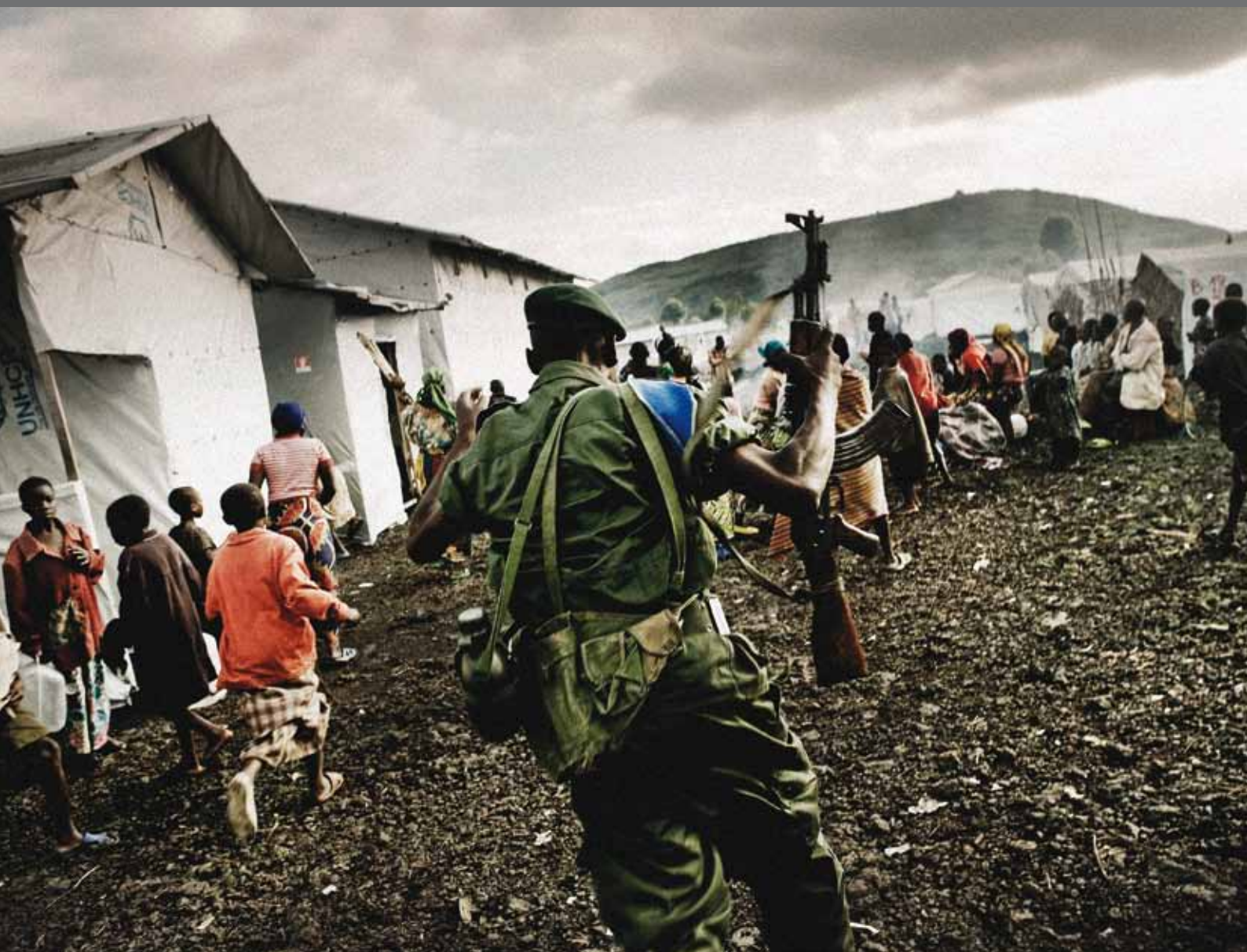


MIGRATIONS FORCÉES revue

supplément
spécial
novembre 2010

VIH/sida, sécurité et conflits: établir les liens



Migrations Forcées (RMF) offre une tribune pour un échange régulier d'informations et d'idées entre chercheurs, réfugiés et déplacés internes ainsi que tous ceux qui travaillent avec eux. Elle est publiée en français, anglais, espagnol et arabe en association par le Centre d'Études sur les Réfugiés de l'Université d'Oxford.

Personnel

Marion Couldrey et Maurice Herson
(Rédacteurs en Chef)
Sharon Ellis (Assistante)

Revue Migrations Forcées

Centre d'Études sur les Réfugiés,
Département du Développement
International à Oxford,
University of Oxford,
3 Mansfield Road,
Oxford OX1 3TB, UK.
Courriel : fmr@qeh.ox.ac.uk
Tél : +44 (0)1865 281700
Skype : fmreview
Télécopie : +44 (0)1865 281730

www.migrationforcee.org



Avis de non responsabilité

Les avis contenus dans RMF ne reflètent pas forcément les vues de la rédaction, du Centre d'Études sur les Réfugiés, de l'Université d'Oxford, d'UNFPA, de SSRC ou d'ONUSIDA.

Droits d'auteur

Tout document de RMF imprimé ou mis en ligne peut être reproduit librement, à condition que la source et l'URL spécifique de l'article soient mentionnés. Nous recevons volontiers tout commentaire sur le contenu et la présentation de la revue – veuillez nous envoyer un courriel ou un courrier.

Conception/design

Art24 (www.art-24.co.uk)

Imprimerie

LDI Ltd
www.ldiprint.co.uk
ISSN 1460-9819



Message de la rédaction

Les liens entre les conflits et le VIH/sida sont plus complexes et moins évidents qu'on ne le pense souvent. Le VIH/sida influe sur la vie de nombreux individus : ceux qui sont prisonniers des conflits, ceux qui en sont les protagonistes et ceux dont le rôle est d'assurer la sécurité pendant et après les conflits.

L'Initiative sur le sida, la sécurité et les conflits (AIDS, Security and Conflict Initiative - ASCI) effectue des recherches depuis de nombreuses années pour examiner les liens, recueillir des données et faire progresser les analyses. Ce supplément spécial de RMF présente une sélection des études de cas de l'ASCI accompagnée d'autres articles sur ce sujet, soumis en réponse à l'appel d'articles lancé par RMF. La liste des 27 études de cas de l'ASCI est indiquée en quatrième de couverture.

Nous souhaitons remercier nos Rédactrices en Chef invitées, Pam Delargy d'UNFPA et Jennifer Klot et Dana Huber de SSRC, pour leur collaboration et leur assistance dans la préparation et la production de ce supplément spécial de RMF. Nous sommes reconnaissants à SSRC et ONUSIDA du soutien financier apporté à ce supplément.

La version anglaise est disponible sur <http://www.fmreview.org/AIDS/>. Ce supplément est également publié en français (dont la version sera disponible sur <http://www.migrationforcee.org/SIDA/>).

Sincères salutations,

Marion Couldrey et Maurice Herson
Rédacteurs en chef de la Revue des migrations forcées

Table des matières

- 2 Message de la rédaction**
Marion Couldrey et Maurice Herson
- 3 L'invisibilité des populations mobiles vulnérables**
Leo Kenny, Manuel Carballo et Thobias Bergmann
- 4 Migration forcée et VIH/SIDA en Asie : quelques observations**
Nafis Sadik
- 6 VIH/sida, sécurité et conflits : nouvelles réalités, nouvelles réponses**
Alex de Waal, Jennifer F Klot et Manjari Mahajan avec Dana Huber, Georg Frerks et Souleymane M'Boup
- 8 Le VIH dans les situations d'urgence – beaucoup a été fait, beaucoup reste encore à faire**
Paul Spiegel
- 10 VIH, réfugiés et populations affectées par les conflits en Asie**
Ann Burton
- 12 Désarmement, démobilisation et réintégration: opportunités à saisir en situation post-conflit**
Priya Marwah, Pamela Delargy et Lara Tabac
- 14 Les anciens combattants comme points d'appui de l'éducation sur le VIH au Sud-Soudan**
Anyieth M D'Awol
- 16 Obstacles à la distribution d'antirétroviraux en Ouganda du Nord**
Matthew Wilhelm-Solomon
- 18 Violences sexistes et VIH au Burundi**
Hakan Seckinelgin, Joseph Bigirumwami et Jill Morris
- 20 Transition post-confliktuelle et VIH**
Manuel Carballo, Calixte Clérisme, Benjamin Harris, Patrick Kayembe, Fadila Serdarevic et Alexandra Small
- 22 Comprendre les violences sexuelles, le VIH/sida et les conflits**
Judy El-Bushra
- 24 Mobilité, pouvoir et transmission du VIH**
Cathy Zimmerman, Charlotte Watts, Anna Foss et Mazeda Hossain
- 25 Aborder la question du VIH et du travail du sexe**
Ann Burton, Jennifer Butler, Priya Marwah, Cecile Mazzacurati, Marian Schilperoord et Richard Steen
- 27 Le prix de la libération: migration et VIH/sida en Chine**
Shao Jing
- 29 L'éducation : un élément critique de la prévention et de l'atténuation du VIH**
Marian Hodgkin et Marian Schilperoord
- 30 VIH/sida, sécurité et conflits : Que savons-nous ? Comment avancer ?**
Pamela Delargy et Jennifer F Klot
- 32 Documents produits par l'Initiative sur le sida, la sécurité et les conflits (ASCI)**



Camp pour personnes déplacées de Kibati, en RDC
Christian Als www.christianals.com

Les personnes déplacées par les conflits (et de retour chez elles) entrent souvent en contact avec des individus transportant des armes sous diverses formes. De même, les individus armés sont eux-mêmes souvent mobiles, quelle que soit leur relation aux conflits ou à leurs conséquences. En particulier, dans les situations de déplacement forcé, les membres des forces de sécurité peuvent devenir les agents d'un changement favorable vis-à-vis du VIH et du sida – ou une partie du problème.

L'invisibilité des populations mobiles vulnérables

Leo Kenny, Manuel Carballo et Thobias Bergmann

De nombreux pays semblent avoir été dépassés par la rapidité avec laquelle l'épidémie du VIH s'est propagée et par son impact sur les migrants forcés et les autres populations mobiles.

L'Objectif 6 du millénaire pour le développement (OMD 6)¹ cherche à améliorer l'accès aux services de prévention du VIH et au soutien, aux soins et au traitement du sida, ainsi qu'à freiner et à inverser la contamination de l'épidémie du VIH d'ici 2015. L'accès universel aux services du VIH/sida ne peut être obtenu que si l'effort mondial pour amplifier la prévention du VIH, les soins et le traitement incluent des populations aussi fortement vulnérables que les 200 millions de personnes que l'on estime être touchées chaque année par des crises humanitaires (et, fréquemment par le déplacement qui en résulte), les presque 50 millions de personnes en uniformes et les migrants légaux ou illégaux. L'ONUSIDA a créé une nouvelle Action conjointe en vue de résultats² pour engranger un maximum de soutien en faveur de ses objectifs clés parmi lesquels, la réduction de la transmission sexuelle du VIH, l'amélioration de l'accès au traitement, la protection sociale, l'autonomisation des jeunes et la lutte contre la violence liée au genre. L'ONUSIDA s'engage à promouvoir des partenariats solides capables d'obtenir des résultats sur le terrain.³

Remplir l'OMD 6 ne sera pas facile pour diverses raisons. Fin 2008, seulement 42% des personnes nécessitant un traitement recevaient effectivement une thérapie antirétrovirale. Et même si cela représente une augmentation significative par rapport à la couverture de l'année précédente qui était de 33%, réussir à toucher tous ceux qui ont besoin d'antirétroviraux exigera une réallocation majeure de ressources humaines, financières et logistiques. Les pays devront adopter une vision plus exhaustive des réalités démographiques pour garantir l'inclusion des PDI, des réfugiés et des migrants.

Populations mobiles

Parmi ceux qui traditionnellement n'ont pas été touchés par les interventions relatives au VIH (et à d'autres préoccupations de santé), les populations mobiles sont tout particulièrement en tête de liste. Ces groupes vulnérables s'accroissent à la fois en nombre et en diversité, et ils comprennent tout un mélange de personnes forcées de se déplacer à cause d'une guerre ou d'une catastrophe naturelle ainsi que

des personnes qui se déplacent à la recherche de travail ou d'opportunités économiques. La différence entre les réfugiés et les PDI ne se limitent pas seulement à leur statut légal, mais aussi aux conditions de vie et aux opportunités socio-économiques qui varient, par exemple, selon que les personnes vivent ou non en camps, ce qui peut à son tour avoir une influence sur la capacité d'intégration à la communauté d'accueil.

Il y a également des millions de personnes auxquelles on se réfère habituellement sous le nom de migrants économiques, mais qui sont également très différents en fonction de leur statut, leur manière de se déplacer et de la réception qu'ils reçoivent. Certains se déplacent officiellement et sont connus sous le nom de migrants légaux ou pourvus de papiers ; ils bénéficient d'un type et d'un degré d'accès aux soins de santé qui ne s'applique pas aux migrants non officiels, illégaux, sans papiers, qui souvent arrivent clandestinement ou voyagent dans des conditions difficiles pour d'autres raisons.

Au cours des prochaines années, on s'attend à ce que des changements dans les schémas climatiques et les conditions environnementales entraînent le déplacement d'un nombre encore bien plus important de personnes,⁴ et cela viendra accroître massivement la complexité démographique, sociale et culturelle à laquelle les planificateurs de santé et ceux qui ont la charge de concevoir les programmes relatifs au VIH se verront confrontés.

Toutes ces formes de mouvements humains aussi différentes soient-elles ont en commun le fait que le contexte que ces personnes quittent, les conditions dans lesquelles elles se déplacent et les différentes manières dont elles sont reçues et réinstallées (même pour des périodes temporaires) ont le pouvoir d'influencer à la fois leur santé physique et leur bien-être psychosocial et de retentir sur les schémas d'incidence du VIH, de la tuberculose et des autres maladies. Si l'écart entre pays riches et pauvres, et entre personnes riches et pauvres continuent de s'accroître, et alors que les options de transport et d'information s'améliorent, la rapidité à laquelle les personnes vont se déplacer ne fera qu'augmenter – et cela à son

tour imposera aux gouvernements une nécessité accrue de planification proactive et de flexibilité en matière de politiques de santé et de capacités de réponse rapide.

Du fait des circonstances dans lesquelles elles bougent, les populations déplacées par la force, de même que les migrants, peuvent encourir des risques plus élevés de violence liée au sexe, notamment de viol, ce qui à son tour peut augmenter le risque d'infection au VIH. Il apparaît donc que combattre la violence sexuelle qui est une violation sérieuse des droits de l'homme en soi, est aussi une priorité clé de la prévention de la transmission du VIH, comme l'est aussi la protection des droits des populations mobiles, particulièrement – mais pas uniquement – dans les situations conflictuelles. Il est crucial que les services en uniforme, comme les membres des forces armées et les troupes de maintien de la paix, soient ciblés en matière de services relatifs au VIH (étant eux-mêmes des groupes extrêmement mobiles) mais aussi en tant qu'agents de changement afin de combattre la violence liée au genre et la propagation du VIH.

La santé et la sécurité humaine des migrants et des réfugiés, dépendent cependant également de la mesure dans laquelle les migrants ont accès et ont la possibilité d'utiliser les services sociaux et de santé dans les pays par lesquels ils transitent ou dans lesquels ils s'installent. Dans certains cas, ce sont des exigences légales et administratives qui influent sur cette possibilité, alors que dans d'autres il peut s'agir davantage de facteurs sociaux, culturels ou linguistiques. Dans la plupart des situations, il s'agit d'un mélange de l'ensemble de ces facteurs et d'autres encore. En principe, le droit des réfugiés et des demandeurs d'asile en termes de soins de santé et de services relatifs au VIH est protégé par des conventions internationales, et les migrants pourvus de papiers sont probablement aussi assurés d'avoir accès aux mêmes soins de santé que les nationaux. La mesure dans laquelle les migrants sans papiers ont la possibilité ou se sentent capables de demander accès aux services, y compris aux services relatifs au VIH, dans les pays dans lesquels ils vivent et travaillent, varie de manière considérable. En général, les migrants sans papiers en sont venus à constituer un groupe particulièrement marginalisé dans la plupart des endroits du monde, et ils ont un accès aux services de santé bien plus réduit que les autres catégories de personnes qui se déplacent.



IRIN/Menlocher Deghrai

De nombreux pays n'ont pas eu le temps ou suffisamment de perspicacité pour développer les politiques et les programmes nécessaires pour toucher les nouveaux arrivants de manière adéquate. D'autres ont simplement choisi de négliger la question du VIH et des populations mobiles, en imaginant ou en espérant dans certains cas que les gens ne resteraient pas longtemps, ou que les besoins des nouveaux arrivants ne s'avèreraient pas bien différents de

ceux de la population d'accueil. En conséquence, les migrants et les réfugiés sont un peu partout des populations négligées même s'ils sont encore rendus plus vulnérables face au VIH du fait du travail qu'ils font et du type d'existence qu'ils sont forcés de mener.

A l'heure actuelle, la question de comment obtenir un accès plus important et meilleur à la prévention, aux soins et au traitement du VIH devient préoccupante. Il est improbable que l'OMD 6 ait la moindre chance d'être atteint sans la mise en place d'un nombre beaucoup plus important de programmes ciblant tous les types de populations déplacées et migrantes, sans tenir compte de leur statut, et aussi de programmes à destination des services en uniforme qui interagissent avec eux dans de nombreuses circonstances. Des programmes spécialement conçus pour garantir un accès universel aux groupes vulnérables doivent devenir une part intégrante des politiques et des stratégies nationales sur le VIH,

et un sujet-clé à l'ordre du jour de la communauté internationale.

Leo Kenny (kenny@unaids.org) est Responsable de l'équipe Sécurité et réponse humanitaire, et Thobias Bergmann (bergmann@unaids.org) est Conseiller pour la Réponse humanitaire, de l'ONUSIDA (<http://www.unaids.org/>).

Manuel Carballo (mcarballo@icmh.ch) est Directeur exécutif du Centre for Migration Health and Development (ICMHD www.icmh.ch/).

1. Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies. <http://tinyurl.com/OMD6-maladies>
2. Une action conjointe en vue de résultats: Cadre de résultats de l'ONUSIDA, 2009-2011, disponible sur: <http://tinyurl.com/ONUSIDA-resultats>
3. Partenariats en particulier avec : OMS, HCR, UNFPA, PAM, UNICEF, PNUD, ONUDC, OIT, OIM, et ICMHD.
4. Voir RMF n° 31, *Les changements climatiques et les déplacements* sur <http://www.migrationforcee.org/changesclimatiques.htm> et en particulier 'Défis pour la santé' Manuel Carballo, Chelsea B Smith et Karen Pettersson à <http://www.migrationforcee.org/pdf/MFR31/18.pdf>

Migration forcée et VIH/SIDA en Asie: quelques observations

Nafis Sadik

Même si la majeure partie de l'Asie n'a pas été touchée par une épidémie généralisée du VIH, il y a des raisons de se préoccuper de la manière dont la migration forcée et la migration liée à la crise économique sont susceptibles d'augmenter les risques.

Une discussion approfondie sur comment et pourquoi la migration forcée est susceptible d'augmenter les risques de transmission du VIH dans la région exigerait l'examen d'une myriade de dynamiques sociales, culturelles, économiques et même physiologiques. C'est pourquoi je me concentrerai sur quelques questions particulièrement pertinentes – le VIH dans les situations humanitaires, les développements d'une programmation liée à la sécurité, et les besoins spécifiques de millions de personnes en Asie qui, par désespoir, se retrouvent exploitées et sans protection comme travailleurs dans des pays étrangers.

En ma capacité d'Envoyée spéciale, j'ai plaidé en faveur de davantage de prévention, de meilleurs soins et d'une dé-stigmatisation du VIH/sida à travers la région. J'ai aussi travaillé pour que la migration à l'intérieur et en dehors de la région soit reconnue comme un facteur jouant un rôle épidémiologique important et pour que davantage d'attention soit portée aux droits, aux besoins et à la protection des migrants. Au cours des dix dernières années, des progrès significatifs

ont été effectués en ce qui concerne l'information sur le VIH et l'adoption de politiques et de programmes toujours plus progressifs et efficaces par de nombreux gouvernements. La levée par la Chine des restrictions à l'immigration basées sur le statut par rapport au VIH est un bon exemple de ces changements récents et constitue une bonne voie à suivre pour d'autres pays.

Mais il reste beaucoup d'espace pour améliorer la mise en place généralisée de politiques et de programmes de prévention du VIH et de soins, efficaces et fondés sur les droits. Il est particulièrement nécessaire de porter une attention accrue à ceux qui encourent des risques parce qu'ils sont déplacés. Il y a des millions d'Asiatiques qui ont quitté leur maison et leur région d'origine et qui vivent, souvent sans leurs familles ou sans autre soutien social, au sein de communautés nouvelles. Nombre d'entre eux se retrouvent dans des circonstances qui les rendent plus vulnérables à la contamination du VIH alors qu'ils ont dans le même temps perdu l'accès à l'information et aux moyens de prévention.

Au cours des dix dernières années, il y a eu dans la région un grand nombre de déplacements liés à des conflits. Guerres civiles ou insurrections en Afghanistan, au Népal, à Myanmar, au Sri Lanka, en Indonésie, au Pakistan, en Inde, aux Philippines et partout en Asie Centrale ont créé des réfugiés et des PDI en grand nombre qui ont eu besoin de soutien humanitaire. Même si la prévention du VIH, en tant qu'élément de l'ensemble minimum des services de santé reproductive, a été adoptée comme une composante déterminante de la réponse humanitaire en 1994,¹ les contraintes en termes de ressources ainsi que les facteurs sociaux et culturels ont empêché l'accès universel à l'information et aux moyens de prévention auprès de ces populations. (Il convient également de remarquer que pour certaines personnes, ce sont les agences humanitaires qui ont été les premières à leur fournir des informations sur le VIH).

Certains types de conflits ou de déplacements ont entraîné des risques plus particuliers d'infection du VIH. Par exemple, de longues années de vie en camps de réfugiés et le manque d'emploi ou d'opportunités de loisirs ont contribué à l'usage intraveineux de drogues dans les zones frontalières de l'Afghanistan et du Pakistan : il s'agit là d'un facteur moteur de l'épidémie

dans ces pays de la même manière qu'en Asie Centrale. C'est l'indigence des réfugiés birmans en Thaïlande qui a entraîné le recours généralisé à la 'prostitution de survie' qui constitue le moteur de l'infection dans cette sous-région. La violence sexuelle utilisée comme arme de guerre au Timor Leste, en Asie Centrale, au Sri Lanka et dans d'autres conflits a sans aucun doute accru les risques de VIH. Et même s'ils sont rarement considérés comme un conflit politique armé, les niveaux terribles de violence sociale et interpersonnelle qui sévissent en Papouasie Nouvelle Guinée sont également perçus comme des facteurs importants de l'épidémie dans cet endroit. A travers l'ensemble de la région, il est non seulement nécessaire de garantir l'offre de prévention du VIH et des services de soins à destination des populations déplacées, mais il est aussi nécessaire d'analyser sérieusement l'impact VIH des conflits et d'inclure les besoins spécifiques des personnes déplacées dans les plans d'action nationaux sur le sida.

En tant que région l'Asie subit davantage de catastrophes naturelles, en particulier des inondations et des tremblements de terre, que n'importe quelle autre région du monde. Le déplacement de millions de personnes suite à de telles circonstances est un événement annuel régulier. Dans de nombreux endroits comme au Pakistan, en Indonésie et au Sri Lanka, les populations ont souffert à la fois le conflit et la dévastation liée à une catastrophe naturelle. En plus du traumatisme du désastre et des difficultés de vivre dans des abris temporaires, la perte des moyens d'existence et des biens qui accompagnent les catastrophes naturelles peuvent affecter les familles et les communautés pendant des années, les laissant dans la misère et vulnérables face à l'exploitation sexuelle et parfois même au trafic. Certains éléments tendraient à démontrer que la violence domestique s'accroît également dans les périodes qui suivent une catastrophe. Tous ces éléments sont des facteurs de risque de l'infection au VIH. Alors même que la fourniture d'une éducation sur le VIH et de mesures de prévention de base, y compris la distribution de préservatifs, font partie des normes minimales de la réponse humanitaire², la mise en œuvre intégrale de ces normes n'est toujours pas atteinte du fait de contraintes liées aux ressources ou à la stigmatisation, ou aux deux.

