONUSDC a fourni un appui technique à l'Administration pénitentiaire fédérale sur les interventions sur le VIH en milieu carcéral, dont le développement et l'implémentation d'une stratégie en cascade et une procédure opérationnelle standard pour l'éducation par les pairs. L'ONUSDC a contribué à la traduction en amharique du manuel de formation sur le VIH, *Une approche intégrée du VIH et du SIDA en milieu carcéral*.
88. En Zambie, l'ONUSDC et le PNUD ont contribué aux réformes pénitentiaires, à la promotion de la santé et à la prévention du VIH en milieu carcéral, et ce, conformément aux « Règles Nelson Mandela ». En collaboration avec le Centre pour le contrôle des maladies infectieuses en Zambie et l'ONG In-But-Free, l'ONUSDC a participé à la révision des programmes de formation du personnel pénitentiaire conformément aux Règles en 2017. En partenariat avec le CDC, le Ministère de la Santé et le Service correctionnel zambien, l'ONUSDC a réalisé une évaluation rapide des modes de transmission du VIH et d'autres maladies contagieuses en milieu carcéral.
89. En 2015, l'ONUSDC a également participé en Zambie à l'opérationnalisation du Plan Stratégique de la santé 2015-2020 des Services correctionnels zambiens et a facilité la création d'un Centre pilote de soins de santé en milieu carcéral (Clinique de la prison à sécurité moyenne de Kabwe) pour la fourniture de soins de santé primaires et des services intégrés de santé sexuelle et reproductive et VIH. Elle a fourni de l'équipement et du mobilier médical afin d'améliorer les services cliniques.
90. En République de Tanzanie, l'ONUSDC a aidé le service pénitentiaire national en remeublant un centre de santé modèle qui fournit des services tant aux détenus qu'au personnel pénitentiaire. En 2016, l'ONUSDC a fourni une assistance technique, a aidé les ministères concernés dans le développement du matériel de formation, de procédures opérationnelles standard et de directives sur les interventions relatives au VIH en milieu carcéral.

Moyen-Orient et Afrique du Nord

91. L'ONUSD a plaidé pour l'alignement des plans de secteur sanitaire pénitentiaire sur l'offre complète recommandée de services de prévention, de traitement et de soins du VIH en milieu carcéral. En 2017, elle a mis en place des activités de constitution de capacité pour les hauts fonctionnaires de différents ministères de tutelle et directions en Égypte, au Maroc et en Tunisie, sur la réduction des risques et le VIH, le virus de l'hépatite, les maladies sexuellement transmissibles et la prévention de la TB, le traitement et les soins des détenus masculins et féminins, conformément aux normes internationales. De plus, elle a dirigé, en 2016 et 2017 et en collaboration avec le Comité international de la Croix rouge, deux ateliers régionaux destinés aux cadres supérieurs des établissements carcéraux et aux médecins et consacrés à la santé en milieu carcéral.
92. Au mois d'août 2016, l'ONUSD a organisé à Téhéran un atelier régional de sensibilisation et de constitution de capacité sur la prévention, le traitement et les soins du VIH en milieu carcéral ; cet atelier était réservé aux cadres supérieurs des prisons, aux gestionnaires nationaux des programmes relatifs au VIH et aux professionnels de la santé travaillant sur le VIH dans les prisons d'Afghanistan, d'Iran (République Islamique), du Kazakhstan, du Kirgizstan, du Pakistan, du Tadjikistan et de l'Ouzbékistan. Les recommandations ont souligné, notamment, la nécessité d'élargir les services VIH et les autres services de santé se fondant sur des éléments probants, sur les droits et tenant compte de l'âge et du sexe, à toutes les personnes incarcérées, d'améliorer la qualité et d'optimiser la couverture des services VIH efficaces en milieu carcéral et d'améliorer les informations stratégiques permettant d'orienter les politiques et actions et de garantir la responsabilisation.
93. En Afghanistan, l'ONUSD a fourni une assistance technique au Ministère de la Santé publique dans le cadre du développement d'un cadre stratégique national 2016–2020 pour la prévention et le contrôle du VIH, a plaidé pour l'élimination des obstacles légaux afin d'améliorer l'accès aux services de réduction des risques, y compris les programmes relatifs aux seringues et aiguilles, à la TSO et aux préservatifs, dans sept prisons (Badakhshan, Balkh, Ghazni, Herat, Kandahar, Kunduz et Nangrahar). L'ONUSD a également contribué au développement d'une proposition globale au Fonds mondial.
94. Le PNUD a poursuivi l'implémentation des subventions du Fonds mondial pour le VIH, la TB, la malaria et le renforcement du système de santé en Afghanistan, où la consommation de drogue injectable est le principal vecteur de l'épidémie de VIH. La subvention VIH permet de fournir des services de prévention essentiels aux populations clés, et plus particulièrement les personnes qui consomment des drogues injectables et la population carcérale.
95. Au Maroc, l'ONUSD a réalisé, en 2016, une évaluation du VIH et de la consommation de drogue dans cinq prisons et a participé à une constitution de capacité afin de répondre aux besoins sanitaires des femmes incarcérées.⁹² En Égypte, l'ONUSD a contribué à la création de trois centres de dépistage du VIH et de conseil dans trois régions et a dispensé une formation aux autorités pénitentiaires afin de répondre aux besoins sanitaires des femmes incarcérées. En Libye, l'ONUSD a organisé une session de formation et un voyage d'étude à Beyrouth, Liban, pour 14 professionnels du Centre national libyen de contrôle des maladies et d'organisations de la société civile travaillant sur la prévention, le traitement et les soins du VIH en milieu carcéral.

