

**Comité exécutif du Programme
du Haut Commissaire**

Distr. : restreinte
19 juin 2013
Français
Original : anglais et français

Comité permanent
57^e réunion

Mise à jour sur le VIH/sida et les réfugiés

Résumé

Des progrès importants ont été accomplis au cours de l'année passée afin d'assurer l'accès à la prévention, au traitement et à l'appui en matière de VIH aux réfugiés, aux déplacés internes et aux autres personnes relevant de la compétence du HCR. Ce document offre une mise à jour des interventions du HCR en matière de VIH/sida, particulièrement en Afrique subsaharienne – qui constitue l'une des régions les plus touchées dans le monde et où l'accès à la prévention du VIH, aux services de soins et d'appui reste problématique. Ce document aborde également les progrès accomplis par le HCR et le Programme alimentaire mondial (PAM), en tant que co-organisateurs de l'Initiative de réponse au VIH dans les situations d'urgence humanitaire, conformément à la répartition des responsabilités de l'ONUSIDA, de concert avec les partenaires compétents, pour atteindre les objectifs globaux suivants :

- Zéro nouvelle infection due au VIH ;
- Zéro discrimination ; et
- Zéro décès dû au sida.

Table des matières

<i>Chapitre</i>	<i>Paragraphes</i>	<i>Page</i>
I. Introduction	1-2	3
II. Actualisation des politiques et des interventions du HCR en matière de VIH/sida.	3-10	3
III. Le HCR et l'ONUSIDA	11-17	5
IV. Conclusion	18	6

I. Introduction

1. Selon l'ONUSIDA, on comptait au début de 2012 environ 34 millions de personnes dans le monde vivant avec le VIH. L'Afrique subsaharienne, comptant presque un adulte sur 20 vivant avec le VIH, reste la région la plus touchée, représentant 69 pour cent de toutes les infections au VIH dans le monde. Plus de 33 pour cent des 35,8 millions de personnes relevant de la compétence du HCR résident dans les pays d'Afrique subsaharienne, où l'accès aux services de prévention, de soins et d'appui en matière de VIH reste problématique. Sur cette toile de fond, il est essentiel d'intégrer les interventions relatives au VIH dans la réponse humanitaire globale dès le début d'une situation d'urgence. Si ce problème n'est pas pris à bras-le-corps, les conséquences peuvent s'étendre au-delà de la crise et peser sur l'issue de la réponse et les perspectives d'avenir en matière de réhabilitation et de relèvement.

2. Ces dernières années, des études ont été conduites sur l'impact du VIH sur les personnes relevant de la compétence du HCR. Il est prouvé que, dans de nombreuses situations, la prévalence du VIH parmi les populations touchées par le conflit et le déplacement est semblable ou plus faible que dans la population hôte environnante. Toutefois, les populations touchées peuvent être plus vulnérables en matière de transmission, en raison de risques de protection et de sécurité, et peuvent ne pas avoir accès aux programmes de prévention et de traitement. En raison de leur situation, elles courent davantage le risque d'avoir recours au travail du sexe, parfois en échange de nourriture, sans utiliser de préservatifs. Dans sa réponse, le HCR appuie les activités de survie ainsi que les stratégies de protection dès le début d'une situation d'urgence et s'attache à élaborer des programmes complets sur le VIH, dès que la situation se stabilise. Ce document actualise ces activités depuis le dernier rapport au Comité permanent de juin 2012 et passe en revue les progrès accomplis eu égard au rôle de co-parrain du HCR au sein du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

II. Actualisation des politiques et des interventions du HCR en matière de VIH/sida

3. L'accès à la thérapie antirétrovirale (ART) dans les pays à revenu faible et intermédiaire s'est considérablement amélioré. Une mesure normalisée, « gain d'années de vie », révèle l'impact de l'ART en matière de survie sur une population. L'utilisation de cet étalon de mesure a permis d'estimer que, depuis 1995, l'ART a ajouté 14 millions d'années de vie aux personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire, y compris 9 millions d'années de vie aux personnes résidant dans l'Afrique subsaharienne. L'accès élargi à l'ART contribue également à minimiser l'épidémie de VIH en réduisant le nombre de virus dans la circulation sanguine, ce qui rend la transmission plus difficile. Dans les opérations du HCR, l'utilisation plus répandue du dépistage, des services d'orientation et de traitement a été favorisée par un certain nombre de facteurs. Parmi eux, il convient de signaler le dépistage dans certains milieux sanitaires, la réduction des coûts médicaux et le plaidoyer constant pour l'inclusion des réfugiés dans les programmes nationaux relatifs au sida.