Le VIH et le secteur de la sécurité

De nombreux pays d'Asie ont été des chefs de file dans le domaine du VIH et de la sécurité. La Thaïlande et l'Inde ont été parmi les premiers pays à reconnaître la nécessité de fournir des programmes complets de prévention du VIH à l'intérieur du secteur de la sécurité (armée nationale, police, et autres services

en uniforme) et ont montré la voie à de nombreux autres pays dans le monde. Les Thaïs, comme dans de si nombreux autres aspects de la prévention du VIH, ont été des pionniers de l'éducation par les pairs et des programmes de distribution de préservatifs à l'intention des services en uniforme. Le programme MAITRI en Inde a été l'un des premiers programmes établis pour soutenir non seulement les membres individuels de l'armée mais aussi les familles des militaires et leurs dépendants par le biais d'un programme complet d'éducation à la santé et au VIH, et de conseils ainsi que d'autres formes de soutien social.³

Au cours des dernières années, et avec le soutien de l'ONUSIDA, de l'UNFPA et d'autres, des progrès conséquents ont été réalisés dans la région auprès des services nationaux en uniforme, des groupes qui sont importants à la fois du fait de leurs facteurs de risque (âge, mobilité, etc.) et aussi parce qu'ils peuvent servir de modèle au sein des sociétés auxquelles ils appartiennent. Il est particulièrement important que les membres de l'armée et de la police dans la région aient à la fois des informations sur le VIH et des compétences dans le domaine de la prévention parce que les pays d'Asie fournissent une proportion importante des forces de maintien de la paix et qu'à ce titre ils sont déployés partout dans le monde, y compris dans des endroits où il y a une prévalence du VIH plus élevée. Le Pakistan, le Bangladesh et l'Inde sont les plus gros contributeurs aux forces de maintien de la paix de l'ONU, et ils déploient en moyenne plus de 10 000 soldats de maintien de la paix par an ; la Thaïlande, le Népal, l'Australie, la Nouvelle Zélande, la Chine, l'Indonésie, Fidji, la Malaisie, le Népal, le Sri Lanka, la Mongolie, les Philippines et la Corée sont également des contributeurs significatifs. Depuis l'adoption, en 2000, de la Résolution 1308 du Conseil de sécurité de l'ONU sur le VIH/sida, l'ONU a établi des programmes de prévention du VIH au sein de toutes les missions de maintien de la paix. Pour certaines troupes venant de pays où il n'existe pas de programmes nationaux, la première exposition à des informations fiables sur le sujet a lieu au cours du déploiement de maintien de la paix.

Migrations dues à des crises économiques et sociales

Au sein des études sur les migrations il y a, depuis longtemps, un débat vigoureux sur les facteurs 'pour' et 'contre' qui déterminent les décisions individuelles de migrer et sur ce qui constitue une migration forcée ou volontaire. Traditionnellement, la migration à la recherche de travail n'a pas été considérée comme une migration forcée. J'aimerais remettre en cause cette notion dans le cas d'une grande partie de la migration à la recherche de travail

qui a lieu à l'intérieur et depuis l'Asie aujourd'hui. La sévérité des crises économiques et sociales dans la région a conduit des milliers de personnes à laisser derrière elles leurs familles et leurs maisons pour partir à l'étranger pour trouver un travail sous-payé avec peu de protection contre l'exploitation, aucun droits légaux et un accès inadéquat même aux services sociaux les plus basiques. Cela doit sans aucun doute être considéré, non pas comme un choix de mode vie, mais comme quelque chose d'imposé au migrant par les circonstances. Les conditions dans lesquelles se trouvent ces migrants sont telles que les risques qu'ils encourent, notamment de contracter le VIH, sont multipliés. Et néanmoins, leurs ressources en termes de protection sont minimales. C'est un domaine dans lequel j'aimerais encourager bien davantage de recherche documentaire et d'analyse afin d'étayer le plaidoyer politique.

Des milliers de femmes asiatiques travaillent comme employées domestiques ou dans les industries de service, particulièrement au Moyen Orient et en Europe, et il existe des cas quotidiens et parfois des exemples horribles, d'exploitation et d'abus sexuel, y compris de contamination par le VIH. Et cependant, ces travailleuses ne bénéficient pas de supervision consulaire ou de protection légale dans les pays dans lesquels elles travaillent.

Et pour aggraver le problème, si elles sont contaminées par le VIH, elles sont déportées ce qui les laisse sans aucun moyens d'existence. Cela a des implications, non seulement pour leur propre santé mais aussi pour leurs familles, leurs communautés et leurs pays d'origine qui doivent alors leur fournir des soins. Dans certains cas par le passé, lorsque le pays d'origine a protesté face à de telles politiques, le pays d'accueil s'est contenté de répondre en suspendant ou en restreignant la migration des travailleurs en provenance de ce pays, ce qui peut avoir d'énormes conséquences négatives pour d'autres personnes qui cherchent du travail.

Dans le même temps, de nombreux pays à l'intérieur et à l'extérieur de la région exigent un test du VIH pour obtenir un permis de travail et d'immigration (et parfois même pour une simple visite) et rejettent les demandeurs sur la base de leur statut sérologique. C'est ainsi que même si une personne est en traitement et qu'elle est en bonne santé, elle ne sera pas en mesure de prendre un poste pour lequel elle est qualifiée. Une telle stigmatisation et le déni du droit à la libre circulation et du droit à l'emploi, sont des questions dont l'UNAIDS et l'Organisation internationale du travail ont décidé de s'occuper ainsi que

certaines parlementaires qui cherchent à faire changer les lois dans des pays comme l'Inde et l'Australie. Alors même que ces développements sont bienvenus, il reste encore beaucoup à faire dans la région à la fois pour atténuer les conditions qui entraînent ce type de migration et pour protéger la santé et le bien-être de ceux et celles qui sont forcés de travailler à l'étranger.

Nafis Sadik est Conseillère spéciale du Secrétaire général des Nations Unies et Envoyée spéciale du Secrétaire générale des Nations Unies pour le VIH/SIDA en Asie et dans le Pacifique. Elle peut être contactée par l'intermédiaire de murdock@unfpa.org ou de delargy@unfpa.org.

1. HCR, OMS et UNFPA, *Field Manual on Reproductive Health for Refugees*, 1996 [La santé reproductive en situations de réfugiés: Manuel de terrain, 1996].

Maintenant révisé sous le titre : *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*, 2010 [Manuel de terrain Inter-agences sur la santé reproductive en situations humanitaires, 2010]. www.unfpa.org/emergencies/manual/

2. Le Projet SPHERE, *Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes*, 2004, <http://tinyurl.com/Sphere-Fr> et IASC, *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*, 2003 [CPI, Directives applicables aux interventions anti-VIH/sida dans les situations d'urgence, 2003].

3. www.maitri.org.in

VIH/sida, sécurité et conflits : nouvelles réalités, nouvelles réponses

Alex de Waal, Jennifer F Klot and Manjari Mahajan avec Dana Huber, Georg Frerks et Souleymane M'Boup

Dix ans après que l'épidémie de VIH/sida elle-même a été identifiée comme une menace à la paix et à la sécurité, les résultats du programme ASCI (AIDS, Security and Conflict Initiative)¹, mené sur trois ans, mettent en évidence les dynamiques de renforcement mutuel qui unissent le VIH/sida, les conflits et la sécurité.

Les résultats de recherche de l'ASCI révèlent qu'un certain nombre de relations, plutôt alarmistes, qui étaient supposées exister entre la sécurité des États au niveau national et l'épidémie du VIH/sida, étaient en fait infondées. Ils mettent également en lumière les risques sous-analysés des situations d'urgence et de transition post-conflit, de même que les menaces posées par le VIH/sida à la capacité opérationnelle des armées et de l'ensemble des forces de l'ordre (telles que la police, l'administration pénitentiaire et les autorités frontalières). L'analyse sexospécifique de l'ASCI expose les hypothèses biaisées qui continuent de guider les approches épidémiologiques et comportementalistes de la prévention et des interventions contre le VIH/sida dans les situations de conflit et les États fragiles. En s'attachant aux niveaux intermédiaires de l'interaction – entre les hypothèses au niveau macro et les approches comportementales et biomédicales au niveau micro – l'ASCI propose un nouveau programme d'action.

Synthèse des résultats

- Les principaux indicateurs de fragilité des États n'appréhendent pas l'impact du VIH/sida sur la gouvernance locale, les ressources humaines, la prestation des services et la survie communautaire.
- La prévalence du VIH parmi les services d'ordre dépend de l'âge, du rang, de la durée de service, de la maturité de l'épidémie, des schémas de violence, des traumatismes sexuels militaires et des structures de commande.
- Le VIH et le sida peuvent menacer la capacité opérationnelle des armées,

principalement au niveau tactique des opérations. Le VIH/sida peut nuire à l'efficacité des combats, à la cohésion des unités, au moral des troupes et à la discipline.

- Les approches de la prévention VIH centrées sur le commandement – c.-à-d. qui rendent le commandement de l'armée responsable des politiques et des pratiques en matière de VIH, plutôt que les seuls services médicaux – ont plus de chances de réussir à réduire les risques d'infection par le VIH et de violences sexuelles parmi le personnel subalterne que le recours à l'éducation et à la formation basées sur des approches individuelles comportementales, médicales ou axées sur les droits de la personne.
- Les activités de prévention du VIH ont négligé les services de police et les autres services de l'ordre et de l'application des lois, y compris les douanes, les forces navales, les services d'immigration et l'administration pénitentiaire.
- Les risques de transmission du VIH, surtout en cas d'épidémie concentrée parmi les utilisateurs de drogues injectables et les travailleurs du sexe, sont influencés par les pratiques relatives à l'application des lois et par le commerce des drogues, la traite des êtres humains et les individus qui contrôlent l'industrie du sexe : proxénètes, « protecteurs », trafiquants et clients réguliers.
- La transition post-conflit est à la fois une période de vulnérabilité accrue à la transmission du VIH et un aspect négligé des

politiques et des programmes relatifs au VIH et au sida.

- Les politiques doivent prêter une plus grande attention aux situations post-conflit, pendant lesquelles une meilleure continuité des services doit être assurée, afin de réagir à la mobilité accrue des populations, à la démobilisation des combattants, aux interruptions de l'assistance humanitaire portée aux personnes déplacées dans des camps et aux pressions excessives exercées sur les services sociaux et sanitaires dans les régions de retour.
- Les programmes de désarmement, démobilisation et réintégration (DDR) constituent une facette importante, mais souvent ignorée, de la prévention du VIH et du sida et des interventions, en particulier parmi les forces armées et les familles élargies, de même que les femmes et les enfants associés aux forces armées.
- Les relations sexuelles forcées risquent d'augmenter le risque de transmission du VIH pour les divers scénarios de coercition basés sur le traumatisme génital, les probabilités relatives du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, et l'accès insuffisant aux services de santé.

Principales recommandations

1. La violence sexuelle doit être reconnue comme facteur physiologique et social de la transmission du VIH. En conformité avec les Résolutions du Conseil de sécurité de l'ONU sur les femmes, la violence sexuelle et le VIH/sida (1308, 1325, 1820, 1882, 1888 et 1889), les activités portant sur la violence sexuelle et la prévention du VIH doivent être mieux uniformisées dans les environnements touchés par les conflits, y compris grâce à un consensus sur les définitions et les mesures, dont nous avons un urgent besoin.

2. Il est nécessaire d'adopter une approche centrée sur le commandement (ACC) pour la prévention du VIH et le traitement du sida au sein des services d'ordre et des opérations de paix de l'ONU. Cette approche devrait s'accompagner d'évaluations institutionnelles et opérationnelles de l'impact potentiel du VIH/sida au sein des institutions de sécurité et de l'élaboration de mécanismes de responsabilité, de discipline et de mise en application. Des outils mis au point par l'ASCI, y compris un Audit des forces militaires et un Cadre de capacités des forces,² peuvent aider l'ACC.

3. L'intégration de la prévention du VIH/sida et des interventions VIH/sida aux opérations de paix - y compris en relation au dépistage, aux soins et au traitement pré- et post-déploiement, et à l'inclusion de personnes séropositives dans les forces de l'ordre - devrait correspondre de manière plus réaliste aux exigences opérationnelles et aux capacités des pays fournisseurs d'effectifs militaires. En s'appuyant sur les outils opérationnels des ACC, l'ASCI propose que les évaluations des risques sécuritaires relatifs au VIH/sida et à la violence sexuelle soient menées dans les environnements de maintien de la paix.

4. Il faudrait développer une norme universelle de prévention, soin et traitement du VIH/sida pour l'ensemble des pays fournisseurs d'effectifs militaires, qui serait alignée sur les approches régionales et internationales. En vertu de l'objectif mondial pour un accès universel, le traitement contre le VIH et le sida devrait être étendu aux soldats de la paix de l'ONU, dans le cadre des politiques mises en place. L'ASCI recommande l'intensification du dialogue entre les organes et les institutions dont les mandats de rétablissement ou de maintien de la paix sont complémentaires (par ex, le Conseil de sécurité de l'ONU, le Conseil de paix et de sécurité de l'Union africaine et d'autres mécanismes régionaux, la Commission de consolidation de la paix et le Département des opérations de maintien de la paix de l'ONU) pour s'attaquer à la question du risque accru d'exposition au VIH pendant la construction de la paix post-conflit et pour assurer la continuité des activités de prévention du VIH au cours des transitions post-conflit.

5. La DDR offre des points d'appui précieux pour la prévention, le dépistage, les soins et le traitement du VIH/sida. Il faudrait adopter une nouvelle approche en matière de soutien et de dépistage volontaires, avant et après le déploiement, qui inclurait des soins et un traitement non seulement pour les soldats en cours de démobilisation mais également pour leur famille.

L'ONU, la Banque mondiale et les donateurs bilatéraux devraient aider les gouvernements à clarifier leurs politiques et inclure des services de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique (VCT-CTP) dans le contexte de la DDR, de même qu'à réformer le secteur de la sécurité.

6. Les politiques relatives au VIH/sida pour les services d'ordre devraient se répercuter sur les régimes de pension et de retraites, les indemnités pour frais funéraires et les indemnités de survie, les congés pour raison familiale, les prestations d'invalidité et de renvoi pour raisons médicales, de même que les droits des enfants nés hors mariage et/ou suite à un viol.

7. L'ASCI recommande que le dépistage obligatoire fasse l'objet d'un dialogue plus approfondi et que des critères de santé pour le déploiement soient définis. La plupart des armées ont recours au dépistage obligatoire mais cette pratique a été mal justifiée dans le contexte des politiques nationales de lutte contre le VIH/sida et des principes des droits de la personne. Certaines armées cherchent à encourager le dépistage volontaire à l'aide de mesures incitatives et subordonnent tout déploiement et toute promotion à un résultat négatif du test. D'autres définissent leurs politiques en termes d'aptitude physique générale, autorisant ainsi une certaine souplesse vis-à-vis de l'utilisation des soldats séropositifs. Les arguments de principe et pratiques, aussi bien pour que contre le dépistage obligatoire, devraient être exprimés. Le droit humanitaire international et le droit des États à suspendre certains droits de la personne pendant les urgences nationales devraient être abordés dans le cadre des ressources limitées des forces armées.

8. L'ASCI a identifié un besoin urgent d'interventions VIH/sida au sein de la police et d'autres institutions d'application de la loi. Les pratiques d'application de la loi, en particulier en relation aux activités et groupes stigmatisés et criminalisés, influencent la trajectoire des épidémies nationales et régionales. Les questions telles que la réduction du préjudice pour les utilisateurs de drogues injectables, la surveillance policière de l'industrie du sexe et de la traite des personnes et la dépénalisation de l'homosexualité sont toutes centrales à ce problème. Nous recommandons l'élaboration d'un programme mondial d'apprentissage collaboratif sur l'application de la loi et le VIH/sida.

9. Les activités de prévention du VIH devraient se concentrer spécifiquement sur les frontières. Les problèmes transfrontaliers, y compris la traite des femmes et le trafic de drogues ainsi

que l'exploitation et les abus aux points de contrôle des frontières, contribuent tous au risque de transmission du VIH. Il faudrait également se pencher sur le rôle de certains groupes de personnel responsable de l'application des lois en tant que groupe-clé de transmetteurs. Il est crucial de collaborer et d'échanger au niveau bilatéral, régional et multilatéral. Il est également important de prêter attention aux liens entre le commerce international de drogues illégales, les activités de traite et d'exploitation sexuelles qui y sont associées, l'usage de drogue et l'émergence de narco-États dans plusieurs régions du monde.

10. Les interventions sont notoirement absentes des périodes de transition post-conflit, un moment où les risques de transmission peuvent être accrus à cause des discontinuités entre les activités d'urgence et les efforts de reconstruction et de développement. Les cadres politiques internationaux et les pratiques internationales entravent l'assistance en matière de VIH/sida aux pays en situation post-conflit, puisque ces pays sont souvent incapables de satisfaire les critères de financement qui exigent souvent une gouvernance stable. Des approches plus nuancées sont recommandées, qui prêteraient une attention particulière à une variété de facteurs sexospécifiques qui façonnent les risques de transmission du VIH pendant les transitions.

11. Les liens entre le relèvement psychosocial et les risques de transmission du VIH comptent parmi les plus sous-étudiés. Les conséquences psychosociales de la guerre, des conflits, du déplacement, de la torture et de la violence ont des répercussions sur les relations interpersonnelles, familiales et conjugales.

12. Il nous faut également mieux comprendre comment les notions de masculinité et de féminité sont façonnées par les conflits et leurs répercussions, afin de pouvoir élaborer des interventions qui soient adaptées aux hommes, aux femmes, aux garçons et aux filles. Les succès politiques doivent être identifiés et perpétués, y compris les pratiques modèles en matière d'intervention VIH/sida auprès des populations des camps de réfugiés et de PDI et de renforcement des infrastructures sanitaires dans les situations post-conflit.

Conclusion

La relation entre le VIH/sida et la fragilité des États est incroyablement complexe et non linéaire. Les conclusions de l'ASCI demandent à ce que soient réévaluées les mesures actuelles de fragilité des États afin de prendre en compte les éléments essentiels que sont le gouvernement local, y compris les ressources humaines, la prestation

de services de santé et la capacité de résistance des communautés. Les recherches de l'ASCI mettent en lumière les multiples manières dont l'épidémie du VIH/sida exerce des pressions sur les autorités locales, entravant l'efficacité de la représentation et contribuant à une mauvaise prestation des services. De telles faiblesses nuisent aux efforts pour réaliser l'objectif de l'accès universel à la prévention et au traitement du VIH/sida. Une réforme des autorités locales et un engagement, au niveau national, pour une décentralisation véritable peuvent modifier les schémas de transmission du VIH et en atténuer les conséquences.

Les indicateurs conventionnels des conflits et les modèles épidémiologiques et comportementaux de la transmission du VIH ne permettent pas d'appréhender les dimensions des bouleversements sociaux et des traumatismes connexes en

matière de relations hommes-femmes, de structures familiales, de gouvernement local et de services sociaux. Nous avons donc besoin d'indicateurs plus précis qui soient sensibles à ces dimensions sociales et sexospécifiques. Les cadres analytiques et les outils de mesure devraient prendre en compte les variations locales de la sexualité et des violences, tandis que les évaluations des facteurs et des impacts du VIH/sida devraient venir compléter les indicateurs agrégés au niveau national avec des mesures plus contextuelles portant sur les dynamiques familiales, communautaires et sociales.

Alex de Waal (alex_dewaal@harvard.edu) est directeur du programme VIH/sida Pour le Conseil de recherches en sciences sociales (SSRC) et Jennifer F Klot (klot@ssrc.org) y travaille en tant que conseillère principale sur le VIH/sida, le genre et la sécurité. Manjari Mahajan

(mahajan@ssrc.org) est chercheur pour le SSRC. Dana Huber (dhuber@ssrc.org) est assistante de recherche pour le SSRC.

Georg Frerks, professeur de prévention des conflits et de gestion des conflits et directeur du Centre des études sur les conflits de l'Université d'Utrecht, et Souleymane M'Boup, Professeur au Laboratoire de Bactériologie Virologie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (Sénégal), sont les coprésidents de l'ASCI.

Le rapport complet, dont cet article est une synthèse, est disponible sur <http://tinyurl.com/ASCI-Summary>

1. L'ASCI est un partenariat de recherche entre le Conseil de recherche en sciences sociales (Social Science Research Council) basé à New-York et l'Institut Néerlandais des Relations Internationales (Institut Clingendael) basé à La Haye.

2. Consultez <http://tinyurl.com/ASCIreport4>

Le VIH dans les situations d'urgence – beaucoup a été fait, beaucoup reste encore à faire

Paul Spiegel

Même si de nombreuses idées fausses bien ancrées sur le VIH/sida en situation d'urgence humanitaire ont été réfutées il reste encore du travail pour garantir un traitement adéquat et approprié du VIH.

Il y a dix ans, le VIH/sida dans les situations d'urgence humanitaire, n'était considéré comme une priorité ni par le monde du VIH ni par le monde humanitaire, et il était perçu plutôt comme une question de développement. On pensait alors que proposer une thérapie antirétrovirale (ARV) à des personnes déplacées était inapproprié, et il n'existait pas de directives adéquates concernant le VIH dans les situations humanitaires. Bien plus, on croyait fermement que le conflit exacerbait la transmission du VIH et aussi que les personnes déplacées apportaient le VIH avec elles et qu'elles propageaient le virus auprès des communautés d'accueil.

Progrès

Le monde du VIH et celui de l'humanitaire ont beaucoup changé au cours de la décennie passée. En 2002, deux grosses agences de l'ONU – le Programme alimentaire mondial et le HCR – sont devenues des coparrainants d'ONUSIDA et ont commencé à faire pression pour que les stratégies, les politiques et les interventions relatives au sida soient intégrées aux situations d'urgence humanitaire. A peu près à la même époque, Médecins Sans Frontières

(MSF) a commencé à argumenter qu'il fallait fournir une thérapie ARV aux personnes affectées par une urgence humanitaire. En 2003, le Comité Permanent Interorganisations (CPI) a mis sur pied un groupe de travail sur le VIH dans les situations humanitaires.¹ Ces efforts, et bien d'autres encore, ont contribué à garantir que le VIH ne soit plus considéré uniquement comme une question de développement mais bien comme une question à traiter dans le cadre des urgences humanitaires.

Le VIH est une maladie complexe et 'politique' qui dépasse clairement le secteur de la santé. Les droits de l'homme et les interventions de protection sont des composantes majeures en matière de traitement du VIH au sein de toutes les populations, plus particulièrement au sein de celles affectées par un conflit. Il y a dix ans, il était communément admis que la transmission du VIH augmentait dans les zones affectées par un conflit. Puisque les réfugiés et les PDI provenaient de ces mêmes zones, il devait y avoir parmi eux une prévalence du VIH plus élevées qu'au sein des communautés d'accueil environnantes, et en conséquence les réfugiés et les PDI devaient être des

vecteurs de transmission. Contrairement à ce que l'intuition semblait induire, la recherche a montré que cela n'est généralement pas le cas, même si cela reste dépendant du contexte.²

Parmi les facteurs qui diminuent la transmission du VIH en période de conflit, comparé à ce qui pourrait être observé en temps de paix, se trouvent des populations isolées et inaccessibles et une urbanisation réduite ainsi qu'une migration et des transports réduits du fait de l'insécurité et de la destruction des infrastructures. Ces connaissances ont contribué à réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes déplacées par un conflit atteintes du VIH, et ont été utilisées pour argumenter qu'il fallait tenir compte de ces personnes dans les politiques, les stratégies et les propositions de financement. Elles ont aussi mis en lumière la nécessité pour la communauté internationale de se préoccuper des situations post-conflituelles.

MSF a montré la voie en demandant un accès pour tous à la thérapie ARV comme un droit fondamental. Cela a démontré qu'il était possible de fournir ce type de médicaments essentiels et d'obtenir des niveaux acceptables de respect des protocoles dans des situations conflictuelles et post-conflituelles. Les

politiques et les directives relatives aux ARV ont suivi. Même si cela ne s'avère pas toujours aisé, il est maintenant considéré comme la norme de poursuivre une thérapie ARV dans une phase aiguë de conflit ou de répondre à la nécessité d'offrir des services relatifs au VIH plus complets, notamment la thérapie ARV dans des situations de crise prolongée ou de retour.