Europe orientale et Asie centrale

96. En Ukraine, L'ONUSD et ses partenaires ont plaidé avec succès pour l'introduction de la TSO en milieu carcéral, que le Gouvernement a approuvée en 2016. L'ONUSD a contribué à la stratégie et à un plan d'action sur les réponses soutenables aux épidémies de TB et de VIH. Un support technique a été fourni aux autorités sanitaires pénitentiaires afin de développer des procédures opérationnelles standard afférentes à la TAR et au dépistage du VIH et au conseil, ainsi qu'une formation sur la gestion des cas de VIH/TB et le dépistage du VIH et le conseil en milieu carcéral.
97. L'ONUSD a aidé cinq établissements de formation du personnel pénitentiaire en Ukraine dans le cadre du développement d'un manuel de formation aux fins d'une formation sur le terrain au VIH pour le personnel pénitentiaire et de la conduite d'un atelier consacré à la formation des formateurs en 2016. Les efforts de l'ONUSD ont permis de garantir que le personnel pénitentiaire soit régulièrement formé aux problèmes afférents au VIH, aux droits de l'homme, à la stigmatisation et à la discrimination tant le cadre des programmes de formation et de développement existants du personnel.
98. En coopération avec la Police nationale d'Ukraine et l'Académie nationale des Affaires internes, l'ONUSD a produit, en 2015-2016, du matériel vidéo de formation au VIH, à la sécurité au travail, à la surveillance policière des populations clés et au rôle de la police dans les ripostes au VIH ; cette vidéo a été vue par 14 000 officiers de police.
99. En Moldavie, l'ONUSD a participé à la constitution de capacité des organisations de la société et communautaires et a contribué à améliorer la disponibilité des services VIH et d'autres services de santé en milieu carcéral en facilitant l'implémentation en prison d'activités relatives aux seringues et aiguilles, à la TSO et à la réduction des risques. Depuis 2015, des événements de sensibilisation des organisations de la société civile et communautaires, au respect de la loi et des autorités pénitentiaires, des agences de l'ONU et d'autres partenaires, ont été organisés. En 2016, l'ONUSD a contribué au développement d'un manuel destiné au personnel pénitentiaire et consacré à la prévention globale du VIH en milieu carcéral. Une évaluation de l'accessibilité, de la couverture et de la qualité de l'offre complète de services en milieu carcéral a été menée afin d'orienter le développement d'un plan d'action et l'ajustement des politiques et pratiques concernées conformément aux « Règles Nelson Mandela ».
100. Au Kazakhstan, une évaluation des alternatives à l'incarcération des délinquants toxicomanes n'ayant commis aucun crime violent a été finalisée en 2016. Au Kirgizstan et au Tadjikistan, l'ONUSD a évalué les méthodes existantes et a noué des partenariats pour le contrôle et l'évaluation des services VIH en prison. L'ONUSD a également identifié les domaines d'amélioration et de fourniture d'une assistance technique ciblée et de constitution de capacité. Les activités permanentes se focalisent sur l'aide à la collecte, à l'analyse et au rapportage de données harmonisées dans les milieux carcéraux et centres de détention préventive en coordination avec les partenaires nationaux et internationaux.
101. Depuis 2015, l'ONUSD mène au Kirgizstan un dialogue national et a facilité la collaboration entre les partenaires de la société civile, le Ministère de la Santé et d'autres organes gouvernementaux pour le développement d'une feuille de route relative à la transition au financement national de la réduction des risques. Le projet de feuille de route a été présenté au Fond de l'Assurance santé et au Ministère des Finances. Les efforts de sensibilisation ont permis d'affecter le financement national à la fourniture de seringues et d'aiguilles pour les services de réduction des risques de VIH en milieu carcéral. Dans le cadre de son partenariat avec le Fonds mondial, le PNUD approvisionne, dans le cadre d'une coordination avec le gouvernement kirghize, les

hôpitaux pénitentiaires en médicaments et équipements de laboratoire, y compris la méthadone et des médicaments utilisés dans le traitement du VIH et de la TB.