4. A la fin de 2012, l'accès général à l'ART pour les réfugiés a atteint 93 pour cent, soit le niveau d'accès enregistré pour les populations environnantes. Le HCR fournit un traitement dans les pays où les réfugiés et d'autres personnes relevant de sa compétence n'ont pas accès à l'ART, tout en préconisant leur inclusion dans les programmes nationaux.

5. Le HCR s'efforce de réduire la transmission du VIH moyennant davantage d'interventions en matière de protection, des stratégies de sensibilisation adéquates au plan culturel, un meilleur accès à l'orientation et au dépistage volontaire, des initiatives visant à mettre fin à la transmission du VIH de la mère à l'enfant (EMTCT), la fourniture d'une prophylaxie post-exposition (PEP), l'appui à la circoncision médicale volontaire, davantage de programmes de protection sociale tenant compte du VIH, l'amélioration de la qualité des soins de santé et diverses stratégies ciblant les populations courant un risque élevé d'infection au VIH et de transmission. En 2012, le pourcentage de femmes ayant accès aux programmes d'EMTCT n'a cessé d'augmenter, contribuant à une augmentation de 5 pour cent depuis 2008. Néanmoins, 35 pour cent seulement des opérations atteignent aujourd'hui

l'objectif du HCR relatif à une couverture de 90 pour cent. Des améliorations importantes au niveau de l'accès des femmes aux programmes d'EMTCT ont été enregistrées dans des pays tels que le Burundi (de 43 pour cent en 2008 à 98 pour cent en 2012) et l'Ouganda (de 56 à 93 pour cent au cours de la même période).

6. En Afrique de l'Ouest et centrale, un appui technique a été fourni pour établir des mécanismes de coordination transfrontaliers visant à assurer un accès continu aux services d'EMTCT et de planification familiale après le rapatriement. Ceux qui participent aux programmes d'EMTCT et de planification familiale ont été identifiés, leurs données ont été communiquées de façon confidentielle entre les pays d'origine et de destination, et les services ont continué d'être assurés après le rapatriement. Lorsque les services d'EMTCT et de planification familiale n'étaient pas disponibles dans les zones de retour, des mécanismes de renvoi ont été mis en place en lien avec les autorités provinciales. En vue d'atteindre l'objectif d'aucun nourrisson né avec le VIH en 2013, le HCR accélérera ses activités visant à prévenir l'infection chez les femmes en âge de procréer, identifier les femmes enceintes séropositives et fournir un traitement pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant. En outre, un appui technique accru a été accordé aux pays connaissant de nouveaux afflux de réfugiés en 2012 pour assurer la continuation du traitement et la fourniture de la PEP, y compris en République démocratique du Congo et au Mali. Dans ces opérations, les lignes directrices visant à répondre au VIH dans les situations humanitaires du Comité permanent interorganisations (CPI) ainsi que l'ensemble de services minimaux initiaux pour la santé génésique dans les situations de crise ont été mises en œuvre dans les nouveaux camps du Burkina Faso, du Burundi, de la République démocratique du Congo (RDC) (province de l'Equateur), du Niger et du Rwanda. Tous les camps ont intégré les services d'EMTCT doté de renvoi vers les hôpitaux provinciaux si nécessaire.

7. Le HCR a préconisé la circoncision médicale volontaire dans de nombreuses opérations et appuyé l'extension des programmes nationaux aux réfugiés, y compris en Ethiopie, au Kenya et en Ouganda. A la fin de 2012, ces trois pays avaient accéléré de façon significative leurs programmes de circoncision médicale volontaire et la plupart des opérations en faveur des réfugiés sur le continent mettaient effectivement en œuvre ces activités ou avaient veillé à ce que les réfugiés puissent avoir un accès facile aux programmes nationaux.