Les failles

La communauté du VIH et la communauté humanitaire, ainsi que les gouvernements, ont encore un long chemin à parcourir pour s'assurer que le VIH soit traité adéquatement et de manière appropriée dans les urgences humanitaires et les situations post-confliktuelles. En 2001, la Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'ONU a adopté une Déclaration d'engagement sur le VIH/sida³ qui avait pour objectif « d'ici à 2003, d'élaborer et de commencer à appliquer des stratégies nationales intégrant l'information, la prévention, les soins et le traitement du VIH/sida dans les programmes ou interventions menées face à des situations d'urgence, en reconnaissant que les populations déstabilisées par les conflits armés, les situation d'urgence humanitaire ou les catastrophes naturelles, en particulier les réfugiés, les personnes déplacées, et notamment les femmes et les enfants, sont plus exposées au risque d'infection à VIH ; et s'il y a lieu, d'intégrer les composantes VIH/sida dans les programmes d'assistance internationale. »

Malheureusement, cet engagement n'a toujours pas été tenu. Les réfugiés et les PDI se trouvent généralement exclus des plans stratégiques nationaux relatifs au VIH ou des propositions soumises au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Dans sa liste annuelle 2009 des dix situations critiques ignorées, MSF incluait le soutien inadéquat des donateurs pour le traitement du sida.⁴ En plus d'être une obligation légale pour les gouvernements qui ont signé la Convention de 1951 sur les réfugiés, inclure tous les groupes affectés par un conflit aux plans stratégiques nationaux relatifs au VIH et aux propositions de financement, et développer des plans d'urgence sont des impératifs de santé publique. Il est fondamental d'inclure ces groupes si nous voulons atteindre l'objectif de l'accès universel ainsi que les autres objectifs fixés dans le cadre de l'Objectif 6 du millénaire pour le développement.⁵

Les violations aux droits de l'homme dans le cadre des urgences humanitaires ne font pas non plus l'objet d'un traitement suffisant et il n'y a eu que peu d'interventions de protection. La violence sexospécifique – et ses effets sur les individus et les communautés

Centre nutritionnel thérapeutique du Cameroun où sont nourris aussi bien les populations locales que les réfugiés souffrant du VIH/sida et de malnutrition.



UNHCR/F. NDOU

en terme de transmission du VIH – est une question importante qui nécessite un engagement plus important et des interventions pratiques au niveau du terrain. Le dépistage obligatoire du VIH pour les réfugiés, les migrants et autres personnes déplacées est encore une pratique relativement commune dans de nombreuses parties du monde et ceux qui sont positifs sont encore souvent renvoyés de force (refoulés). La décision récente des États-Unis de renoncer à imposer un dépistage obligatoire aux réfugiés acceptés pour la réinstallation est la bienvenue, et il est à espérer que d'autres gouvernements suivront cet exemple. Cette mesure doit être renforcée par de solides mesures de santé publique pour garantir qu'à leur arrivée aux EU les réfugiés réinstallés aient l'opportunité de choisir de se soumettre à un dépistage et le cas échéant de recevoir une thérapie ARV.

En 2005, l'ONUSIDA a développé une Matrice de répartition des tâches en matière de soutien technique⁶ afin de simplifier le soutien relatif au VIH au niveau national et pouvoir offrir une amélioration de la prise de responsabilité. Ce développement a été suivi d'un processus de réforme humanitaire dont l'objectif était de mieux prévoir et mieux rendre des comptes lors des interventions en situation de conflit ou de catastrophe naturelle.⁷ Malheureusement, ces deux processus n'ont pas été coordonnés et il n'y a jamais eu suffisamment de clarté sur ce que devrait être la réponse face au VIH dans des situations humanitaires n'impliquant pas de réfugiés. En conséquence, la coordination et l'intervention en matière de VIH dans les situations d'urgence humanitaire (et en cas de catastrophe naturelle) restent incohérentes et ponctuelles. La révision actuelle de la Répartition des tâches menées par l'ONUSIDA offre une opportunité de clarté dans la coordination et l'intervention en matière de VIH dans les situations d'urgence humanitaire n'impliquant pas de réfugiés. Cette révision doit être coordonnée avec le CPI au niveau supérieur afin de garantir que le processus de réforme humanitaire traite aussi cette question

sans équivoque, de manière à permettre une intervention intégrée en matière de VIH dans le cadre de l'approche 'cluster'.

Conclusion

Des recherches récentes ont confirmé l'efficacité des interventions sur le VIH dans les situations post-confliktuelles. Alors que les sociétés commencent à se relever du traumatisme causé par le conflit, des facteurs qui n'existaient pas pendant le conflit – comme la reconstruction des infrastructures, une accélération de l'urbanisation, une migration à grande échelle et une amélioration de l'économie – peuvent fournir un environnement fertile à la propagation du VIH. Durant cette étape, comme pendant la phase de 'transition' entre la situation d'urgence et de post-urgence, à un moment où peut se produire une interruption des mécanismes de financement des interventions relatives au VIH, le financement approprié et les interventions relatives au VIH en situation post-confliktuelle restent des priorités négligées.

Paul Spiegel (spiegel@unhcr.org) est responsable du Service Santé publique et VIH de l'UNHCR (<http://www.unhcr.org>).

- <http://www.aidsandemergencies.org/cms/>
- Spiegel P B et al. 'Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review' [Prévalence de l'infection au VIH parmi les populations victimes de conflit et déplacées dans sept pays d'Afrique sub-saharienne : une étude systématique], *Lancet* 2007;369 (9580); Plewes K et al. 'Low seroprevalence of HIV and syphilis in pregnant women in refugee camps on the Thai-Burma border' [Faible prévalence sérologique du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes dans les camps de réfugiés sur la frontière entre la Thaïlande et la Birmanie]. *Int J STD AIDS* 2008; 19 (12); Strand RT et al. 'Unexpected low prevalence of HIV among fertile women in Luanda, Angola. Does war prevent the spread of HIV?' [Contre toute attente prévalence peu élevée du VIH parmi les femmes d'âge fécond à Luanda en Angola. La guerre empêche-t-elle la propagation du VIH ?] *Int J STD AIDS* 2007;18 (7).
- <http://tinyurl.com/UNGA-Commitment>
- <http://tinyurl.com/MSF-TopTen-2009>
- <http://www.un.org/ft/millenniumgoals/>. Voir aussi article sur page 20
- <http://www.unaids.org/en/Cosponsors/DivisionOfLabour/default.asp>
- Voir RMF29 Réforme humanitaire: une promesse réalisable? <http://www.migrationforcee.org/reformehumanitaire.htm>

VIH, réfugiés et populations affectées par les conflits en Asie

Ann Burton

Une expérience fondée sur des faits avérés, une bonne évaluation et la volonté d'adapter les programmes aux réalités locales ont été des facteurs clés pour combattre le VIH en Asie.

Les activités VIH du HCR en Asie – qui ont débuté sérieusement en 2005 – étaient basées sur des approches définies dans ses Plans stratégiques de 2005-2007 et 2008-2012, mais adaptées afin d'accommoder des facteurs spécifiques à la région Asie. Ceux-ci incluaient la nature peu intense et concentrée de l'épidémie dans la plupart des pays (où l'infection au VIH se concentrait autour de la prostitution non protégée, le partage de matériel d'injection contaminé et les rapports sexuels non protégés entre hommes) ; le fait que la majorité des pays asiatiques n'est pas signataire de la Convention sur les réfugiés de 1951 ou de ses protocoles de 1967¹; et les mouvements significatifs de population à l'intérieur de la région (liés ou non à des conflits).

Résultats positifs obtenus au cours des cinq dernières années:

- Extension de l'accès aux services de prévention² pour les populations les plus fortement à risque avec 55% des sites qui en 2009 s'occupaient au moins d'une population clé – une augmentation sur aucun site en 2005.
- Augmentation de l'accès aux services clés relatifs au VIH pour les populations réfugiées dans 66% des sites.
- Des progrès considérables en termes de disponibilité des traitements antirétroviraux (ARV) : parmi les pays de la région accueillant plus de 10 000 réfugiés, 100% d'entre eux offrent aux populations réfugiées un accès au traitement ARV lorsque celui-ci est disponible pour les populations locales.
- Augmentation de l'accès et de la disponibilité des informations relatives au VIH, avec 66% des sites de réfugiés disposant fin 2009 de systèmes d'information de base.
- Extension de la base documentaire sur la vulnérabilité et les risques de VIH parmi les personnes déplacées interne (PDI) résultant d'un conflit.

Alors même que des progrès ont été accomplis, l'expérience acquise dans la région a mis en lumière un certain nombre de défis qui apparaissent au cours de différentes phases.

Phase d'urgence

Il est maintenant largement admis, pour traiter le VIH de manière adéquate dans les situations humanitaires, que les interventions doivent débiter rapidement lors de la réponse initiale et qu'elles doivent être étendues lorsque la situation se stabilise. Au vu des priorités en compétition, l'attention apportée à la nécessité d'effectuer des priorités entre les interventions sur la base de ce qui est faisable et de ce qui aura le plus d'impact, reste cependant inadéquate.

Bien plus, la réponse multisectorielle face au VIH dans la région et le rôle que les secteurs clés comme les abris, la protection, l'eau et l'assainissement jouent pour réduire la vulnérabilité et les risques de VIH, sont des aspects qui sont encore mal compris.

De plus, les programmes nationaux relatifs au VIH qui existaient dans les pays touchés par le conflit et le déplacement ont souvent des difficultés à s'adapter aux changements associés au déplacement et à la nécessité d'établir des priorités. C'est un aspect qui est aggravé par le fait que les agences onusiennes centrées sur le développement sont souvent réticentes à adapter leurs stratégies sur le long terme afin de couvrir des besoins plus immédiats et à l'évolution rapide. Finalement et de manière cruciale, dans les situations de conflit l'insécurité freine invariablement la réponse. En 2008 au Sri Lanka, le projet national VIH de garantie de la qualité du dépistage du VIH n'avait toujours pas été étendu au Nord-est touché par le conflit alors que toutes les autres régions du pays avaient été incluses.

Phase post-urgence

Au cours de la phase post-urgence, il y a d'autres défis. Les réfugiés et les PDI bien souvent ne sont pas inclus dans les Plans stratégiques nationaux sur le VIH (PSN). Dans les pays pertinents d'Asie, en 2005 54% des PSN mentionnaient les réfugiés mais seulement 18% mentionnaient des activités à l'intention des réfugiés ; et seulement 22% des neuf pays qui ont plus de 10 000 PDI, reconnaissent leur existence dans leurs plans – et aucun d'entre eux ne prévoyait d'activités à leur intention. Les populations déplacées, particulièrement les réfugiés, manquent fréquemment de personnes pour défendre

leurs intérêts au cours des processus d'élaboration des plans stratégiques et des autres initiatives nationales relatives au VIH, comme les Propositions du Fonds Mondial, parce qu'ils sont considérés comme une question politiquement sensible. Néanmoins, certains progrès ont été réalisés dans le cas du Sri Lanka et de la Thaïlande, dont les PSN les plus récents tiennent compte de l'existence des personnes déplacées.

Une expérience considérable a été accumulée mondialement et dans la région sur la manière de traiter le VIH dans les situations de réfugiés installés dans des camps. En Asie, un nombre important de réfugiés vivent hors des camps, y compris dans des zones urbaines – comme en Iran et en Malaisie. Dans ces types de situations offrir des services aux réfugiés, et notamment des services relatifs au VIH, présente des défis particuliers. Dans ces situations, les réfugiés sont souvent parsemés géographiquement, ils n'ont qu'un contact minimal avec le HCR ou ses partenaires, et reçoivent des services de santé et des services relatifs au VIH d'un certain nombre de prestataires différents, y compris des prestataires privés. Les informations sur les services auxquels ils ont accès et sur leurs besoins spécifiques en termes de santé et de VIH font souvent défaut. C'est pourquoi, toute une série d'interventions sont nécessaires pour atteindre les réfugiés qui ne vivent pas dans des camps, et notamment ceux d'entre eux qui vivent en milieu urbain.

Améliorer l'accès aux services relatifs à la violence sexuelle s'est avéré difficile. L'accès des réfugiés et autres migrants forcés aux centres spécialisés peut s'avérer limité et dans les cas où la législation nationale impose aux fournisseurs de services de signaler les personnes ayant survécus à des actes de violence sexuelle à la police, les prestataires de santé ne peuvent pas garantir la confidentialité de leurs services. Bien plus, les programmes nationaux relatifs à la violence basée sur la différence de sexe sont souvent mal développés. Dans de nombreux pays, la prophylaxie du lendemain dans le cas du VIH ne fait pas partie de la réponse apportée à la violence sexuelle.

Même si des progrès significatifs ont été réalisés au niveau de la programmation, les progrès en termes de surveillance comportementale ou biologique auprès des populations les plus à risques parmi les populations affectées par les

conflits dans la région n'ont pas suivi au même rythme. Dans les situations de réfugiés ou assimilés, il s'est avéré difficile d'initier des interventions relatives au VIH à destination des groupes les plus à risques à cause de facteurs comme la nature fermée de certains sites, et la stigmatisation et la discrimination considérables à laquelle ces populations doivent faire face en plus de leur statut de réfugié. Parmi les autres difficultés il convient de mentionner la taille réduite des échantillons et des considérations éthiques. De plus, il y a pénurie de données, biologiques et comportementales, concernant les réfugiés urbains. Des progrès ont néanmoins été effectués au niveau des approches qualitatives, l'action et l'apprentissage participatifs ont été utilisés pour identifier les risques et les vulnérabilités associés à la prostitution parmi les réfugiés urbains à Delhi. Des évaluations précoces ont été effectuées en ce qui concerne l'utilisation de drogues en Thaïlande et au Pakistan ce qui a résulté en une amélioration des programmes.

Leçons

L'inclusion des réfugiés et des populations déplacées aux initiatives nationales relatives au VIH est un premier pas nécessaire, mais qui de manière isolée ne réussira pas à garantir l'accès aux services. Le plaidoyer en faveur de l'inclusion des réfugiés et des populations déplacées aux initiatives nationales relatives au VIH est une composante clé de la programmation relative au VIH du HCR au niveau national. Cependant, alors qu'il se peut qu'une politique nationale soutienne l'accès des réfugiés, ceux-ci ont fréquemment des besoins spécifiques qui peuvent freiner leur capacité à se prévaloir de ses services. Ces besoins

Un réfugié rend visite à Zafar Ullah (à droite), agent de santé communautaire, pour se réapprovisionner en préservatifs, dans le camp de Nayapara pour réfugiés rohingyas, au Bangladesh.



spécifiques peuvent être un langage ou des antécédents culturels différents de ceux de la communauté d'accueil, un taux moins élevé d'alphabétisme que celui de la communauté d'accueil, la crainte d'être harcelé ou arrêté et l'incertitude à propos de leurs droits. Tous ces facteurs doivent être pris en considération.

Les activités de prévention du VIH parmi les réfugiés et les autres personnes relevant de la compétence du HCR dans la région doivent cibler les personnes qui présentent les risques de contamination les plus élevés. Les réfugiés et les PDI sont souvent considérés comme des populations homogènes alors que, comme toutes les populations, ils comprennent des personnes qui ont des facteurs de risques variables. En se conformant aux directives régionales sur le traitement du VIH dans les situations de faible prévalence/d'épidémie concentrée, les interventions relatives au VIH en faveur des personnes relevant de la compétence du HCR en Asie doivent cibler ceux qui présentent les risques de contamination les plus élevés comme les prostitués et leurs clients, les hommes qui ont

des relations sexuelles avec d'autres hommes et les utilisateurs de drogues injectables. Les interventions auprès de la population générale, comme les activités d'information de masse, même si elles semblent toucher davantage de personnes, auront moins d'impact.

Il est possible d'atteindre des populations marginalisées et fortement stigmatisées et de proposer des services relatifs au VIH dans une situation fermée, même en présence de fortes contraintes socioculturelles. Etablir la confiance avec la communauté concernée peut prendre du temps mais il est nécessaire de développer la capacité des intéressés à se prévaloir des services – et il est essentiel que cette confiance soit maintenue. Le travail avec les pairs et avec des personnes-relais de confiance au sein de la communauté permettra d'atteindre les personnes les plus à risques.

Une évaluation correcte des risques et des vulnérabilités en termes de VIH ainsi que de l'environnement opérationnel de chaque population relevant de la compétence du HCR est nécessaire pour concevoir des interventions appropriées. Chaque contexte est différent et une approche unique pour tous n'est pas adaptée. Une évaluation locale est nécessaire pour déterminer quelles interventions sont les mieux adaptées et pourquoi, et pour identifier les obstacles possibles aux activités prévues ainsi que des solutions potentielles.

Ann Burton (burton@unhcr.org) a été Coordinatrice régionale en matière de VIH/sida pour l'UNHCR à Bangkok de 2005 à mai 2010, elle est maintenant Responsable santé publique pour l'UNHCR à Dadaab, au Kenya.

L'auteur souhaite remercier Susheela Balasundaram de l'UNHCR Malaisie pour sa contribution à cet article.

1. Parmi les signataires de la Convention sur les Réfugiés de 1951 en Asie, se trouvent le Cambodge, la Chine, les Philippines et l'Iran.

2. Notamment, la prise en charge des IST, la fourniture de préservatifs masculins et féminins, d'aiguilles et de seringues propres ainsi que des informations données par les pairs, des groupes de soutien par les pairs et une communication visant au changement de comportement.

Des approches novatrices en Malaisie

La Malaisie accueille plus de 70 000 réfugiés, principalement de Myanmar/Birmanie, qui sont dispersés à travers l'ensemble de la zone de la vallée de Kelang (qui comprend Kuala Lumpur). Fin 2009, il y avait 124 réfugiés qui recevaient un traitement ARV avec le soutien du Ministère de la santé et du HCR. Suite à des expressions de préoccupation concernant l'observation des traitements ARV parmi les réfugiés, un certain nombre de mesures pour aider les réfugiés sous ARV et pour faciliter le respect des protocoles de traitement ont été introduites avec un succès considérable.

Une approche multi-niveau à la maison, au sein de la communauté et au niveau des installations à été adoptée. Les interventions à domicile incluaient des boîtes de dosage, des alarmes par téléphone portable et un soutien pour garantir un apport nutritionnel adéquat. Les activités au sein de la communauté incluaient d'assigner les personnes vivant avec le VIH à un psychologue travaillant dans la communauté, à des numéros d'urgence sur le téléphone portable et à des groupes de soutien pour le traitement. Tous les réfugiés ont accès aux services dans un seul hôpital, Sungoh Bulai, à Kuala Lumpur, qui a structuré ses services de manière à répondre aux besoins des réfugiés. Tous les nouveaux rendez-vous et les rendez-vous de suivi pour les réfugiés sont, par exemple, programmés pour le même jour de la semaine afin de faciliter l'accès à des interprètes parlant les langues appropriées pour les réfugiés et à des psychologues formés. Suite à ces interventions, les prestataires de soins médicaux ont signalés que la moyenne de la suppression de la charge virale chez les réfugiés s'était améliorée de manière significative et était comparable à celle des patients nationaux. Quant au taux de satisfaction par rapport au soutien reçu, il était élevé.

Désarmement, démobilisation et réintégration: opportunités à saisir en situation post-conflit

Priya Marwah, Pamela Delargy et Lara Tabac

Au cours des dernières années, la communauté internationale a beaucoup appris sur le besoin d'inclure la sensibilisation au VIH dans le processus de désarmement, démobilisation et réintégration, et sur le potentiel offert par une telle approche.

Un certain nombre de facteurs convergents peuvent transformer les contextes post-conflit en environnements où le risque de propagation du VIH est élevé. Pendant les conflits armés, la perte de tout accès aux services essentiels que sont les soins de santé, l'éducation et l'information peut laisser les communautés sans les connaissances ou les moyens nécessaires pour se prémunir du VIH lorsque les combats prennent fin. Un certain nombre d'évolutions bienvenues en termes de relèvement national (reprise du commerce et des transports, retour des populations déplacées et des anciens combattants au sein de leur communauté, amélioration de l'accès pour les programmes humanitaires et de développement) s'accompagnent également de nouveaux types d'interaction parmi la population, y compris la possibilité de l'exploitation d'autrui, et de nouveaux risques de propagation du VIH.

Même si les violences armées ont pris fin, les économies affaiblies mettent du temps à se redresser, condamnant de nombreuses communautés à la pauvreté. Dans les situations post-conflit, les nouveaux espoirs de paix et de relèvement coexistent parfois aux côtés du chômage, de l'indigence et du désespoir, à cause desquels les individus se tournent bien trop souvent vers l'alcool, la toxicomanie ou d'autres comportements à risque. Là où les femmes ont endossé de nouvelles responsabilités et un rôle décisionnaire pendant que les hommes étaient au combat, le retour des hommes à la vie civile (et souvent au chômage) est parfois lié à une augmentation de la violence conjugale. Tous ces facteurs peuvent entraîner une épidémie de VIH, qui peut venir s'ajouter aux défis déjà difficiles à relever que sont la consolidation de la paix et la reconstruction.

Pourtant les environnements post-conflit offrent également des possibilités uniques de minimiser le risque d'une telle épidémie. Les anciens combattants (aussi bien des forces militaires que des groupes armés non étatiques), de même que les femmes et les enfants

liés aux groupes armés, sont considérés comme des populations particulièrement exposées au risque de VIH, étant donné leur âge, leurs schémas de mobilité et leurs expériences des conflits. Les risques que doivent prendre les forces armées et les groupes armés sont également reconnus comme des facteurs multipliant la possibilité d'exposition à l'infection. Si les violences sexuelles et d'autres formes d'exploitation sexuelle ont eu lieu pendant les conflits, alors les femmes, qu'elles soient anciennes combattantes, associées aux forces et groupes armés, femmes à charge ou victimes d'enlèvement, présenteront généralement un risque élevé d'infection par le VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles (MST). Les processus de désarmement, démobilisation et réintégration (DDR), qui aident les anciens combattants à réintégrer la vie civile, peuvent être élaborés de manière à identifier et diminuer les risques de VIH et aussi de renforcer les programmes nationaux et locaux de prévention et de soins.

Un programme de désarmement, démobilisation et réintégration (DDR) a pour objectif d'aider les anciens combattants à réintégrer la vie civile et d'empêcher ainsi l'apparition des problèmes sécuritaires susceptibles de survenir lorsque les combattants se retrouvent sans moyen de subsistance et sans réseau de soutien au cours de la transition de la guerre à la paix. Le désarmement comprend la collecte et la mise au rebut des armes, des munitions, des explosifs et des armes lourdes et légères. La démobilisation implique la libération formelle et contrôlée des forces et groupes armés. La réintégration est le processus socio-économique par lequel les anciens combattants retrouvent un emploi durable et salarié au sein de leur communauté.

Sensibilisation au VIH et programmes DDR

Vingt ans de démobilisations nationales dans des pays touchés par le VIH ont

contribué à l'élaboration de normes pour la prévention contre le VIH, intégrées aujourd'hui aux programmes DDR. Par exemple, selon les autorités sanitaires de l'armée éthiopienne, le retour des conscrits et des combattants dans leur communauté après la fin de la guerre d'indépendance érythréenne en 1991 s'est révélé un important facteur de transmission dans l'épidémie en Éthiopie. En s'appuyant sur cette expérience, elles ont mis en place une campagne de prévention contre le VIH de grande envergure parmi les forces armées au cours de la guerre frontalière de 1998-2001 avec l'Érythrée. Ensuite, elles ont formé les troupes qui allaient être démobilisées à éduquer les individus sur le VIH et impulser le changement une fois de retour dans leur communauté. Au Mozambique, la distribution de bons d'alimentation, de logement ou de formation aux anciens combattants s'est révélée être un meilleur facteur de réintégration à la vie civile que la distribution d'argent liquide. Les anciens combattants dépensent souvent rapidement l'argent liquide qu'ils reçoivent, et parfois d'une manière qui augmente directement les risques de transmission du VIH (alcool, prostitution), comme il a été constaté au cours des premiers jours, mal gérés, du processus DDR au Libéria.¹ Au Timor Leste, où peu de possibilités d'emploi s'offraient initialement aux anciens combattants, la frustration de ces derniers les a incités à la consommation de drogues et d'alcool et a entraîné une hausse de la violence conjugale - ces comportements constituant tous des facteurs de risque d'infection par le VIH. Lorsque les programmes relatifs aux moyens de subsistance et au crédit ont été introduits, la situation s'est améliorée.