102. Dans le cadre des activités régionales de l'ONUSIDA, une évaluation des alternatives à l'incarcération pour les délinquants toxicomanes n'ayant commis aucun crime violent a été finalisée et un rapport d'évaluation régionale couvrant l'Afghanistan, l'Iran, le Kazakhstan, le Kirghizstan, le Pakistan, le Tadjikistan et l'Ouzbékistan, a été publié au mois de juin 2016.

Asie et Pacifique

103. En 2016, le PNUD, le secrétariat de l'ONUSIDA et la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique ont publié une *Évaluation des progrès nationaux dans l'élimination des obstacles légaux et politiques à l'accès universel aux services VIH dans la région Asie-Pacifique*. Le rapport met en exergue les progrès, les défis et les priorités futures dans le cadre de l'élimination des obstacles légaux et politiques afin de garantir un accès universel aux services VIH dans la région, y compris en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés.
104. Au Népal, l'ONUSIDA a développé, en 2017, les capacités des prestataires de soins de santé en milieu carcéral et des ONG concernées sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en milieu carcéral. L'ONUSIDA a dispensé une formation aux décideurs politiques, aux hauts fonctionnaires chargés du respect de la loi, aux forces de police armées et aux autorités pénitentiaires afin de les sensibiliser à la consommation de drogue, aux conventions sur les drogues et aux « Règles Nelson Mandela ».
105. Au Pakistan, l'ONUSIDA a renforcé, en 2017, les capacités des prestataires de soins de santé en milieu carcéral et des membres des ONG concernées sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en milieu carcéral dans deux provinces. L'ONUSIDA a également soutenu l'établissement des services VIH dans deux prisons pour femmes (Karachi et Hyderabad), et ce, pour les femmes consommant des drogues. Des activités de sensibilisation ont été menées sur le sexe sans risque, les pratiques d'injection sans risques, l'utilisation du préservatif, l'éducation sanitaire, l'hygiène (tant pour les prisonniers et le personnel pénitentiaire), le conseil et le dépistage volontaire, les soins de santé primaire et le traitement des maladies sexuellement transmissibles.
106. Depuis 2015, l'ONUSIDA mène une sensibilisation en Indonésie sur les approches se fondant sur des éléments probants afin d'améliorer la qualité du dépistage VIH et les services de conseil en milieu carcéral, et a contribué à l'amélioration de la prise de conscience parmi les fonctionnaires gouvernementaux et les ONG de la nécessité de protéger la santé des femmes en milieu carcéral.
107. Au Myanmar, l'ONUSIDA soutient, depuis 2016 et conjointement avec l'OMS et l'ONUSIDA, le développement des procédures opérationnelles standard pour les services de soins de santé en milieu carcéral, avec l'inclusion des 15 interventions clés de l'offre complète.

Amérique latine et Caraïbes

108. Au mois de janvier 2017, le PNUD et le Fonds mondial ont annoncé un accord de subvention pour les programmes TB e, Bolivie, en se focalisant sur les co-infections TB/VIH, la TB résistance et la TB parmi la population carcérale.

109. Au Panama, un dialogue national a résulté sur un engagement du gouvernement de renforcer la prévention et les soins du VIH en milieu carcéral et de développer une nouvelle législation nationale relative au VIH. Le projet de la nouvelle loi a été rédigé et est dans l'attente d'une promulgation.

EXEMPLE DE CAS NATIONAL : VIETNAM

Au Vietnam, l'ONUSD et ses partenaires ont soutenu avec succès le gouvernement dans l'élargissement du premier site de TSO en milieu carcéral (ouvert en 2015). L'ONUSD a dispensé une formation sur la prévention et les soins du VIH aux membres du personnel et aux pairs-éducateurs en prisons, incluant la fourniture de services de TSO. Plus de 80 pairs-éducateurs masculins de la prison de Phu Son (Thai Nguyen) ont bénéficié d'une formation pour les formateurs sur la prévention du VIH et le traitement de la dépendance aux drogues, qui pourrait bénéficier à 1.200 détenus dans leurs prisons respectives. Du matériel d'information et d'éducation sur la prévention du VIH et les bénéfices de la méthadone a également été produit et distribué.