8. En Afrique de l'Est, une initiative régionale visant à couvrir les besoins spécifiques de protection et de santé des travailleurs du sexe ainsi que des adolescents victimes de sévices et d'abus sexuels dans les situations humanitaires continue d'être mise en œuvre par le HCR et ses partenaires. Des équipes pluridisciplinaires se sont efforcées d'élaborer ou de renforcer les programmes dans les pays d'accueil de réfugiés tels que l'Ethiopie, le Kenya, l'Ouganda et la Zambie, grâce à une formation et un appui ciblés ; les services liés au VIH et à la santé génésique pour les travailleurs du sexe ; les campagnes de sensibilisation communautaire ; et l'établissement de réseaux de pairs. En outre, l'Equateur a mis en œuvre en 2012 un projet dans la province de Sucumbíos, le long de la frontière septentrionale avec la Colombie, afin de prévenir les infections au VIH et sexuellement transmissibles. Ce projet, qui visait également à sensibiliser la population sur la violence sexuelle et de genre ainsi que la santé génésique, a été mis au point à l'intention des travailleurs du sexe. Il correspond à une stratégie régionale de VIH/sida pour l'Amérique latine où le HCR participe à la conception et à la mise en œuvre de projets visant à réduire les risques pour les personnes relevant de sa compétence engagées dans le travail du sexe le long des zones frontalières.

9. Le HCR s'est employé à accroître la fourniture de PEP dans ses opérations. Au cours des quatre dernières années, la plupart des pays ont considérablement amélioré la couverture (par exemple, en République-Unie de Tanzanie : de 49 pour cent en 2009 à 80 pour cent en 2012 ; et au Kenya : de 54 pour cent en 2010 à 98 pour cent en 2012). Toutefois, certains pays s'efforcent toujours d'atteindre le niveau de 100 pour cent de victimes de viol au bénéfice de la PEP dans les 72 heures suite à l'exposition potentielle. Le HCR s'efforcera d'identifier les goulets d'étranglement pour veiller à des soins adéquats et en temps voulu aux victimes de viol.

10. Le HCR continue de défendre le droit des personnes relevant de sa compétence à un accès aux programmes de prévention, de traitement et d'appui en matière de VIH. L'une des stratégies les plus importantes consiste à veiller à ce que le statut d'un demandeur

d'asile en matière de VIH ne lui interdirait pas l'accès à l'asile et ne constitue pas un motif de refoulement. Comme il en est fait mention dans la publication *Mapping of restrictions on the entry, stay and residence of people living with HIV* (UNAIDS, May 2009), et compte tenu des développements jusqu'en janvier 2013, 44 pays, territoires et régions administratives imposent une forme de restriction à l'entrée, au séjour et à la résidence de personnes vivant avec le VIH sur la base de ce motif ; 19 pays disposent de lois exigeant l'expulsion de personnes dès que leur séropositivité est découverte. Le HCR appuie et participe pleinement aux efforts conduits par l'ONUSIDA pour lever ces restrictions du fait du VIH.

III. Le HCR et l'ONUSIDA

11. En tant que co-responsables de la réponse au VIH dans les situations d'urgence humanitaire de la répartition des tâches de l'ONUSIDA, le HCR et le PAM ont renforcé leur coordination et, de concert avec les partenaires compétents, enregistré des résultats collectifs vers l'objectif global de : « zéro nouvelle infection due au VIH ; zéro discrimination ; et zéro décès dû au sida ». Ces efforts sont discutés ci-après.

12. L'équipe spéciale interinstitutions (IATT) sur la réponse au VIH dans les situations d'urgence humanitaire a augmenté la visibilité globale de cette question moyennant la participation à la Conférence internationale sur le sida de juillet 2012, qui a eu lieu à Washington, D.C. A cette occasion, une présentation a été faite sur la garantie d'un accès universel aux services de VIH pour les populations touchées par les crises humanitaires et un débat a eu lieu pour mieux intégrer la prévention du VIH et l'appui aux efforts déployés dans le contexte des situations d'urgence humanitaire. Les représentants de l'équipe ont également rencontré des acteurs de la société civile, y compris les membres potentiels de l'IATT. Des affiches et un kiosque ont été utilisés comme instruments de sensibilisation.