En 2000, lorsque le Conseil de sécurité de l'ONU a voté la Résolution 1308 sur le VIH et la sécurité³, il était largement admis que les périodes post-conflit constituaient un moment critique pour les interventions relatives au VIH. Cette résolution soulignait l'importance de la sensibilisation au VIH et de la prévention, aussi bien pendant le processus de maintien de la paix que pendant la démobilisation. Au cours de la même année, la Résolution 1325 du Conseil de sécurité sur les femmes, la paix et la sécurité⁴ mettait en lumière les

risques spécifiques posés aux femmes et aux filles en situation de conflit de même que l'attention insuffisante portée aux femmes, aux filles et aux enfants au cours des processus de démobilisation passés. Au cours des années suivantes, alors que l'ONU participait à un nombre croissant d'opérations de consolidation de paix et de relèvement, il est devenu clair à quel point il était important que les programmes DDR intègrent la sensibilisation aux spécificités sexuelles et au VIH. Plusieurs programmes de dépistage systématique et de formation ont alors vu le jour, auxquels prenaient part différentes agences dans différents pays. Toutefois ces programmes ne prenaient pas en compte le caractère endémique de la maladie et leur qualité (voire même leur disponibilité) variait fortement.

Normes intégrées DDR

Afin de consolider les leçons apprises sur la DDR et d'établir des normes de base, le Groupe de travail interorganisations (GTI) de l'ONU sur la DDR a été créé en 2005 avec pour mission d'élaborer une approche de la DDR qui sera adoptée à travers l'ensemble du système onusien. Le GTI a travaillé pendant plus d'un an à la collecte et à l'analyse des leçons puis a lancé des Normes intégrées DDR (IDDRS)⁵ en décembre 2006. Les IDDRS constituent un ensemble complet de directives couvrant tous les aspects techniques et opérationnels du processus DDR. Elles s'accompagnent de modules pour un certain nombre d'aspects « transversaux », y compris les sexes, les droits de la personne et le VIH. Les directives en matière de VIH renforcent l'idée que les programmes DDR sont un point d'entrée crucial pour aborder la question du VIH et partagent les principales leçons tirées d'initiatives dans divers pays.

Depuis l'adoption des normes, le Sous-groupe de travail sur les sexes, le VIH et la DDR* travaille auprès de plusieurs missions de l'ONU pour intégrer les sexes et le VIH au processus de DDR. Des financements ont été apportés par ONUSIDA, les gouvernements britannique et irlandais et la Commission européenne pour mettre en œuvre des programmes DDR-VIH dans plusieurs pays, parmi lesquels le Soudan, le Sénégal, la Côte d'Ivoire, le Népal, la Colombie, le Liberia, la Sierra Leone et la RDC. Alors que les facteurs politiques et opérationnels influencent fortement les progrès généraux de la DDR et entravent son évolution, l'utilisation des directives s'est considérablement développée, tout comme la prise en compte de la question du VIH dans de nombreux processus DDR.

Les expériences à ce jour indiquent que, pour réduire les risques d'infection

au VIH, il faudra coordonner un plus grand nombre de secteurs qu'initialement envisagé et renforcer les liens avec d'autres domaines tels que la santé reproductive, les sexes, les violences sexistes, la sécurité communautaire et les moyens d'existence, afin d'adopter une approche exhaustive et multisectorielle au niveau national et local. Pour construire la base de connaissances nécessaire à cette programmation, le PNUD, l'UNFPA et le DOMP, en partenariat avec le Sonke Gender Justice Network et le Centre international de recherche sur les femmes, mènent actuellement des études et des analyses opérationnelles sur le terrain dans quatre ou cinq pays. Cette initiative de recherche (de juin 2010 à décembre 2011) est soutenue entre autres par la Commission européenne, ce qui indique que les donateurs commencent à apprécier à quel point il est important d'associer le VIH aux initiatives du secteur de la sécurité.

Leçons tirées, réussites et obstacles

De nombreuses leçons apprises jusqu'à présent n'ont rien de surprenant. L'expérience montre que les périodes de « cantonnement » (lorsque les anciens combattants sont regroupés après le désarmement et avant le retour à la vie civile) peuvent être consacrées, crucialement, au dépistage et aux efforts d'éducation, y compris la sensibilisation au VIH et la fourniture de trousseaux de prévention. Les politiques de réintégration communautaire fonctionnent mieux si l'on y incorpore la prévention contre le VIH comme une priorité non seulement pour les anciens combattants mais aussi pour les communautés d'accueil et les réfugiés de retour ; de tels programmes peuvent même créer des points communs entre des groupes ayant vécu des expériences entièrement différentes en temps de guerre. Il semble également de plus en plus évident que les programmes de formation et d'emploi qui garantissent la subsistance des individus ne sont pas seulement critiques pour le relèvement économique national, mais constituent également un élément-clé de la prévention contre le VIH puisqu'ils offrent une alternative à l'industrie du sexe et diminuent la prévalence d'autres comportements à haut risque.

L'expérience indique qu'aborder le VIH pendant le processus DDR a un effet catalyseur et peut servir de point de départ pour aborder plusieurs autres questions sensibles telles que les violences sexistes et l'inégalité entre hommes et femmes parmi les forces et les groupes armés. L'inclusion d'activités relatives au VIH dans les programmes de réintégration présente aussi l'avantage supplémentaire de sensibiliser les individus aux besoins des femmes combattantes et des femmes

et des enfants associées aux forces armées, comme c'est le cas au Soudan.

Des interventions réussies en Sierra Leone, au Liberia, au Niger, au Népal, au Soudan et en Côte d'Ivoire ont montré que la présence de personnel spécialisé au sein d'une intervention DDR nationale permet d'intégrer avec bien plus de succès les questions relatives au VIH.

Bien que des progrès aient eu lieu pour intégrer le VIH à la phase de démobilisation, la phase de réintégration rencontre toujours de nombreuses difficultés. Pourquoi? Parmi ces difficultés se trouvent l'absence d'expertise technique spécialisée sur le terrain; l'absence de sensibilisation au VIH parmi les principaux responsables de l'élaboration des politiques; l'insuffisance des ressources financières; et des liaisons mal articulées entre les programmes DDR-VIH et les stratégies nationales de lutte contre le VIH. Il est critique d'intégrer aux cadres nationaux de lutte contre le VIH les besoins des forces armées démobilisées et des personnes à leur charge. Bien trop souvent, les commissions nationales sur le VIH/sida, nouvellement établies, négligent totalement le secteur de la sécurité.

Le processus DDR offre l'occasion d'atteindre les groupes vulnérables, contribuant ainsi à un relèvement efficace et consolidant le développement à long terme. L'intégration du VIH/sida au processus DDR est vitale pour le bien-être des anciens combattants de sexe masculin et féminin, des femmes et des enfants associés aux groupes armés et de leur communauté d'accueil. S'ils se sentent engagés et sont correctement formés aux questions relatives au VIH, les anciens combattants ont le potentiel de devenir des « agents du changement » en aidant leur communauté à prévenir les infections.

Priya Marwah (marwah@unfpa.org) est spécialiste des programmes pour la Branche d'intervention humanitaire/ Division des programmes de l'UNFPA et Pamela DeLargy (delargy@unfpa.org) est conseillère principale au Bureau régional des États arabes de l'UNFPA (<http://www.unfpa.org>). Lara Tabac (lara.tabac@undp.org) est coordinatrice de programmes pour le département de Planification et de généralisation du développement, Pratique du VIH, pour le Bureau de politique de développement du PNUD (<http://www.undp.org/french/>).

1. Consultez <http://tinyurl.com/UN-LiberiaDDR>

2. <http://tinyurl.com/SCR1308>

3. <http://tinyurl.com/SCR1325>

4. <http://www.unddr.org>

5. Présidé par le PNUD et l'UNFPA et comptant parmi ses membres : DOMP, UNIFEM, UNICEF, ONUSIDA, OMS et OIT.

Les anciens combattants comme points d'appui de l'éducation sur le VIH au Sud-Soudan

Anyieth M D'Awol

Les interventions de désarmement, démobilisation et réintégration (DDR) constituent des voies d'accès potentielles pour atteindre les individus les plus vulnérables à la transmission du VIH.

Le Sud-Soudan est affligé par les conflits depuis les années 1950. L'Accord de paix global (APG) signé le 1er janvier 2005 a mis fin à la deuxième guerre civile, et le processus de développement et de relèvement est aujourd'hui en route. Par contre, les efforts pour mettre au point des politiques cohérentes en matière de VIH en sont toujours à leurs balbutiements. Dans une vaste région dénuée presque

de zones urbaines ou de camps de déplacement où la prestation de services était bien meilleure. Les violences sexistes répandues, en milieu rural comme en milieu urbain, sont à la fois un facteur de multiplication des infections au VIH et un obstacle aux interventions sur le VIH. D'importantes inégalités existent entre les sexes, et les individus entretiennent des relations sexuelles parallèles en raison

au Sud-Soudan, bien que quelques études aient été menées pour essayer de déterminer l'étendue de l'épidémie dans la région. L'une de ces études a indiqué un taux de prévalence du VIH se situant entre 2 et 4 % de la population, tandis qu'une autre, menée dans des cliniques anténatales en 1996, suggérait un taux de 5 %. Parmi les différentes tribus, différents noms sont donnés au VIH/sida, ce qui rend plus difficile la collecte de données. Malgré ce manque de données précises, l'environnement post-conflit à haut risque, auquel s'ajoute le manque d'infrastructures, met en évidence à la fois le besoin de mettre en œuvre des politiques de prévention et d'atténuation du VIH, et les difficultés de cette mise en œuvre.



Des réfugiés soudanais de retour reçoivent des informations sur le VIH/sida et les mines terrestres au poste d'UNHCR à la frontière soudanaise.

UNHCR/P. Wiggerts

L'APLS – l'armée du Gouvernement du Sud-Soudan (GSS), anciennement la branche armée du principal mouvement rebelle sud-soudanais (le SPLM) – est en cours de transition, passant d'une armée de guérilleros à une force militaire professionnelle. Parmi les défis de cette transformation se trouvent l'ambiguïté entourant les structures de commande et des différences culturelles toujours croissantes parmi les soldats (puisque tous les autres groupes armés, construits principalement autour d'une identité tribale, ont dû être absorbés par l'APLS). L'APLS envisage de réduire ses effectifs grâce au processus DDR, qui donne l'occasion de mettre en place des interventions VIH pendant que les soldats font la transition vers la vie civile.

entièrement d'infrastructures, les défis sont immenses. Les quelques données disponibles indiquent que le VIH est prévalent à travers le Sud-Soudan mais son étendue exacte demeure inconnue.

Cet article présente les résultats de recherches portant sur l'Armée populaire de libération du Soudan (APLS) en tant que groupe à haut risque qui, étant donné ses liens étroits avec les communautés, représente potentiellement un point d'appui efficace pour la mise en place de politiques réactives en matière de VIH au cours du processus de désarmement, démobilisation et réintégration (DDR).

Contexte post-conflit

Au Sud-Soudan, l'environnement post-conflit est instable et en constante évolution. Les populations retournent dans la région après des décennies de déplacement forcé, aussi bien en interne qu'à l'étranger, et beaucoup viennent

de la présence du sexe transactionnel, de l'héritage de plusieurs femmes et de l'encouragement du mariage précoce et de la polygamie. L'usage d'outils non stériles pour la scarification et la vision de la circoncision comme un tabou augmentent également le risque de transmission du VIH. La plupart des individus n'ont pas accès aux services essentiels, tandis que les infrastructures qui permettraient de gérer les politiques relatives au VIH sont principalement inexistantes. Les interventions de lutte contre le VIH doivent donc se montrer innovantes et être applicables sans recours aux services de santé de base. De nombreux habitants du Sud-Soudan n'ont jamais entendu parler du VIH ou ignorent comment il est transmis ou évité. De plus, beaucoup d'entre eux ne peuvent pas choisir de se protéger en modifiant leur comportement.

Il n'existe presque aucune donnée fiable sur la prévalence du VIH/sida

Au cours des années de conflit, les soldats de l'APLS ont constamment entendu qu'ils étaient les instruments de la repopulation du Sud-Soudan. En conséquence, il n'est pas surprenant qu'ils ne se soient pas protégés pendant leurs relations sexuelles avec des travailleuses du sexe. De leur côté, vulnérables et dans l'impossibilité de vivre une vie normale en communauté, les femmes cherchent refuge auprès des soldats, et s'adonnent souvent au sexe transactionnel pour garantir leur survie. Les interventions VIH doivent donc aborder ces réalités si elles veulent que les communautés se détachent des environnements facilitant la prolifération du VIH.

Le processus DDR offre une occasion précieuse de dépister un groupe à haut

risque alors qu'il se trouve toujours dans les sites DDR, créant ainsi un point d'appui unique permettant d'entrer en relation avec des personnes qui feront bientôt partie de la communauté civile. La DDR offre aux personnes qui dépendent de l'armée une occasion de bénéficier de possibilités de réintégration et d'interventions VIH claires, ciblées et adaptées afin d'encourager leur autonomie et réduire leur vulnérabilité et celle des autres. D'autres populations devraient également pouvoir en bénéficier, telles que les enfants soldats et les femmes associées aux forces armées. Cependant, les progrès vers la démobilisation du personnel de l'APLS ont été plus lents que prévus, à cause de problèmes liés à la dotation en personnel et à l'assistance technique. Alors que l'APG envisageait que 180 000 combattants du Nord et du Sud bénéficieraient du soutien DDR, l'ONU a rapporté en juillet 2010 que seuls 23 700 sont allés au bout du programme DDR¹ - et, sur ces 23 700, seuls 6 000 ont été démobilisés au Sud-Soudan. La dernière étape-clé de l'APG est le prochain référendum prévu pour janvier 2011 qui déterminera si le Soudan restera un pays uni ou sera séparé entre le Nord et le Sud. Ceci est devenu la priorité absolue de toutes les institutions gouvernementales et des communautés de donateurs, puisque les incertitudes vis-à-vis de la sécurité, voire même des risques de reprise des conflits, suite aux résultats (pour l'unité ou la sécession) pourraient venir détruire les efforts actuels de DDR.

Évolution des politiques relatives au VIH

L'APLS fait de la prévention contre le VIH une priorité mais il reste incertain si ces messages ont été assimilés par les officiers. Elle a adopté une politique de dépistage volontaire et de consultation et s'est dotée en 2006 d'un Secrétariat sur

« ...Je ne veux pas de protection. Toutes ces années où nous avons souffert, nous ne nous sommes pas reproduits et nous avons même perdu certains de nos enfants. Nous devons faire des enfants... et si nous devions mourir, nous serions morts dans la brousse. Le sida ne tue pas... » Soldat de l'APLS, avril 2008

le VIH/sida, qui a pour responsabilité de superviser et mettre en œuvre une intervention VIH touchant l'ensemble de l'armée. Mais l'absence d'un commandement efficace demeure un obstacle à la lutte de l'APLS contre le VIH.

De nouvelles tentatives pour élaborer une politique relative au VIH ont rencontré divers degrés de succès. Le Nouveau conseil national soudanais du sida (NSNAC), fondé pour coordonner

les efforts politiques en matière de VIH, a été développé en 2001 mais sa viabilité s'est vue menacée par l'insuffisance des financements et du soutien institutionnel. En conséquence, ce sont des ONG indépendantes qui ont mis en place des politiques dispersées sur le VIH mais celles-ci étaient à la fois de courte durée et de faible envergure. En juin 2006, la Commission pour le sida du Sud-Soudan (SSAC) a été établie en partenariat avec le GSS au niveau de l'État et des comtés. La SSAC et l'APLS ont toutes deux élaboré des plans à long terme visant à mettre en place des politiques de prévention contre le VIH/sida. En particulier, la SSAC s'est associée avec les principales parties concernées pour élaborer la Cadre stratégique du Sud-Soudan en matière de VIH/sida (SSHASF) pour 2008-2012.

L'ALPS et le SSHASF sont d'accord sur les domaines politiques les plus importants :

- créer un environnement propice à un cadre financier, juridique et institutionnel durable pour les interventions VIH
- mettre l'accent sur la prévention pour réduire le nombre de nouvelles infections
- offrir des soins et des traitements et atténuer les impacts afin d'améliorer la qualité de vie des personnes séropositives
- limiter l'exposition au VIH et atténuer son impact parmi les populations touchées par les situations d'urgence pendant les phases post-conflit et de reconstruction
- renforcer les capacités pour consolider et décentraliser les interventions VIH nationales et pour en assurer la durabilité
- procéder au suivi et à l'évaluation pour recueillir des informations qui renforceront la gestion des interventions nationales multisectorielles à tous les niveaux

Cette réponse paraît exhaustive mais de nombreux obstacles demeurent pour créer des cadres adaptés et peaufiner les politiques couvrant ces domaines thématiques. Parmi ces difficultés, l'on peut citer la coordination entre l'ALPS et le SSHASF et le maintien d'allocations budgétaires constantes pour la gestion de l'intervention VIH. De plus, il est nécessaire de mieux comprendre que les déterminants qui exposent les personnes au risque du VIH s'apparentent plus aux facteurs socio-économiques et culturels de la vie de ces personnes plutôt qu'à leur désir de concupiscence ou de s'engager dans des relations concurrentes. Pour que les politiques soient efficaces, l'ALPS et la SSAC devraient identifier tous

les groupes qui ont besoin d'accéder à la documentation de prévention contre le VIH, y compris les groupes souvent ignorés tels que les veuves. Les politiques doivent aussi aborder la question de l'instabilité post-conflit de la région, en portant une attention particulière aux personnes anciennement déplacées retournant dans cette région.

Recommandations et prochaines étapes

Malgré sa volatilité, l'environnement présente de nombreuses opportunités pour mettre en place des interventions VIH, en particulier au sein de l'APLS, qui devront joindre l'action à la rhétorique. Le commandement militaire devrait se situer à l'avant-garde des efforts pour combattre l'épidémie au sein de l'institution militaire, en élaborant et en appliquant un code de conduite, de même qu'en protégeant les autres individus associés aux casernes. Les financements pour la mise en œuvre de programmes devraient être fiables tandis que le dépistage obligatoire, accompagné par des services de soutien et un traitement confidentiels, devrait être encouragé pour l'APLS afin d'évaluer l'étendue de l'épidémie parmi ses forces. L'APLS peut utiliser sa structure de commandement pour atteindre un groupe à très haut risque, encourager les comportements responsables et réduire les nouvelles infections grâce à la discipline et une approche holistique. La DDR est également l'occasion d'enseigner de nouvelles compétences – par exemple, dans le domaine de l'agriculture – pour garantir l'autonomie future. Seules les relations familiales connues devraient être autorisées à s'approcher des casernes afin d'éliminer le sexe de dépendance et de survie.

Les conditions post-conflit posent un véritable problème et menacent de compromettre les progrès effectués à ce jour. Les interventions doivent atteindre la majorité des individus et modifier le comportement des personnes disposant d'un accès restreint, voir nul, aux ressources. Cela dit, la simple stratégie ABC (Abstain, Be faithful, Condomise - Abstinence, Fidélité ou Préservatif) ne fonctionnera pas dans cette région, et il est donc nécessaire que les politiques relatives au VIH prennent en compte les pratiques culturelles.

La SSAC devrait montrer l'exemple en maintenant son engagement politique pour améliorer les conditions des interventions VIH et faire du lobbying auprès des ministères responsables qui peuvent influencer les facteurs socio-économiques de l'épidémie. La SSAC devrait identifier les domaines où les comportements traditionnels présentent un haut risque et devraient cibler des groupes telles que les sages-femmes, les guérisseurs et les chefs en

tant que points d'appui pour aborder les pratiques non hygiéniques.

Bien que l'analyse post-conflit présentée dans l'étude complète ne soit pas exhaustive, elle révèle une série d'obstacles qui peuvent affaiblir la direction politique désirée en matière de VIH si cette politique n'est pas basée sur des données tangibles et si elle n'est ni pratique ni réaliste. La vulnérabilité au VIH/sida dans la région est élevée et de nombreuses stratégies typiques de

prévention impliquant l'éducation, la sensibilisation et le plaidoyer auront des impacts limités à cause des inégalités entre les sexes, de l'absence d'État de droit et de la faiblesse des structures de gouvernance. Le potentiel pour mettre en place des interventions VIH est élevé : il existe un vaste public captif au sein des programmes DDR et ces individus constituent des points d'appui importants pour toucher de nombreuses personnes au niveau individuel.

Anyieth M D'Awol (msdawol@hotmail.com) travaille comme chercheuse indépendante basée au Sud-Soudan et est la directrice exécutive du Projet Roots (<http://tinyurl.com/rootsproject>).

Cet article est extrait d'un rapport plus approfondi rédigé pour l'ACSI et disponible sur : <http://tinyurl.com/ASCIreport16>

1. <http://tinyurl.com/UN-ddr-southsudan>

Obstacles à la distribution d'antirétroviraux en Ouganda du Nord

Matthew Wilhelm-Solomon

L'Ouganda rencontre de nombreux problèmes pour garantir la continuité et la pérennité des programmes de traitement pour les PDI de retour.

L'Ouganda du Nord traverse une importante phase de transition. La fin des hostilités entre l'Armée de résistance du Seigneur et le gouvernement ougandais en 2006 a ouvert la voie au retour de centaines de milliers de PDI. Les obstacles au traitement du VIH dans la phase post-conflit sont presque aussi redoutables que ceux qui s'élevaient pendant le conflit.

Une étude menée par le Ministère de la Santé ougandais en 2004-2005 indiquait un taux de séroprévalence du VIH de 8,2 % pour l'Ouganda du Nord. Parmi l'échantillon de population étudié, il semble que l'Ouganda du Nord présente le taux d'incidence le plus élevé du pays¹, bien que peu de données fiables soient disponibles pour les régions rurales et les camps et que la validité des données soit contestée. En 2007, St Mary's Hospital Lacor, un site de surveillance, a signalé un taux de séroprévalence anténatale de 9 %. Des données récentes d'autres établissements de santé indiquent une augmentation de la prévalence au cours des trois dernières années.

La thérapie antirétrovirale (TAR) est aujourd'hui promue auprès des communautés touchées par les conflits et considérée comme réalisable par les institutions gouvernementales et non gouvernementales de l'Ouganda du Nord et internationalement, y compris Médecins Sans Frontières (MSF) et UNHCR. Toutefois, il est important de préparer la transition post-conflit et le retour des personnes déplacées afin de garantir la continuité et la pérennité des programmes de traitement.

Des recherches menées en Ouganda du Nord entre 2006 et 2009 sur les

programmes TAR mis en place par l'Organisation ougandaise d'aide aux malades du sida (TASO)², St Mary's Hospital Lacor³ et le Ministère de la Santé ougandais indiquent que, pour les personnes qui ont pu en bénéficier, le TAR aide à faire de l'infection une maladie chronique et non plus une maladie terminale. Les antirétroviraux, associés aux traitements des infections opportunistes, ont permis d'améliorer fortement la santé des personnes séropositives. De surcroît, la fréquence et l'intensité de la stigmatisation, en particulier lorsqu'elle est associée à la peur de la transmission, ont diminué. Le TAR a sauvé des milliers de vies et créé de nouvelles possibilités d'amitié, de vie de famille et de productivité.

La fourniture de traitements antirétroviraux a débuté en 2002 à Gulu, le principal centre urbain de la région, et a été étendue à d'autres villes dès 2004, puis à certaines zones rurales et certains camps de PDI en 2005. En mars 2010, dans les districts anciennement touchés par les conflits, plus 220 000 personnes séropositives bénéficiaient du TAR, principalement gratuitement ou à faible coût.⁴ Des taux élevés d'adhérence au traitement ont été prouvés pour les programmes de TASO et de St Mary's Lacor, grâce au recours à des stratégies communautaires.

Sur la période de retour, les données n'indiquent aucun impact important sur l'adhérence au traitement pour les programmes de TASO et St Mary's, bien que les travailleurs sur le terrain affirment que la rareté de la nourriture influence l'adhérence de certains patients. Un impact indéniable a toutefois été constaté sur la rétention des patients et

les rendez-vous manqués, exerçant des pressions sur les ressources. Les services de santé nationaux de l'Ouganda du Nord manquent principalement de données sur l'adhérence et la rétention des patients, mais les entretiens semblent indiquer qu'ils souffrent de problèmes semblables.