L'ONUSD et le Ministère de la Sécurité publique a évalué la phase pilote de la fourniture de la TSO en milieu carcéral, en concertation avec les autorités respectives de la santé nationale et du SIDA, de la sécurité et des prisons, les représentants des autorités de contrôle national des drogues et les communautés des personnes qui consomment des drogues. De plus, l'ONUSD et ses partenaires ont organisé des réunions de sensibilisation avec 180 cadres supérieurs pénitentiaires provenant de 57 prisons nationales afin de dresser le bilan de la phase pilote. Sur la base de la phase pilote, il a été recommandé d'élargir les services de TSO à d'autres prisons. Parmi les leçons tirées, l'importance du leadership pénitentiaire et de la collaboration étroite avec les unités de prestation de service communautaires de la TSO pour promouvoir l'expansion des interventions, a été soulignée. Un plan d'extension des services de TSO en milieu carcéral a été convenu et l'ONUSD a été invité à aider le gouvernement à garantir une implémentation fructueuse.

En 2017, l'ONUSD a fourni une assistance technique à 60 prisons et a formé les travailleurs de soins de santé vietnamiens en milieu carcéral afin d'améliorer la qualité des services de conseil et de dépistage du VIH et d'assurer la continuité des soins et du traitement VIH pour les personnes incarcérées, et ce, conformément aux normes internationales. L'ONUSD a également évalué la situation actuelle et a identifié les besoins en termes d'assistance technique ciblée et de constitution de capacité afin de contrôler et d'évaluer les services VIH en prisons. L'ONUSD a ensuite participé au développement et à la mise en ligne d'un outil électronique pour le contrôle de l'épidémie de VIH et des services en milieux carcéral, y compris la formation pratique du personnel de la santé en milieu carcéral.

L'ONUSD a facilité un voyage d'étude au Vietnam pour les Ministères de l'Intérieur et de la Santé et du bien-être familial du Bangladesh et le Centre international pour la recherche sur les maladies diarrhéiques, afin de partager les leçons tirées au Vietnam et de promouvoir l'expansion des programmes de TSO dans les communautés et les établissements pénitentiaires.

VI. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

110. Le VIH en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés est un problème relevant de la santé publique et des droits de l'homme et devrait être pris en charge d'urgence. Les parties prenantes devraient intensifier les actions afin de garantir l'élimination de l'épidémie de sida, en tant que menace pour la santé publique, à l'horizon 2030, en n'abandonnant personne, comme requis dans la Stratégie 2016-2021 de l'ONUSIDA et conformément à l'Agenda 2030 pour le développement durable et la Déclaration politique sur l'éradication du SIDA. Afin d'atteindre ces objectifs, il est essentiel que les mesures pour une prévention, un traitement et des soins VIH globaux, fondées sur les droits de l'homme, adaptées au sexe et à l'âge, ciblant la santé publique et se fondant sur des données probantes soient accessibles pour toute la population en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés.
111. La charge du VIH, de la TB et du virus de l'hépatite dans des lieux d'incarcération peut être réduite grâce à des réformes légales, politiques et de la justice pénale prévenant toute incarcération injuste et évitant une détention préventive prolongée. Ces étapes peuvent être combinées à des moyens supérieurs et des engagements politiques renforcés afin de garantir des conditions appropriées de confinement et de disponibilité des mesures de prévention globales du VIH et des soins médicaux en milieu carcéral. Des liens forts et efficaces avec les soins lors de la libération sont également urgents.
112. Une approche de la maladie et de la prévention en milieu carcéral basée sur la santé publique doit être adoptée et les services de prévention (incluant la réduction des risques) et de traitement doivent être proposés.
113. Des programmes de relation doivent être créés et promus afin d'aider les détenus libérés à se réinsérer dans la communauté, avec l'assurance d'accéder à la TAR et aux autres services de santé.
114. Des législations, politiques et programmes de protection doivent être mis en place et doivent être dûment financés, contrôlés et mis en œuvre.
115. Le rapportage national à l'ONUSIDA sur la riposte au VIH en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés a débuté en 2017. La capacité du secrétariat à observer les progrès dans ce domaine grandira au fil du temps et sera illustrée dans les rapports futurs.

À ces fins, les pays sont invités à :

116. Éliminer les lois, politiques et pratiques répressives, plus particulièrement contre les populations clés, qui engendrent une surpopulation des prisons et d'autres milieux fermés et qui entravent l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH basés sur les droits et des éléments probants.
117. Intégrer les soins du VIH, les défis afférents à la santé mentale et l'addiction des personnes vivant dans des milieux fermés ;⁹³
118. Améliorer la génération et la diffusion d'informations stratégiques sur la situation épidémiologique et les ripostes au VIH et d'autres maladies infectieuses en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés afin de mieux éclairer les décisions d'implémentation de la politique et/ou du programme ;

119. Élargir les services de grande qualité, de santé globale, y compris le VIH, en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés afin d'atteindre toute la population carcérale, en mettant particulièrement l'accent sur les populations clés affectées ;
120. Intensifier les actions coordonnées menées par les gouvernements, les communautés et la société civile, les donateurs internationaux, l'ONUSIDA et d'autres partenaires dans et entre les pays, afin d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de prévention, de traitement et de soins du VIH ;
121. Développer et mettre en œuvre des initiatives de réforme pénitentiaire ciblant les conditions de vie et de travail sous-jacentes, et implémenter une offre complète de services de prévention, de traitement et de soins du VIH en milieu carcéral ;
122. Garantir que les services globaux englobent des liens avec les services de prévention, de soins et de traitement au sein de la communauté après la libération.⁹⁴

