

LE VIH/SIDA DANS LES SITUATIONS D'URGENCE DE CONFLIT ET DE POST-CONFLIT

*HIV/AIDS IN EMERGENCY SITUATIONS
IN CONTEXTS OF CONFLICT OR POST-CONFLICT*

Par Evelyne JOSSE*

ARTICLE ORIGINAL

RÉSUMÉ

Les guerres, les persécutions, la fuite et l'exil accroissent la vulnérabilité à l'infection VIH des populations affectées et des communautés-hôte. Il existe d'une part, des facteurs rendant les individus sains plus vulnérables à la contamination par le virus et d'autre part, des facteurs contribuant à fragiliser les personnes séropositives.

MOTS-CLÉS

VIH, SIDA, Personnes vivant avec le VIH, Risques, Vulnérabilité, Violences sexuelles, Prostitution, Drogue.

* Psychologue, psychothérapeute, consultante en psychologie humanitaire, 14 avenue fond du diable, 1310 La Hulpe, Belgique.
evelynejosse@gmail.com - www.resilience-psy.com

SUMMARY

War, persecution, flight and exile increase the vulnerability to HIV infection of the populations concerned and the host communities. On the one hand, there are factors which make healthy individuals more vulnerable to contamination by the virus and, on the other hand, factors which contribute to making seropositive people more fragile.

KEYWORDS

HIV, AIDS, People living with HIV, Risks, Vulnerability, Sexual violence, Prostitution, Drugs.

LE VIH/SIDA EN QUELQUES CHIFFRES

Depuis le début de l'épidémie, entre 71 et 87 millions de personnes ont été infectées et entre 35 et 43 millions ont succombé à la maladie.

Fin 2013, on estimait entre 33 et 37 millions, le nombre de personnes vivant avec le VIH (1) dans le monde. Cette année-là, entre 1,9 million et 2,4 millions de personnes ont été nouvellement contaminées par le virus et plus 1,5 million sont décédées des suites du SIDA.

(1) Virus de l'immunodéficience humaine.

(2) Les sept questions transversales sont les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées, le « genre », la protection, le VIH/SIDA et l'environnement.

(3) Les différents secteurs techniques sont l'approvisionnement en eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène, la sécurité alimentaire, la nutrition et l'aide alimentaire, les abris, les établissements humains et les articles non alimentaires et les services de santé.

(4) Soulignons que la prévalence du VIH est élevée dans la plupart des pays agités par un conflit armé ainsi qu'au sein de populations accueillant les réfugiés (par exemple, les pays d'Afrique).

(5) Les personnes VIH positives courent le risque d'être infectées par une souche du virus plus agressive ou résistante aux traitements.

(6) Les mêmes facteurs expliquent la contamination par les IST (infections sexuellement transmissibles).

(7) A contrario, notons que certains facteurs peuvent freiner la propagation de l'infection tels que la réduction de la mobilité des secteurs ruraux vers les villes à prévalence élevée, l'installation des populations réfugiées dans une zone isolée et inaccessible ou bien encore, la possibilité de bénéficier de services de soins spécifiques inexistant dans la région d'origine.

LE VIH/SIDA ET LES SITUATIONS D'URGENCE DE CONFLIT ET DE POST-CONFLIT

Le VIH/SIDA constitue un problème majeur de santé publique. D'après le Projet Sphère, il doit être considéré comme une question transversale (2) des interventions lors de catastrophes car il revêt une importance pour tous les secteurs techniques humanitaires (3).

Dans les situations d'urgence, le VIH/SIDA n'est généralement pas considéré comme une priorité en regard des enjeux vitaux menaçant immédiatement les populations affectées par les violences de masse. Or, négliger ce facteur critique peut entraîner des effets plus délétères encore que les conflits armés eux-mêmes.