Incertitudes pour les patients et les prestataires

Beaucoup de personnes séropositives sont anxieuses vis-à-vis de la période de retour et choisissent de rester dans les camps ou les villes aussi longtemps que possible. Le retour s'accompagne souvent de nombreuses difficultés : reconstruction des logements familiaux, reprise l'agriculture, retour vers des régions où la prestation de services est insuffisante et retrait de l'assistance alimentaire. Comme nous l'a expliqué en 2008 Nighty Acheng, une femme séropositive du camp de Pabo : « Lorsque nous retournons au village nous n'avons plus la force de creuser. Et il y a eu des cas où certains d'entre nous ont été négligés par leur famille. »

Le TAR demande une adhérence rigoureuse tout au long de la vie. Les interruptions de traitement non supervisées peuvent entraîner l'échec du traitement, de même que l'apparition de souches virales résistantes aux médicaments. Dans les camps, il était relativement aisé de contrôler l'adhérence. Il était possible d'être en contact avec de nombreux individus, et même pendant les conflits la fourniture de traitement était rarement interrompue. Des groupes de soutien avaient également été établis dans les camps et constituaient des réseaux d'assistance.

Mais les mouvements de retour, et la réouverture des routes commerciales, ont fortement compliqué la continuité du traitement. La dispersion des populations et l'augmentation de la distance entre

les patients et leur centre de soins le plus proche ont créé des difficultés, aussi bien pour les patients que pour les prestataires de soins. Certains individus sont si malades qu'ils ne peuvent aller chercher leurs médicaments et, s'ils ont perdu toute leur famille, personne ne peut aller les chercher à leur place. Tous les programmes ont dû faire face au problème des patients qui manquent leur rendez-vous ou qui abandonnent le programme.

Les obstacles potentiels au traitement qui surgissent pendant la période de retour avaient généralement été sous-estimés pendant le conflit. Par exemple, le TAR du Ministère de la Santé avait été élargi, en 2005, à certains centres de traitement en milieu rural, mais sans plan de contingence pour les retours et souvent sans les capacités suffisantes pour assurer le suivi des traitements. La coordination et le partage des expériences entre programmes se sont aussi révélés problématiques. Les réunions du cluster sur la santé, la nutrition et le VIH/sida, présidées par l'Organisation mondiale de la santé, se sont concentrées sur les défis les plus immédiats de la transition, tels que l'hépatite E et le paludisme, et ne constituaient pas des forums adaptés pour élaborer les approches à long terme ou développer les capacités pour favoriser la rétention des patients dans les programmes sur le VIH, mais aussi sur la tuberculose. Les services de santé nationaux ont souffert de terribles pénuries de personnel et de médicaments alors que les retours augmentaient les pressions exercées sur ces services.⁵

Certains centres ruraux de santé fournissant des TAR bénéficiaient du soutien de différentes branches de MSF, y compris un soutien communautaire, bien qu'ils aient tous connu des problèmes de dotation en personnel et d'approvisionnement une fois que MSF s'est retiré. Fin 2006, le Programme sur la malaria, le VIH/sida et la tuberculose pour l'Ouganda du Nord (NUMAT), qui s'étale sur cinq ans, a été établi pour aider les services de santé en matière d'approvisionnement, de soutien communautaire et de décentralisation des traitements. Cette évolution a été la bienvenue, même si dans certains endroits le soutien communautaire a débuté après les mouvements de retour. Les traitements demeurent indisponibles dans un certain nombre de centres de soins ruraux, bien que la couverture ait augmenté de manière significative depuis la fin des hostilités.

Même les ONG relativement bien dotées en ressources ont connu de grandes difficultés. La stratégie de TASO, qui vise à dispenser à moto les soins à domicile et assurer le suivi, était particulièrement efficace lorsque les populations étaient statiques mais a été mise à mal lorsque les patients se sont éloignés. Ainsi ce

programme a-t-il perdu plus de 10 % de patients au cours de chacun des deux premiers trimestres de 2008. La stratégie a alors été modifiée en s'appuyant sur des membres de la communauté pour assurer le suivi des patients, tandis que des points de distribution décentralisés ont été établis en milieu rural. Ces changements ont permis à TASO de réduire de manière drastique la perte de ses clients à moins de 1 % pour le second trimestre 2008.

programme, qu'ils ne sont pas capables de suivre aussi rigoureusement les patients aujourd'hui que dans les camps. L'un d'entre eux, Simon Omara de Comboni Samaritan, fait part de la situation : « Les principales difficultés que je rencontre sont les grandes distances, puisque la plupart des gens prennent leur traitement à huit heures quand fait déjà nuit, et qu'il a parfois commencé à pleuvoir. Il arrive de rencontrer sur le chemin des personnes ivres qui viennent vous importuner,



Un groupe de soutien au VIH nouvellement constitué dans une zone de retour du district d'Oyam, en Ouganda.

Matthew Wilhelm-Solomon

St Mary's Hospital Lacor a adopté à une stratégie de suivi communautaire dès le début de son programme, avec l'aide de l'organisation communautaire Comboni Samaritan - une stratégie qui s'est révélée très efficace pour garantir la continuité des traitements. Des responsables du suivi des traitements, issus des communautés de diverses zones géographiques, ont été nommés et constitués en réseaux, grâce auxquels peu de patients ont été perdus au cours de la période de retour, ne dépassant jamais plus de 2 % par trimestre. Le succès de St Mary's prouve que l'établissement de réseaux communautaires étendus peut se montrer aussi efficace pour garantir la continuité du TAR que la décentralisation de la fourniture des traitements.

La majorité des responsables du suivi de l'adhérence employés par la plupart des programmes VIH sont eux-mêmes séropositifs et se heurtent aussi aux difficultés de la transition. Les petites allocations que ces responsables du suivi reçoivent ne suffisent souvent pas même à couvrir leurs heures de travail et ils affirment tous, quel que soit le

et un autre problème est lorsque ces longues distances vous affaiblissent. »

Alors que certaines organisations comme TASO évoluent vers des programmes relatifs aux moyens de subsistance, il existe peu de programmes qui viennent soutenir les personnes séropositives qui sont en transition entre le déplacement et le retour. Tous les programmes disposent également d'éléments de prévention contre le VIH, bien que le programme de St Mary's ne fournisse pas de préservatifs, limitant ainsi les options des patients en matière de santé reproductive, surtout en milieu rural où les autres services ne sont pas facilement accessibles.

Recommandations

L'expérience acquise dans l'Ouganda du Nord peut servir dans d'autres situations où un grand nombre de personnes a été déplacé pendant longtemps. L'un des enseignements à tirer est l'importance de travailler avec le ministère national de la santé et les ONG afin de :

- reconnaître que les processus de retour post-conflit peuvent créer

des obstacles de grande taille aux programmes de traitement du VIH en raison de l'accroissement de la distance entre les prestataires de service et les populations séropositives souvent mobiles.

- reconnaître le fait que les programmes TAR fournis par l'État disposent de ressources insuffisantes
- décentraliser le traitement et financer des services de soutien communautaire pour aider à garantir la continuité du traitement
- reconnaître les lourdes responsabilités endossées par les responsables communautaires du suivi de l'adhérence au TAR, en particulier ceux qui sont eux-mêmes séropositifs
- cibler le soutien aux patients séropositifs de manière à les aider à adhérer au traitement alors qu'ils traversent les épreuves de la transition
- utiliser les travailleurs communautaires pour aider les patients à combattre leur anxiété vis-à-vis de la période de retour, en fournissant des informations sur les options de traitement

- garantir que la collecte des données dans les situations post-conflit ne porte pas uniquement sur l'adhérence mais aussi sur la perte des patients.

De plus, les données issues de programmes non gouvernementaux disposant de ressources adéquates ne peuvent pas être considérées comme représentatives de tous les programmes ; il est nécessaire d'effectuer en Ouganda du Nord, mais aussi ailleurs, une évaluation des programmes nationaux antirétroviraux qui disposent de ressources insuffisantes. Alors que la fourniture de traitements aux communautés touchées par les conflits peut se transformer en succès, la phase transitionnelle pose une série de nouveaux défis qui touchent les patients et risquent d'augmenter les chances de développer une résistance au traitement.

Les personnes séropositives de l'Ouganda du Nord – tout comme dans les autres contextes post-conflit – font preuve d'une remarquable capacité d'adaptation aux difficultés du retour en formant de nouveaux groupes de soutien. Elles demeurent toutefois vulnérables et continuent de vivre dans des circonstances délicates. La

viabilité à long terme du TAR s'appuie sur la promotion d'une communication et d'un soutien approfondis entre les donateurs, la société civile, les autorités sanitaires nationales, les patients et les prestataires locaux.

Matthew Wilhelm-Solomon (matthew.wilhelm-solomon@qeh.ox.ac.uk) est candidat à un doctorat au Département de développement international de l'Université d'Oxford. Il est l'auteur de « Stigmatisation, Disclosure and the Social Space of the Camp » (Stigmatisation, divulgation et espace social du camp), Unité de recherche sur le sida et la société, Document de travail 267. <http://www.cssr.uct.ac.za/publications/working-paper/2010/267>

1. Mermin, Jonathan et al (2006) 'Risk Factors for Recent HIV Infection in Uganda', *JAMA*, 300, 5,
2. <http://www.tasouganda.org/>
3. <http://www.lacorhospital.org/>
4. Programme de contrôle du sida, Ministère de la Santé, Situation de la thérapie antirétrovirale en Ouganda, Rapport trimestriel pour janvier-mars 2010.
5. Entretien avec Dr Elizabeth Namagala (juillet 2009), Coordinatrice nationale TAR, Ministère de la Santé. Entretien avec Dr Solomon Woldetsadik (août 2008), Président du Bureau auxiliaire de Gulu de l'Organisation mondiale de la santé.

Violences sexistes et VIH au Burundi

Hakan Seckinelgin, Joseph Bigirimwami et Jill Morris

Les relations entre hommes et femmes ont empiré au cours des conflits, et les interventions pour promouvoir le désarmement, la démobilisation et la réintégration (DDR) n'ont pas réussi à s'attaquer aux dynamiques qui entraînent la propagation du VIH.

Les conflits accablent la société burundaise depuis l'indépendance, en 1962, bien que ces dernières années une paix encore fragile ait émergé d'une série d'accords de cessez-le-feu signés par les groupes armés.

Une série d'entretiens avec des hommes, des femmes, des jeunes, des anciens combattants, des PDI et des travailleuses du sexe met en lumière l'étendue des changements apportés par les conflits dans la société burundaise, que les activités de prévention contre le VIH doivent prendre en considération. Chaque entretien visait à recueillir les expériences vécues avant, pendant et après le conflit afin de comprendre les relations hommes-femmes et les perceptions du VIH/sida. Ces entretiens examinaient le rôle traditionnel des femmes au sein des ménages et en tant que productrices agricoles ; la hiérarchie des sexes en matière de prise de décision, qui tient les femmes à l'écart du pouvoir ; et les restrictions juridiques qui limitent

le droit de propriété foncière des femmes. Ces normes structurelles et ces vulnérabilités sexospécifiques, qui continuent d'entraver le rôle des femmes dans la société, ont facilité la propagation du VIH.

Dans la documentation sur le VIH/sida et les conflits, il est souvent écrit que les conflits augmentent le risque de dissémination du VIH. Cependant, les liens possibles entre les conflits et le VIH/sida sont complexes. La documentation porte principalement sur les forces armées, en s'appuyant souvent, de manière simpliste, sur un lien unique de cause à effet entre les hommes et les femmes. Le terme « forces armées » implique une population masculine tandis que le terme « population générale » implique une population féminine. Il s'agit là d'une manière très limitée de considérer la question du sexe et du conflit. Pendant les conflits, il existe de nombreux autres liens entre les différents groupes et ces liens ne permettent pas forcément

de distinguer avec netteté les divers protagonistes d'un conflit aussi prolongé que celui du Burundi. Plutôt que d'essayer d'affirmer ou d'infirmer l'existence d'un lien clair entre les conflits et la propagation du VIH/sida, il semble plus productif de se pencher sur la manière dont ces deux processus alimentent les vulnérabilités sexospécifiques.

Contexte sexospécifique

Les entretiens ont produit des informations qui suggèrent que, alors qu'il est possible d'affirmer que les conflits ont intensifié et aggravé les disparités entre les sexes en exposant les femmes à des violences plus fréquentes, les formes particulières de violence et de dépossession qui sont apparues au cours des conflits avaient été façonnées par les disparités préexistantes entre les sexes. L'une des choses qui a changé en conséquence du conflit, c'est le comportement sexuel des individus : par exemple, les relations extraconjugales étaient auparavant considérées comme honteuses et comme un profond déshonneur pour la famille si elles étaient révélées au grand jour, mais aujourd'hui elles sont devenues monnaie courante.

Le VIH a exacerbé la vulnérabilité des femmes. Même lorsque les femmes sont sensibles aux messages de prévention et de formation en matière de VIH/sida, leur capacité à les appliquer dans leur vie quotidienne semble actuellement limitée. De nombreuses femmes interrogées ont affirmé que les hommes séropositifs tenaient les femmes responsables de leur état sérologique. Bien que la plupart des femmes aient affirmé entretenir des relations sexuelles uniquement avec leur mari, les hommes mettent généralement fin à leur relation s'ils apprennent qu'ils sont séropositifs. Cela laisse les femmes sans mari et incapables d'accéder aux terres et à d'autres ressources.

Sexe et conflit

Après 1993, les conflits se sont déroulés entre le gouvernement et de multiples groupes armés. Alors que les conflits se prolongeaient, les femmes se trouvaient de plus en plus appauvries et exposées, seules responsables de leur propre défense et de la survie de leur famille. Les entretiens ont indiqué que, lorsque les femmes joignaient les groupes armés pour augmenter leurs chances de survie, elles étaient maltraitées. Celles qui se sont rendues dans des camps de PDI se sont également exposées à la violence. Avec la militarisation générale, de nombreux foyers ont perdu des hommes adultes, alors que la situation pour les femmes qui n'étaient pas formellement mariées était devenue particulièrement précaire. La relation qui unissait les femmes qui avaient été délaissées à leur belle-famille et à leurs relations familiales masculines a changé alors que se poursuivaient les conflits. Souvent, les hommes de la belle-famille cherchaient à se débarrasser de ces femmes afin que leur famille puisse récupérer leur propriété.

Alors que les femmes ont commencé à être considérées comme des individus insignifiants, nombre d'entre elles n'avaient d'autre choix que de se tourner vers le sexe transactionnel. Leur vulnérabilité est ainsi étroitement liée à l'effondrement de relations familiales bien négociées et à la recherche de la sécurité. A cause de leur pauvreté, de leur sentiment d'impuissance et de l'humilité féminine à laquelle s'attendent les hommes, il est difficile pour les femmes de repousser les avances des combattants armés. Traditionnellement, une fois que les femmes ont été approchées pour parler, même sans sous-entendu, il leur est difficile par la suite de repousser les avances d'un homme puissant. Dans le contexte de

conflits, ce mécanisme constituait un moyen bien plus répandu d'obtenir des faveurs sexuelles.

La plupart des anciens combattants interrogés ont affirmé n'avoir rien entendu sur le VIH/sida pendant les conflits. Le fait qu'un groupe nombreux et puissant n'avait pas été sensibilisé accroissait encore la vulnérabilité des femmes sur lesquelles ils exerçaient un contrôle sexuel.

Les conflits ont créé un environnement dans lequel les vulnérabilités sexospécifiques existantes avaient été exacerbées, les chemins de la propagation de l'infection avaient été ouverts et les possibilités de parler du VIH ou de sensibiliser les populations avaient été réduites. Le Burundi n'a pas pu participer aux premiers efforts régionaux pour contenir l'épidémie, et l'augmentation des comportements sexuels à risque chez les hommes, au cours des conflits, fait qu'il est encore plus difficile pour le Burundi de rattraper son retard. Après les conflits, les interventions mises en place ne disposaient ni des capacités, ni des ressources suffisantes. Cette situation a créé des tensions entre, d'un côté, les activités de sensibilisation et, d'un autre côté, la fourniture de traitements.

La DDR insensible aux vulnérabilités sexospécifiques

Les camps de démobilisation font partie intégrante de la DDR et constituent le premier point auquel les anciens combattants ont l'occasion de recevoir des informations sur le VIH/sida. Les personnes interrogées ont affirmé que la sensibilisation et le dépistage étaient bien sûr importants mais que la plupart des anciens combattants n'avaient pas suffisamment de temps pour assimiler les informations et se pencher sur les implications personnelles de leur comportement alors qu'ils se préparaient à regagner leur communauté dont ils avaient été absents pendant de nombreuses années. Les programmes VIH n'ont atteint ni les quelques femmes présentes dans les camps de démobilisation, ni le plus grand nombre d'anciennes combattantes qui se sont apparemment démobilisées elles-mêmes. Au cours de la DDR, les combattantes ont fait un test de dépistage, mais ces tests ont généralement été effectués dans des environnements qui ne répondaient pas à leurs besoins particuliers en tant que femmes et que combattantes. Si elles étaient séropositives, elles étaient généralement condamnées par les hommes au moment de leur retour et se trouvaient alors forcées de subvenir à leurs propres besoins, tandis que

les hommes bénéficiaient de l'appui de leur famille proche ou éloignée.

Au Burundi, le processus DDR s'est déroulé au sein des structures sexuelles traditionnelles qui rendaient les femmes vulnérables pendant les conflits. Les femmes qui venaient de la brousse, ou qui avaient été exclues de leur communauté, n'ont pas été intégrées de manière à pouvoir devenir des membres fonctionnels de la société et sont restées vulnérables aux violences sexuelles.

Conclusions

Au Burundi et ailleurs, la relation entre les conflits et le VIH/sida est complexe et articulée par des normes et des valeurs sexospécifiques antérieures aux conflits. Le caractère prolongé des conflits, du déplacement et des restrictions de mouvement a endommagé les relations sociales et les divers moyens d'existence traditionnels, augmentant la vulnérabilité au VIH. Dans ces conflits prolongés, aussi bien dans leur foyer qu'au dehors, les femmes étaient plus vulnérables, alors que les relations hommes-femmes pré-conflit avaient déjà appris aux femmes, dès leur plus jeune enfance, qu'elles devaient se montrer passives et soumises.

Toutes les interventions portant sur la propagation du VIH/sida, avant et après les conflits, devraient prendre en compte le contexte sociologique d'un conflit particulier de même que les caractéristiques structurelles sexospécifiques - et devraient reconnaître les liens qui unissent les différents acteurs.

Les processus DDR ne devraient pas uniquement se concentrer sur les groupes militaires et armés. Étant données la nature des conflits et l'étendue des violences subies par tant d'individus, les initiatives DDR doivent aborder les causes sous-jacentes de ces violences, en particulier des violences sexistes. Sinon, elles deviennent l'un des aspects du problème VIH/sida, plutôt qu'une partie de la solution.

Hakan Seckinelgin (M.H.Seckinelgin@lse.ac.uk) est maître de conférences pour le Département de Politique sociale de la London School of Economics (<http://www.lse.ac.uk>). Joseph Bigirumwami (bigirumwami@yahoo.fr) est professeur au Département de Langues et littérature africaines de l'Université du Burundi. Jill Morris (jillmorris99@hotmail.com) est une consultante indépendante.

Cet article est extrait d'un rapport plus détaillé rédigé pour l'ASCI et disponible sur : <http://tinyurl.com/ASCIreport13>

Transition post-confliktuelle et VIH

Manuel Carballo, Calixte Clérisme, Benjamin Harris, Patrick Kayembe, Fadila Serdarevic et Alexandra Small

Les recherches menées en Bosnie, en République Démocratique du Congo, en Haïti et au Liberia ont mis en lumière une négligence préoccupante des problèmes relatifs au VIH pendant la période qui fait suite aux conflits et aux déplacements.

Pendant ces cinquante dernières années, on a observé une augmentation dramatique du nombre de conflits et d'urgences complexes. La plupart de ces événements a eu lieu dans des circonstances où le conflit a encore affaibli des services nationaux de santé, d'éducation et autres, déjà inadéquats. L'augmentation en fréquence des conflits et du nombre de personnes qu'ils affectent a motivé un renforcement de l'engagement en faveur des secours d'urgence pendant la phase aiguë des crises, mais en comparaison, la transition post-confliktuelle jusqu'au rétablissement et à la reconstruction n'a suscité qu'un intérêt nettement plus limité tant en termes de vision que d'envergure.

La Bosnie, Haïti et le Liberia sont tous passés par des conflits prolongés et les hostilités se poursuivent dans l'est de la RDC. Un projet de recherche entrepris par le Centre international pour la migration et la santé (CIMS)¹ et ses collaborateurs de recherche dans le cadre de l'Initiative sur le sida, la sécurité et les conflits (ASCI) a centré son étude sur la manière dont la transition depuis le conflit est ressentie par différents groupes de personnes et l'effet qu'elle a sur leurs attitudes face au VIH et à la violence sexuelle et basée sur la différence de sexe (SGBV). En RDC, en Haïti et au Liberia, le VIH reste un problème important encore en augmentation. En Bosnie, où l'épidémie a été beaucoup moins apparente, l'augmentation du nombre des cas signalés de tuberculose est peut-être indicative d'un VIH sous-jacent, mal diagnostiqué et non recensé. Ces quatre pays ont vu le conflit produire des déplacements de population considérables et répétés et une violence sexuelle et basée sur la différence de sexe également considérable. De plus en RDC et au Liberia, en association à cette violence il y a eu de très nombreux cas de mutilation.

Négligence des donateurs envers les situations post-confliktuelles

Notre recherche suggère qu'en général la communauté internationale n'a prêté que relativement peu d'attention, que ce soit en termes conceptuel ou de programme, à la transition entre le conflit et le rétablissement. Dans trois des pays évalués où il y a eu une fin clairement définie des hostilités

actives, il n'y a pas eu d'interventions à grande échelle conçue pour garantir la sécurité humaine sur le long terme des populations concernées. Nous n'avons pas non plus observé d'éléments indiquant que des groupes de populations dont la vulnérabilité était due ou avait été exacerbée par le conflit avaient été ciblés. Tout type de rétablissement ou de reconstruction sociale qui a eu lieu ou a lieu à l'heure actuelle dans chacun de ces quatre pays semble avoir été le fruit du hasard et a largement laissé pour compte une partie importante des personnes qui avaient pourtant subi le conflit le plus durement.

Le fait de négliger des personnes dont la réinsertion dans la société est essentielle en termes de rétablissement et de reconstruction crée un nouveau type de marginalisation (réelle et perçue) touchant aux services sociaux et de santé, et aussi aux initiatives relatives au VIH pourtant tellement nécessaires. Une telle négligence, non seulement met des vies en danger mais elle pourrait aussi comporter de sérieuses implications en termes de santé publique et de stabilité sociale et politique pour l'avenir.

La prévalence du VIH parmi les personnes qui ont entre 15 et 49 ans en Bosnie, en RDC, en Haïti et au Libéria était estimée en 2007 à 0,1%, 1,5%, 2,2% et 1,7% respectivement, mais l'absence de données de qualité rend une estimation fiable très difficile et dans les trois derniers pays la situation pourrait avoir été significativement pire. Et pour la même raison, il est difficile d'évaluer clairement dans quelle mesure les schémas d'incidence et de prévalence du VIH ont été influencés par le conflit.

Ce qui est clair, c'est que de manière notoire les femmes déplacées et soumises à des sévices sexuels n'ont pas pu bénéficier d'interventions post-confliktuelles relatives au VIH ou à d'autres problèmes de santé. Dans aucun de ces quatre pays, la cessation ou la réduction des hostilités n'a apporté d'amélioration nette à leur vie. En effet, les femmes déplacées en RDC, en Haïti et au Libéria ont signalé que leur situation avait empiré et qu'elles se sentaient plus en danger d'être exposées au VIH après le conflit que pendant le conflit. Ceci était particulièrement évident en Haïti et en RDC où les femmes déplacées



IRIN/Neil Thomas

ont dit qu'elles vivaient dans la peur constante qu'elles-mêmes ou leurs filles ne soient contaminées par le VIH, et elles se plaignaient du fait que toutes les interventions relatives au VIH qui avaient été organisées les avaient ignorées ou avaient ignoré leurs besoins.