VII. DÉCISIONS

Le Conseil de Coordination du Programme est invité à :

123. *Prendre note* du rapport ;
124. *Demander* au Programme Commun de soutenir les États membres, les organisations de la société civile, les communautés et les autres parties prenantes pertinentes dans leurs efforts ayant pour objet d'intensifier leurs réponses nationales coordonnées basées sur les droits et centrées sur la population afin d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services globaux de prévention, de traitement et de soins pour les personnes en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés, y compris les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés ainsi que la continuité des services VIH lors de l'entrée et de la sortie du milieu carcéral et d'autres milieux fermés ;
125. *Demander* au Programme Commun de rapporter sur les progrès et les actions concrètes prises lors d'une réunion du CCP en 2020.

[Fin du document]

RÉFÉRENCES ET NOTES

-
- ¹ Walmsley R. World Prison Population List (11e édition). Londres : World Prison Brief; 2016 (http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition_0.pdf).
- ² Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-Mbah M, Galvani A, Kinner SA et al. La charge mondiale du VIH, de l'hépatite virale et de la tuberculose parmi les personnes incarcérées et les détenus. *Lancet*. 2016;388(10049):1089-1102.
- ³ Suivi mondial du sida de l'ONUSIDA 2017.
- ⁴ Pont J, Stöver H, Wolff H. Dual loyalty in prison health care. *Am J Public Health*. 2012;102(3):475-80.
- ⁵ Rapports techniques sur le VIH en milieu carcéral. Genève : OMS/ONUSIDA ; 2007.
- ⁶ UNAIDS/PCB (37)/15.21 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151012_UNAIDS_PCB37_15-21_EN.pdf)
- ⁷ Les termes « milieu carcéral et autres milieux fermés » renvoient à tous les lieux de détention dans un pays et les termes « personnes incarcérées et détenues » font référence à toutes les personnes détenues dans ces milieux, y compris les adultes et les jeunes, durant l'enquête sur un délit, dans l'attente d'un jugement, après jugement, avant et après jugement, UNAIDS/PCB (37)/15.21 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151012_UNAIDS_PCB37_15-21_EN.pdf).
- ⁸ Assemblée générale des Nations Unies, 70e session, points 15 et 116 de l'Ordre du jour, Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015, A/RES/ 70/1 Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 - (http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf)
- ⁹ Assemblée générale des Nations Unies, 70e session, points 15 et 116 de l'Ordre du jour, Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015, A/RES/ 70/1 Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 - (http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf)
- ¹⁰ Stratégie 2016–2021 de l'ONUSIDA : Accélérer l'éradication du SIDA. Genève : ONUSIDA ; 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf).
- ¹¹ Stratégie 2016–2021 de l'ONUSIDA : Accélérer l'éradication du SIDA. Genève : ONUSIDA ; 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf).
- ¹² Stratégie 2016–2021 de l'ONUSIDA : Accélérer l'éradication du SIDA. Genève : ONUSIDA ; 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf).
- ¹³ Rapport du Rapporteur Spécial sur l'Extrême Pauvreté et les Droits de l'Homme, A/66/265.
- ¹⁴ Au mois de février 2017, l'ONUSIDA et le HCDH ont conjointement organisé une réunion d'experts à Bellagio sur la « Compréhension et la création de synergies afin de prévenir le mauvais usage de la législation pénale et son impact, sur les femmes, les professionnel(les) du sexe, les personnes qui consomment des drogues, les personnes vivant avec le VIH et les LGBT. » L'ONUSIDA soutient également le développement et l'approbation d'une Déclaration de consensus mondial sur la science du VIH dans le contexte de la législation pénale (publication prévue au mois de février 2018).
- ¹⁵ Affronter la discrimination : Éliminer la stigmatisation et la discrimination afférentes au VIH dans les structures sanitaires et au-delà. Genève : Programme Commun ONU sur le VIH/SIDA ; 2017 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf).
- ¹⁶ Point 6 de l'ordre du jour ONUSIDA : VIH en milieu carcéral et autres milieux fermés (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151012_UNAIDS_PCB37_15-21_EN.pdf).
- ¹⁷ UNAIDS/PCB (37)/15.21 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151012_UNAIDS_PCB37_15-21_EN.pdf).
- ¹⁸ Directives consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Genève : OMS ; 2014.
- ¹⁹ Assemblée générale de l'ONU, 70e session, Point 11 de l'ordre du jour, Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 8 juin 2016, 70/266 Déclaration politique sur le VIH et le SIDA : Accélérer la lutte contre le VIH et éradiquer l'épidémie de SIDA à l'horizon 2030 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf).
- ²⁰ Dolan K, Moazen B, Noori A, Rahimzadeh S, Farzadfar F, Hariga F. People who inject drugs in prison: HIV prevalence, transmission and prevention. *Int J Drug Policy*. 2015;26 Suppl 1:S12–5.
- ²¹ Sexuality, Poverty & Law Programme, Map of sex work law (<http://www.spl.ids.ac.uk/sexworklaw>).
- ²² Carroll A, Mendos LR. State-sponsored homophobia—A world survey of sexual orientation laws: Criminalization, protection and recognition, 12th edition. Genève : International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association ; 2017 (http://ilga.org/downloads/2017/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2017_WEB.pdf).
- ²³ Issues—Police, jails and prisons. Washington : National Center for Transgender Equality ; 2016 (<http://transequality.org/issues/police-jails-prisons>).