Les guerres, les persécutions, la fuite et l'exil accroissent la vulnérabilité à l'infection VIH des populations affectées et des communautés-hôte (4). Il existe d'une part, des facteurs rendant les individus sains plus vulnérables à la contamination par le virus et d'autre part, des facteurs contribuant à fragiliser les personnes séropositives.

UN RISQUE ACCRU DE PROPAGATION DU VIRUS

Diverses raisons expliquent l'exposition accrue au risque d'être infecté (ou réinfecté (5)) par le VIH (6) durant les phases d'urgence et de post-urgence (7) :

- Dans les situations de conflit et de déplacement, les femmes et les enfants sans soutien familial sont particulièrement exposés aux diverses formes de violence sexuelle (viol comme méthode de guerre ou de génocide, viol opportuniste, services sexuels comme monnaie d'échange, prostitution forcée, esclavage sexuel, etc.).
- Les situations de grande précarité poussent des femmes et des enfants à recourir à la prostitution volontaire pour subvenir à leurs besoins.
- Les différentes phases de l'urgence favorisent les relations sexuelles éphémères et la multiplication des partenaires. Dans ces contextes, les valeurs de référence, les normes sociales, les codes de conduite et les systèmes de pouvoir régissant la vie collective sont souvent affaiblis. Ainsi, l'entourage agit moins efficacement en tant qu'agent régulateur des comportements des individus. En raison de cette défaillance du contrôle social, les conduites antérieurement considérées comme inadmissibles telles que les relations multiples sont moins intolérables, ce qui favorise leur émergence. De plus, les décès et la dispersion des familles privent les personnes de leurs réseaux habituels de soutien. Dès lors, elles peuvent éprouver le besoin de compenser la perte des relations affectives familiales, désirer construire de nouvelles relations amoureuses ou « remplacer » les enfants disparus. La sexualité agit comme un mécanisme de coping (8) ; elle devient un moyen de recevoir de l'affection, de combler la solitude mais aussi d'oublier les soucis, de diminuer l'anxiété, de se relaxer et de trouver du plaisir.
- Les situations de conflit et de chaos peuvent favoriser le trafic de drogues illicites injectables ou rendre aléatoires les précautions habituelles (par exemple, la difficulté de se procurer des seringues favorise l'échange de celles-ci entre consommateurs). La consommation par voie intraveineuse peut participer à la propagation de l'épidémie du VIH.
- Les situations de violence favorisent le recours à des substances psychoactives. La consommation abusive d'alcool, de médicaments psychotropes ou de drogues se mue en tentative d'automédication contre les symptômes traumatiques (cauchemars, souvenirs répétitifs, flash-back, dépression, anxiété, etc.) ou les réactions de stress (hyperactivation neurovégétative : palpitation, crampes, etc.), un moyen de fuir la réalité ou de « tuer » l'ennui. Ces substances psychotropes altèrent la capacité du consommateur à percevoir les signes de danger et en conséquence, de s'en protéger. Elles accroissent ainsi le risque de se livrer à des rapports sexuels non protégés (consensuels ou forcés).
- Dans les contextes de guerre ou d'insécurité politique, l'omniprésence du danger relativise dans l'esprit de nombreuses personnes le risque de contamination par le VIH. Les jeunes, en particulier, qui côtoient le danger depuis leur tendre enfance peuvent ne pas considérer les mesures préventives du VIH comme une priorité.
- L'arrivée dans une zone d'un groupe à prévalence élevée du VIH peut jouer un rôle important dans la propagation de l'infection. Ainsi, le déploiement de forces militaires (force du maintien de la paix et autres troupes armées) détachées d'une autre région peut considérablement augmenter le risque d'infection au sein de la population régionale (population déplacée résidant dans la région et population locale). En effet, les forces armées font partie des groupes professionnels les plus affectés par le VIH/SIDA. Cela s'explique notamment par le fait que les militaires sont jeunes, en poste loin de leur famille (manque affectif), soustraits au contrôle social de leur communauté d'origine et en possession d'une arme (possibilité de contraindre).
- Les mouvements de populations consécutifs aux violences de masse peuvent confronter une communauté relativement préservée des ravages de l'infection à une population au sein de laquelle la prévalence est élevée. Par exemple, les populations rurales migrant vers des zones urbaines se voient exposées à un risque accru (9) de contamination par le VIH.
- Les situations de conflits armés suspendent généralement les activités d'information et de prévention (10) des programmes VIH/SIDA (notamment, rupture dans la distribution de préservatifs).
- Dans les situations d'urgence, le personnel des structures sanitaires surmené omet parfois de respecter scrupuleusement les mesures de précautions universelles (11) (non respect des procédures de stérilisation, du contrôle du sang, erreurs commises en raison de la pression, etc.).