Dans ces quatre pays, les préoccupations concernant le VIH parmi les femmes déplacées étaient liées au fait qu'elles considéraient que leur vulnérabilité face au viol perdurait, sinon augmentait. En RDC, en Haïti et au Liberia, les femmes déplacées ont dit qu'elles sentaient que le risque d'être violées avait augmenté avec la réduction de la présence des groupes extérieurs d'assistance et qu'il y avait une perception générale que peu de choses ou rien n'avait été fait pour leur fournir l'assistance (physique et psychologique) nécessaire pour traiter les séquelles des viols. Elles s'accordaient à dire que non seulement elles ne savaient pas où aller pour dénoncer un viol mais aussi qu'elles ne croyaient pas que cela aurait un effet parce qu'elles pensaient qu'il n'y avait pas de réel intérêt envers elles ou leur bien-être. Elles mentionnaient qu'avoir été violées, connaître quelqu'un qui avaient été violé ou vivre dans la crainte du viol faisaient partie des obstacles majeurs qui les empêchaient de retourner dans leurs familles et dans leurs communautés d'origine. Dans chacun des pays étudiés les femmes déplacées ont affirmé qu'elles se sentaient encore plus isolées socialement après le conflit à cause du stigmatisation associée au viol.

Des sentiments d'isolation sociale étaient également associés au fait de savoir qu'elles avaient perdu leurs maisons et que le logement ne faisait partie d'aucune initiative de réintégration dont elles avaient entendu parler (ou qu'elles pensaient pouvoir s'appliquer à elles). En RDC et au Liberia, la peur de rester sans toit et sans moyens de générer des revenus a conduit de nombreuses femmes interrogées qui vivaient encore dans des camps à affirmer que ces camps, pour misérables qu'ils soient, offraient bien davantage de sécurité que ce qu'elles imaginaient les attendre à l'extérieur. De nombreuses femmes ont dit qu'elles préféreraient recevoir des matériaux de construction pour construire leurs propres abris et rester dans la 'brousse'.

Des interventions de DDR aux bénéfices limités

Des processus de désarmement, démobilisation et réintégration (DDR) font habituellement suite aux conflits partout dans le monde. Les gouvernements et la communauté internationale considèrent le processus de DDR comme un moyen de réduire les risques de nouvelles irruptions de violence armée. Notre étude suggère que les interventions de DDR n'ont pas réussi à incorporer les problèmes de VIH de manière constructive. C'était tout particulièrement le cas au Liberia, même si dans les quatre pays, les ex-combattants pensaient tous que ce qui avait été fait ou était fait pour eux n'était pas suffisant et qu'ils affirmaient n'avoir constaté que peu de bénéfices des programmes relatifs au VIH.

Les ex-combattants en RDC et au Liberia partageaient un sentiment généralisé selon lequel le conflit leur avait permis – et dans certains cas les avait incités – à faire subir des sévices aux femmes et ce faisant, probablement à s'exposer au VIH. La plupart d'entre eux considérait le VIH comme une maladie sans possibilité de guérison, et de nombreux ex-combattants dans ces deux pays avaient une approche fataliste face au VIH et disaient que mourir du VIH c'était finalement la même chose que de mourir d'une balle, et qu'en tant qu'ex-combattants ils n'avaient que peu ou pas de contrôle sur le résultat final.

Les femmes ex-combattantes pensaient que la fin du conflit les avait confrontées à un nombre supplémentaire de problèmes, parmi lesquels la résistance de leurs familles et communautés d'origine à les voir revenir. En Haïti, les femmes qui s'identifiaient elles-mêmes comme des ex-combattantes parlaient également de l'hostilité de la police locale et du danger qu'elles sentaient que représentaient les personnels de maintien de l'ordre qui continuaient à les considérer comme des combattantes et des criminelles.

Le viol dans la phase post-confliktuelle a également émergé comme un thème

important, et il était communément admis parmi les ex-combattantes que les risques de viol dans des situations post-confliktuelles restaient élevés. En RDC de nombreux ex-combattants disaient que les femmes 'se mettaient elles-mêmes dans' des situations de vulnérabilité du fait de leur mode de vie et parce qu'elles acceptaient la prostitution comme moyen pour satisfaire des besoins qui n'étaient pas essentiels. Malgré cela, les ex-combattants dans ces quatre pays étaient d'accord sur l'importance des femmes dans la société et sur le besoin de les protéger. A cet égard, ils mentionnaient fréquemment la nécessité de poursuivre plus efficacement les auteurs de viol et d'imposer davantage de discipline tant au sein de l'armée que dans la société civile.

Conclusion

Les donateurs ainsi que les agences humanitaires et de développement ont eu tendance à négliger la phase post-confliktuelle et il est possible d'identifier plusieurs facteurs qui en expliquent les raisons, notamment:

- De nombreux gouvernements donateurs établissent une distinction conceptuelle et institutionnelle entre les secours humanitaires et l'aide au développement qui est à la fois simpliste et sans fondement factuel.
- Il existe une conviction commune et erronée selon laquelle la fin d'un conflit signale une période de réconciliation sociale, de réinvestissement dans le développement social de la part des gouvernements nationaux et un rétablissement économique qui bénéficieraient automatiquement à la population générale.
- Les agences donatrices sont également convaincues sans aucun fondement que les gouvernements nationaux encouragent le retour des personnels formés et compétents ou qu'ils disposent de moyens pour en former de nouveaux.
- Des présomptions sur le rétablissement post-confliktuel semblent avoir été établies sur des analogies inappropriées avec la reconstruction post-confliktuelle rapide du Japon, de l'Allemagne et d'autres pays industrialisés.
- Les donateurs semblent ignorer la réalité selon laquelle les pays en développement s'engagent dans des conflits avec des infrastructures déjà affaiblies qui sont devenues encore plus faibles et que leurs systèmes vitaux dans les domaines de l'agriculture, la santé et l'éducation se trouvent fondamentalement perturbés.
- L'épuisement et la frustration du donateur sont devenus la caractéristique de la réponse face

à la fréquence des conflits et à la capacité apparemment lente des pays à se reconstruire et à s'engager sur une trajectoire de développement.

Le processus post-confliktuel considère souvent les femmes déplacées, particulièrement celles qui ont été violées ou ont subi d'autres types de sévices, comme socialement isolées et incapables de tirer parti des initiatives de prévention et de traitement du VIH qui pourraient être mises en place. Leur retour dans la société et le processus de reconstruction sont freinés par une telle isolation et par le fait que le stigmate associé au viol (ou à la suspicion de viol) prend une importance encore plus grande en période post-confliktuelle que pendant le conflit.

Les ex-combattants sont également négligés et se voient écartés des programmes relatifs au VIH et l'on a le sentiment que les initiatives de DDR n'ont pas accordé suffisamment d'attention au problème du VIH ou qu'elles n'ont pas eu le temps ou la vision pour utiliser le processus de DDR comme une opportunité permettant de mettre en place des interventions sur le VIH regroupées et ciblées.

Les femmes déplacées et les ex-combattants constituent une proportion significative des sociétés post-confliktuelles. Ils vivent avec une charge pesante d'expériences traumatiques mais ils représentent aussi une partie vitale et potentiellement cruciale du processus de rétablissement et de reconstruction. Le VIH peut constituer une opportunité pour renforcer le processus plus large de développement de la santé et favoriser le rétablissement. L'indifférence face aux besoins de ces deux groupes de personnes n'est pas un bon signe pour la reconstruction post-confliktuelle.

Manuel Carballo (mcarballo@icmh.ch) est Directeur exécutif du Centre international pour la migration et la santé (CIMS). Alexandra Small (Alexandra.Hamilton-Small@thejobalfund.org) a été chargée de recherche au CIMS. Calixte Clérisme (clerisme@yahoo.com) est Directeur du Centre de Recherche pour le Développement (CRD) de l'Université d'Etat d'Haïti. Benjamin Harris est Professeur de psychiatrie à l'University of Liberia. Patrick Kayembe (patkayembe@yahoo.fr) est Doyen de l'Ecole de santé publique de l'Université de Kinshasa. Fadila Serdarevic est Coordinatrice du CIMS en Bosnie.

Cet article est extrait d'un rapport plus détaillé rédigé pour l'ASCI et disponible sur : <http://tinyurl.com/ASCIreport27>

Comprendre les violences sexuelles, le VIH/sida et les conflits

Judy El-Bushra

Une approche sexospécifique globale est nécessaire si l'on veut comprendre le contexte social de la transmission du VIH dans les situations de conflit.

On suppose souvent que le taux de transmission du VIH augmente dans les situations de conflit violent, en raison du niveau élevé de violence sexuelle, de pauvreté et de déplacement qui crée un environnement risquant de favoriser fortement la propagation du VIH. Ce lien supposé entre les violences sexuelles et l'infection par le VIH est mis en lumière par les données indiquant une prévalence parmi certains groupes particuliers ayant été victimes de multiples violences en temps de guerre. Une étude menée au Rwanda a ainsi révélé que 60 à 80% des femmes qui avaient été violées pendant le génocide de 1994 étaient aujourd'hui séropositives¹, alors que ce taux n'était que de 13,5% parmi la population générale.² Toutefois, d'autres études ont remis en question cette affirmation, en soulignant que les conditions des conflits violents peuvent tout aussi bien accentuer que diminuer le taux de transmission et que les taux de prévalence élevés chez certains groupes spécifiques à risque ne devraient pas être extrapolés au reste de la population.

Ces points de vue divergents reflètent les diverses hypothèses concernant les types de comportement et leur impact sur la transmission. On suppose fréquemment que le viol opportuniste et non répété constitue la seule forme de violence sexuelle en contexte de conflit. Cependant, il y en a d'autres, telles que l'esclavage sexuel et d'autres attaques stratégiques et délibérées. Il existe des preuves qu'une exposition prolongée au virus, de même que les activités sexuelles violentes, sont associées à un risque plus élevé de transmission.

Il est donc clair qu'une analyse rigoureuse des données disponibles soit nécessaire et importante si l'on veut comprendre les violences sexuelles et la transmission du VIH en contexte de conflit. Toutefois, il nous faut également adopter une « approche sexospécifique » qui explorerait les dimensions sociales et culturelles des relations sexuelles dans les contextes de conflit afin de mettre au point des mesures de prévention plus efficaces.

Violences sexuelles dans la région des Grands Lacs

Au cours des guerres qui ont éclaté ces vingt dernières années dans la région

africaine des Grands Lacs, divers schémas de violence sexuelle ont pu être observés. Au Rwanda, la plupart des violences sexuelles signalées ont été associées au génocide, bien que la violence conjugale soit plus récemment devenue une préoccupation. Au cours de la guerre avec l'Armée de résistance du Seigneur en Ouganda, les forces armées auraient commis de nombreux viols d'hommes et de femmes, alors que les milices rebelles ont été accusées d'enlever des garçons et des filles, ces dernières étant forcées à servir « d'épouses » aux commandants. Semblablement, les viols par le personnel militaire (de l'armée nationale aussi bien que des milices locales) étaient largement répandus en République démocratique du Congo (RDC) et au Burundi, et des actes de coercition y ont également été signalés : enlèvements, usage de la force et de la violence, coercition économique.

Les caractéristiques que l'on retrouve dans toute la région incluent le nombre élevé de viols, la brutalité extrême des rapports sexuels, la poursuite des violences sexuelles après la fin de la guerre, y compris le « viol civil » et le « double viol », selon lequel la victime est stigmatisée et déshonorée par sa famille et sa communauté après avoir subi des violences sexuelles. Dans cette région, ce type de violence a attiré l'attention des médias, ce qui a contribué à l'émergence d'interventions internationales bien financées. Toutefois, bien que de nombreux projets individuels se soient montrés efficaces, leur impact général est resté limité, en partie à cause des hypothèses concernant l'identité des victimes et des auteurs des violences. Peu de types de soutien ont été offerts aux victimes, tandis que les agences ont mal coordonné leurs interventions et qu'une attention trop importante a été portée à la récupération médicale et psycho-sociale aux dépens du soutien économique et juridique. Les bénéficiaires ciblés étaient principalement des femmes adultes, tandis que les autres victimes étaient fréquemment ignorées : jeunes femmes et filles, hommes et garçons.

Mais de manière plus alarmante encore, aucune progression n'a eu lieu pour contrer le phénomène qui, dans de

nombreux pays de la région (notamment en RDC), se produit tout aussi fréquemment qu'auparavant. Aucune solution durable n'a été identifiée pour empêcher les violences sexuelles, puisque les interventions portent sur le soutien et non sur la prévention. Et quand de rares efforts de prévention sont effectués, ils portent avant tout sur l'endigement (par des réformes juridiques, par exemple) plutôt que sur la compréhension des facteurs qui ont contribué à la propagation des violences sexuelles. L'une des explications possibles de cette négligence provient du fait que le discours sur les violences sexuelles dans la région des Grands Lacs assimile ces dernières à des « armes de guerre ». Tant que nous supposons que les violences sexuelles sont perpétrées par des maraudeurs armés, nous nous sentons incapable de nous y opposer ou de l'éradiquer.

Il semble toutefois de plus en plus clair que la théorie de « l'arme de guerre » est insuffisante pour expliquer aussi bien l'étendue que l'apparence du phénomène et que la plupart des violences sexuelles dans ces contextes ne sont pas perpétrées par des armées ou des milices mais par de simples civils. Cela pose la question de l'identité réelle des auteurs de ces violences, et des facteurs qui créent les conditions dans lesquelles ces crimes sont commis.

L'archétype du mâle agressif

Le modèle unidimensionnel du mâle agressif ne permet pas d'expliquer les causes profondes des violences sexuelles pendant et après les conflits. Il n'explique pas l'exclusion sociale dont souffrent les femmes victimes de viol, ni la continuation des violences une fois que les combats ont pris fin. L'on suggère parfois que les « civils » qui commettent des viols sont des soldats démobilisés éprouvant des difficultés à s'ajuster à la vie civile, mais cela n'est que spéculation. Ce modèle suppose que les violences sexuelles étaient d'une moindre intensité avant la guerre, alors qu'il n'existe virtuellement aucune preuve tangible pour corroborer cette hypothèse. Il est possible que la prédominance de ce modèle dans l'intervention internationale contribue à l'échec de parvenir à endiguer les violences sexuelles.

Les analyses sexospécifiques sont partagées quant à l'interprétation des violences sexuelles en temps de guerre. L'un des points de vue affirme



Séance d'information sur le VIH/sida pour les rapatriés venant de Tanzanie, au centre de transit de Mugano au Burundi.

que la guerre est, par définition, « guerre contre les femmes » et que le viol s'inscrit dans le cadre de la stratégie de la « terre brûlée », visant à semer la terreur et à détruire le tissu social et l'identité d'une communauté en poussant ses femmes à une vulnérabilité extrême. D'autres chercheurs décrivent une réalité plus complexe, dans laquelle les hommes et les femmes peuvent être tout aussi bien considérés comme victimes que comme auteurs de violences. Les analyses de l'évolution des relations hommes-femmes après les conflits suggèrent que lorsque le statut des femmes évolue en temps de guerre, il recule souvent après, ce qui met en lumière les racines profondes des valeurs sous-jacentes qui nient aux femmes le droit de participer aux décisions.

Les individus sont parfois façonnés par le contexte dans lequel ils évoluent et leurs expériences, et la guerre peut avoir pour effet de réduire l'éventail de possibilités grâce auxquelles les individus peuvent faire l'expérience des valeurs qui sont critiques à la construction de l'identité et de l'estime de soi. Si c'est le cas, un environnement de conflit augmente-t-il le risque de comportement sexuel violent? Il a été suggéré que, dans le nord de l'Ouganda, les restrictions provoquées par la guerre ont empêché les hommes de réaliser leur idéal de virilité, ce qui a entraîné chez eux un comportement violent de même que diverses formes d'automutilation.³ Des entretiens avec

des soldats subalternes congolais ont indiqué que, pour ces derniers, l'institution militaire crée un arrière-plan de souffrance et de frustration dans le cadre duquel la violence paraît compréhensible.⁴ Ceci suggère que les auteurs des violences peuvent également être perçus, d'une certaine manière, comme des victimes de leur propre situation, et que l'élaboration de stratégies visant à modifier ces facteurs contextuels pourrait contribuer à modifier leur comportement.

Pour identifier des stratégies qui s'attaquent à la racine-même du problème plutôt qu'à ses conséquences, il faudrait comprendre le contexte dans lequel les auteurs des violences grandissent et se socialisent, les problèmes qu'ils rencontrent et comment ils les conceptualisent, les sortes de récompenses et de sanctions qu'ils reçoivent de ceux qui les entourent et comment celles-ci sont renforcées par les acteurs internationaux.

L'image de l'homme puissant et de sa victime féminine vulnérable pose la question de savoir si le viol brutal et violent constitue un phénomène à part. Devrions-nous le considérer comme l'une des extrémités d'un continuum qui le relie à d'autres formes de sexe coercitif, de même qu'à une variété d'autres relations basées sur l'oppression? Et s'agit-il vraiment d'une question de l'homme contre la femme, ou bien sont-ils tous deux victimes, à leur manière, des mêmes dynamiques

patriarcales de lutte pour le pouvoir? La description unidimensionnelle de la « femme comme victime » aide-t-elle à perpétuer les déséquilibres de pouvoir qu'elle cherche en fait à supprimer?

Une « approche sexospécifique » des violences sexuelles pendant les conflits

Une approche sexospécifique peut fortement contribuer à l'élaboration de stratégies pour répondre aux problèmes du VIH/sida, des violences sexuelles et des conflits violents. Prendre en compte la question des genres dans un cadre socio-psychologique donne de bien meilleurs résultats que le modèle archétypal actuel. Nous devons nous attacher non seulement au comportement quotidien des hommes et des femmes mais aussi aux structures au sein desquelles les relations de pouvoir se manifestent et l'idéologie sur laquelle se basent ces relations. Une telle approche pourrait déboucher sur des politiques et des stratégies plus holistiques, un éventail plus large d'interventions, une meilleure coordination et synergie entre ces interventions et une attention plus prononcée aux mécanismes par lesquels les agences et les communautés locales collaborent afin de trouver des solutions.

Le VIH se transmet au cours de relations dont la nature intime met au premier plan les sentiments les plus profonds des individus vis-à-vis de leur identité et de leurs valeurs. Des programmes efficaces de prévention contre le VIH mettent en lumière l'importance de construire des relations basées sur le respect mutuel. Au cours des conflits, lorsque le code moral est compromis, ces fondations sont essentielles pour prévenir à la fois les violences sexuelles et la transmission du VIH. Comprendre le contexte social et culturel décrivant ces relations constitue un pas vers une prévention efficace, aussi bien du virus du VIH lui-même que des violences sexuelles.

Judy El-Bushra (jelbushra@international-alert.org) est directrice du Programme des Grands Lacs chez International Alert (<http://www.international-alert.org>).

Cet article est extrait d'un rapport plus détaillé rédigé pour l'ASCI et disponible sur : <http://tinyurl.com/ASCIreport17>

1. Présentant une réaction sérologique indiquant la présence de la maladie

2. Nduwimana, F. 2004. *The Right to Survive: Sexual Violence, Women and HIV/AIDS*. Droits et démocratie, Montréal

3. Dolan, C. (2002) "Collapsing masculinities and weak states – a case study of northern Uganda" in Cleaver (ed) *Masculinities matter! men, gender and development* Londres, Zed Press.

4. Eriksson Baaz, M. and Stern, M. *Why do soldiers rape? Gender, violence and sexuality in the DRC Armed Forces*, recherche non publiée, Université de Göteborg.

Mobilité, pouvoir et transmission du VIH

Cathy Zimmerman, Charlotte Watts, Anna Foss et Mazedra Hossain

Les spécialistes des sciences sociales travaillent avec des épidémiologistes pour produire des informations qui remettent en question les modèles épidémiologiques traditionnels des « groupes-clés » exposés au VIH.

Les analyses épidémiologiques et les modélisations mathématiques ont démontré l'importance des relations sexuelles commerciales et des comportements à haut risque en tant que facteurs de la transmission du VIH. En conséquence, les travailleuses du sexe ont souvent été identifiées comme le point focal de la propagation de l'épidémie. Toutefois, les recherches en sciences sociales ont mis en évidence les multiples complexités des acteurs de l'industrie du sexe, en décrivant leur mobilité, leurs vulnérabilités particulières et leur hétérogénéité. Cette variété comprend la diversité de l'industrie du sexe dans les conflits de faible et de forte intensité pendant lesquels, par exemple, des femmes peuvent se déplacer vers les endroits où sont basés les troupes pour vendre du sexe, ou des femmes réfugiées peuvent vendre ou échanger des faveurs sexuelles dans le simple but de survivre.

La « théorie des groupes-clés » classique part du postulat que des groupes-clés (ceux qui, une fois infectés, sont les plus susceptibles de transmettre le VIH à plusieurs partenaires) propagent l'infection parmi une population plus large de clients de sexe masculin, qui à leur tour peuvent transmettre le virus à leur(s) partenaire(s). Le groupe-clé ainsi identifié est généralement le groupe ciblé avant tout par les efforts de prévention et, en conséquence, le groupe le plus stigmatisé. Les résultats de nos exercices de modélisation sur les groupes-clés exposés au VIH indiquent toutefois le rôle potentiellement important de la police et d'autres hommes en position de pouvoir dans la transmission du VIH et remet en question l'hypothèse, nourrie depuis longtemps, que les travailleuses du sexe constituent un groupe-clé de la transmission du VIH.

Limites de la théorie classique des groupes-clés

Dans le contexte de la prévention contre le VIH, les théories épidémiologiques peuvent aider à identifier les priorités des interventions. La théorie des groupes-clés a considérablement contribué à établir des priorités mais, à cause de sa simplicité, elle peut aussi négliger certains aspects.

Selon la théorie classique des groupes-clés, les travailleuses du sexe sont

supposées constituer un groupe homogène dont chaque individu dispose du même potentiel de transmission de l'infection. Toutefois, les recherches, et en particulier les recherches en sciences sociales, ont mis en lumière de nombreuses variables reflétant l'hétérogénéité de ce groupe, y compris la mobilité des travailleuses du sexe, leur âge, la progression de l'infection, l'accès aux services et à la protection, les expériences de violences dans l'environnement de travail (ex : les travailleuses en maison close par rapport aux femmes travaillant dans des environnements informels ou celles qui s'engagent dans le sexe transactionnel ou encore celles qui se prostituent pour survivre).

Les théories traditionnelles des groupes-clés stipulent que le nombre total de personnes qu'un individu séropositif contaminera dans une population sensible au virus est déterminé en partie par le taux de changement de partenaire. Cependant, une moindre attention est accordée aux hommes qui jouent souvent un rôle central dans le travail du sexe, y compris les utilisateurs non commerciaux ou ceux qui ne paient pas, et les personnes qui contrôlent l'industrie du sexe locale ou qui en profitent. Il s'agit principalement d'hommes exerçant une position de pouvoir, y compris les proxénètes, les agents de police et les soldats. Mais surtout, les théories actuelles négligent de prendre en compte comment la mobilité - le mouvement de groupes vers et hors d'un contexte et le temps passé à différents endroits - peut influencer sur les risques et les schémas de transmission.

Nous avons introduit une nouvelle équation pour refléter aussi bien le nombre de partenaires sexuels que la durée moyenne pendant laquelle un individu est contagieux dans un contexte donné. Cette reconfiguration est surtout importante pour les contextes de sexe commercial, qui présentent souvent à la fois un taux élevé d'activité sexuelle et de mobilité.

En particulier, la traite et l'exploitation sexuelle des êtres humains dans les situations de conflit risque d'accroître la mobilité des travailleuses du sexe tout en diminuant leur capacité de contrôler

les circonstances des échanges sexuels. Les grands réseaux lucratifs de trafic d'armes, de drogue et d'êtres humains facilitent la traite des femmes avec rapidité, afin d'éviter de se faire repérer. Dans ces circonstances, les travailleuses du sexe sont moins susceptibles de constituer un réservoir stable du virus. Au contraire, ce modèle met en évidence le rôle des hommes dans la transmission du virus aux nouvelles travailleuses du sexe récemment recrutées, et surtout le rôle des clients réguliers et des hommes qui contrôlent le commerce du sexe, y compris les proxénètes et ceux qui assurent la « protection » des maisons closes et des travailleuses dans les rues (un groupe qui comprend souvent des agents de police). Nous travaillons à l'identification de scénarios dans lesquels ce groupe d'hommes risque de constituer une « population durable », qui constituerait éventuellement un réservoir plus stable et plus durable pour le virus que la plupart des travailleuses du sexe à qui ils transmettent l'infection.