-
- ²⁴ Directives consolidées de l'OMS sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Genève : OMS ; 2016.
- ²⁵ Bernard EJ, Cameron S. Advancing HIV Justice 2: Building momentum in global advocacy against HIV criminalisation. Brighton/Amsterdam: HIV Justice Network and GNP+; 2016(<http://www.hivjustice.net/advancing2/>).
- ²⁶ Affronter la discrimination : Éliminer la stigmatisation et la discrimination afférentes au VIH dans les structures sanitaires et au-delà. Genève : l'ONUSIDA ; 2017.
- ²⁷ Surveillance mondiale du SIDA, 2017.
- ²⁸ Fu JJ, Herme M, Wickersham JA, Zelenev A, Althoff A, Zaller ND et al. Understanding the revolving door: individual and structural-level predictors of recidivism among individuals with HIV leaving jail. *AIDS Behav.* 2013;17 Suppl 2:S145-55.
- ²⁹ Elkington KS, Jaiswal J, Spector AY, Reukauf H, Tesoriero JM, Nash D et al. Can TasP approaches be implemented in correctional settings? A review of HIV testing and linkage to community HIV treatment programs. *J Health Care Poor Underserved.* 2016;27(2A):71-100.
- ³⁰ A public health manual for correctional health care. Ludlow, MA: Hampden County Sheriff's Department; 2002 (<http://cochs.org/files/Hampden-Model.pdf>).
- ³¹ Do no harm. Genève : l'ONUSIDA ; 2016.
- ³² Jürgens R, Nowak M, Day M et al. HIV and incarceration: prisons and detention. *J Int AIDS Soc.* 2011;14:26.
- ³³ Open Society Justice Initiative. Presumption of guilt: The global overuse of pretrial detention. New York: Open Society; 2014 (<https://www.opensocietyfoundations.org/publications/presumption-guilt-global-overuse-pretrialdetention-overuse-pretrial-detention>).
- ³⁴ Handbook on strategies to reduce overcrowding in prisons. Genève : Comité International de la croix Rouge ; 2015 (https://www.unodc.org/documents/justice-andprison-reform/Overcrowding_in_prisons_Ebook.pdf).
- ³⁵ Jenness V, Maxson CL, Matsuda KN, Sumner JM. Violence in California correctional facilities: An empirical examination of sexual assault. *The Bulletin.* 2007;2(2):1-4 (<http://ucicorrections.seweb.uci.edu/files/2013/06/BulletinVol2Issue2.pdf>).
- ³⁶ National Center for Transgender Equality. A blueprint for equality: Prison and detention reform; 2015 (http://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/NCTE_Blueprint_June2015.pdf).
- ³⁷ Rubenstein LS, Amon JJ, McLemore M et al. HIV, prisoners, and human rights. *Lancet.* 2016;388(10050):1202-14.
- ³⁸ World prison population list. London: International Center for Prison Studies; 2013 (http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition_0.pdf).
- ³⁹ Strathdee SA, West BS, Reed E, Moazen B, Azim T, Dolan K. Substance use and HIV among female sex workers and female prisoners: risk environments and implications for prevention, treatment, and policies. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;69 Suppl 2:S110-117.
- ⁴⁰ LaVene MC et al. Screening for health conditions in a county jail: Differences by gender. *J. Corr Health Care.* 2003;381.
- ⁴¹ Women and HIV in prison settings. Vienne : ONUDC ; 2008 (https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Women_in_prisons.pdf).
- ⁴² World prison brief. London: International Centre for Prison Studies; 2017 (<http://www.prisonstudies.org/world-prison-brief-data>).
- ⁴³ Jürgens R, Nowak M, Day M. HIV and incarceration: prisons and detention. *J Int AIDS Soc.* 2011;14:26.
- ⁴⁴ Wodak A, McLeod L. The role of harm reduction in controlling HIV among injecting drug users *AIDS.* 2008;22 Suppl 2:S81-92.
- ⁴⁵ Prévention, traitement et soins du VIH en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés : une offre complète d'interventions, 2013. Vienne : ONUDC ; 2013 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf).
- ⁴⁶ Møller L et al. (eds.) Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007 (www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf).
- ⁴⁷ Surveillance mondiale du SIDA, 2017.
- ⁴⁸ Surveillance mondiale du SIDA, 2017.
- ⁴⁹ The global state of harm reduction report 2016. London: Harm Reduction International; 2016. (https://www.hri.global/files/2016/11/14/GSHR2016_14nov.pdf).
- ⁵⁰ Zurhold H, Stöver H. Provision of harm reduction and drug treatment services in custodial settings – Findings from the European ACCESS study. *Drugs: Education, Prevention and Policy.* 2016;23(2):127-34.
- ⁵¹ Surveillance mondiale du SIDA, 2017.
- ⁵² The global state of harm reduction report 2016. London: Harm Reduction International; 2016 (https://www.hri.global/files/2016/11/14/GSHR2016_14nov.pdf).
- ⁵³ Surveillance mondiale du SIDA, 2017.
- ⁵⁴ Surveillance mondiale du SIDA, 2017.
- ⁵⁵ UNAIDS/PCB (41)/17.22 Actualisation des actions visant la réduction de la discrimination et de la stigmatisation sous toutes leurs formes -