(8) Face à une situation difficile, nous ne restons pas inactifs mais nous tentons d'y répondre. En anglais, on parle de « coping » (du verbe « cope with » signifiant « faire face »). Le coping peut être défini comme la façon dont nous raisonnons et agissons pour remédier aux situations stressantes.

(9) La prévalence du VIH dans les zones urbaines est supérieure à celle des régions rurales.

(10) Il s'agit ici de prévention primaire. La prévention primaire consiste à prévenir la transmission du VIH en informant des comportements et des activités qui augmentent le risque d'infection.

(11) Les précautions universelles sont l'ensemble des mesures standard visant à protéger le personnel et les patients de toute exposition éventuelle à des agents pathogènes véhiculés par les liquides biologiques. Ces procédures sont essentielles pour prévenir la transmission du VIH d'un patient à l'autre, d'un soignant à un patient ou d'un patient à un soignant.

(12) Personnes vivant avec le VIH/SIDA.

LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ DES PVVS

Divers facteurs contribuent à fragiliser les PVVS (12) dans les contextes d'urgence et de post-urgence :

- Les situations de grande précarité amplifient l'impact du virus, voire accélèrent l'évolution de la maladie. Les personnes immunodéprimées sont davantage susceptibles de contracter des maladies que les individus sains et se rétablissent plus difficilement. Or, les mauvaises conditions sanitaires les exposent davantage aux infections et l'insuffisance alimentaire compromet leur rétablissement et ce, aux différentes phases de l'urgence.
- Les personnes isolées et affaiblies par la maladie peuvent ne pas bénéficier des interventions de secours ou ne pas avoir accès aux distributions de l'aide humanitaire.
- Dans un pays agité par des violences de masse, l'accès à l'information, à la prévention (13), aux préservatifs, aux tests de dépistage, aux traitements, aux soins et au soutien ad hoc est souvent médiocre, voire inexistant ou impossible (infrastructures endommagées, installations sanitaires inaccessibles en raison de l'insécurité, paupérisation induite par les circonstances rendant les services inabordables, dysfonctionnement des structures par manque de personnel, de médicaments ou de moyens financiers, engorgement des capacités des structures par l'afflux de blessés, etc.).
- Les pays dans lesquels les migrants trouvent refuge peuvent se montrer réticents ou être incapables d'offrir aux personnes séropositives les services nécessaires (14). Leur capacité de gestion et les ressources qu'ils allouent à la santé, en particulier aux programmes VIH/SIDA, peuvent être saturées par la prise en charge de leur propre population nationale ou être rapidement dépassées par l'afflux de réfugiés. De plus, il n'est pas rare que les populations en fuite soient accueillies dans des zones isolées dépourvues de services adéquats.
- Le VIH est une cause de discrimination supplémentaire frappant les migrants déjà stigmatisés du fait de leur statut de réfugié. Cette stigmatisation représente un obstacle à l'accès aux services et aux soins. En effet, les personnes infectées peuvent, par exemple, se voir refuser un visa ou être privées de droit de résidence dans certains pays. Du coup, la crainte d'être refoulés décourage de nombreux réfugiés à

entreprendre les démarches pour connaître leur statut sérologique ou pour recevoir de l'aide.