Bien que nous ne disposions pas de suffisamment de données quantitatives sur les principales caractéristiques des travailleuses du sexe et de ceux qui les contrôlent pour élaborer des modèles épidémiologiques vérifiables, ce modèle théorique suscite des considérations qui nous font remettre en question les hypothèses actuelles sur le groupe-clé. Cette nouvelle perspective suggère que le groupe d'hommes en position de contrôle joue un rôle important, voire même central, dans la persistance de la transmission du VIH dans certains contextes où les travailleuses du sexe sont particulièrement mobiles. En effet, le séjour prolongé de ce groupe dans un contexte particulier peut lui conférer une influence plus prononcée qu'aux travailleuses du sexe, par rapport à d'autres situations où la population des travailleuses du sexe est plus stable et où la théorie classique paraît plus robuste. Ceci suggère que les politiques et programmes de prévention du VIH devraient chercher à toucher les hommes qui contrôlent le commerce sexuel en abordant, par exemple, leurs comportements à risque et le pouvoir économique et coercitif qu'ils exercent sur les femmes et les filles.

Plus globalement, les structures du pouvoir et les différences de pouvoir sous-jacentes à l'industrie du sexe ne sont encore que rarement discutées. Les efforts actuels de prévention évitent

fréquemment de remettre en question le statu quo et le pouvoir que les hommes exercent souvent en vertu de leur situation professionnelle, de leur statut économique ou social, de leur force physique ou de leur insensibilité. Dans les situations de conflit de faible et de forte intensité, les ressources internationales peuvent même, par inadvertance, placer les hommes dans ces situations de pouvoir ; il arrive ensuite que les organismes humanitaires et les donateurs fassent semblant de ne rien voir lorsque

ce pouvoir est utilisé contre les femmes. Si ces hommes, responsabilisés par leur position, ne sont pas suffisamment professionnels (par exemple, responsables du maintien de la paix, personnel des camps, agents de contrôle aux frontières et soldats), ils risquent de créer et de perpétuer des situations de vulnérabilité et d'exploitation et ainsi favoriser la propagation continue du VIH.

Cathy Zimmerman (Cathy.Zimmerman@lshtm.ac.uk), Charlotte Watts

(Charlotte.Watts@lshtm.ac.uk), Anna Foss (Anna.Foss@lshtm.ac.uk) et Mazeda Hossain (Mazeda.Hossain@lshtm.ac.uk) travaillent au Centre sur les violences et la santé sexuelles de l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres (<http://www.lshtm.ac.uk/genderviolence>).

Cet article est extrait d'un rapport plus détaillé rédigé pour l'ASCI et disponible sur : <http://tinyurl.com/ASCIreport25>

Aborder la question du VIH et du travail du sexe

Ann Burton, Jennifer Butler, Priya Marwah, Cecile Mazzacurati, Marian Schilperoord et Richard Steen

Le travail du sexe est une réalité indéniable des situations de crise humanitaire. UNHCR et UNFPA ont démontré l'importance des interventions multisectorielles pour aborder la question du VIH dans le travail du sexe.

Les preuves s'accumulent sur la manière dont les conflits et les catastrophes peuvent entraîner le commerce ou l'échange de services sexuels contre un logement, une protection, de la nourriture, des faveurs ou encore d'autres articles ou services. De nombreux facteurs peuvent expliquer cette situation : la pauvreté élevée, l'insuffisance des moyens de subsistance, la séparation familiale, la rupture des mécanismes de soutien communautaire et l'augmentation des violences sexistes. Pourtant, les programmes abordant la question du VIH et du travail du sexe dans les situations de crise humanitaire sont bien souvent mal élaborés. Les programmes sur le VIH suivent habituellement des approches générales, sans porter une attention suffisante aux individus et aux groupes les plus vulnérables et les plus à risque de contracter ou de transmettre le VIH et les autres maladies sexuellement transmissibles (MST).

Certaines mesures initiales ont été prises pour aborder le VIH et le travail du sexe dans le cadre de programmes en Afrique de l'Est, dans la Corne de l'Afrique en Amérique latine et dans certaines régions d'Asie. En s'appuyant sur ces expériences, et en prenant pour cadre général la Note d'orientation de l'ONUSIDA sur le VIH et le commerce du sexe¹, UNHCR et UNFPA ont rédigé une Note technique pour donner des directives au personnel de terrain et aux directeurs de programme sur la manière d'aborder le VIH et le travail du sexe dans les situations humanitaires. L'objectif premier est d'informer les acteurs humanitaires des mesures qu'ils peuvent prendre pour

réduire les risques et la vulnérabilité associés au travail du sexe.²

VIH et travail du sexe

Le travail du sexe est un moteur non négligeable de la transmission du VIH. Les rapports sexuels non protégés entre les clients et les travailleurs du sexe et entre les clients et leur partenaire intime contribuent à l'augmentation du risque de transmission du VIH. Ainsi est-il critique que les interventions relatives au VIH ciblent les travailleurs du sexe et leurs clients. Malheureusement, les travailleurs du sexe sont fréquemment marginalisés et sont fréquemment victimes de discriminations, ce qui entrave leur participation aux activités de prévention contre le VIH et leur capacité à accéder aux services sanitaires, juridiques et sociaux. Il a été constaté que si les travailleurs du sexe participent à la prestation des services, aussi bien l'utilisation que l'accès augmenteront. Un nombre croissant de pays ayant agrandi l'échelle des interventions auprès des travailleurs du sexe ont signalé une stabilisation, voire un déclin, des épidémies de VIH.

Reconnaissant ces opportunités et ces obstacles, UNHCR promeut une approche du VIH et du travail du sexe axée sur les droits de la personne et nourrie de données tangibles, et basée sur trois piliers qui ont été adaptés pour satisfaire les besoins dans les situations de crise humanitaire :

Pilier 1: garantir l'accès universel à des services complets de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien grâce à la planification, et se préparer à continuer d'assurer les

services, mettre en œuvre des services essentiels au cours de la phase d'urgence et proposer des services complets dès que les conditions se stabilisent.

Pilier 2: renforcer les partenariats et diversifier les choix en travaillant avec les travailleurs du sexe pour garantir la mise en place d'un environnement propice dans lequel ils peuvent tous accéder aux services dont ils ont besoin.

Pilier 3: réduire la vulnérabilité et résoudre les problèmes structurels en garantissant la protection, l'accès à la nourriture, le logement et d'autres besoins fondamentaux, tout en prenant des mesures parallèles pour prévenir les violences sexuelles et atténuer les pressions qui poussent à rejoindre l'industrie du sexe.

Ces piliers constituent le fondement d'une intervention exhaustive portant sur le VIH et le travail du sexe et inspirent les recommandations présentées dans la Note technique sur le VIH et le commerce du sexe dans les situations de crise humanitaire.

Le travail du sexe en situation de crise humanitaire

Les caractéristiques propres aux urgences humanitaires, y compris les conflits, l'instabilité sociale, la pauvreté et le sentiment d'impuissance, peuvent aussi faciliter la transmission du VIH. Les déséquilibres des pouvoirs qui rendent les femmes et les filles vulnérables, de manière disproportionnée, à l'infection par le VIH sont encore plus prononcés au cours des conflits et des déplacements. Des pressions accrues peuvent les pousser au travail du sexe. Le risque de transmission du VIH aux travailleurs du sexe et aux clients risque d'augmenter à cause de la plus faible utilisation de préservatifs et de l'intensification des violences.

La vulnérabilité des enfants à l'exploitation à la violence sexuelle est également accrue pendant les crises humanitaires. Alors que les conditions, les facteurs contributifs et les interventions programmatiques peuvent chevaucher ceux concernant les adultes, certaines différences fondamentales sont à noter. La Note d'orientation d'ONUSIDA « affirme que toute forme de participation des enfants (définis comme personnes de moins de 18 ans) au commerce du sexe et à toute autre forme d'exploitation ou de violence sexuelle enfreint les conventions des Nations Unies et les lois internationales relatives aux droits humains ». Alors que l'amélioration des conditions du travail du sexe fait partie de l'intervention auprès des adultes, la réponse programmatique à l'exploitation sexuelle est de protéger et d'éloigner l'enfant des conditions favorisant l'exploitation.

Les contextes de crise humanitaire offrent de bonnes occasions de prévenir la transmission du VIH. Les déplacements forcés et les crises humanitaires, qu'ils soient provoqués par des conflits ou des catastrophes naturelles, impliquent généralement des groupes armés, des militaires et d'autres hommes issus de la communauté ou d'ailleurs, dont la présence entraîne souvent une recrudescence du commerce du sexe. Dans ces contextes, certains travailleurs

du sexe proposent ouvertement leurs services tandis que d'autres préfèrent ne pas s'identifier en tant que tels, travaillant souvent de manière plus intermittente. Comme dans les contextes non humanitaires, certains travailleurs du sexe choisissent de continuer ce travail tandis que d'autres préfèrent saisir les occasions d'autonomisation économique qui se présentent afin de limiter leur dépendance envers le travail du sexe. L'un des domaines d'intervention les plus importants est l'éducation des responsables de l'application des lois, tels que les agents de police, à devenir des agents du changement au sein de leur communauté, à respecter les droits des travailleurs du sexe et à sensibiliser leurs homologues en matière de prévention contre le VIH.

Stratégies-clés d'intervention

Il est primordial de travailler sur différents niveaux et à travers différents secteurs pour réduire les risques et la vulnérabilité associés au VIH tout en assurant la sécurité et protégeant les droits humains des populations touchées. En étant conscients des conditions qui accentuent la vulnérabilité et les risques, les acteurs humanitaires peuvent prendre les mesures nécessaires pour garantir la mise en place d'un soutien et de services visant à protéger les droits humains des travailleurs du sexe et de leurs clients, à minimiser les risques de transmission

du VIH et à répondre plus généralement aux besoins sanitaires et sociaux des travailleurs du sexe. La Note technique met en lumière les mesures à prendre pour protéger les populations et empêcher qu'elles ne rejoignent, contre leur gré, l'industrie du sexe. Ses recommandations reflètent les expériences tirées de situations diverses et variées et peuvent être adaptées aux conditions locales et aux contextes culturels. L'engagement auprès des travailleurs du sexe et des communautés constitue le point de départ de toutes ces interventions.

Les étapes décrites dans l'encadré [ci-dessous] expliquent comment aborder la question du travail du sexe dans les contextes de crise humanitaire. La plupart des activités sont des extensions des services de santé ou de protection qui peuvent être mises en œuvre dans le cadre de l'intervention humanitaire. Peu d'efforts supplémentaires seront probablement nécessaires pour prêter une plus grande attention au travail du sexe, et ces efforts pourront déboucher sur des résultats importants en termes de protection des droits de la population et de réduction de la mortalité et de la morbidité liées au VIH.

Au Kenya et en Ouganda, UNHCR et ses partenaires d'exécution ont collaboré étroitement avec les travailleurs du sexe sur l'élaboration de programmes

Activités-clés, par phase

Préparation

- Intégrer le VIH et le travail du sexe à la planification de secours
 - Identifier les réseaux existants de travailleurs du sexe et les programmes qui leurs sont destinés
 - Identifier les services à rétablir rapidement s'ils sont interrompus et élaborer des plans de secours pour les rétablir

Phase d'urgence

- Accélérer l'enregistrement, l'identification des risques et la protection
 - Identifier les populations les plus exposées aux risques : ménages monoparentaux, ménages dont le chef de famille est une femme ou un enfant et mineurs non accompagnés
 - Assurer la protection et établir des services pour répondre aux violences sexistes
 - Promouvoir un code de conduite
- Garantir la sécurité du logement et de l'accès à l'alimentation et aux premières nécessités
- Fournir des services de base en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de VIH
 - Mettre en place un ensemble minimal de services initiaux (EMS)³
 - Proposer des services essentiels relatifs aux MST dans les cliniques de SSR et dans les services de consultation externe
 - Mettre en place des services de base en matière de VIH
- Commencer l'extension des services
 - Utiliser les contacts pour commencer à identifier les travailleurs du sexe et s'engager auprès d'eux
 - Identifier les lieux de commerce du sexe, distribuer des préservatifs et diffuser des informations

Phase de stabilisation

- Construire des environnements et des partenariats favorables
 - Établir des groupes de pairs et soutenir les approches dirigées par les travailleurs du sexe
 - Renforcer les groupes de femmes existants pour toucher les travailleuses du sexe qui ne s'identifient pas comme telles
 - Conduire des évaluations rapides et planifier des interventions
- Renforcer la protection
 - Renforcer la prévention contre les violences sexistes et l'exploitation sexuelle
 - Trouver des moyens de faire participer les hommes
- Proposer une gamme complète de services en matière de VIH et de SSR et services relatifs aux MST
- Élargir les services ciblés
 - Faciliter la transition des activités entre pairs vers une mobilisation plus globale de la communauté
 - Améliorer les cliniques traditionnelles et les cliniques spéciales pour les travailleurs du sexe qui ont été identifiés
 - Travailler auprès des clients pour réduire la demande en relations sexuelles non protégées
- Fournir des services sociaux, économiques et juridiques
 - Renforcer la protection juridique
 - Établir des conseils d'autoréglementation
 - Multiplier les occasions qui s'offrent aux plus vulnérables de gagner leur vie et de suivre une éducation
 - Préparer les individus à des solutions durables, surtout pour les plus vulnérables

basés sur des services complets, durables et améliorés, y compris sur le VIH et la santé reproductive, des services sociaux communautaires et des interventions portant sur les moyens d'existence. Dans chacun de ces pays, il a été prouvé que d'importants résultats peuvent être obtenus en tout juste six mois : création d'organisations dirigées par des travailleurs du sexe et des groupes de pairs, provision de services sanitaires confidentiels et respectueux et renforcement des systèmes de protection. Ces exemples illustrent comment l'engagement et la participation active des travailleurs du sexe ne sont pas seulement possible mais qu'ils entraînent également une amélioration de la qualité des mesures de prévention contre le VIH.

En Sierra Leone, Women in Crisis Movement (WICM), une ONG appuyée par l'UNFPA, se consacre à l'autonomisation des jeunes filles et des

adolescentes touchées par la guerre en recourant à une combinaison de formation professionnelle et de création d'emplois coopératifs WICM a mis au point un programme de formation professionnelle sur deux ans pour aider les filles et les jeunes femmes qui choisissent de leur propre gré de quitter l'industrie du sexe. Grâce à la combinaison d'une formation professionnelle et d'activités génératrices de revenus et grâce à l'inclusion de la santé sexuelle et reproductive comme partie intégrante des programmes de formation, elles ont pu accéder à une éducation, acquérir des compétences et accentuer leur indépendance économique.

Conclusion

Il est à la fois nécessaire et possible de mettre en place des interventions pour aborder le VIH et le travail du sexe au cours des situations de crise humanitaire, même pendant une urgence. Dans les situations où des programmes complets

sur le VIH ont déjà été créés mais où les travailleurs du sexe n'ont pas encore été visés, un ensemble d'activités multisectorielles de base peut être établi en six mois. L'intégration du VIH aux clusters humanitaires demeure un défi majeur. Bien que le VIH soit reconnu comme une question transversale, il est malheureusement bien trop souvent considéré comme relevant uniquement du domaine de la santé.

Jennifer Butler (butler@unfpa.org), Priya Marwah (marwah@unfpa.org), Cécile Mazzacurati (mazzacurati@unfpa.org) et Richard Steen travaillent pour l'UNFPA. Ann Burton (burton@unhcr.org) et Marian Schilperoord (schilpem@unhcr.org) travaillent pour l'UNHCR.

1. <http://tinyurl.com/UNAIDS-HIV-sexwork>

2. Ces directives sont actuellement mises à l'épreuve sur le terrain et seront disponibles pour être disséminées d'ici la fin 2010 sur les sites internet d'UNHCR et UNFPA.

3. <http://misp.rhrc.org/>

Le prix de la libération: migration et VIH/sida en Chine

Shao Jing

La vente de sang s'est imposée comme une alternative attrayante à la migration rurale-urbaine entraînée par les difficultés économiques et sociales. Toutefois, elle a provoqué une épidémie de VIH/sida en Chine.

Au début des années 1990, un grand nombre de donneurs de sang rémunérés du centre rural de la Chine, en particulier de la province du Henan, ont été infectés par le VIH. Selon des estimations prudentes publiées par le gouvernement de cette province, plus de 30 000 personnes y auraient été infectées. Cette « épidémie séparée », comme elle est souvent qualifiée dans les rapports épidémiologiques sur le VIH en Chine, s'est propagée d'une manière qui ne correspondait en rien aux schémas de progression connus, en particulier vis-à-vis de la proportion de femmes touchées; dès le début, les femmes en ont été victimes tout autant que les hommes mais par une voie de transmission bien plus efficace que les relations sexuelles. L'infection s'est produite lorsque des cellules de sang contaminé étaient rendues au donneur après que le plasma en avait été recueilli, permettant ainsi à l'épidémie de se propager rapidement dans plusieurs provinces centrales du pays.

Travail, sang et VIH/sida

Le terme de « résident rural » est une catégorie bureaucratique qui permet de garantir que les migrants ruraux, qui constituent une vaste source de main-d'œuvre à faible coût, soient exclus des services sociaux essentiels

en milieu urbain. Dans le contexte de la libéralisation économique, les progrès technologiques ont facilité la transformation des systèmes agricoles traditionnels, qui avaient besoin d'une main-d'œuvre nombreuse, en entreprises, qui ont besoin de nombreux capitaux. La valeur du travail agricole est ainsi devenue de moins en moins importante, un simple excédent de main-d'œuvre qui n'apporte aucun profit. Dans ces conditions, les « résidents ruraux » du cœur agricole de la Chine ont dû fuir cet excédent de main-d'œuvre pour se rendre dans les centres industriels urbains et côtiers et y chercher du travail.

Lorsque la collecte de plasma sanguin a commencé, elle était considérée comme une nouvelle possibilité attrayante de gagner un salaire sans recourir à la migration, puisque le processus semblait ne recueillir que la partie non importante du sang, la partie non essentielle à la vitalité, la résistance physique et la force.

De nombreuses femmes infectées par le VIH étaient rentrées chez elles après avoir travaillé dans l'industrie manufacturière en milieu urbain pendant plusieurs années, pour se constituer une dot. Elles sont donc rentrées, se sont mariées et ont élevé leurs enfants dans leur village d'origine. La vente

de plasma leur a donné le moyen de continuer à subvenir aux besoins de leur famille en gagnant de l'argent qui ne pouvait plus être obtenu par la migration de sortie. Dans une économie agricole privée de liquidités, le plasma se transforme en argent grâce à l'albumine qu'il contient et que l'industrie de la santé peut utiliser pour se développer.

Le marché des produits sanguins, et principalement de l'albumine, a été créé par les réformes économiques du secteur de la santé chinois. Les hôpitaux publics et autres établissements de santé, qui bénéficiaient auparavant de subventions publiques, devaient dorénavant participer à la concurrence sur le marché et générer leurs revenus au moyen des services fournis et des médicaments vendus. Ces nouvelles modalités ont provoqué de graves conflits d'intérêts dans le domaine de la santé. Des traitements plus onéreux ont alors été proposés aux patients et le prix des médicaments est devenu, trompeusement, synonyme de leur efficacité. C'est dans ce contexte que l'albumine est rapidement devenu l'un des traitements préférés des hôpitaux, prescrit souvent en l'absence de toute indication spécifique aux patients, qui avaient été convaincus de son efficacité à stimuler le rétablissement et qui avaient les moyens de se payer ce luxe.

L'industrie florissante du fractionnement de plasma en Chine a ensuite été encouragée par l'interdiction, en 1985,

Un ancien donneur de sang rémunéré en milieu rural au Henan, en Chine, avec ses médicaments pour traiter une coinfection persistante de VIH et tuberculose.



Shao Jing

d'importer tout type de produit sanguin, interdiction dont le but était d'empêcher que le VIH et le sida ne pénètrent à l'intérieur des frontières chinoises. L'industrie s'est ensuite vite développée au cours de la décennie suivante, tout comme la demande en plasma destiné au fractionnement (c.-à-d. le plasma destiné à être transformé ultérieurement). Au lieu d'exporter de la main-d'œuvre vers les centres industriels urbains et côtiers, les provinces centrales pouvaient tirer plus directement profit de les approvisionner en plasma destiné au fractionnement.

Évolution d'une pathologie

Aucun de ces processus historiques – réforme économique du secteur agricole, réforme économique du secteur de la santé, émergence de l'industrie de fractionnement du plasma – n'ont créé les conditions nécessaires à l'apparition de l'épidémie de VIH. Mais la confluence pathologique de ces processus a mis en lumière les caractéristiques géographiques et démographiques de l'épidémie de VIH parmi les donneurs de plasma dans le centre rural de la Chine.

Alors qu'une attention particulière est actuellement portée à la lutte contre la propagation du VIH parmi la population générale, il est facile d'oublier que les mêmes conditions économiques et sociales et la même logique culturelle qui ont provoqué l'épidémie dans le centre de la Chine continuent de façonner l'expérience de la maladie chez les personnes déjà infectées. Parmi les premiers symptômes de la progression de l'infection du VIH se trouve la fatigue, que les villageois ressentent également de manière très aiguë. La perte irréversible de leur force de travail, en conséquence du VIH, est un prix lourd à payer pour l'argent qu'ils ont gagné en vendant leur plasma plusieurs années auparavant.

Alors que les médias commençaient à porter une attention croissante aux décès causés par le sida dans quelques villages du Henan, le gouvernement a rapidement pris la décision, début 2003, de distribuer gratuitement un

traitement antirétroviral (ARV). Ce programme limité de distribution de traitement ne s'accompagnait pas de services médicaux adaptés pour traiter les effets secondaires et s'assurer de l'adhérence au traitement. Les nausées et les vomissements comptaient parmi les effets secondaires les plus fréquents du traitement ARV offert gratuitement par le programme gouvernemental, provoquant la perte d'appétit ou l'impossibilité de digérer les aliments, de même que des étourdissements et des douleurs musculaires, qui affaiblissaient encore plus les patients. Pour ces producteurs agricoles, ces effets secondaires étaient perçus comme un danger de mort, précisément parce qu'ils semblaient prendre d'assaut les dimensions les plus essentielles de leur vie: la nourriture et le travail.

Toutefois, l'absence de traitement exhaustif n'est qu'une des raisons de l'échec du programme. Les villages qui ont connu le plus grand déclin en matière de participation et d'adhérence au traitement étaient connus sous le nom de « villages sida », et sont devenus les favoris des compagnies pharmaceutiques et des médecins traditionnels poursuivant le rêve de trouver une cure lucrative à « la peste du millénaire ». Les grands centres hospitaliers de recherche ont recruté, parmi les habitants des villages, des sujets pour des essais cliniques effectués par des développeurs de produits pharmaceutiques. Dans ces villages, les traitements ARV fournis par le gouvernement, qui promettaient uniquement la suppression de la maladie et non son éradication, avaient bien du mal à faire concurrence à la multitude d'espoirs gratuits engendrés par des remèdes à l'efficacité incertaine mais dénués de la douleur des effets secondaires redoutés. Ce schéma épidémiologique tourne en ridicule la compassion et l'espoir que le traitement antirétroviral hautement actif (TAHA) est censé représenter.

Des parallèles surprenants peuvent être tracés entre la migration de main-d'œuvre

rurale, la collecte de plasma et les essais cliniques. Les sociétés de construction comptaient sur les « fournisseurs de main-d'œuvre » des villages pour leur fournir des travailleurs; les centres de collecte de plasma utilisaient des « éclaireurs » pour recruter et transporter les donneurs; et les hôpitaux qui traitaient les maladies infectieuses fournissaient des données cliniques sur les médicaments en cours de développement, avec l'assistance des mêmes intermédiaires vivant parmi les habitants séropositifs du village.

Cette épidémie de VIH et ses conséquences mettent en lumière le prix que les « résidents ruraux » de Chine ont dû payer pour leurs multiples expériences de « libération ». Un lourd tribut a également été payé par les femmes, particulièrement dans les communautés rurales, pour une « libération » encore plus douteuse. La majorité de la sous-population épidémiologique catégorisée comme « travailleuses de l'industrie du sexe » est aussi constituée de « migrantes rurales-urbaines ». Leur entrée dans l'industrie du sexe, en plein essor en Chine, est facilitée par l'ubiquité de cette industrie et ses nombreuses apparences trompeuses. La courte carrière des travailleuses du sexe et leur extrême mobilité sont deux facteurs d'importance. Libres de vendre du sexe, pour un temps limité, sous anonymat et peut-être également dans l'impunité, loin du monde social vers lequel elles espèrent retourner comme elles le voudraient après avoir travaillé en usine, la population des « travailleuses de l'industrie du sexe » est difficile à identifier et à suivre. La prise de risque, souvent en dépit de connaissances, de motivation et de compétences, ne constitue alors pas seulement un type de comportement mais elle fait partie intégrante de la nature temporaire du travail-même.