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20171120_UNAIDS_PCB41_Stigma-Discrimination_17-22_EN.pdf

⁵⁶ Do no harm. Genève : Programme Commun de l'ONU sur le VIH/SIDA ; 2016.

Decades of disparity: drug arrests and race in the United States. New York: Human Rights Watch; 2009 (https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/us0309web_1.pdf, accessed 6 April 2016).

⁵⁷ Winter M. Stigmatized no longer: The end of HIV segregation in Alabama prisons. *Jurist – Sidebar*; October 9, 2013 (<http://jurist.org/sidebar/2013/10/margaret-winter-HIV-segregation.php>).

⁵⁸ Effectiveness of interventions to address HIV in prisons: Evidence for action. Rapport technique. Genève : OMS ; 2007.

⁵⁹ Effectiveness of interventions to address HIV in prisons: Evidence for action. Rapport technique. Genève : OMS ; 2007.

⁶⁰ Principes directeurs de l'ONU relatifs aux entreprises et aux droits de l'homme. New York Nations Unies.

⁶¹ Effectiveness of interventions to address HIV in prisons: Evidence for action. Rapport technique. Genève : OMS ; 2007.

⁶² Cinquante-deuxième session de la Commission des Nations Unies sur les Droits de l'homme, Déclaration du Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Genève : ONUSIDA ; 1996.

⁶³ Binswanger IA, Blatchford PJ, Mueller SR, Stern MF.. Mortality after prison release: Opioid overdose and other causes of death, risk factors, and time trends from 1999 to 2009. *Ann Intern Med.* 2013;159(9):592-600.

⁶⁴ Effectiveness of interventions to address HIV in prisons: Evidence for action. Rapport technique. Genève : OMS ; 2007.

⁶⁵ Assemblée générale des Nations Unies, 70e session, points 15 et 116 de l'Ordre du jour, Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015, A/RES/ 70/1 Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 - (http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf)

⁶⁶ Assemblée générale des Nations Unies, 70e session, points 15 et 116 de l'Ordre du jour, Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015, A/RES/ 70/1 Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 - (http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf)

⁶⁷ ONUSIDA : Accélérer l'éradication du SIDA, Stratégie 2016-2021 -

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf

⁶⁸ Règles minima des Nations Unies pour le Traitement des détenus (Règles Nelson Mandela) (A/RES/70/175). New York : Assemblée générale de l'ONU (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/443/41/PDF/N1544341.pdf?OpenElement>).

⁶⁹ Do no harm : Santé, droits de l'homme et personnes consommant des drogues. Genève : ONUSIDA ; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf).

⁷⁰ (A/RES/S-30/1) UNGASS sur les drogues. Notre engagement commun afin de s'attaquer et de lutter efficacement contre le problème mondial de la consommation de drogues (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N16/110/24/PDF/N1611024.pdf?OpenElement>).

⁷¹ (A/RES/70/266) Déclaration politique sur le VIH et le SIDA : Accélération de la lutte contre le VIH et de l'éradication de l'épidémie de SIDA à l'horizon 2030. Genève : ONUSIDA ; 2016 (http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/266).

⁷² Déclaration politique sur le VIH et le SIDA Genève : ONUSIDA ; 2016.