13. L'IATT a renforcé l'échange d'informations moyennant un site internet¹ consacré à la lutte contre le sida dans les situations d'urgence. Il sert de ressource aux parties prenantes sur le terrain, contient des informations sur les initiatives régionales et fournit des liens aux informations pertinentes dans différentes langues. Ce site constitue une vitrine d'exposition pour les sites régionaux, les profils de pays, les évaluations de pays ainsi que les rapports, les outils de formation en ligne, un calendrier des manifestations et des liens avec les sites extérieurs connexes.

14. En partenariat avec l'IATT concernant le VIH et la violence liée au genre dans les situations d'urgence en Afrique de l'Est et centrale, un atelier régional de plaidoyer et de création de capacités a eu lieu en août 2012 à Nairobi, ciblé sur les leçons apprises, la création de capacités et la planification. Conformément aux 31+ pays cibles à fort impact de l'ONUSIDA, l'atelier s'est concentré sur Djibouti, l'Éthiopie et le Kenya et a également intégré des expériences de Somalie et du Soudan du Sud. Les participants venaient de ces pays ainsi que des Bureaux régionaux et du Siège du HCR.

15. Des cours de formation visant à créer la capacité des équipes des Nations Unies dans le pays ont été organisés sur la base des lignes directrices du CPI pour répondre au VIH dans les situations humanitaires² et ont eu lieu au Bangladesh, en Inde, au Myanmar, en Malaisie et au Népal. Des cours de sensibilisation à l'intention des services de l'immigration ont également été organisés dans un certain nombre de lieux, y compris en Amérique latine et aux Caraïbes.

16. Afin de renforcer la réponse au VIH dès le début de situations d'urgence, des évaluations interinstitutions ont été organisées en réponse aux crises émergentes. Ces évaluations ont été suivies d'un plan de travail, de réunions de coordination et d'un suivi étroit utilisant des matrices d'activité. Les activités clefs conformes aux lignes directrices du CPI couvrent la coordination, la fourniture d'approvisionnement et l'identification des personnes vivant avec le VIH, y compris celles qui bénéficient de l'ART. En 2012, le HCR a accordé un appui aux opérations dans les pays afin d'améliorer la réponse au VIH à

¹ Voir <http://his.unhcr.org/aae/>

² Voir http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/jc1767_iasc_doc_en.pdf

l'intention des populations déplacées de RDC, du Mali, du Soudan du Sud, du Soudan et du Yémen.

17. Le HCR a renforcé ses partenariats avec les réseaux et les experts en matière de VIH liés aux programmes nationaux sur le sida dans les pays touchés par des crises humanitaires ainsi que dans les pays travaillant à des plans de préparation d'intervention d'urgence. Un atelier visant à élaborer une stratégie régionale a été organisé avec le réseau Asie/Pacifique de personnes vivant avec le VIH pour examiner une réponse plus globale aux personnes vivant avec le VIH et le sida dans les situations d'urgence. Les recommandations de cet atelier seront mises en œuvre en Indonésie et au Myanmar en 2013.

IV. Conclusion

18. Des progrès importants ont été accomplis pour garantir l'accès des réfugiés, des déplacés internes et d'autres personnes relevant de la compétence du HCR à la protection, la prévention, les traitements et l'appui en matière de VIH. La couverture et la qualité des interventions en matière de VIH ne cessent de se renforcer dans les situations d'urgence ainsi que dans les situations prolongées. Le HCR et ses partenaires continueront de plaider pour l'inclusion des réfugiés et des déplacés internes dans les plans et programmes stratégiques nationaux en matière de VIH. En tant que co-organisateur de la répartition des tâches au sein de l'ONUSIDA pour lutter contre le VIH dans les situations d'urgence, le HCR et ses partenaires continueront de plaider pour que les gouvernements, les donateurs et les partenaires humanitaires réduisent l'impact du VIH ainsi que la discrimination à l'égard des populations touchées.