CONCLUSION

L'impact péjoratif de l'infection à VIH/SIDA doit inciter les organisations humanitaires à intégrer systématiquement la lutte contre le virus dans leur programme d'urgence (15). Les activités doivent cibler tant les communautés déplacées que les populations d'accueil. En effet, celles-ci sont peu ou prou en contact et les manquements dans la prévention et les soins offerts à l'une des deux collectivités risquent de nuire gravement aux résultats des actions menées auprès de l'autre. De plus, les inégalités dans l'accès ou la qualité des services peuvent engendrer des jalousies et être ainsi à l'origine de conflits. ■

BIBLIOGRAPHIE

- HOLMES, W., SMITH J., *Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations*, International Rescue Committee (IRC), Kumarian Press, 2003.
- HUMANITARIAN PRACTICE NETWORK (HPN), *HIV/AIDS and emergencies: analysis and recommendations for practice*, Smith A., Network paper, <http://www.sheltercentre.org/shelterlibrary/items/pdf/HIV-AIDSAndEmergencies.pdf> 2002.
- INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC), *Directives concernant les interventions relatives au VIH/SIDA dans les situations d'urgence*, Genève, http://data.unaids.org/Publications/External-Documents/IASC_Guidelines-Emergency-Settings_fr.pdf, 2005.
- JOSSE E., DUBOIS V., *Interventions humanitaires en santé mentale dans les violences de masse*, Boeck Université, collection Crisis, 2009.
- ONUSIDA, UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR), *Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes*, Une publication conjointe du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR), Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA, Genève, http://whqlibdoc.who.int/unaid/2005/9291734519_fre.pdf, 2006.
- ONUSIDA, UNHCR, *Politique générale. VIH et réfugiés*, Genève, http://data.unaids.org/pub/Report/2007/jc1300-policybrief-refugees_fr.pdf, 2007.
- SAVE the CHILDREN, *HIV and Conflict. A double emergency*, London, <http://vihtypo.iiep.unesco.org/search/resources/conflict.pdf> ? 2002.
- SPIEGEL P., *HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action*. Paper presented at "20th meeting of the Inter-Agency Advisory Group on

(13) On entend ici l'accès à la prévention primaire (réduction du risque qu'un individu sain soit infecté par le virus), secondaire (réduction du risque qu'une personne infectée transmette le VIH à d'autres) et tertiaire (maintien de cette personne dans l'état de santé le meilleur possible).

(14) Rappelons que les réfugiés ont droit à ces services et soins en vertu des instruments relatifs aux Droits de l'Homme.

(15) C'est la recommandation des Nations Unies et d'autres organismes. Voir notamment, la session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA de 2001, ONU (2001), S-26/2. *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, Assemblée Générale, A/RES/S-26/2*, www.un.org/french/ga/sida/conference/aress262f.pdf.

AIDS”, Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR), du 9-10 février 2004, Genève, <http://www.unhcr.org/cgi-bin/txis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=4162693e4> ? 2004.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR), *UNHCR, HIV/AIDS and refugees: lessons learned*, Geneva, www.fmreview.org/FMRpdfs/FMR19/FMR1909.pdf, 2002.

UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR) (), *Les réfugiés, le VIH et le SIDA : Plan stra-*

tégique du HCR pour 2005-2007, Genève, <http://www.unhcr.fr/cgi-10.bin/txis/vtx/protect/opendoc.pdf?tbl=PROTECTION&id=42f327a42>, 2005.

WOMEN’S COMMISSION FOR REFUGEE WOMENT AND CHILDREN, *Refugees and AIDS. What should the humanitarian community do ?*, <http://www.helid.desastres.net/?e=d-000who-000-1-0-010-4-0-0-10l-11fr-5000-50-about-0-01131-001-110utfZz-8-0-0&a=d&cl=CL5.3&d=Js2683e.6>, 2002.