⁷³ Déclaration politique sur le VIH et le SIDA Genève : ONUSIDA ; 2016.

⁷⁴ Déclaration politique sur le VIH et le SIDA Genève : ONUSIDA ; 2016.

⁷⁵ Directives sur les conditions d'arrestation, de détention policière et de détention préventive en Afrique. Commission africaine sur les droits de l'homme et des personnes ; juillet 2016 (<http://www.refworld.org/docid/5799fac04.html>).

⁷⁶ (E/CN.7/2017/L.12/Rev.1) Commission des stupéfiants (<http://undocs.org/E/CN.7/2017/L.12/Rev.1>)

⁷⁷ (E/CN.15/2017/L.5/Rev.1) Commission sur la prévention du crime et la justice pénale. Garantir l'accès aux mesures de prévention de la transmission mère-enfant du VIH en milieu carcéral (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/V17/036/82/PDF/V1703682.pdf?OpenElement>).

⁷⁸ Le VIH et le SIDA en milieu carcéral : un guide pour les décideurs politiques, les gestionnaires de programmes, les directeurs de prisons et les prestataires de soins de santé en milieu carcéral. Vienne : ONUDC ; 2008 (<http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/V0855768.pdf>).

⁷⁹ Garantir l'accès aux mesures pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en milieu carcéral. Commission sur la prévention du crime et la justice pénale, 26e session. New York : Conseil économique et social des Nations Unies ; 2017 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/V17/036/82/PDF/V1703682.pdf>).

⁸⁰ Sander G. Monitoring HIV, HCV, TB and harm reduction in prisons: A human rights-based tool. London: Harm Reduction international; 2016 (https://www.hri.global/files/2016/02/10/HRI_MonitoringTool.pdf).

⁸¹ Évaluer le respect des « Règles Nelson Mandela » : Une liste de contrôle pour les mécanismes internes d'inspection, Manuels sur la justice pénale. New York ; ONUDC ; 2017 (http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/E_ebook_interactive.pdf).

⁸² Directives consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Genève : OMS ; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf?ua=1>).

⁸³ Agenda pour l'éradication de la discrimination dans les soins de santé. Genève : ONUSIDA ; 2016 (http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/march/20160301_health-settings).

⁸⁴ Programme régional pour les États arabes (2016-2021) : Prévenir et lutter contre le crime, le terrorisme et les menaces sanitaires et renforcer les systèmes de justice pénale conformément aux normes internationales relatives aux droits de l'homme. Le Caire : ONUDC ; 2016 (http://www.unodc.org/documents/middleeastandnorthafrica//Regional-Programme-doc/Regional_Programme_for_the_Arab_States_2016-2021.pdf).

⁸⁵ Prévention, traitement et soins du VIH en milieu carcéral et dans d'autres milieux fermés : une offre complète d'interventions. Vienne : ONUDC ; 2013 (http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/HIV_comprehensive_package_prison_2013_eBook.pdf).

⁸⁶ Montanari L, Mravcik V, GrohmannovaK, Royuela L. European questionnaire on drug use among prisoners (EQDP), Lisbon, Portugal: EMCDDA; 2017 (http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4479/EQDP_2017_april_Final.pdf).

⁸⁷ Smelyanskaya M, Daniels C, Cortez C, Konstantinov B. Legal environment assessments for tuberculosis: an operational guide. Genève : Stop Tuberculosis ; 2017 (http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/StopTB_TB%20LEA%20DRAFT_FINAL_Sept%2027.pdf).

⁸⁸ Raw A, MeerkotterA, HindleK. Using complaints to address healthcare violations: A guide for healthcare users and community-based organizations. Johannesburg : Centre des litiges sud-africain ; 2016 (https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2017/07/Using-Complaints-to-Address-Healthcare-Violations_Draft-7.pdf).

⁸⁹ Guide de développement de la capacité du Fond mondial. Genève : PNUD ; 2017 (<http://www.undp-globalfund-capacitydevelopment.org/en/critical-enablers/>).

⁹⁰ Contrôle mondial du SIDA 2017 : Indicateurs pour le contrôle de la Déclaration politique 2016 des Nations Unies sur le VIH et le SIDA. Genève : ONUSIDA ; 2017.

⁹¹ ONUDC, Université du Zimbabwe. Évaluation de la prévalence de la TB et des facteurs associés à la TB parmi la population carcérale au Zimbabwe. Harare ; ONUDC ; 2016.

⁹² ONUDC, ONUSIDA, Fonds mondial et partenaires nationaux. Évaluation rapide de l'usage de drogues et les risques inhérents dans cinq prisons au Maroc.

⁹³ Treisman G. Providing Hope. Spécialiste du VIH, mars 2017.

⁹⁴ Zack B, K Kramer. Community Re-entry and HIV continuity of care. Spécialiste du VIH, mars 2017.