Comment pouvons-nous, alors, bloquer l'évolution de la pathologie? La réponse peut venir de sources inattendues. En 2006, le gouvernement chinois a aboli toutes les taxes agricoles, qui avaient constitué une source indispensable de revenus pendant plusieurs décennies. Un peu plus d'un an après, de nombreux hôpitaux connaissaient des pénuries d'albumine. Cette fois, cette pénurie était la conséquence directe de la modeste somme d'argent que le gouvernement donne aujourd'hui aux résidents ruraux, et qui rend la vente de plasma moins attrayante. Une conséquence non prévue mais heureuse de ce changement de politique économique est la réduction du risque d'infection par le VIH parmi les donneurs de plasma et les utilisateurs de produits sanguins.

Shao Jing (shao_jing@hotmail.com) est professeur d'anthropologie à l'Université de Nanjing en Chine.

L'éducation : un élément critique de la prévention et de l'atténuation du VIH

Marian Hodgkin et Marian Schilperoord

Une éducation préventive de bonne qualité, formelle et informelle, peut apporter les connaissances et les compétences nécessaires pour prévenir le VIH et se prémunir des conséquences du sida.

Les interventions éducatives en situation d'urgence devraient intégrer des informations sur la prévention et la mitigation du VIH afin de garantir que les enseignants, tout comme les apprenants, continuent de se sentir soutenus et à l'abri des infections. L'éducation peut constituer l'un des points d'entrée pour la santé, la protection et les autres secteurs qui travaillent sur la prévention et les interventions contre le VIH et qui orientent les personnes séropositives vers les services dont elles ont besoin. Il s'agit également d'un droit fondamental inscrit dans la Convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant et dans un Commentaire Général qui l'accompagne et qui souligne les obligations des gouvernements pour s'assurer que les enfants « ont la possibilité d'acquérir les connaissances et les compétences pour se protéger et protéger les autres alors qu'ils commencent à vivre leur sexualité » (traduction).¹

Malheureusement, en matière d'éducation dans les situations d'urgence, l'accès aux informations et aux services relatifs au VIH et à la santé sexuelle et reproductive est généralement désordonné et se fait principalement par le biais de programmes destinés aux jeunes ou dans le cadre d'activités menées auprès de jeunes personnes dans les centres communautaires. L'inclusion de ces questions aux programmes scolaires officiels est moins fréquente. Les messages-clés ne sont pas toujours exacts ; la méthode d'enseignement utilisée est généralement théorique, et comprend parfois une courte visite d'une infirmière travaillant dans un centre de santé. Cette forme d'enseignement se caractérise généralement par une absence d'engagement actif de la part des étudiants, de développement de compétences vitales et critiques et d'apprentissage pratique.

Le Réseau inter-institutionnel pour l'éducation dans les situations d'urgence (INEE) a récemment mis à jour ses Normes minimales pour l'éducation : Préparation, intervention et relèvement² pour aider les praticiens et les responsables politiques à comprendre non seulement comment le VIH concerne tous les aspects d'une intervention éducative mais également comment ces interventions sont l'occasion de

prévenir de nouvelles infections et d'atténuer l'impact du VIH.

L'éducation en matière de VIH/sida est une intervention impérative qui sauve des vies mais les praticiens de l'éducation ne devraient pas commencer à élaborer leurs programmes sans garder à l'esprit le contexte spécifique d'une intervention d'urgence. Pour améliorer la qualité des programmes et garantir la sensibilité culturelle, il sera nécessaire de travailler avec les communautés, les enseignants, les comités d'école, les associations de parents d'élèves et les apprenants eux-mêmes pour déterminer, planifier, mettre en œuvre, suivre et évaluer les interventions éducatives.

Il sera également critique d'analyser le contexte et de coordonner les activités avec le secteur de l'éducation et les autres acteurs participant à l'intervention humanitaire dans les domaines de la santé, de la protection et de l'alimentation. Les acteurs de l'éducation ne disposeront pas forcément des capacités pour entreprendre une analyse exhaustive de la nature et du type d'épidémie de VIH dans un contexte particulier. Toutefois ils pourront travailler avec d'autres acteurs pour déterminer le degré de prévalence du VIH et recueillir des informations sur les populations les plus vulnérables et les plus exposées aux risques. Ces informations permettront d'aider les praticiens à identifier le contenu éducatif le plus adapté et à commencer à définir les mécanismes d'orientation possibles.

Il est particulièrement important, lorsque l'on considère comment mieux prévenir et atténuer les effets du VIH pendant les crises, de respecter les principes de participation, d'analyse et de coordination et de reconnaître qu'une éducation de bonne qualité peut réduire la vulnérabilité des apprenants face au VIH et au sida. Les programmes éducatifs devraient tous inclure les questions relatives au VIH et considérer des interventions ciblées, telles que les suivantes :

Accès à la protection et à la provision de services au travers de l'éducation: Dans les situations d'urgence, les enfants et les jeunes personnes sont souvent plus exposés au risque de transmission du VIH ou plus susceptibles d'être touchés par le VIH. L'éducation peut apporter un soutien, de même que des habitudes

et des structures, qui réduisent les comportements à risque et renforcent la protection. Les praticiens de l'éducation devraient également travailler avec les collègues de la santé et de la protection afin de mettre en place des systèmes d'orientation pour les apprenants touchés par le VIH et qui ont besoin de services de santé, sociaux ou psycho-sociaux.

Enseigner et apprendre la prévention et l'atténuation: Alors que le VIH, la santé sexuelle et la santé reproductive ne sont pas forcément inclus dans les programmes scolaires formels dans des circonstances normales, une crise offre l'occasion d'aborder ces questions dans les écoles et d'impulser une réforme du programme scolaire. Les acteurs internationaux devraient travailler auprès des communautés et des autorités responsables de l'éducation nationale pour définir un contenu qui soit adapté à l'âge des apprenants et qui intègre les problématiques de genre. Les programmes scolaires devraient aborder les connaissances, attitudes, comportements et pratiques spécifiques au contexte en donnant des informations scientifiques exactes. Pour développer les aptitudes à la vie quotidienne, il est particulièrement important de recourir à des processus d'apprentissage participatif tels que le brainstorming, le travail en petits groupes, les jeux de rôle, les débats ou la narration d'histoires. Des enseignants bien formés, suivant un programme scolaire soigneusement mis au point, peuvent également aider les apprenants à devenir plus compréhensifs et plus tolérants, contribuant ainsi à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination dont sont victimes des personnes séropositives.

Travailler avec le personnel éducatif: Les enseignants et autres éducateurs devraient bénéficier de l'appui des institutions et des communautés, afin qu'ils puissent aborder le VIH et le sida aussi bien dans leur propre vie que dans la vie de ceux à qui ils enseignent. Dans certaines situations d'urgence, le corps enseignant sera parfois lui-même sévèrement touché par le VIH et il sera donc nécessaire de recruter des remplaçants, du personnel de soutien ou des bénévoles. Il faut aussi reconnaître qu'éducation n'est pas nécessairement synonyme de protection. Travailler à l'élaboration d'un code de conduite avec les enseignants, les apprenants et les communautés pourra permettre de s'assurer que l'exploitation sexuelle, les violences

sexuelles et d'autres formes de violences sexistes ne sont pas tolérées et que, si nécessaire, des sanctions seront prises.

Il faut reconnaître le rôle que joue l'élaboration de politiques pour garantir que le secteur éducatif soit préparé à aborder la question du VIH et s'y engage. L'inclusion de l'éducation des populations touchées par les crises dans les stratégies nationales de lutte contre le VIH/sida, dans les projets du secteur éducatif et dans les plans de préparation aux situations d'urgence crée des synergies entre les acteurs de l'éducation et de la lutte contre le VIH. Des efforts restent toutefois à faire pour garantir que les interventions d'urgence saisissent pleinement toutes les occasions pour impulser un changement favorable.

Il est crucial d'analyser les données et les informations collectées avant la crise par d'autres secteurs et, le cas échéant, d'inclure les questions relatives au VIH aux évaluations des besoins en matière d'éducation participative. Il est vital

de disposer de données désagrégées en fonction de l'âge et du sexe.

Les pratiques des donateurs et les mécanismes de financement d'urgence devraient agir de manière systématique pour aborder le VIH dans les situations d'urgence, de la même manière que l'on s'attend aujourd'hui de la part des bailleurs de fonds humanitaires qu'ils soient sensibilisés aux sexes et qu'ils intègrent les problématiques de genres.

Une meilleure coordination est nécessaire entre, d'un côté, les acteurs nationaux et internationaux de la lutte contre le VIH et, d'un autre côté, les acteurs du secteur éducatif, de manière à pouvoir agrandir l'échelle des interventions éducatives relatives au VIH qui se font de manière ad hoc ou sur une petite échelle.

Afin de renforcer leur enseignement du VIH/sida, les praticiens peuvent s'inspirer des Normes minimales de l'INEE, des Directives concernant les

interventions relatives au VIH/sida dans les situations d'urgence³ du Comité permanent interorganisations et de directives complémentaires élaborées par l'Équipe spéciale sur le VIH/sida de l'INEE. Une approche holistique, touchant l'ensemble du secteur, doit porter sur l'enseignement primaire, secondaire et tertiaire et sur les programmes formels, non formels et informels au cours de la préparation aux urgences, de l'intervention et du relèvement.

Marian Hodgkin (marian@ineesite.org) est coordinatrice des partenariats et de la gestion du savoir pour le Réseau inter-institutionnel pour l'éducation dans les situations d'urgence (INEE <http://www.ineesite.org>). Marian Schilperoord (schilpem@unhcr.org) est membre de l'Équipe spéciale de l'INEE sur le VIH/sida et spécialiste de la santé publique et du VIH chez l'UNHCR.

1. <http://tinyurl.com/HIV-and-rights-of-child>

2. <http://www.ineesite.org/standards>

3. <http://www.aidsandemergencies.org>

VIH/sida, sécurité et conflits: Que savons-nous? Comment avancer?

Pamela Delargy et Jennifer F Klot

Dans les dix ans qui ont suivi la première résolution du Conseil de sécurité sur le VIH/sida, nous avons beaucoup appris sur les dynamiques qui associent le VIH/sida, les conflits et l'insécurité. En évaluant les progrès effectués ces dix dernières années en réponse à ces dynamiques, il nous est possible d'identifier de nouvelles opportunités de prévention et d'intervention.

Les articles réunis ici, ainsi que les résultats du programme ASCI (AIDS, Security and Conflict Initiative), viennent enrichir un ensemble grandissant de recherches en sciences sociales, en santé publique et en politique, d'un part, et d'autre part, de recherches opérationnelles, qui remettent en question les hypothèses antérieures sur les effets interactifs du VIH/sida et de l'insécurité. Les contributeurs attirent l'attention sur les facteurs sociaux liés au déplacement forcé et à la migration et leur rôle central dans la configuration des risques d'exposition au VIH. Collectivement, ils se font l'écho d'une transition importante qui nous voit nous détacher des analyses comportementales des risques de transmission du VIH pour nous attacher plutôt aux facteurs structurels qui façonnent le comportement individuel. Comme l'ensemble de ces articles le mettent en lumière, les risques varient selon les environnements de maintien de la paix, les camps, les zones frontalières et les régions où la prévalence du VIH est plus élevée ou plus faible.

De nouvelles pistes importantes pour la prévention et les interventions en matière de VIH/sida sont identifiées dans le contexte d'initiatives humanitaires et de relèvement relatives au désarmement, à la démobilisation et à la réinsertion, en ce qui concerne les services de l'ordre, et en ce qui concerne la prévention et les interventions en matière de violences sexuelles. De nouveaux défis ont aussi été identifiés. Malgré une forte augmentation de l'accès à la prévention, aux soins et au traitement du VIH, en particulier dans les camps de réfugiés, la demande continue d'être plus élevée que l'accès et la disponibilité parmi les personnes déplacées par les conflits, de même que dans les zones de réinstallation et de retour.

La nature sexospécifique de la pauvreté provoquée par les conflits exacerbe les risques pour les femmes qui sont chef de famille, pour celles qui servent dans les forces ou groupes armés ou y sont associées et, surtout, pour celles qui n'ont aucun soutien ou aucun droit

juridique de revendiquer leurs biens matrimoniaux. Comme peu d'autres possibilités de subvenir à leurs besoins s'offrent à elles, de nombreuses femmes et filles sont forcées de s'en remettre au sexe transactionnel et de survie et au mariage précoce. D'autres deviennent victimes de la traite illégale des êtres humains et de l'esclavage sexuel. Pour réagir à la variété des facteurs de risques sociaux et psychologiques associés à la violence et à l'exploitation sexuelles en situation de crise et dans les États fragiles, il faudra faire de bien plus gros investissements dans les soins de santé reproductive d'urgence et la prévention des MST. Il faudra également mener des évaluations des risques sécuritaires et des interventions qui soient sensibles aux différences hommes-femmes, aussi bien dans les communautés de déplacés, le long des frontières, dans les régions de retour que dans les environnements de maintien de la paix.

Certaines des carences les plus importantes en matière de prévention et de soin du VIH en situation de conflit concernent les forces de l'ordre, y compris la police, l'armée, la marine et le système correctionnel. Des progrès de taille ont été effectués en matière de prévention pré- et post-déploiement, de soutien psychologique, de dépistage et de traitement pour le personnel militaire,

leur famille et les autres personnes à leur charge. Mais de tels investissements n'ont pas encore été effectués parmi la police, un groupe bien plus exposé au risque de transmission et bien plus susceptible de jouer le rôle d'agent du changement au sein des communautés qu'il sert.

C'est une triste ironie de voir que les pays présentant la prévalence la plus élevée de VIH en Afrique subsaharienne ne comptent pas parmi les pays considérés comme les plus « fragiles » selon les indices actuels de bonne gouvernance et de développement économique. Cette situation dissimule l'urgence des besoins et les carences en ressources, en particulier au niveau local de la gouvernance. Même lorsque des programmes bien pensés et basés sur des données tangibles ont été élaborés par les gouvernements, les organismes humanitaires ou de développement, un bien trop grand nombre de donateurs ne comprennent pas le besoin de programmes VIH exhaustifs dans les contextes humanitaires ou de relèvement, ou bien ont la fausse impression que ces programmes ne sont simplement pas réalisables. L'expérience vient toutefois contredire ces préconceptions. De bien plus gros investissements dans la prévention du VIH et les interventions VIH en situation de crise, de déplacement et de fragilité peuvent faciliter le relèvement et réduire les risques disproportionnés auxquels font face les femmes et les filles.

La reconnaissance croissante de ces nouveaux défis et une meilleure compréhension des dynamiques unissant le VIH/sida, les conflits et la sécurité suggèrent qu'il est temps d'adopter un nouveau programme d'action. Selon notre perspective, ce programme demande une intervention fortement accélérée et plus nuancée qui prenne en compte les aspects suivants :

- le rôle de la violence et de l'exploitation sexuelle dans la transmission du VIH, et donc le besoin d'harmoniser les politiques et les programmes de prévention du VIH et de la violence sexuelle
- la manière dont le sexe façonne les schémas de migration et de déplacement (forcés par les conflits, les changements climatiques ou la crise économique), le risque individuel de transmission, la responsabilité de soigner les autres et l'accès à la prévention, aux soins et au traitement
- l'inadéquation entre les ressources, la disponibilité des services de prévention et de traitement du VIH et l'accès à ces services dans les régions les plus touchées par les conflits et le VIH, particulièrement en Afrique subsaharienne



Distribution de préservatifs dans l'armée éthiopienne.

- si l'écart entre le financement humanitaire et les mécanismes de relèvement a entraîné des interruptions de la prévention et des soins pour les populations touchées, et comment
- les dynamiques du redressement du système de santé au cours de la reconstruction post-conflit et dans quelle mesure celles-ci façonnent l'impact du déplacement sur les risques de transmission du VIH et sur l'accès à la prévention et aux soins
- le besoin de prêter une plus grande attention à la responsabilité de dispenser des soins, endossée de manière disproportionnée par les femmes et les filles, en particulier dans les situations où l'accès au traitement est limité et où les infrastructures sanitaires sont insuffisantes
- le rôle réel et potentiel des forces de l'ordre - et particulièrement la police - en tant qu'agents du changement et, dans certains cas, en tant que « groupe-clé » de la transmission du VIH
- les dynamiques du risque parmi les forces armées non étatiques, y compris les milices, les groupes rebelles et les personnes qui y sont associées, aussi bien pendant les conflits qu'après, au cours du processus de démobilisation.

Lorsque le Conseil de sécurité porte son attention sur le VIH/sida en 2011, nous espérons qu'il

considérera, avec tout le sérieux qu'il se doit, le quintuple défi suivant :

- alignement de la prévention et des interventions relatives à la violence sexuelle sur la prévention et les interventions relatives au VIH/sida
- prévention, soins et traitement du VIH post-déploiement pour le personnel des forces de l'ordre, leur famille et les personnes à leur charge
- garantie de la continuité de l'accès à la prévention, aux soins et au traitement du VIH pendant le relèvement et la transition post-conflit
- renforcement des approches régionales de la prévention du VIH et harmonisation des politiques pour l'ensemble des pays fournisseurs de contingent pour le maintien de la paix
- le rôle des forces de l'ordre - et particulièrement la police - dans la prévention du VIH et les interventions VIH.

Pamela Delargy (delargy@unfpa.org) est conseillère principale au Bureau des États arabes d'UNFPA (<http://www.unfpa.org>). Jennifer F Klot (klot@ssrc.org) est conseillère principale pour le VIH/sida, le genre et la sécurité au Conseil de recherches en sciences sociales (<http://www.ssrc.org>). Les deux auteures sont Rédactrices en chef invitées de ce supplément.

Documents produits par l'Initiative sur le sida, la sécurité et les conflits (ASCI)

Centre de recherche de l'ASCI
<http://asci.researchhub.ssrc.org/rdb/asci-hub>

Rapport intégral
<http://tinyurl.com/ASCI-full-report>

Synthèse du rapport
<http://tinyurl.com/ASCI-Summary>

Rapports de recherche commandités par l'ASCI disponibles seulement en anglais sur
<http://asci.researchhub.ssrc.org/working-papers/>

- 1. The Police and HIV/AIDS: A Literature Review [La police et le VIH/sida: bilan documentaire]**
Hilary Pearce
- 2. Current Trends and Issues in Research on HIV/AIDS and Police Forces in Africa [Tendances et problèmes actuels relatifs au VIH/sida et forces de police en Afrique]**
Alastair Roderick
- 3. HIV/AIDS and the Central American Uniformed Services [Le VIH/sida et les services en uniforme d'Amérique Centrale]**
Dirk Kruijt and Julio Balconi
- 4. The Impact of HIV/AIDS on the Operational Effectiveness of Military Forces [L'impact du VIH/sida sur l'efficacité opérationnelle des forces armées]**
Robert Kershaw
- 5. The Political Dimensions of Responses to HIV/AIDS in Southeast Asia [Dimensions politiques des réponses face au VIH/sida en Asie du sud-est]**
Dennis Altman
- 6. Impact of HIV/AIDS on Governance in Manipur and Nagaland [L'impact du VIH/sida sur la gouvernance à Manipur et Nagaland]**
Happymon Jacob
- 7. HIV and State Failure: Is HIV a Security Risk? [VIH et faillite de l'État: le VIH constitue-t-il un risque sécuritaire?]**
Tony Barnett & Indranil Dutta
- 8. Russian Demography, Health and the Military: Current and Future Issues [Démographie, santé et armée en Russie: problèmes actuels et futurs]**
Murray Feschbach
- 9. State Fragility and AIDS in the South Pacific [Fragilité de l'État et sida dans le Pacifique Sud]**
Michael O'Keefe
- 10. Is HIV/AIDS a Threat to Security in Fragile States? [Le VIH/sida constitue-t-il une menace sécuritaire dans les États fragilisés]**
Azusa Sato
- 11. States of HIV Fragility: Capacity, Vulnerabilities, and Epidemic Evolution in Mozambique [Les différents états de fragilité face au VIH: Capacité, vulnérabilités et évolution épidémique au Mozambique]**
Erling Høg
- 12. Indigenous Welfare and HIV/AIDS Risks: The Impacts of Government Reform in the Papua Region, Indonesia [Santé de la population indigène et risques relatifs au VIH/sida: Les impacts de la réforme gouvernementale dans la région papoue en Indonésie]**
Claire Smith
- 13. HIV/AIDS, Conflict and the Gendered Implications of Transition in Burundi [VIH/sida, conflits et implications en termes de genre de la transition au Burundi]**
Hakan Seckinelgin, Joseph Bigirumwami and Jill Morris
- 14. "First, What is Harm?" The Political Dilemmas of Humanitarian Aid to Burma (Myanmar) [« Avant toute chose, qu'est-ce que nuire? » Le dilemme politique que constitue l'aide humanitaire à la Birmanie (Myanmar)]**
Ohnmar Khin
- 15. Neither Will nor Capacity: A Review of the Challenges of Responding to AIDS in Fragile States [Ni volonté ni capacité: bilan des difficultés pour faire face au VIH dans les États fragiles]**
Jon Weigel
- 16. HIV/AIDS Policies and Programming in DDR and SSR Activities in Southern Sudan: A Post-Conflict Analysis [Politiques et programmations relatives au VIH/sida dans le cadre d'activités de désarmement, démobilisation et réinsertion (DDR) et de réforme du secteur lié à la sécurité (SSR) au Sud Soudan: une analyse de la situation post-confliktuelle]**
Anyieth D'Awol
- 17. How Should We Understand Sexual Violence and HIV/AIDS in Conflict Contexts? [Comment devons-nous interpréter la violence sexuelle et le VIH/sida dans les contextes conflictuels?]**
Judy El-Bushra
- 18. The Visual Economy of HIV/AIDS as a Security Issue [Fonctionnement visuel du VIH/Sida en tant que question de sécurité]**
David Campbell
- 19. HIV, Sexual Violence and Exploitation during Post-Conflict Transitions: The Case of Sierra Leone [VIH, violence sexuelle et exploitation pendant les transitions post-confliktuelles: le cas de la Sierra Leone]**
Johannes John-Langba
- 20. Comparative Study on Intervention Packages on HIV/AIDS in the Uniformed Services in Africa [Etude comparative des ensembles de mesures d'intervention concernant le VIH/sida et les services en uniforme en Afrique]**
Center for Policy Research and Dialogue
- 21. The Conflict-HIV/AIDS Nexus: An Empirical Assessment [Le lien entre conflit et VIH/sida: une évaluation empirique]**
Christian Davenport and Cyanne Loyle
- 22. A Survey of HIV/AIDS Awareness and Risky Sexual Behaviour in a Vulnerable Population in Sri Lanka [Evaluation de la prise de conscience face au VIH/sida et aux comportements sexuels à risque au sein d'une population vulnérable au Sri Lanka]**
International Centre for Ethnic Studies
- 23. AIDS and Local Government in South Africa: Examining the Impact of an Epidemic on Ward Councillors [Sida et gouvernement local en Afrique du Sud: un examen de l'impact d'une épidémie sur les conseillers municipaux (ward councillors)]**
Kondwani Chirambo and Justin Steyn
- 24. HIV/AIDS and Rape: Modelling Predictions of the Increase in Individual Risk of HIV Infection from Forced Sex in Conflict and Post-Conflict Settings [VIH/sida et viol: exemplifier les prédictions d'augmentation du risque individuel de contamination du VIH sur la base du sexe par la force en situation conflictuelle et post-confliktuelle]**
Anna Foss, Rachel von Simson, Cathy Zimmerman, Mazedza Hossain and Charlotte Watts
- 25. Remodelling the Core Group: Factoring Mobility and Power Into Theories of HIV Transmission [Actualiser le groupe de base: intégrer des facteurs de mobilité et de pouvoir aux théories sur la transmission du VIH]**
Charlotte Watts, Cathy Zimmerman, Anna Foss, Cathy Lowndes and Peter Vickerman
- 26. Revisiting New Variant Famine: The Case of Swaziland [Reprise de l'hypothèse de 'famine d'un type nouveau' (New Variant Famine): le cas du Swaziland]**
Scott Naysmith
- 27. Post Conflict Transition and HIV Vulnerability [Transition post-confliktuelle et vulnérabilité face au VIH]**
Manuel Carballo